

**AKADEMIA MEDYCZNA W GDAŃSKU**

**KATEDRA I KLINIKA GASTROENTEROLOGII I HEPATOLOGII**

**Jacek Wierzbowski**

**OCENA JAKOŚCI ŻYCIA U CHORYCH Z ZAPOROWĄ ŻÓLTACZKĄ,  
BÓLEM TRZUSTKOWYM I POWIKŁANAMI OSTRYCH RZUTÓW  
ZAPALENIA TRZUSTKI LECZONYCH ENDOSKOPOWO.**

**Praca na stopień doktora nauk medycznych**

**Promotor: Dr hab. med. Marian Smoczyński prof. nadzw.**

**GDAŃSK 2007**

# SPIS TREŚCI

SPIS TREŚCI.....	1
1. WSTĘP.....	3
1.1 Wprowadzenie.....	3
1.2 Jakość życia.....	4
1.3 Ostre zapalenie trzustki.....	13
1.3.1 Definicja.....	13
1.3.2 Epidemiologia.....	13
1.3.3 Etiologia.....	14
1.3.4 Diagnostyka.....	14
1.3.5 Leczenie.....	16
1.4 Przewlekłe zapalenie trzustki (PZT).....	19
1.4.1 Definicja.....	19
1.4.2 Epidemiologia.....	19
1.4.3 Etiologia.....	19
Etiologiczne czynniki ryzyka PZT.....	20
Toksyczno metaboliczne T.....	20
Idiopatyczne I.....	20
Genetyczne G.....	20
Autoimmunologiczne A.....	20
Nawracające (reccurent – R ) i ciężkie ostre zapalenie trzustki.....	20
Zaporowe (obstructive – O).....	20
1.4.4 Diagnostyka.....	20
1.4.5 Leczenie.....	23
1.5 Rak dróg żółciowych.....	24
1.5.1 Definicja i podział.....	24
1.5.2 Epidemiologia.....	25
1.5.3 Etiologia.....	26
1.5.4 Diagnostyka.....	26
1.5.5 Leczenie.....	27
1.6 Kamica przewodowa.....	28
1.6.1 Etiologia.....	28
1.6.2 Diagnostyka.....	29
1.6.3 Leczenie.....	30
2 CEL PRACY.....	31
3 MATERIAŁ I METODY.....	32
3.1 Materiał.....	32
3.2 Metody.....	35
3.2.1 Zabiegi endoskopowe.....	35
3.2.2 Ocena jakości życia.....	36
3.2.3 Ocena statystyczna.....	40
4 WYNIKI.....	42
4.1 Ocena jakości życia – kwestionariusz QLQ – C30.....	42
4.1.1. Ogólny stan zdrowia / jakość życia (QL).....	42
4.1.2 Sprawność (PF).....	43
4.1.3 Emocje (EF).....	45
4.1.4 Praca (RF).....	46
4.1.5 Funkcje poznawcze (CF).....	47
4.1.6 Funkcje społeczne (SF).....	49

4.1.7 Zmęczenie (FA).....	51
4.1.8 Nudności i wymioty (NV).....	52
4.1.9 Ból (PA).....	54
4.1.10 Duszność (DY).....	55
4.1.11 Bezsenność (SL).....	57
4.1.12 Brak apetytu (AP).....	58
4.1.13 Zaparcia (CO).....	60
4.1.14 Biegunki (DI).....	61
4.1.15 Trudności finansowe (FI).....	63
4.2 Ocena jakości życia QLQ – PAN26.....	64
4.2.1 Ból (PA).....	64
4.2.2 Dieta (GI).....	66
4.2.3 Żółtaczka (JA).....	67
4.2.4 Wypróżnienia (AB).....	69
4.2.5 Wzdęcia (AS).....	70
4.2.6 Zmiana smaku (TC).....	72
4.2.7 Niestrawność (ID).....	73
4.2.8 Wzdęcia z wiatrami (FL).....	75
4.2.9 Niska waga (WT).....	76
4.2.10 Osłabienie siły (MS).....	78
4.2.11. Suchość jamy ustnej (XS).....	79
4.2.12 Uciążliwość leczenia (SE).....	81
4.2.13 Obawa o zdrowie (FR).....	82
4.2.14 Planowanie przyszłości (PL).....	84
4.2.15 Ocena opieki medycznej (HS).....	85
4.2.16 Życie seksualne (SX).....	87
4.2.17 Ocena własnej osoby (BI).....	88
4.3 Szpitalna Skala Lęku i Depresji HADS–M (Hospital Anxiety and Depression Scale) w modyfikacji Majkovicza i wsp.....	90
4.3.1 Depresja.....	90
4.3.2 Lęk.....	91
4.3.3 Agresja.....	93
4.4 Drabina Cantrilla.....	94
5 DYSKUSJA.....	97
6 WNIOSKI.....	107
7 PIŚMIENICTWO.....	108
8 SPIS TABEL.....	120
9 SPIS WYKRESÓW.....	121
10 SPIS RYSUNKÓW.....	122
11 STRESZCZENIE.....	123

# 1. WSTĘP

## 1.1 Wprowadzenie

Od końca ubiegłego stulecia obserwujemy burzliwy rozwój metod leczniczych mniej inwazyjnych od tradycyjnych metod chirurgicznych. Charakteryzuje je niższe ryzyko wystąpienia powikłań oraz możliwość bezpiecznego przeprowadzenia u chorych, u których leczenie chirurgiczne wiąże się z wysokim ryzykiem. Endoskopowa cholangiopankreatografia wsteczna (ECPW) od 1968 roku, kiedy to dr William S. McCune i współpracownicy powiadomili o udanym cewnikowaniu i zakontrastowaniu przewodu trzustkowego głównego, zaistniała jako nowoczesna metoda diagnostyczna [3, 39, 45, 69].

W latach osiemdziesiątych ubiegłego stulecia endoskopowa sfinkterotomia brodawki dwunastniczej i usuwanie przeszkód w odpływie żółci – kamieni z przewodów żółciowych oraz protezowanie zwężeń w ich obrębie (zarówno nowotworowych jak i łagodnych), stały się metodami leczniczymi pierwszego rzutu [4, 66, 84]. W 1974 roku Demling i Classen w Niemczech oraz Kawai w Japonii niezależnie poinformowali o udanej sfinkterotomii brodawki dwunastniczej większej [3]. W 1979 roku Soehendra i Reynders Fredrix zaprezentowali pierwszą endoprotezę do drenażu endoskopowego o zawiniętym końcu, a niebawem jej odmianę z zawiniętymi dwoma końcami tzw. "double pig tail". W tym samym roku po raz pierwszy zastosowano protezowanie w zaporowej żółtaczce pochodzenia nowotworowego. Rok później Huibregtse przedstawił endoprotezę prostą [39, 57, 65]. W 1980 roku Liguory jako pierwszy wykonał endoskopowy drenaż pseudotorbieli trzustkowej [3].

Postęp technologiczny pozwolił na tworzenie nowych procedur endoskopowych, udoskonalanie dotychczasowych i tym samym rozszerzanie

wskazań do endoskopowego leczenia schorzeń zarezerwowanych dotychczas tylko do interwencji chirurgicznej [9, 21].

Wachlarz wskazań do endoskopowego leczenia poszerzył się o terapię bólu w przewlekłym zapaleniu trzustki oraz powikłań ostrych rzutów zapalnych tego narządu – trzustkowych zbiorników płynowych [33, 42, 51, 52, 71, 72, 74]. Niektóre wskazania są aktualnie dyskusyjne i panuje pogląd, że mają charakter eksperymentalny, stąd mogą być wykonywane jedynie przez doświadczonych endoskopistów w ośrodkach referencyjnych. Należy do nich endoskopowe leczenie ograniczonej martwicy trzustki. Zbadanie wpływu tej alternatywnej terapii na jakość życia chorych, w porównaniu do leczenia chirurgicznego, ma z punktu widzenia klinicystów duże znaczenie i może przyczynić się do dalszego rozwoju tych metod [49, 78].

W ostatnim dwudziestoleciu dostrzegamy znaczący wzrost ilości badań jakości życia osób chorych. Jakość życia była zawsze, już od czasów Hipokratesa, ważnym, choć nie formułowanym bezpośrednio celem praktyk medycznych. Choroba i leczenie mogą wpływać nie tylko na funkcjonowanie pacjenta w wymiarze fizycznym, ale również na jego samopoczucie psychiczne i społeczne [49, 60, 90]. Dlatego, coraz większą uwagę poświęca się systematycznym, ilościowym sposobom bezpośredniej oceny wpływu choroby i interwencji medycznych na jakość życia [63].

## **1. 2 Jakość życia**

W piśmiennictwie medycznym funkcjonuje wiele definicji jakości życia, jak dotąd nie osiągnięto jednak porozumienia w kwestii jednoznacznego definiowania i pomiaru tego zjawiska. Uzyskano jedynie zgodność, iż jakość życia jest zjawiskiem wielowymiarowym, obejmującym różne dziedziny czy domeny życia i zachowania człowieka [44, 49, 90].

Poniżej podano przykłady istniejących definicji:

- „Jakość życia to subiektywna ocena zadowolenia i satysfakcji płynącej z życia jako całości” [63]
- „Jakość życia to stan dobrego samopoczucia, składającego się z dwu elementów: zdolności radzenia sobie z codziennymi zadaniami, co odzwierciedla dobre samopoczucie człowieka na poziomie fizycznym, psychicznym i społecznym, oraz satysfakcja pacjenta z jego funkcjonowania na wszystkich poziomach oraz kontroli nad chorobą i/lub objawami związanymi z zastosowaną metodą leczenia” [63]
- „Osobiste postrzeganie pozycji zajmowanej w życiu, w kontekście kulturowym i systemu wartości, w jakich żyje oraz w odniesieniu do stawianych sobie celów, posiadanych oczekiwań, wzorców i obaw” [63].

Terminu jakość życia używa się zamiennie z takimi określeniami jak: stan zdrowia, postrzegany stan zdrowia, stan funkcjonalny, satysfakcja z życia, dobrostan psychiczny [44].

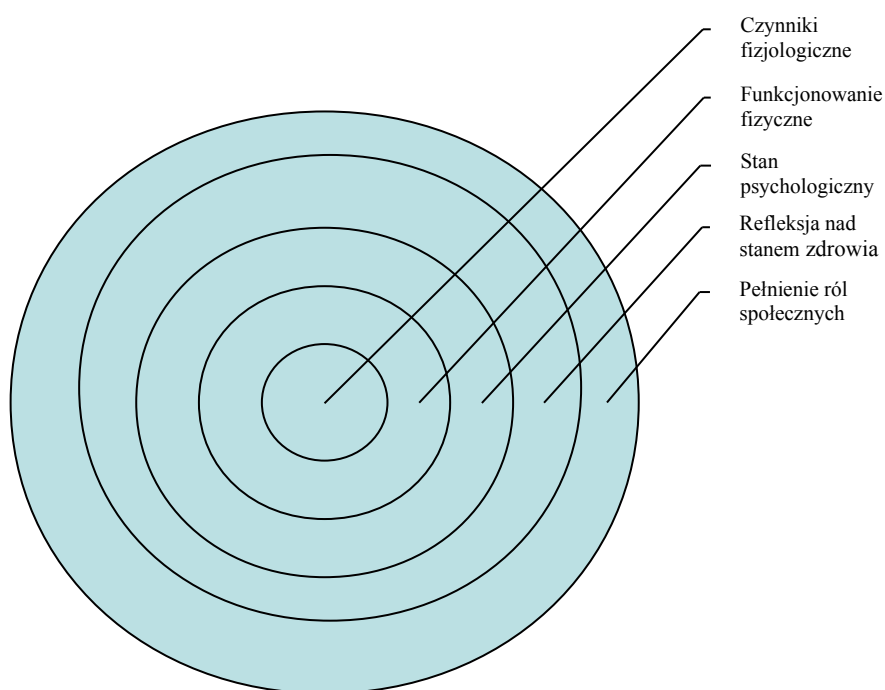
Pojmowanie jakości życia w medycynie, choć wyrażone bez użycia tego terminu, zostało również zawarte w definicji zdrowia sformułowanej przez Światową Organizację Zdrowia, w której stwierdza się, że zdrowie to nie tylko brak choroby, ale jednocześnie stan pełnego, psychicznego i społecznego dobrego samopoczucia [58, 97].

Próby uściślenia definicji umożliwiły stworzenie pojęcia jakości życia nadającego się do zastosowania w medycynie. Na początku lat dziewięćdziesiątych powstał opisywany przez Spikera i Revickiego termin „jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia” – Health Related Quality of Life (HRQOL) [26, 36]. Pojęcie to odwoływało się do subiektywnej oceny stanu zdrowia, następstw choroby lub jej poszczególnych objawów, według której dobry stan zdrowia czy brak ograniczeń w funkcjonowaniu, równoważny jest z dobrą jakością życia [26, 36].

Najbardziej znaną spośród definicji HRQOL jest definicja Schipperera i współpracowników, która określa jakość życia jako „funkcjonalny efekt

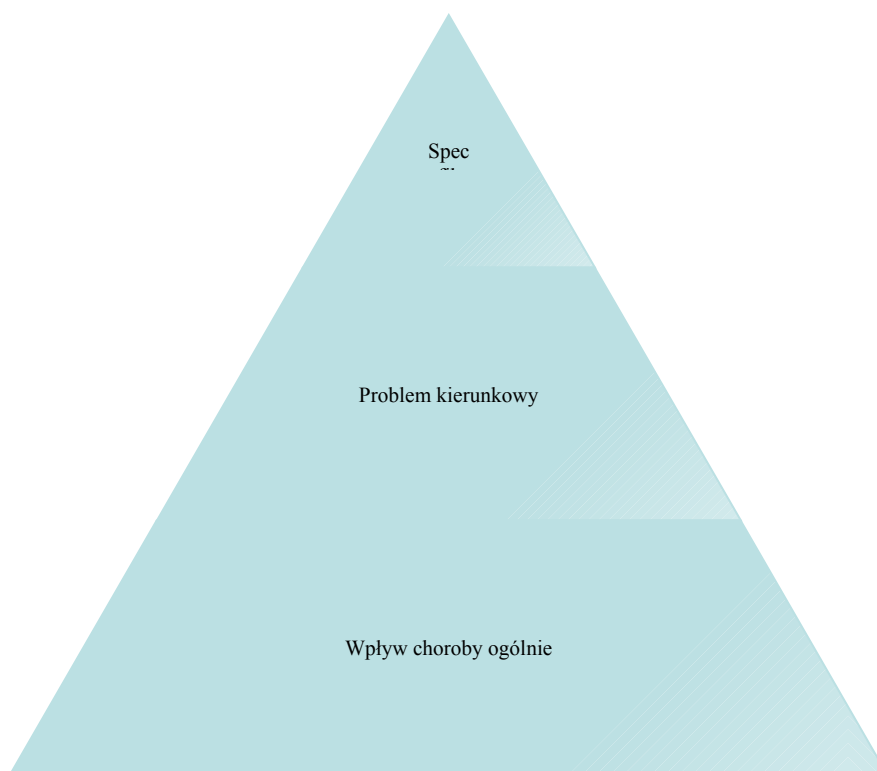
choroby i konsekwencje jej leczenia z punktu widzenia pacjenta”. Pojęcie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia, stanowi obecnie najczęściej stosowaną bazę teoretyczną empirycznej oceny jakości życia w naukach medycznych [36].

Poziom jakości życia jest najlepszym wskaźnikiem skuteczności i celowości podejmowanych wobec pacjenta działań. Clinch i Schipper przedstawiają wpływ choroby na jakość życia w postaci kolejnych okręgów (rysunek 1). Zasadniczym efektem procesu chorobowego są zmiany fizjologiczne, które z kolei mają wpływ na funkcjonowanie fizyczne. Dalsze trwanie choroby odzwierciedla się w sferze psychologicznej, co skłania chorego do refleksji nad swym położeniem i ostatecznie ma wpływ na sposób pełnienia roli społecznej [7, 41].



**Rysunek 1.**

Według Rylandera, ocena wpływu choroby na jakość życia powinna obejmować trzy obszary (rysunek 2). Pierwszy, to problem kierunkowy, który odpowiada ogólnej jakości życia w sensie dobrostanu, jako wymiaru psychologicznego. Kolejny związany jest z oddziaływaniem choroby na jakość życia, bez uwzględnienia jej specyfiki. Trzeci i jednocześnie ostatni obszar obejmuje ocenę jakości życia związaną z objawami konkretnej jednostki chorobowej [63].



**Rysunek 2.**

Jakość życia w kontekście choroby – zmodyfikowany model Rylandera



Podsumowując, sformułowane dotychczas terminy odzwierciedlają różnorodność poglądów czterech dziedzin nauki: psychologii, filozofii, socjologii i medycyny [41, 44]. Bardzo ważnym zagadnieniem poza definicją jakości życia jest jej ocena. Kowalik definiuje jakość życia następująco: jest to „odczuwanie własnego życia przez poznawanie go” oraz „odczuwanie własnego życia poprzez przeżywanie go” [58, 97].

Istnieje związek między tak rozumianą jakością życia a jej oceną. Stosowane do oceny narzędzia zmuszają do „poznawania własnego życia”. Dotyczy to głównie tych kwestionariuszy, w których pytamy bezpośrednio o jakość życia. Instrumenty, które mierzą emocje negatywne takie jak lęk, depresję czy agresję oraz pozytywne, na przykład radość, odnoszą się z kolei do „przeżywania życia” [14, 46, 58, 67, 75, 97, 103].

Bardzo istotnym zagadnieniem jest wybór narzędzia o odpowiednich wartościach psychometrycznych, takich jak rzetelność, trafność i czułość [58]. Rzetelność odnosi się do zakresu, do jakiego narzędzie jest wolne od błędów pomiaru. Zakres rzetelności określa powtórne testowanie niezmięnionej populacji, która daje identyczne wyniki. Pojęcie trafności dotyczy zakresu, w jakim narzędzie mierzy tylko to, co jest istotne dla badania klinicznego. Bardzo ważną cechą jest czułość narzędzia, dzięki czemu możemy wykryć różnice lub zmiany w określonym czasie trwania próby klinicznej [44, 48, 62, 63, 97, 98].

Reasumując dobre narzędzie oceniające jakość życia powinno być krótkie, proste, kompletne i opierać się na informacjach uzyskanych od pacjenta z całego okresu objętego badaniem. Ponadto, każdy instrument pomiarowy powinien charakteryzować się odpowiednimi wartościami psychometrycznymi, aby mógł być stosowany w różnych populacjach [63].

Dlatego też dobór stosownych narzędzi pomiarowych służących do właściwej oceny jakości życia, jej związku ze zdrowiem oraz przydatnością kliniczną uzyskiwanych wyników, powinien być priorytetem dla badaczy.

Oceny jakości życia dokonywane przez pacjentów analizują zwykle cztery obszary: sprawność ruchową, stan somatyczny, psychiczny oraz obszar społeczny, któremu odpowiadają relacje wewnątrzrodzinne i warunki materialno-bytowe [98]. Wymienione obszary oceniane są za pomocą różnych typów narzędzi. Można je podzielić według wielu kryteriów [44, 48, 104]. Narzędzia do pomiaru obiektywnego umożliwiają ocenę jakości życia przez osoby postronne na przykład psychologa, socjologa czy lekarza. Do najczęściej wykorzystywanych należą: Skala Wydolności Karnofskiego i Skala Stanu Wydolności WHO. Ponadto:

- Skale RSCL, LASA, NHP, SIP, QLQ – C30, QLQ – PAN26 służące do pomiaru subiektywnego, wykonywanego samodzielnie przez pacjenta [29]
- Skale globalne jak VAS i drabina Cantrila umożliwiające ocenę jakości życia w sposób ogólny i mające postać pojedynczych pytań
- Skale wielowymiarowe uwzględniające kilka obszarów jakości życia i służące do oceny różnych grup chorych, do których należą QLQ–C30, FLIC, RSC, LASA, CARES [29]
- Skale jednowymiarowe oceniające pojedynczą spośród niżej wymienionych dziedzin jakości życia: fizyczną, emocjonalną lub socjalną. Stan czynnościowy według Zubrod’a i skala wydolności Karnofskiego są przykładowymi narzędziami do oceny wymiaru fizycznego. Obszar emocjonalny pozwalają zbadać Szpitalna Skala Lęku i Depresji HADS–M oraz Skala Depresji Becka [24, 70, 82, 88]. Wymiar socjalny oceniany jest przy pomocy skali PAIS.

Instrumenty pomiaru można również sklasyfikować ze względu na ich specyfikę. Narzędzia ogólne przeznaczone są do opisu jakości życia chorych z różnymi jednostkami chorobowymi w dużych populacjach. Należą do nich skale SIP, NHP, SF–36 [27]. Skale RSCL, FLIC, CARES to narzędzia specyficzne, które opisują obszary jakości życia z określonym rozpoznaniem

klinicznym. Przykładem narzędzi modularnych są FACT – B, FACT – C, które powstały poprzez dodanie do skali podstawowej FACT zestawu pytań dla konkretnej choroby, odpowiednio raka sutka i jelita grubego [2].

Poniżej wymieniono wybrane techniki badawcze przydatne w ocenie efektywności opieki medycznej [26, 48, 63, 98]:

1. Skala ESAS (The Edmonton Symptom Assessment System). Składa się z 9 wizualno-analogowych skal. Obejmuje następujące parametry: ból, aktywność, nudności, depresję, lęk, senność, apetyt, samopoczucie i duszność. Test jest prosty i łatwy, jego wypełnienie wymaga jedynie kilku minut.
2. Skala RSCL (The Rotterdam Symptom Checklist). Jest narzędziem do pomiaru jakości życia pacjentów z chorobą nowotworową. Obejmuje następujące dziedziny: skalę objawów fizycznych, psychicznych, poziom aktywności oraz ogólną jakość życia. Pytania dotyczące psychicznych objawów są umieszczone pomiędzy pozycjami dotyczącymi innych obszarów. Pozwala to na uniknięcie u badanych skojarzeń, że są podejrzewani o zaburzenia psychiczne.
3. Szpitalna Skala Lęku i Depresji HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). Została stworzona do oceny zaburzeń psychiatrycznych w populacji chorych nieleczonych psychiatrycznie. Skala w wersji oryginalnej składa się z 7 pozycji badających lęk i z takiej samej liczby pozycji odnoszących się do stanów depresyjnych [24, 70, 82, 88]. W modyfikacji Majkowicza, de Walden-Gałuszeko, Chojnackiej-Szawłowskiej dołączono 2 pozycje badające rozdrażnienie i agresję [14]. Jest to metoda krótka, łatwa w stosowaniu i odczytywaniu wyników.
4. Metoda STAS (Support Team Assessment Schedule). Pozwala stosować ocenę przez zespół opiekujący się chorymi. Składa się z 17 pozycji. 10 z nich dotyczy pacjentów i rodziny, pozostałe związane są z systemem opieki i członkami zespołu opiekującego się.

5. Kwestionariusz jakości życia EORTC QLQ-30 [29] (Quality of life questionnaire – core 30). Został skonstruowany przez Grupę Badawczą Jakości Życia powołaną przy Europejskiej Organizacji Badań i Leczenia Raka (EORTC). Jest szczególnie polecany do badań w konwencji prób klinicznych. Służy do badania populacji pacjentów z chorobą nowotworową bez uwzględnienia postaci, rodzaju i lokalizacji procesu. Wielowymiarowość kwestionariusza została zrealizowana poprzez umieszczenie pytań dotyczących wpływu choroby na funkcjonowanie pacjenta w różnych obszarach jego życia oraz wpływu dolegliwości na jakość życia. Badania standaryzacyjne prowadzono na próbie pacjentów z chorobą nowotworową w 12 państwach. Rzetelność oszacowano za pomocą współczynnika zgodności wewnętrznej alfa Cronbacha poszczególnych skal kwestionariusza. Poza skalą funkcjonowania poznawczego dotyczącą, pamięci i uwagi pozostałe skale spełniły kryterium psychometryczne. Oceny trafności dokonano poprzez korelację pomiędzy poszczególnymi skalami testu oraz porównanie uzyskanych wyników z innymi wskaźnikami jakości życia akceptowanymi przez Grupę Badawczą EORTC. Należą do nich: ocena zaawansowania choroby, spadek masy ciała, poziom wydolności, ocena kliniczna i skala WHO. Bardzo istotną informacją uzyskaną podczas badania kwestionariusza jest jego dobry odbiór przez osoby badane.
6. Kwestionariusz jakości życia EORTC QLQ PAN-26 (Quality of life questionnaire PAN-26). Zawiera 26 pytań dotyczących objawów, stanu funkcjonalnego i psychospołecznego. Oryginalny kwestionariusz przeznaczony głównie dla pacjentów z rakiem trzustki.
7. Samoocena linearno-analogowa LASA (Linear Analog Self Assessment). Jest pierwszą skalą wzrokowo-analogową do oceny chorych nowotworowych stworzoną przez Priestmana i Baumana.

Poprzez dodanie specyficznych pytań może służyć do oceny chorych z nowotworem sutka i gardła [2].

8. Skala przystosowania psychospołecznego do choroby PAIS (Psychosocial Adjustment to Illness Scale). Skonstruowana przez Derogatisa, Morrowa i Chiarello. Zawiera 45 pytań. Szeroko stosowana, o wysokiej trafności i rzetelności. Prosta w wykonaniu i interpretacji wyników.
9. Funkcjonalna Ocena Terapii Nowotworów FACT (Functional Assessment of Cancer Therapy). Powstała w oparciu o wywiady z 135 pacjentami i 15 specjalistami z zakresu onkologii. Opracowano 25 podskali dla określonych chorób, objawów i metod terapii takich jak: rak piersi (FACT-B), rak jelita grubego (FACT-C), anemia (FACT-An), przeszczep szpiku kostnego (FACT-BMT). Mierzy aktualne funkcjonowanie, co umożliwia przystosowanie terapii w zależności od oceny sytuacji przez pacjenta.
10. Profil wpływu choroby SIP (Sickness Impact Profil). Zawiera 136 pytań. Przeznaczona dla osób chorych przewlekle. „Złoty standard” wśród ogólnych miar jakości życia.
11. Profil Zdrowia Nottingham NHP (Nottingham Health Profile). Autorami tej metody byli Hunt i McEwan. Składa się z dwóch części i dotyczy problemów zdrowotnych oraz ich wpływu na codzienne funkcjonowanie. W części pierwszej zawiera następujące dane: energię życiową, pracę zawodową, ból, reakcje emocjonalne, sen, społeczną izolację i fizyczną aktywność. W części drugiej znajdują się informacje z zakresu prac domowych, życia społecznego, osobistych związków, życia seksualnego, zainteresowań oraz sposobu spędzania świąt i wolnych dni. Szeroko stosowana u pacjentów z artretyzmem i chorobami układu krążenia.
12. Skala wydolności Karnofskiego KPS (The Karnofsky Performance Scale). Jest metodą służącą do oceny fizycznego funkcjonowania

- pacjenta, którą można wyrazić na podstawie jednej liczby w zakresie od 0 do 100 punktów.
13. Medyczna ocena wyników MOS (Medical Outcome Study). Skrócona forma ogólnego przeglądu zdrowia (Short-form General Health Survey). Zawiera 20 lub 36 pytań z zakresu sprawności fizycznej, funkcjonowania, zdrowia psychicznego, relacji społecznych oraz postrzegania zdrowia i bólu. Rzetelna i praktyczna metoda do oceny wyników leczenia.
  14. Skala oceny jakości życia (Quality of Life Uniscale). Jest skalą linearno–analogową utworzoną przez Spitzera i Dobsona. Bardzo łatwa w wykonaniu i interpretacji wyników.
  15. Profil stanów nastroju POMS (The Profile of Mood State). Bada stan emocjonalny chorych. Zawiera pytania oceniające napięcie, depresję, gniew, energię, zmęczenie i orientację [38].

## **1. 3 Ostre zapalenie trzustki**

### **1.3.1 Definicja**

Ostre zapalenie trzustki (OZT) jest to ostry proces zapalny gruczołu obejmujący w różnym stopniu sąsiadujące tkanki jak i odległe narządy [15, 33, 40, 62].

### **1.3.2 Epidemiologia**

Zapadalność na ostre zapalenie trzustki waha się w granicach od 2,1 do 42 przypadków na 100 000 mieszkańców rocznie w Europie i do 79,8/100 000 w USA [40]. W Wielkiej Brytanii stanowi 3 % wszystkich przyjęć szpitalnych

związanych z bólami jamy brzusznej. Obserwowany wzrost zapadalności na OZT wiąże się z jednej strony ze zwiększonym spożyciem alkoholu i złymi przyzwyczajeniami dietetycznymi, z drugiej, z postępowaniem diagnostyki [6, 40, 54, 62, 93, 98]. Śmiertelność w populacji ogólnej wynosi 7,8 %, a w grupie chorych z ciężką, martwiczą postacią dochodzi nawet do 30–50 % [31, 62]

### **1.3.3 Etiologia**

Najczęstszą przyczyną OZT są: kamica żółciowa (30–60 %) i nadużywanie alkoholu (30 %) [33, 47, 54]. Zapalenie trzustki wywołane kamica żółciową częściej występuje u kobiet oraz u chorych ze złoami o średnicy < 5 mm i mikrolitiazą [47]. Głównym powodem OZT u mężczyzn jest nadmierne spożycie alkoholu. Do pozostałych czynników wywołujących ostre zapalenie trzustki zaliczamy zaburzenia metaboliczne, zmiany organiczne w obrębie dróg żółciowych i pola trzustkowego, infekcje, leki oraz urazy [44, 54, 58, 93]. W około 20 % przypadków przyczyna pozostaje nieznana.

### **1.3.4 Diagnostyka**

Rozpoznanie kliniczne OZT opiera się na stwierdzeniu bólu jamy brzusznej z towarzyszącym podwyższeniem aktywności enzymów trzustkowych: amylazy, lipazy, elastazy i trypsyny. Jednoczesny wzrost aktywności aminotransferazy alaninowej i negatywny wywiad alkoholowy wskazuje zwykle na żółciopochodną etiologię OZT [33]. Tomografia komputerowa (TK), rezonans magnetyczny (RM) i ultrasonografia jamy brzusznej (USG) są badaniami obrazowymi, które pozwalają potwierdzić rozpoznanie, a także ocenić ciężkość choroby lub wystąpienie powikłań [22, 85]. USG jamy brzusznej ma wyższą czułość w rozpoznawaniu kamicy żółciowej, natomiast najbardziej czułą metodą w ocenie żółciopochodnej przyczyny OZT jest endosonografia (EUS) [43, 47, 50, 54, 93, 95].

Ze względu na wysoką śmiertelność – wynoszącą około 50 % – w przebiegu martwiczej postaci ostrego zapalenia trzustki w ciągu pierwszego tygodnia trwania choroby, szybka ocena stopnia ciężkości procesu pozwala na odpowiednie monitorowanie i kwalifikację pacjentów do zabiegów endoskopowych lub chirurgicznych, co z kolei ma wpływ na poprawę rokowania [31, 33, 51, 94].

Szeroko stosowanym – spośród parametrów laboratoryjnych – czynnikiem prognostycznym OZT jest stężenie białka C-reaktywnego (CRP). Wartość CRP powyżej 150 mg/dl po trzeciej dobie od wystąpienia pierwszych objawów choroby, może świadczyć o obecności martwicy. Tomografia komputerowa z podaniem środka cieniującego dożylnie, pozwala na wykazanie obecności zbiorników płynowych, torbieli rzekomych i martwicy mięszu trzustki. Czulość metody w wykrywaniu martwicy trzustki wynosi ponad 90 %. Baltazar i wsp. stworzyli tomograficzny wskaźnik ciężkości CTSI (Computed Tomography Severity Index). Ocenia on dwa parametry – nasilenie ostrego procesu zapalnego oraz obecność i rozległość martwicy trzustki (tabela 1). Liczba punktów uzyskanych po zsumowaniu obu markerów świadczy o ciężkości przebiegu OZT (tabela 2).

#### **Tabela 1**

Stopnie ostrego zapalenia trzustki i tomograficzny wskaźnik ciężkości (CTSI). TK - tomografia komputerowa, zmodyfikowane z: Balthazar E.J., et al.: Acute pancreatitis: value of CT in establishing prognosis. Radiology, 1990; 174: 331-336

<b>Stopień TK</b>	<b>Wynik</b>
<b>A</b> prawidłowy obraz trzustki	0
<b>B</b> zmiany ograniczone do trzustki	1
<b>C</b> zmiany zapalne w obrębie trzustki i łagodne w obrębie tkanek okołotrzustkowych	2
<b>D</b> nasilone zmiany zapalne w obrębie tkanek okołotrzustkowych	3
<b>E</b> mnogie lub rozległe zbiorniki płynu poza trzustką lub ropień	4
dodaj do wyniku TK wynik martwicy	
<b>Martwica</b>	<b>Wynik</b>
Brak	0



1/3	2
1/2	4
>1/2	6
<b>CTSI = wynik TK + wynik martwicy (0-10)</b>	

**Tabela 2**

Tomograficzny wskaźnik ciężkości ostrego zapalenia trzustki. Zmodyfikowane z: Balthazar E.J., et al.: Acute pancreatitis: value of CT in establishing prognosis. Radiology, 1990; 174: 331-336 [5]

Wskaźnik	Odsetek powikłań	Śmiertelność (%)
0-3	8	3
4-6	35	6
7-10	92	17

Wskazaniem do badania tomokomputerowego jamy brzusznej jest rozpoznanie ciężkiej postaci OZT i brak poprawy w ciągu 72 godzin od wdrożenia leczenia zachowawczego lub pogorszenie stanu chorego, sugerujące wystąpienie powikłań.

### 1.3.5 Leczenie

Szybkie włączenie terapii ma istotne znaczenie w zapobieganiu powikłań zarówno miejscowych jak i wielonarządowych. W pierwszej dobie leczenia bardzo ważne jest uzupełnianie płynów, wyrównanie niedoborów elektrolitowych, włączenie leków przeciwbólowych oraz zakaz żywienia doustnego. U chorych z łagodną postacią OZT można wprowadzić żywienie doustne w 3 lub 4 dobie, natomiast pacjenci z ciężką postacią zapalenia wymagają żywienia dojelitowego. Profilaktyczna antybiotykoterapia zarezerwowana jest dla chorych z obecnością ropnia i martwicy trzustki. Zaleca

się imipenem z cylastyłą lub meropenem, chinoliny podawane z metronidazolem, albo piperacylinę z tazobaktamem.

U pacjentów z ostrym żółciopochodnym zapaleniem trzustki leczeniem z wyboru jest endoskopowa sfinkterotomia wykonana w ciągu pierwszych 72 godzin [51].

U około 60 % chorych z OZT występują miejscowe powikłania – formowanie się trzustkowych zbiorników płynowych (TZP).

Wyróżniamy następujące typy TZP [15]:

- **Ostry zbiornik płynowy** – pojawia się wcześniej w OZT (w ciągu 48 godzin), zlokalizowany jest w trzustce lub w jej otoczeniu
- **Ostra rzekoma torbiel** – zbiornik soku trzustkowego otoczony ścianą, powstający w OZT w ciągu 4 tygodni, pozbawiony znaczącej ilości tkanek martwiczych
- **Wczesna martwica trzustki** – rozsiana lub ogniskowa martwica mięszu trzustki obejmująca ponad 30 % gruczołu w obrazie TK, współistniejąca z martwicą tkanki tłuszczowej okołotrzustkowej
- **Późna (zorganizowana) martwica trzustki** – ewolucja ostrego do częściowo otorbionego, dobrze wyodrębnionego zbiornika soku trzustkowego i martwiczych tkanek
- **Ropień trzustki** – ograniczony wewnątrz jamy brzusznej zbiornik ropy zwykle w sąsiedztwie trzustki, zawierający niedużo lub w ogóle tkanek martwiczych, powstający po OZT lub urazie trzustki
- **Przewlekła rzekoma torbiel** – zbiornik soku trzustkowego otoczony włóknistą lub ziarninową ścianą powstający w przebiegu PZT.

Sposób leczenia TZP jest uwarunkowany ich charakterem i dynamiką procesu [28, 40]. Zbiorniki ostrej fazy, które w około 50 % ustępują samoistnie leczą się zachowawczo. Powiększenie torbieli, jej zakażenie, ropień lub zakażona martwica trzustki są bezwzględnym wskazaniem do leczenia chirurgicznego lub endoskopowego [10, 28, 40, 72, 89, 91]. Ze względu na

stwierdzoną wysoką śmiertelność wynosząca nawet do 65 % u chorych poddanych wczesnej nekrosectomii, sugeruje się próbę odroczenia zabiegu o 6 do 8 tygodni, co zwykle wiąże się ze zmniejszeniem śmiertelności [10, 28].

Alternatywną metodą leczenia trzustkowych zbiorników płynowych są endoskopowe metody drenażowe. Drenowane powinny być tylko objawowe zbiorniki w optymalnie ustalonym czasie. Wybór metody zależy od typu zbiornika, jego rozmiaru i umiejscowienia. W dużych, objawowych torbielach mierzących powyżej 6 cm, stosowany powinien być drenaż przezbrodawkowy i przezścienny (poprzez żołądek lub dwunastnicę) [8, 11, 28].

Klasycznymi wskazaniami do endoskopowego drenażu są: odległość między ścianami torbieli i przewodu pokarmowego mniejsza niż 1cm oraz widoczna impresja ściany zbiornika w czasie gastroduodenoskopii [9, 71]. Wprowadzenie EUS rozszerzyło wskazania o TZP odległe o ponad 1cm od ściany przewodu pokarmowego [37]. Drenaż przezścienny jest możliwy, wówczas, gdy odległość między ścianami torbieli i przewodu pokarmowego nie przekracza 1 cm [8, 37].

Drenaż późnej martwicy trzustki powinien być wykonany najwcześniej po 6 tygodniu po rzucie OZT. Celem zapewnienia prawidłowego systemu irygacyjnego często wskazane jest skojarzenie drenażu przezbrodawkowego z przezściennym i przezskórnym [8, 9, 11, 37].

Efektywność endoskopowego leczenia związana jest ze znajomością anatomii przewodu trzustkowego głównego. Współistniejące zwężenia lub kamienie mogą utrudniać odpływ soku trzustkowego do dwunastnicy, a uszkodzenie ciągłości ściany przewodu trzustkowego jest przyczyną zacieku soku trzustkowego [53, 66, 83]. Zmiany w przewodzie trzustkowym są główną przyczyną wydłużonego leczenia oraz nawrotowości zbiorników. Endoskopowe poszerzanie zwężeń, usuwanie kamieni z przewodu trzustkowego jak również przezbrodawkowe wprowadzanie protez celem mostowania uszkodzeń ciągłości ściany podnosi skuteczność leczenia TZP [11, 43, 50, 53, 54, 55, 95, 96, 101].

## **1.4 Przewlekłe zapalenie trzustki (PZT)**

### **1.4.1 Definicja**

PZT jest przewlekłym procesem zapalnym, powodującym postępujące włóknienie z towarzyszącym zanikiem tkanki gruczołowej, co prowadzi do upośledzenia czynności zewnątrzwydzielniczej i wewnątrzwydzielniczej trzustki [42].

### **1.4.2 Epidemiologia**

Według danych epidemiologicznych, zapadalność na przewlekłe zapalenie trzustki różni się w zależności od kraju. W Polsce kształtuje się na średnim poziomie i wynosi od 5 do 10 przypadków na 100 000 mieszkańców [42]. Z krajów europejskich najniższa zapadalność na PZT występuje w Szwajcarii (1,6 na 100 000 osób), najwyższą odnotowano w Finlandii (23 na 100 000). Tłumaczy się to różną w tych krajach wielkością spożycia alkoholu, który jest uważany za główny czynnik etiologiczny PZT [42, 54]. Śmiertelność ocenia się na 21–35 % w ciągu 10 lat trwania choroby [62].

### **1.4.3 Etiologia**

Etiologiczne czynniki ryzyka przewlekłego zapalenia trzustki można podzielić według klasyfikacji TIGAR–O (tabela 3).

Zasadniczą rolę w tworzeniu się zmian zapalnych w trzustce odgrywa alkohol, który jest według różnych danych w odpowiedzialny 70–90 % za rozwój PZT [54]. W około 20 % nie udaje się ustalić czynnika sprawczego choroby. W 10–15 % podłożem przewlekłego zapalenia trzustki mogą być zmiany utrudniające swobodny odpływ soku trzustkowego. Spośród innych przyczyn PZT należy wymienić czynniki genetyczne związane z mutacjami genowymi oraz autoimmunologiczne, izolowane lub towarzyszące innym chorobom o podłożu immunologicznym [48, 62].

**Tabela 3.**

Etiologiczne czynniki ryzyka przewlekłego zapalenia trzustki według klasyfikacji TIGAR–O

<b>Etiologiczne czynniki ryzyka PZT</b>
Toksyczno metaboliczne <b>T</b>
Idiopatyczne <b>I</b>
Genetyczne <b>G</b>
Autoimmunologiczne <b>A</b>
Nawracające (reccurent – <b>R</b> ) i ciężkie ostre zapalenie trzustki
Zaporowe (obstructive – <b>O</b> )

#### **1.4.4 Diagnostyka**

We wczesnym okresie choroby, w obrazie klinicznym występuje ból o zmiennym nasileniu, umiejscowiony w nadbrzuszu lub śródbrzuszu, promieniujący do pleców. Czasem obserwuje się żółtaczkę związaną z impresją powiększonej głowy trzustki na przewód żółciowy główny. W postaci zaawansowanej początkowo występuje upośledzona tolerancja glukozy, a następnie cukrzyca, utrata masy ciała i biegunka tłuszczowa. W badaniach

laboratoryjnych aktywność amylazy i lipazy są zwykle prawidłowe lub nieznacznie podwyższone.

Wymienione objawy nie są swoiste dla PZT, wobec tego dla potwierdzenia rozpoznania należy wykonać badania oceniające strukturę trzustki oraz jej czynność zewnątrzwydzielniczą.

Metodą, która bezpośrednio ocenia wydzielanie trzustkowe jest test sekretynowo–cholecystokininowy. Spośród testów pośrednich należy wymienić oznaczanie elastazy–1 w kale metodą immunoenzymatyczną.

Podstawowymi badaniami obrazowymi pomocnymi w diagnostyce PZT są: zdjęcie przeglądowe jamy brzusznej, które pozwala uwidocznic zwapnienia w polu trzustkowym oraz klasyczna ultrasonografia (USG) i tomografia komputerowa (TK) [22]. Na podstawie obrazu morfologicznego widocznego stwierdzonego w USG i TK można określić stopień uszkodzenia trzustki (tabela 4) [25, 85]. Kolejnym nieinwazyjnym badaniem obrazowym wykorzystywanym w celu oceny zmian w trzustce jest cholangiopankreatografia rezonansu magnetycznego (MRCP) [22, 32, 68].

Do inwazyjnych metod pozwalających rozpoznać przewlekłe zapalenie trzustki należą endoskopowa ultrasonografia (EUS) oraz endoskopowa cholangiopankreatografia wsteczna (ECPW).

EUS charakteryzuje się czułością na poziomie około 90 % oraz 100 % swoistością i wykazuje wysoką zgodność w rozpoznawaniu PZT w odniesieniu do badania ECPW [68]. Pomimo postępu w obrazowaniu trzustki metodami mniej inwazyjnymi niż endoskopowa cholangiopankreatografia wstępująca, nadal jest to badanie uznawane za „złoty standard” w diagnostyce PZT [39, 45]. Na podstawie pankreatogramu stworzono klasyfikację Cambridge, która określa stopień zaawansowania zmian w przebiegu PZT (tabela 5) [13].

Zaletą badań inwazyjnych jest możliwość jednoczesnego wykonania biopsji celowanej (EUS) lub uzyskanie wymazów szczoteczkowych i soku trzustkowego (ECPW) [42, 45, 69].

**Tabela 4**  
**Obraz zmian morfologicznych w badaniach TK i USG**

<b>Nasilenie zmian</b>	<b>Obraz zmian w tomografii komputerowej i ultrasonografii</b>
<b>Obraz prawidłowy</b>	Prawidłowy kształt i wymiary trzustki Miąższ trzustki jednorodny Przewód Wirsunga < 2 mm
<b>Obraz wątpliwy</b>	Występuje jedna z wymienionych zmian: Szerokość przewodu Wirsunga 2 – 4 mm Nieznaczne powiększenie trzustki < 2 razy Niejednorodność miąższu trzustki
<b>Postać łagodna PZT</b>	Występuje, co najmniej dwie spośród wymienionych zmian: Szerokość przewodu Wirsunga 2– 4 mm Nieznaczne powiększenie trzustki < 2 razy Niejednorodność miąższu trzustki Nieregularne ściany przewodu trzustkowego
<b>Postać umiarkowana PZT</b>	Wzrost echogeniczności ścian przewodu trzustkowego Nieregularne zarysy trzustki Ogniska hipoechogeniczne Torbiele rzekome < 10 mm
<b>Postać zaawansowana PZT</b>	Wszystkie objawy jak w postaci umiarkowanej i co najmniej jeden z wymienionych: Znaczna nieregularność przewodu trzustkowego Poszerzenie przewodu trzustkowego > 4 mm Obecność w przewodzie trzustkowym złoju lub czopów zamykających światło Torbiele rzekome o wymiarach >10 mm Naciekanie narządów sąsiednich

**Tabela 5**

Klasyfikację Cambridge, określająca stopień zaawansowania zmian w przebiegu PZT [13]

<b>Stopień Zaawansowania</b>	<b>Przewód Wirsunga</b>	<b>Odgąlenia boczne</b>	<b>Zmiany dodatkowe</b>
0° – prawidłowy	prawidłowy	bez zmian	nie występują
1° – wątpliwy	prawidłowy	< 3	nie występują
2° – umiarkowany	prawidłowy	3	nie występują
3° – średnio zaawansowany	nieprawidłowy	3	nie występują
4° – zaawansowany	nieprawidłowy	3	Występuje co najmniej jedna z wymienionych : – torbiele – przewężenia – ubytki wypełnienia – znaczne przewężenia

### 1.4.5 Leczenie

Leczenie przewlekłego zapalenia trzustki zaczynamy od leczenia zachowawczego, a w razie niepowodzenia wdramy metody endoskopowe lub chirurgiczne. Podstawą leczenia PZT jest całkowity zakaz picia alkoholu oraz wprowadzenie diety bogatokalorycznej i bogatobiałkowej. Kolejnym etapem terapii jest włączenie substytucji enzymów trzustkowych z jednoczesnym podawaniem leków hamujących wydzielanie kwasu solnego celem zmniejszenia inaktywacji enzymów. U 2/3 chorych z PZT, przyczyną bólu jest wzrost ciśnienia w przewodach trzustkowych lub rzekomych torbielach. Celem stosowanych inwazyjnych (zarówno endoskopowych jak i chirurgicznych) metod jest dekompresja w przewodach trzustkowych [19, 52, 76].



U chorych ze zwężeniem przewodu żółciowego głównego powstałego wskutek ucisku torbieli lub zmian włóknistych trzustki stosowana jest sfinkterotomia żółciowa z protezowaniem przewodu żółciowego głównego [18, 52, 89].

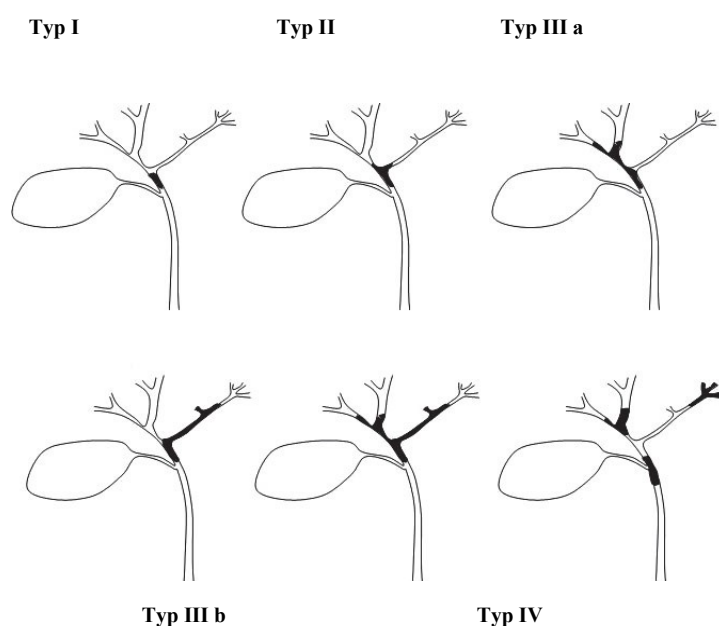
Kolejną metodą inwazyjną, którą można zastosować u chorych z przewlekłym bólem trzustkowym są: blokada splotu trzewnego pod kontrolą tomografii komputerowej lub endoskopowej ultrasonografii oraz splanchnectomia torakoskopowa. Do leczenia chirurgicznego należy kierować pacjentów w przypadku braku poprawy po zastosowaniu wymienionych metod [21, 76]. Sposób przeprowadzenia zabiegu operacyjnego jest uzależniony od rodzaju zmian w trzustce. Operacje drenażowe (pankreatojejunostomia) są wskazane, w przypadku poszerzenia przewodu Wirsunga bez innych zmian w trzustce. Przy jednocześnie występującej patologii w głowie trzustki, wyrostku haczykowatym, drugo- i trzeciorzędowych odgałęzieniach przewodu trzustkowego lub podejrzeniu zmiany złośliwej leczeniem z wyboru jest resekcja trzustki w różnych modyfikacjach [25, 42, 76].

## **1.5 Rak dróg żółciowych**

### **1.5.1 Definicja i podział**

Rak dróg żółciowych jest to nowotwór złośliwy wywodzący się z nabłonka przewodów żółciowych [20]. Spośród wszystkich guzów ponad 95 % to raki gruczołowe. Ze względu na formę dzielimy je na postać guzkową, naciekającą i zwężającą. W 10 % rak obejmuje wewnątrzwątrobowe drogi żółciowe, pozostałe 90 % dotyczy przewodów zewnątrzwątrobowych. 50 do 60 % z nich lokalizuje się w miejscu podziału przewodu wątrobowego głównego na prawy i lewy przewód wątrobowy i jest określana jako guz wnęki wątroby lub guz Klatskina [20].

Bismuth–Corlette zaproponował podział gruczolowych raków dróg żółciowych na cztery podstawowe typy. Głównym kryterium podziału jest ich lokalizacja. W typie I guz obejmuje przewód wątrobowy główny przed podziałem na prawy i lewy, typ II dotyczy miejsca bifurkacji przewodu wątrobowego głównego, w typie III a i III b szerzy się odpowiednio na prawy i lewy przewód wątrobowy, natomiast w IV nowotwór rozprzestrzenia się na dwa przewody lub ma charakter wielogniskowy (rysunek 3) [17, 58, 59, 86].



**Rysunek 3**  
Klasyfikacja Bismuth – Corlette

### 1.5.2 Epidemiologia

Zapadalność na raka dróg żółciowych wynosi od jednego do dwóch przypadków na 100 000 osób w ciągu roku [7, 17, 63, 86].

### 1.5.3 Etiologia

Spośród czynników ryzyka wymienia się: wiek, pierwotne stwardniające zapalenie dróg żółciowych, kamice dróg żółciowych, torbiele dróg żółciowych, palenie papierosów [59].

### 1.5.4 Diagnostyka

U chorych z zajęciem zewnątrzwątrobowych dróg żółciowych w obrazie klinicznym dominuje żółtaczką cholestatyczną z towarzyszącym świądem skóry. Guz obejmujący wewnątrzwątrobowe przewody żółciowe manifestuje się bólem w prawym górnym kwadrancie jamy brzusznej.

W badaniach laboratoryjnych występuje wzrost aktywności enzymów wątrobowych: fosfatazy alkalicznej,  $\gamma$ -glutamylotransferazy i transaminaz. Obserwujemy wzrost stężenia antygenów rakowych CEA, CA 19–9 i CA–125. U chorych z pierwotnym stwardniającym zapaleniem dróg żółciowych (PSC) przy wartości powyżej 100U/mL najwyższą czułością (89 %) i swoistością (86 %) charakteryzuje się antygen CA 19–9, natomiast u chorych z nierozpoznanym PSC czułość tego antygeny wynosi jedynie 53 %. Zapalenie dróg żółciowych również powoduje wzrost wartości wymienionych markerów nowotworowych, dlatego nie mogą one być jedynym kryterium rozpoznania raka dróg żółciowych [7, 59].

Podstawowym nieinwazyjnym badaniem obrazowym jest klasyczna ultrasonografia (USG), która uwidacznia poszerzenie dróg żółciowych bez obecności złożeń w ich świetle. Kolejnymi badaniami, które należy wykonać przy podejrzeniu raka dróg żółciowych są tomografia komputerowa (TK) lub cholangiopankreatografia rezonansu magnetycznego (MRCP) [32, 68]. Metody

te pozwalają zidentyfikować zwężenie dróg żółciowych, zmiany ogniskowe oraz ocenić węzły chłonne. Przy wykorzystaniu angiografii TK lub MR można określić nacieki naczyń.

Do inwazyjnych metod obrazujących należą endoskopowa ultrasonografia (EUS) oraz endoskopowa cholangiopankreatografia wsteczna (ECPW). Celowana biopsja węzłów chłonnych lub zmiany ogniskowej pod kontrolą EUS ułatwia ocenę zaawansowania choroby. Badanie ECPW umożliwia weryfikację zmian stwierdzonych w badaniach nieinwazyjnych oraz uzyskanie wymazów szczoteczkowych lub wycinków z przewodów żółciowych [39].

### **1.5.5 Leczenie**

Wybór leczenia jest uzależniony od lokalizacji raka i zaawansowania choroby. Całkowita resekcja guza obejmująca część wątroby jest rekomendowana u chorych z zajęciem wewnątrzwątrobowych dróg żółciowych we wczesnym stadium choroby. Terapia adjuwantowa ma na celu ograniczyć ryzyko wznowy miejscowej [35]. W kilku opracowaniach zaobserwowano wydłużenie czasu przeżycia jedynie po chemioterapii, natomiast radioterapia prowadziła do niewydolności wątroby [34, 35, 77]. Zabieg resekcyjny jest przeciwwskazany u chorych z PSC, u których po resekcji guza obserwowano nawrót choroby i wysoką śmiertelność. U tych pacjentów przy wcześnie rozpoznanym raku dróg żółciowych wskazany jest przeszczep wątroby [59].

W zaawansowanym procesie chorobowym jedynym możliwym postępowaniem jest terapia paliatywna [35]. Należy tu wymienić zabiegi odbarczające drogi żółciowe, czyli drenaż przezskórny, endoskopowy oraz chirurgiczny [21, 81]. Rekomendowaną metodą jest endoskopowe protezowanie dróg żółciowych [4, 84] U chorych ze spodziewanym przeżyciem powyżej 6 miesięcy preferuje się stosowanie stentów metalowych. Endoprotezy polietylenowe wymagają wymiany, co 3–4 miesiące i przy progresji choroby

mogą wystąpić trudności z ich wymianą. Wadą drenażu chirurgicznego polegającego na zespoleniu przewodowo–jelitowym w III segmencie wątroby są powikłania pooperacyjne (17–51 %) i wysoka śmiertelność (6– 12 %). Drenaż przezskórny wykonujemy u chorych, u których endoskopowe przebrodawkowe protezowanie nie powiodło się [11, 17, 59, 62, 86].

Innymi metodami leczenia paliatywnego są: terapia fotodynamiczna oraz radio– i chemioterapia. W randomizowanych badaniach stwierdzono wydłużenie przeżycia u chorych poddanych leczeniu terapią fotodynamiczną, natomiast stosowana chemioterapia powoduje poprawę jakości życia [17, 35, 86].

## **1.6 Kamica przewodowa**

### **1.6.1 Etiologia**

Częstość kamicy żółciowej przewodowej wynosi około 10–15 % [21, 47, 61].

Kamienie żółciowe dzielimy na pierwotne, powstałe w przewodzie żółciowym głównym i wtórne, które przedostały się tam z pęcherzyka żółciowego. Złogi pierwotne zawierają głównie bilirubinian wapnia, wtórne – cholesterol. Płeć żeńska, starszy wiek, otyłość, mała aktywność fizyczna, infekcje bakteryjne, niektóre antybiotyki (ceftriaxon) i przynależność etniczna (rdzenni Amerykanie) są czynnikami predysponującymi do tworzenia się kamieni cholesterolowych. Ryzyko powstawania złogów barwnikowych zwiększają niedożywienie i infekcje pasożytnicze (*Ascaris lumbricoides*, *Clonorchis sinensis*) [47].

## 1.6.2 Diagnostyka

Do objawów kamicy przewodowej zaliczamy ból w okolicy nadbrzusza i prawego podżebrza o charakterze kolki z towarzyszącą żółtaczką i świądem skóry, nudności, wymioty oraz odbarwiony stolec i ciemny moczu. Kamica może manifestować się ostrym lub przewlekłym zapaleniem dróg żółciowych lub ostrym żółciopochodnym zapaleniem trzustki. W badaniach laboratoryjnych obserwujemy hiperbilirubinemię z przewagą bilirubiny bezpośredniej, zwiększenie aktywności enzymów wątrobowych: fosfatazy alkalicznej,  $\gamma$ -glutamylotransferazy i aminotransferaz oraz wzrost poziomu amylazy.

Klasyczna ultrasonografia (USG) jest badaniem obrazowym pierwszego rzutu, które powinno być wykonane u chorych z podejrzeniem kamicy przewodowej. Czułość USG oceniana na 18–74 % jest uzależniona od średnicy złożeń, warunków badania i doświadczenia ultrasonografisty [32].

Kolejnymi nieinwazyjnymi badaniami pomocnymi w diagnostyce kamicy przewodowej są: tomografia komputerowa (TK), oraz cholangiopankreatografia rezonansu magnetycznego (MRCP) [32, 68]. Najwyższą czułością (80 %) i specyficznością (83,3 %) w ujawnieniu złożeń charakteryzuje się badanie MRCP. Zgodność MRCP z badaniem ECPW w rozpoznawaniu kamicy przewodowej wynosi 90,6 % [32, 68, 73].

Do metod inwazyjnych zaliczamy endoskopową ultrasonografię (EUS) i endoskopową cholangiopankreatografię wsteczną (ECPW) [23, 39]. Badanie EUS jest metodą o mniejszym odsetku powikłań w porównaniu z ECPW przy zbliżonej czułości i specyficzności. Należy dodać, że wyższą czułość EUS w porównaniu z ECPW stwierdzono w uwidocznianiu złożeń o średnicy poniżej 4 mm. Wobec tego endoskopowa ultrasonografia powinna być alternatywną metodą diagnostyczną u pacjentów z czynnikami ryzyka i niepewnym podejrzeniem kamicy przewodowej [73, 87].

### 1.6.3 Leczenie

Endoskopowe leczenie kamicy przewodowej jest powszechnie uznane przez klinicystów za metodę wysokiej skuteczności oraz niskiego ryzyka powikłań [23]. Po wykonaniu endoskopowej sfinkterotomii żółciowej usuwa się kamienie u wysokiego odsetka chorych. Możliwość wykonania mechanicznej, elektrohydraulicznej czy generowanej pozaustrojową falą ultradźwiękową litotrypsji (ESWL) podnosi skuteczność prawie do 100 % [18, 99]. W ośrodkach wyspecjalizowanych w endoskopowym leczeniu, powikłania po zastosowanej metodzie leczenia są naprawdę znikome. Umiejętność protezowania dróg żółciowych przy niepełnym oczyszczeniu z kamieni znosi zagrożenia związane z ropnym zapaleniem dróg żółciowych.

## **2 CEL PRACY**

### **I. Cel ogólny**

Ocena wpływu endoskopowego leczenia schorzeń dróg żółciowych i trzustki na ogólną jakość życia chorych.

### **II. Cele szczegółowe**

Ocena wpływu endoskopowego leczenia na różne obszary jakości życia.



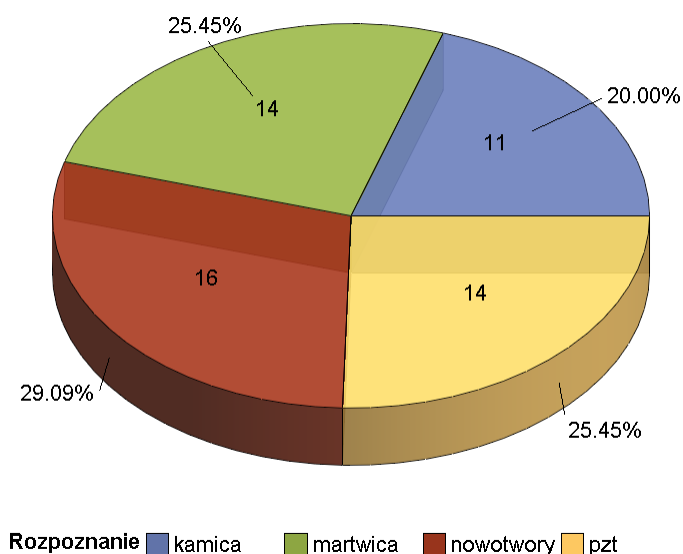
## 3 MATERIAŁ I METODY

### 3.1 Materiał

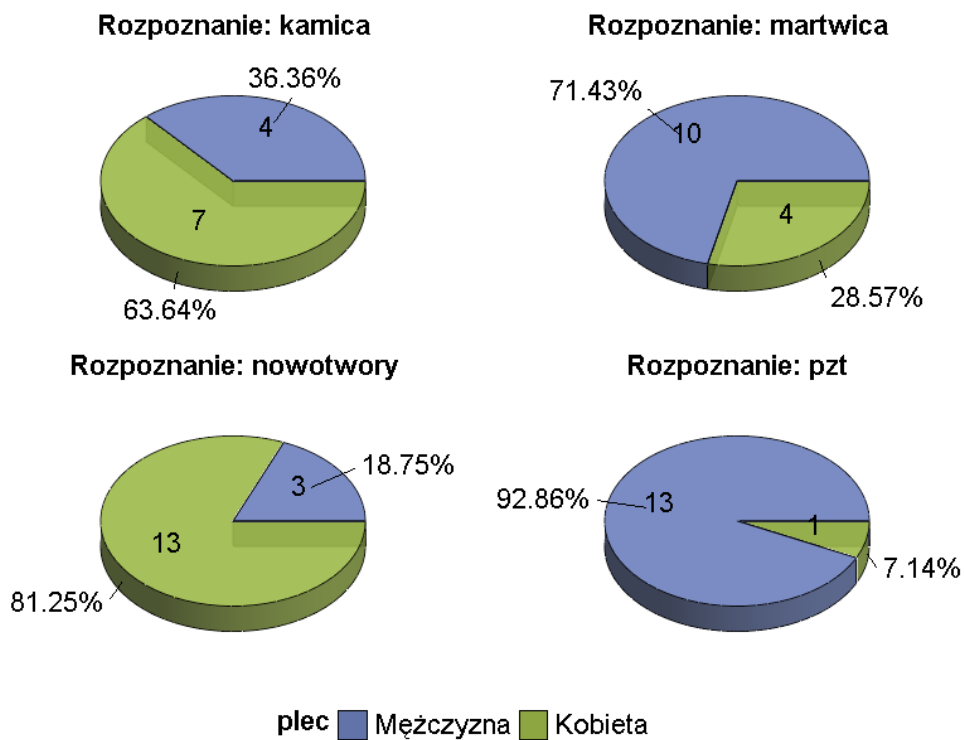
Grupę badaną stanowią pacjenci Kliniki Gastroenterologii i Hepatologii AMG leczeni z powodu kamicy przewodowej, nowotworowej obturacji dróg żółciowych, przewlekłego zapalenia trzustki i ograniczonej martwicy trzustki od 2001 do 2005 roku.

W badaniu uczestniczyło 55 chorych, w tym 30 mężczyzn (54,54 %) i 25 kobiet (45,46 %), w wieku od 33 do 82 lat. Rozkład wieku i płci w zależności od rozpoznania przedstawiono na wykresach 2 i 3.

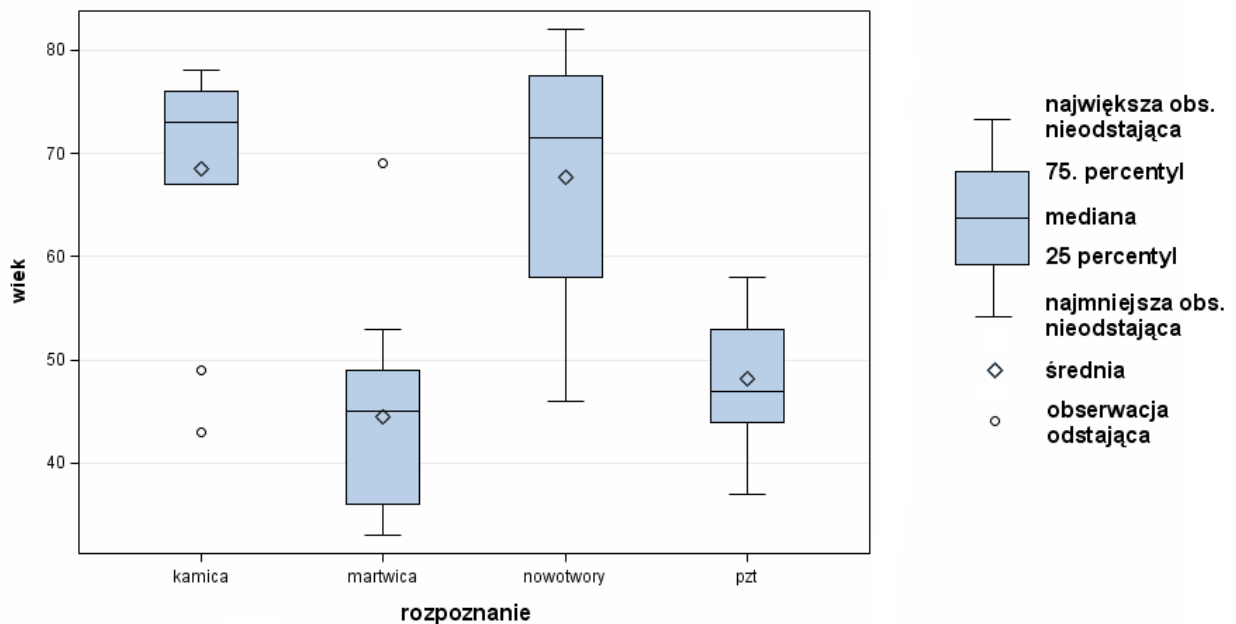
Chorych podzielono na cztery grupy: grupa 1 z rozpoznąną kamica przewodową – 11 chorych (20%), grupa 2 z nowotworami dróg żółciowych – 16 chorych (30%), grupa 3 z ograniczoną martwicą trzustki – 14 chorych (25%) i grupa 4 z przewlekłym zapaleniem trzustki – 14 chorych (25%) – wykres 1.



**Wykres 1**  
Grupy badanych chorych

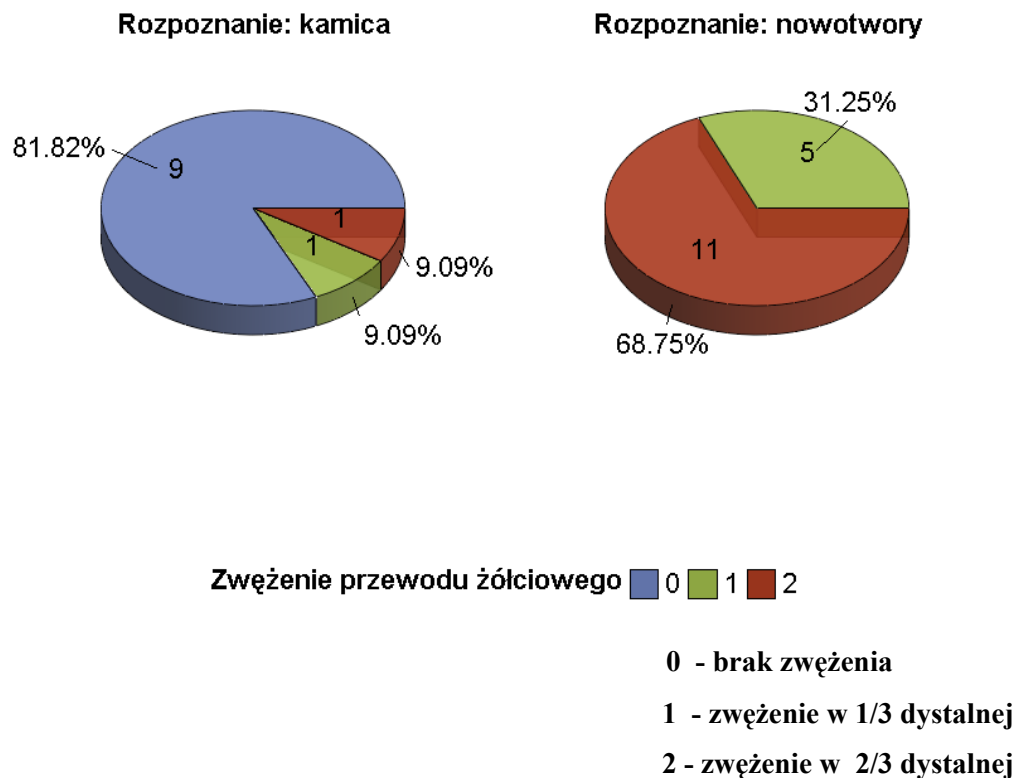


**Wykres 2**  
Rozkład płci w zależności od rozpoznań



**Wykres 3**  
Rozkład wieku w zależności od rozpoznania

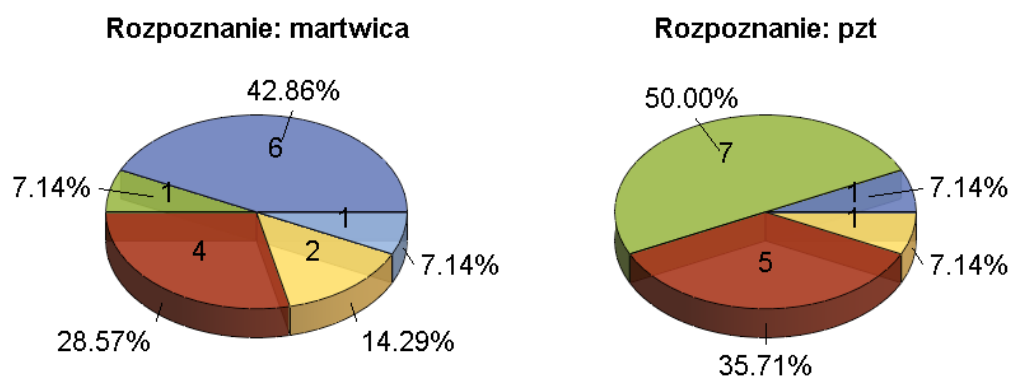
Chorych z rozpoznaną kamicią żółciową przewodową i nowotworową obturacją dróg żółciowych podzielono ze względu na miejsce zwężenia przewodu żółciowego głównego – wykres 4.



**Wykres 4**

Odsetek chorych ze zwężeniem przewodu żółciowego głównego

Chorzy z patologią trzustki zostali podzieleni ze względu na miejsce zwężenia przewodu trzustkowego – wykres 5.



Zwężenie przewodu trzustkowego 0 1 2 3 4

0 - brak zwężenia

1 - zwężenie w głowie trzustki

2 - zwężenie w cieśni

3 - zwężenie w trzonie

## Wykres 5

Odsetek chorych ze zwężeniem przewodu trzustkowego

## 3.2 Metody

### 3.2.1 Zabiegi endoskopowe

Zabieg endoskopowego leczenia schorzeń dróg żółciowych i trzustki wykonywano przy zastosowaniu duodenoskopów Pentax. Do znieczulenia gardła używano roztworu Lignokainy, do premedykacji stosowano Dolargan i Dormicum, natomiast w czasie zabiegu podawano Buscopan. U wszystkich

chorych wykonywano sfinkterotomię endoskopową. U chorych z kamicią przewodową przy pomocy koszyczka Dormia usuwano złoże z dróg żółciowych, a następnie wprowadzano endoprotezę 7F double pig-tail.

U niektórych chorych z nowotworową obturacją dróg żółciowych i przewlekłym zapaleniem trzustki przed wprowadzeniem endoprotez konieczne było mechaniczne poszerzanie dróg żółciowych lub przewodu trzustkowego.

U chorych z nowotworami dróg żółciowych zakładano w zależności od miejsca zwężenia jedną lub kilka endoprotez 7F lub 10F. Dobór endoprotez w przewlekłym zapaleniu trzustki był podyktowany stopniem zwężenia przewodu trzustkowego – stosowano endoprotezy 5F, 7F lub 10F.

U chorych z ograniczoną martwicą trzustki wykonywano otwór stomijny w żołądku lub dwunastnicy przy użyciu sfinkterotomu igłowego i poszerzano go mechanicznie. Po poszerzeniu wprowadzano do zbiornika endoprotezę typu „double pigtail” 10 Fr., a następnie dren nosowy alfa 7 Fr.

Dodatkowo protezowano przewód trzustkowy główny celem uzyskania dodatkowego odpływu soku trzustkowego. Stosowano agresywne płukanie zbiornika solą fizjologiczną podawaną strzykawką. Początkowo przez pierwsze dwie doby drenaż prowadzono co 2 godziny, z sześciogodzinną przerwą nocną. Następnie po dwóch dobach przerwy między płukaniem wynosiły od 4 do 8 godzin.

### **3.2.2 Ocena jakości życia**

Narzędziami do pomiaru jakości życia były: kwestionariusze Europejskiej Organizacji do Badania i Leczenia Raka (EORTC) – QLQ-C30 i QLQ-PAN26, Szpitalna Skala Lęku i Depresji HADS-M oraz drabina Cantrila.

- 1 Kwestionariusz jakości życia EORTC QLQ–C30 (Quality of life questionnaire – core 30). Służy do badania populacji pacjentów z chorobą nowotworową bez uwzględnienia postaci, rodzaju lokalizacji nowotworu. Składa się z 30 pytań podzielonych na trzy części. Użyto następujących oznaczeń:

Ogólna ocena zdrowia / jakości życia - QL (pytania 29, 30)

Skale funkcjonowania:

- PF — Sprawność (pytania 1-5)
- RF — Praca (pytania 6, 7)
- EF — Emocje (pytania 21-24)
- CF — Poznawcze (pytania 20, 25)
- SF — Społeczne (pytania 26, 27)

Skale objawów:

- FA — Zmęczenie (pytania 10, 12, 18)
- NV — Nudności i wymioty (pytania 14, 15)
- PA — Ból (pytania 9, 19)
- DY — Duszność (pytanie 8)
- SL — Bezsenność (pytanie 11)
- AP — Brak apetytu (pytanie 13)
- CO — Zaparcia (pytanie 16)
- DI — Biegunki (pytanie 17)
- FI — Trudności finansowe (pytanie 28)

- 2 Kwestionariusz jakości życia EORTC QLQ PAN–26 (Quality of life questionnaire PAN–26). Zawiera 26 pytań dotyczących objawów, stanu funkcjonalnego i psychospołecznego. Oryginalny kwestionariusz

przeznaczony głównie dla pacjentów z rakiem trzustki. Składa się z 26 pytań podzielonych na dwie części.

Użyto następujących oznaczeń:

Skale objawów:

PP	—	Ból	(pytania 31, 33-35)
GI	—	Dieta	(pytania 36, 37)
JA	—	Żółtaczka	(pytania 44, 45)
AB	—	Wypróżnienia	(pytania 46, 47)
BI	—	Ocena własnej oceny	(pytania 48, 49)
SX	—	Życie seksualne	(pytania 55, 56)
AS	—	Wzdęcia	(pytanie 32)
TC	—	Zmiana smaku	(pytanie 38)
ID	—	Niestrawność	(pytanie 39)
FL	—	Wzdęcia z wiatrami	(pytanie 40)
WT	—	Niska waga	(pytanie 41)
MS	—	Oslabienie siły	(pytanie 42)
XS	—	Suchość jamy ustnej	(pytanie 43)
SE	—	Uciążliwość leczenia	(pytanie 50)
FR	—	Obawa o zdrowie	(pytanie 51)
PL	—	Planowanie przyszłości	(pytanie 52)

Skale funkcjonowania:

HS	Ocena opieki medycznej	(pytania 53, 54)
----	------------------------	------------------

Kwestionariusz QLQ-C30 przeliczono w 15 elementach, natomiast kwestionariusz QLQ-PAN26 w 17 elementach według dla skal objawów, funkcjonowania i ogólnego stanu zdrowia. Wszystkie pozycje przeliczono na

skale stustopniową w zakresie od 0 do 100. Wysoki wynik oznacza: w skali objawów - większe nasilenie objawów, w ocenie ogólnego stanu zdrowia – wyższą jakość życia, a w skali funkcjonowania – pozytywnie wyższą ocenę określanych parametrów.

Zamiany wyników na skalę stustopniową wykonano za pomocą następujących wzorów:

Skala funkcjonowania:

$$S = \{1 - [(RS - 1) / \text{Range}]\} \times 100$$

Skala objawów i ogólnego stanu zdrowia:

$$S = \{(RS - 1) / \text{Range}\} \times 100$$

S – wynik przeliczony na skalę stustopniową

RS – wynik surowy: suma wartości oznaczonych w ankiecie dzielona przez ilość pytań

Range – różnica między możliwie minimalną i maksymalną odpowiedzią na poszczególne pytanie

- 3 Szpitalna Skala Lęku i Depresji HADS–M (Hospital Anxiety and Depression Scale) w modyfikacji Majkowicza, de Walden-Gałuszko, Chojnackiej-Szawłowskiej. Została stworzona do oceny zaburzeń psychiatrycznych w populacji chorych nie psychiatrycznych hospitalizowanych z przyczyn somatycznych. Skala ta zawiera 3 podskale: depresji, lęku i agresji. Składa się z 16 pytań, każde z 4 możliwościami odpowiedzi (zdecydowanie tak, raczej tak, raczej nie, zdecydowanie nie).



Wyniki podskali depresji HADS-M interpretuje się następująco:

0–7 punktów: bez zaburzeń depresyjnych

8–10 punktów: objawy depresyjne graniczne

11–21 punktów: wyraźne objawy depresyjne

W analogiczny sposób interpretuje się podskalę lęku i agresji

Skalę przedstawiono w aneksie.

- 4 Drabina Cantrilla. Na dwóch jedno pytaniowych skalach w zakresie od 0–10 pkt. jest oceniana jest satysfakcja z życia obecnie i za 3 lata. Wysoki wynik oznacza wyższą jakość życia.

### 3.2.3 Ocena statystyczna

Badano uzyskane wartości poszczególnych skal kwestionariuszy QLQ-C30, QLQ-PAN-28 oraz poziom agresji, lęku oraz depresji. U każdej osoby z próby wartości poszczególnych parametrów badano dwukrotnie: osoby z rozpoznaną kamicą przewodową przed leczeniem i w pierwszym tygodniu po wykonanej procedurze endoskopowej, chorzy z przewlekłym zapaleniem trzustki, ograniczoną martwicą trzustki i nowotworami dróg żółciowych w trakcie terapii.

Hipotezę zerową dotyczącą braku zmiany wartości poszczególnych parametrów po leczeniu weryfikowano przy pomocy testu t-studenta dla par zmiennych.

Analizę przeprowadzono w całej grupie, a także osobno, dla poszczególnych grup według rozpoznań.

Przeprowadzono ponadto analizę wieloczynnikową, mającą na celu określenie dla każdego z analizowanych parametrów, czynników wpływających na jego zmianę w wyniku leczenia endoskopowego. Zastosowano w tym celu model regresji wielorakiej, z doбором zmiennych do każdego modelu metodą regresji krokowej postępującej (*stepwise selection*).

Jako wartość F do wprowadzenia zmiennej do modelu przyjęto 0,15. Jako wartość F do usunięcia zmiennej z modelu przyjęto 0,15.

Do wykonania analiz użyto oprogramowania SAS system for Windows ver. 8.2, Carry, NC

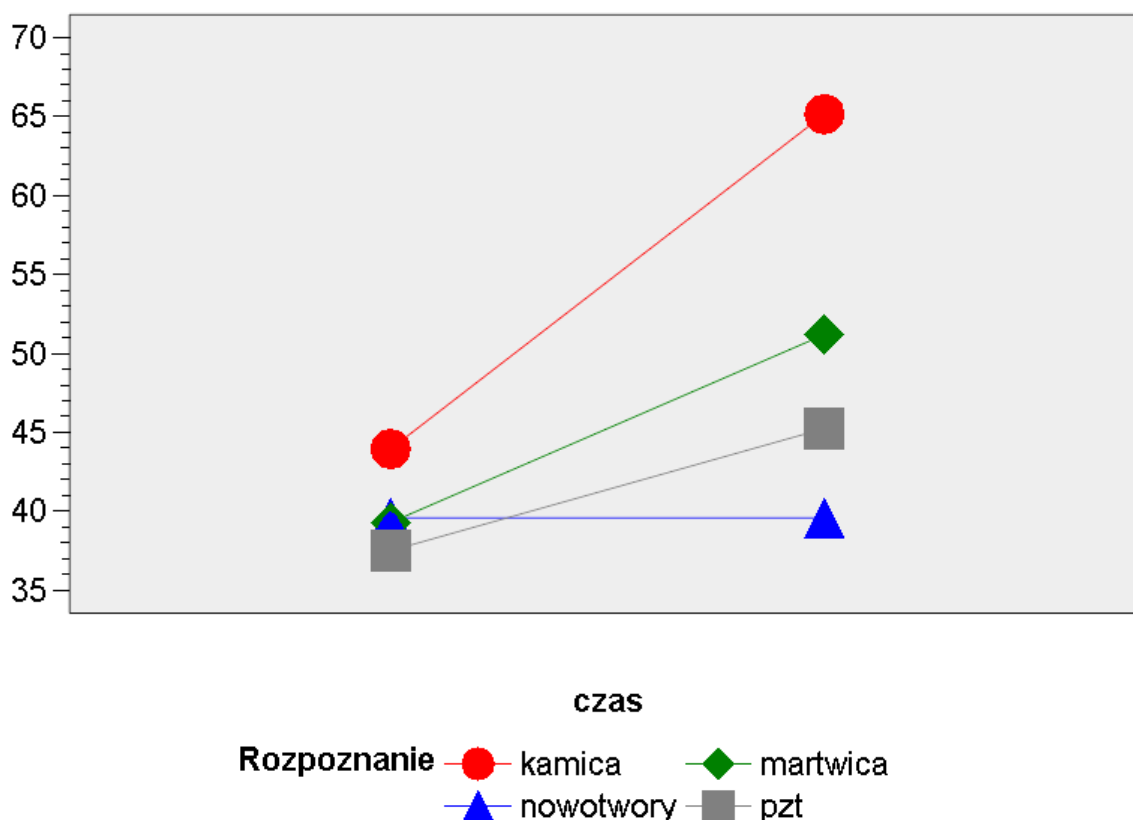
## 4 WYNIKI

### 4.1 Ocena jakości życia – kwestionariusz QLQ – C30

#### 4.1.1. Ogólny stan zdrowia / jakość życia (QL)

Wykazano poprawę w trzech badanych grupach: z kamicią przewodową, martwicą trzustki i przewlekłym zapaleniem trzustki (gr.1, 2 i 4). Nie obserwowano zmiany QL u pacjentów z rakiem dróg żółciowych (gr. 3). Obserwowano statystycznie istotny wpływ leczenia endoskopowego w grupie z kamicią przewodową (QL,  $P < 0,05$ ) – wykres 6, tabela 6.

Ogólna ocena zdrowia/jakości życia



Wykres 6

Graficzny obraz wpływu leczenia na ogólny stan zdrowia

**Tabela 6**

Ogólna ocena zdrowia/jakości życia - średnia liczba punktów

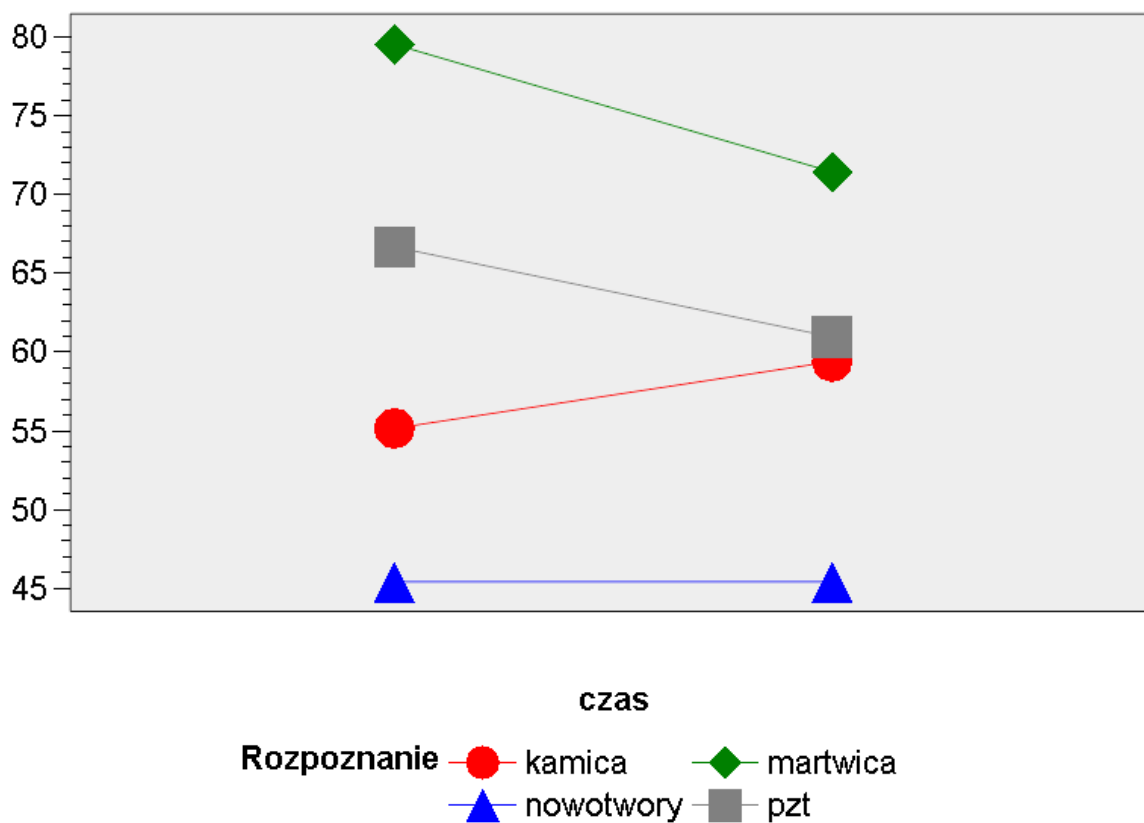
<b>Rozpoznanie</b>	<b>Ocena I</b>	<b>Ocena II</b>	<b>Poziom istotności</b>
Kamica przewodowa	43.94	65.15	P< 0,05
Ograniczona martwica trzustki	39.29	51.19	P> 0,05
Nowotwór dróg żółciowych	39.58	39.58	P> 0,05
Przewlekłe zapalenie trzustki	37.50	45.24	P> 0,05

#### **4.1.2 Sprawność (PF)**

Ocena PF w badanych grupach nie wykazywała istotnych różnic ( $P > 0.05$ ).

Stwierdzono zmniejszenie sprawności w grupie z ograniczoną martwicą trzustki i PZT (gr. 2 i 4). Nie wykazano zmiany u chorych z rakiem dróg żółciowych (gr. 3), niewielką poprawę PF wykazywali chorzy z kamicią przewodową (gr.1). – wykres 7, tabela 7.

## Sprawność



**Wykres 7**

Graficzny obraz leczenia na funkcję sprawności

**Tabela 7**

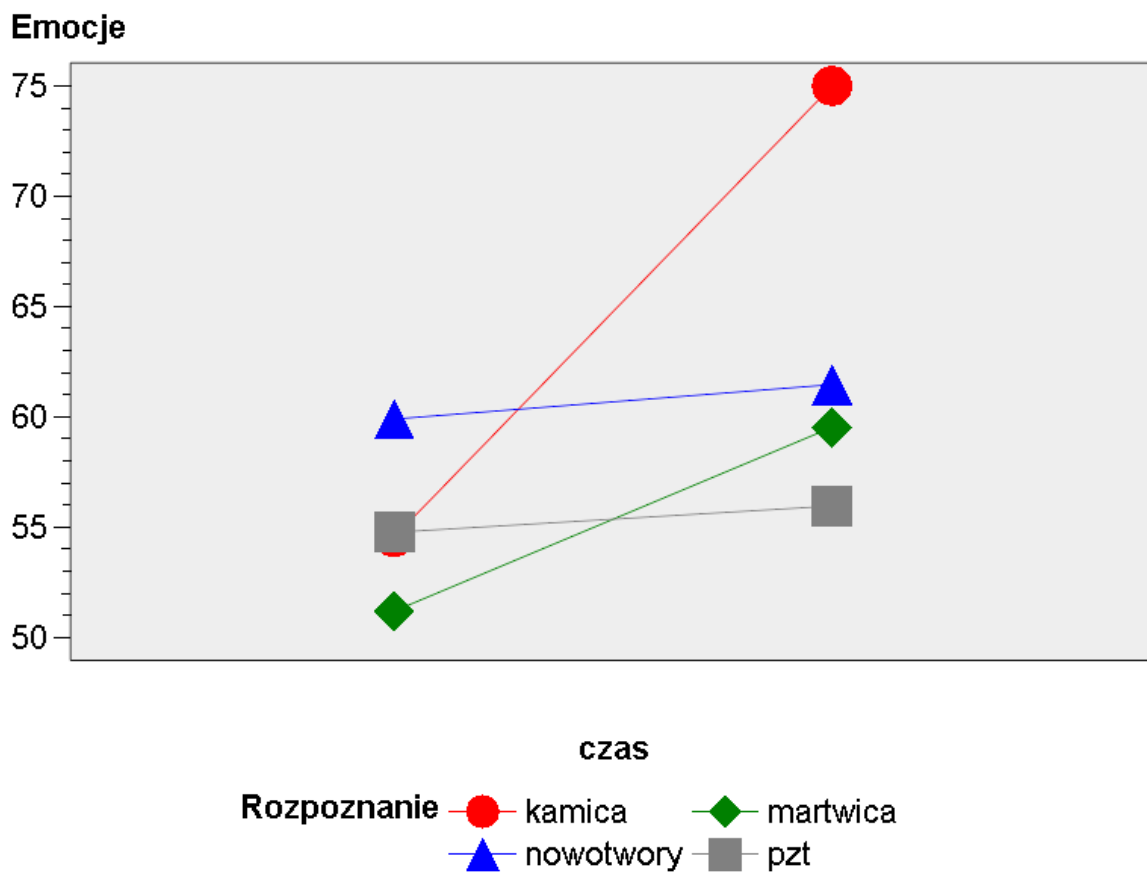
Sprawność - średnia liczba punktów

Rozpoznanie	Ocena I	Ocena II	Poziom istotności
Kamica przewodowa	55.15	59.39	$P > 0,05$
Ograniczona martwica trzustki	79.52	71.43	$P > 0,05$
Nowotwór dróg żółciowych	45.42	45.42	$P > 0,05$
Przewlekłe zapalenie trzustki	66.67	60.95	$P > 0,05$

### 4.1.3 Emocje (EF)

Obserwowano poprawę stanu emocjonalnego we wszystkich badanych grupach.

Wykazano statystycznie istotny wpływ endoterapii na ocenę funkcji EF u chorych z kamicą przewodową (gr.1). ( $P < 0,05$ ) – wykres 8, tabela 8.



**Wykres 8**

Graficzny obraz wpływu leczenia na ocenę stanu emocjonalnego

**Tabela 8**

Emocje - średnia liczba punktów

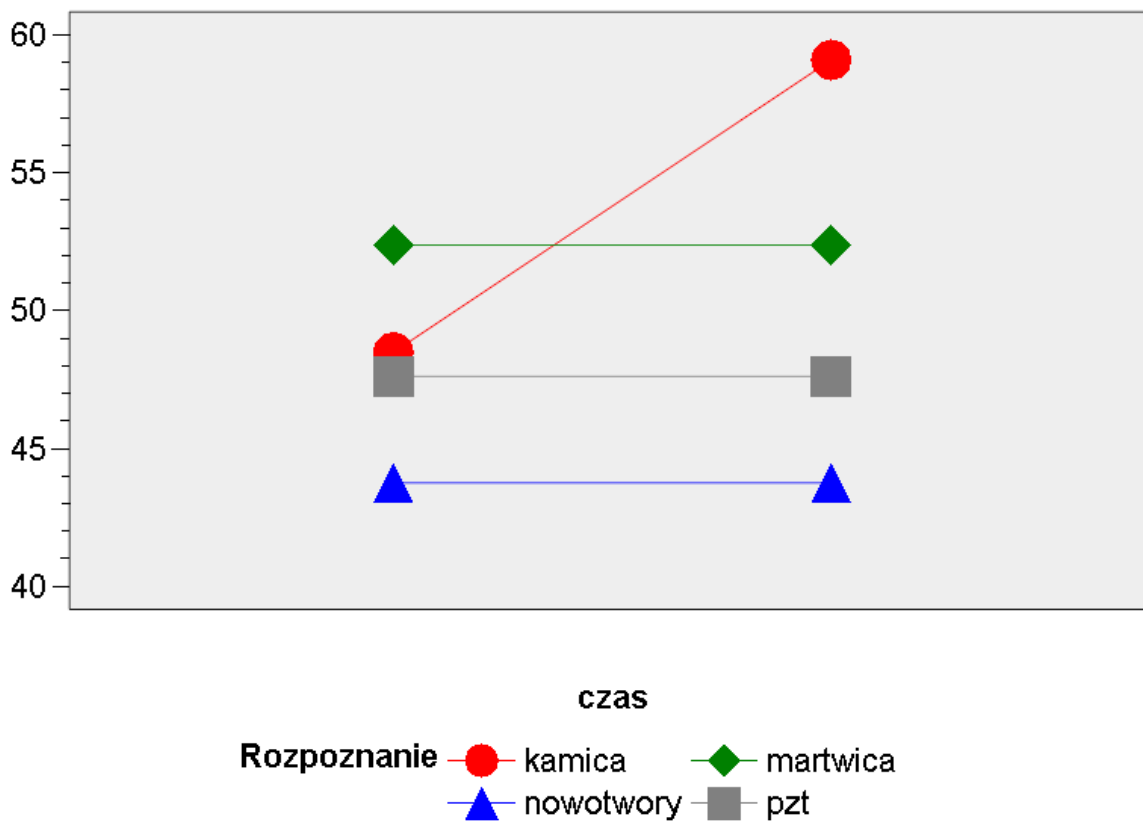
<b>Rozpoznanie</b>	<b>Ocena I</b>	<b>Ocena II</b>	<b>Poziom istotności</b>
Kamica przewodowa	54.55	75.00	$P < 0,05$
Ograniczona martwica trzustki	51.19	59.52	$P > 0,05$
Nowotwór dróg żółciowych	59.90	61.46	$P > 0,05$
Przewlekłe zapalenie trzustki	54.76	55.95	$P > 0,05$

#### **4.1.4 Praca (RF)**

Nie obserwowano wpływu leczenia endoskopowego na satysfakcję z pracy w grupach 2, 3 i 4.

Wykazano statystycznie istotny wpływ procedur endoskopowych na ocenę funkcji RF u chorych z kamicą przewodową (gr.1). ( $P < 0,05$ ) – wykres 9, tabela 9.

## Praca



**Wykres 9**

Graficzny obraz wpływu leczenia na ocenę funkcji pracy

**Tabela 9**

Praca - średnia liczba punktów

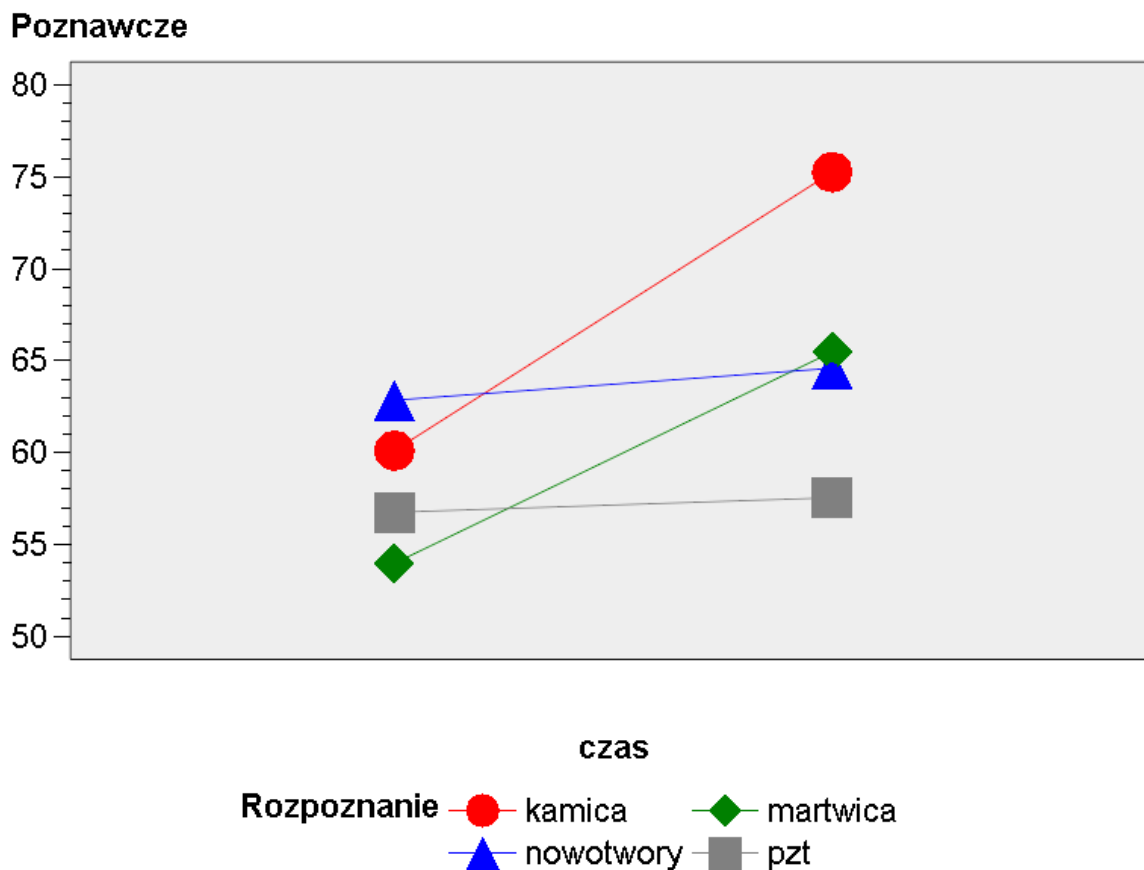
Rozpoznanie	Ocena I	Ocena II	Poziom istotności
Kamica przewodowa	48.48	59.09	$P < 0,05$
Ograniczona martwica trzustki	52.38	52.38	$P > 0,05$
Nowotwór dróg żółciowych	43.75	43.75	$P > 0,05$
Przewlekłe zapalenie trzustki	47.62	47.62	$P > 0,05$

### 4.1.5 Funkcje poznawcze (CF)



W ocenie funkcji poznawczych poprawę obserwowano we wszystkich badanych grupach.

Wykazano statystycznie istotny wpływ leczenia na ocenę funkcji CF u chorych z kamica przewodową (gr. 1). ( $P < 0,05$ ) – wykres 10, tabela 10.



**Wykres 10**

Graficzny obraz wpływu leczenia na ocenę funkcji poznawczych

**Tabela 10**

Funkcje poznawcze - średnia liczba punktów

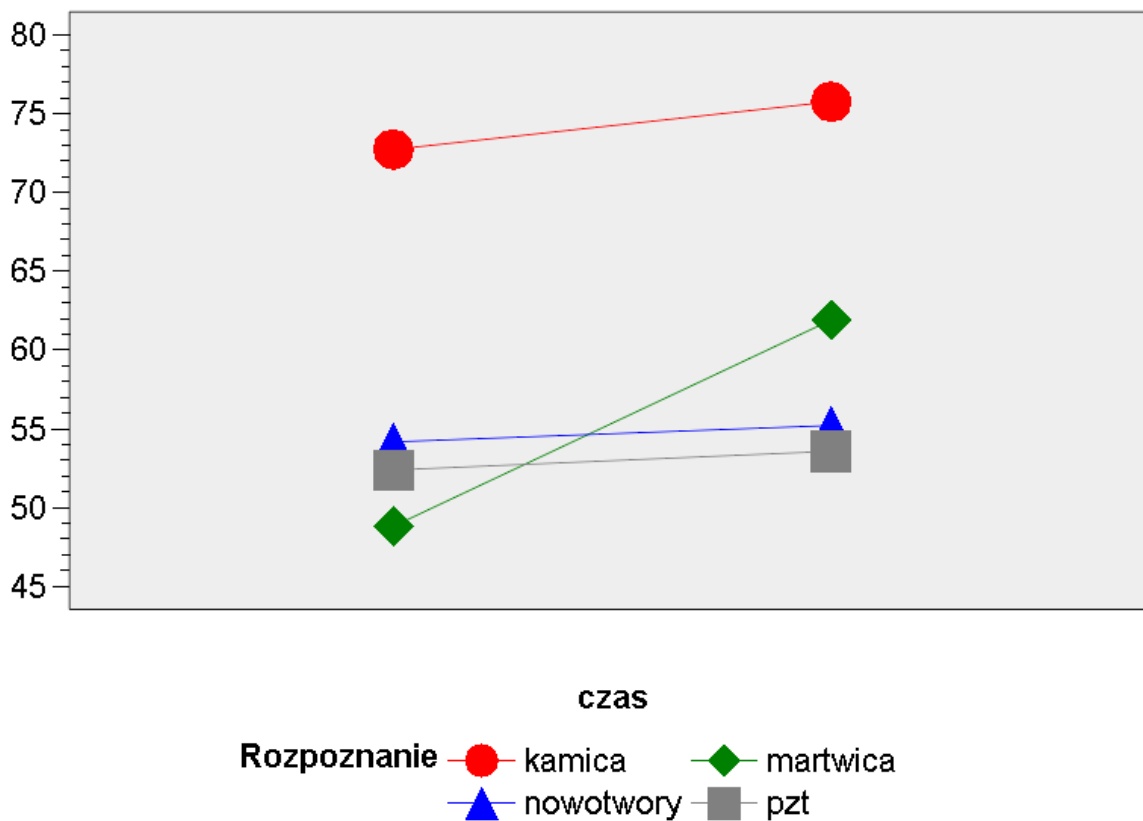
<b>Rozpoznanie</b>	<b>Ocena I</b>	<b>Ocena II</b>	<b>Poziom istotności</b>
Kamica przewodowa	60.10	75.25	P < 0,05
Ograniczona martwica trzustki	53.97	65.48	P > 0,05
Nowotwór dróg żółciowych	62.85	64.58	P > 0,05
Przewlekłe zapalenie trzustki	56.75	57.54	P > 0,05

#### **4.1.6 Funkcje społeczne (SF)**

Ocena funkcji społecznych w badanych grupach nie wykazywała istotnych różnic ( $P > 0.05$ ).

Obserwowano największą poprawę w grupie chorych z martwicą trzustki (gr. 2) – wykres 11, tabela 11.

## Spoleczne



**Wykres 11**

Graficzny obraz wpływu leczenia na ocenę funkcji społecznych

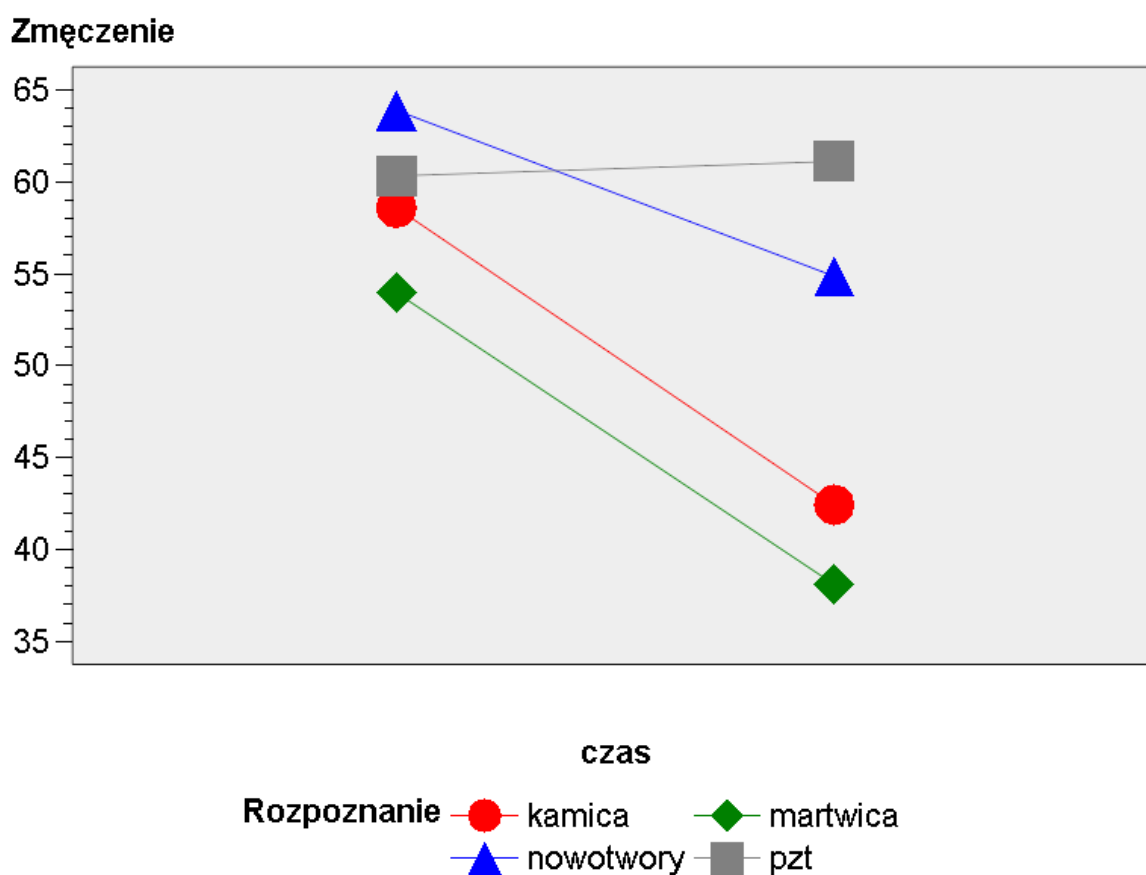
**Tabela 11**

Funkcje społeczne - średnia liczba punktów

Rozpoznanie	Ocena I	Ocena II	Poziom istotności
Kamica przewodowa	72.73	75.76	P > 0,05
Ograniczona martwica trzustki	48.81	61.90	P > 0,05
Nowotwór dróg żółciowych	54.17	55.21	P > 0,05
Przewlekłe zapalenie trzustki	52.38	53.57	P > 0,05

#### 4.1.7 Zmęczenie (FA)

Obserwowano zmniejszenie zmęczenia u chorych z kamicią przewodową, martwicą i rakiem dróg żółciowych (gr.1,2 i 3). Nie wykazano wpływu leczenia na ocenę zmęczenia u pacjentów z przewlekłym zapaleniem trzustki (gr. 4). Stwierdzono statystycznie istotny wpływ leczenia na ocenę funkcji FA u chorych z kamicią przewodową (gr.1). ( $P < 0,05$ ) – wykres 12, tabela 12.



**Wykres 12**

Graficzny obraz wpływu leczenia na ocenę zmęczenia

**Tabela 12**

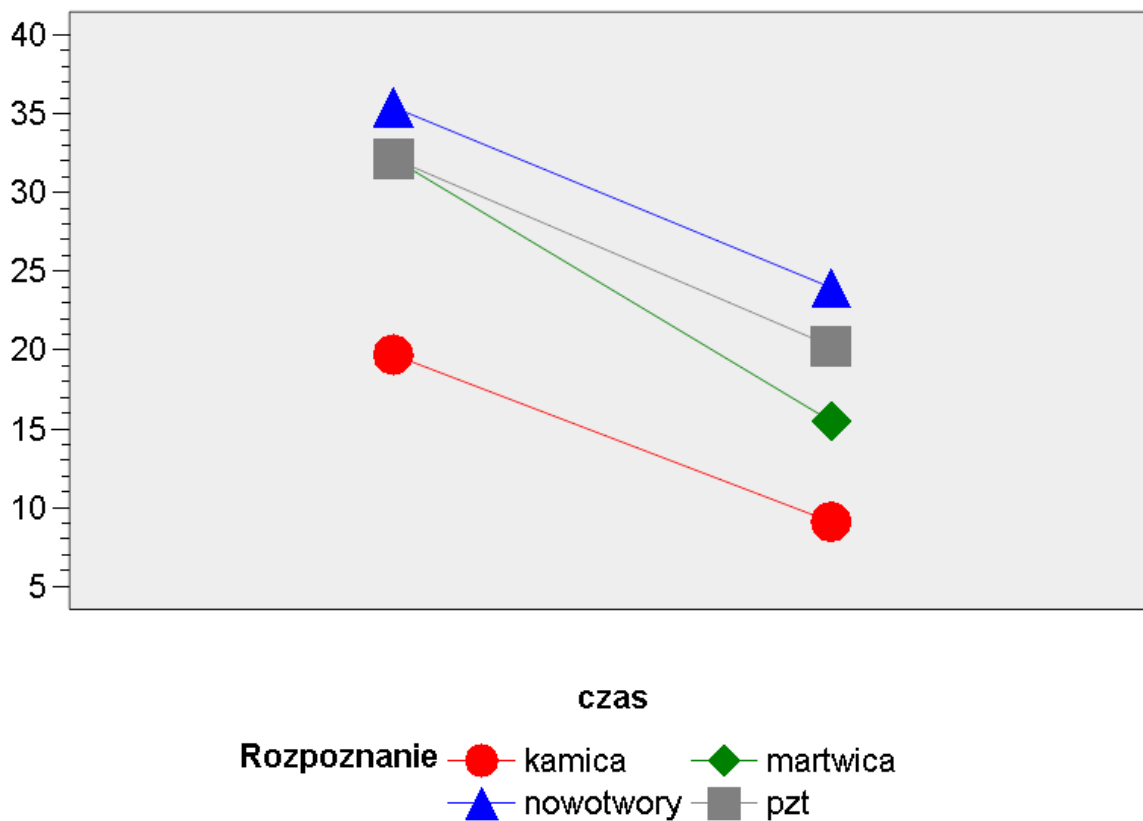
Ocena zmęczenia - średnia liczba punktów

<b>Rozpoznanie</b>	<b>Ocena I</b>	<b>Ocena II</b>	<b>Poziom istotności</b>
Kamica przewodowa	58.59	42.42	P < 0,05
Ograniczona martwica trzustki	53.97	38.10	P > 0,05
Nowotwór dróg żółciowych	63.89	54.86	P > 0,05
Przewlekłe zapalenie trzustki	60.32	61.11	P > 0,05

#### **4.1.8 Nudności i wymioty (NV)**

Obserwowano zmniejszenie obecności nudności i wymiotów we wszystkich badanych grupach. Wykazano istotny wpływ leczenia na ocenę NV u chorych z kamicą przewodową, martwicą trzustki i PZT (gr. 1), (P < 0,05) – wykres 13, tabela 13.

## Nudności i wymioty



**Wykres 13**

Graficzny obraz wpływu leczenia na ocenę nudności i wymiotów

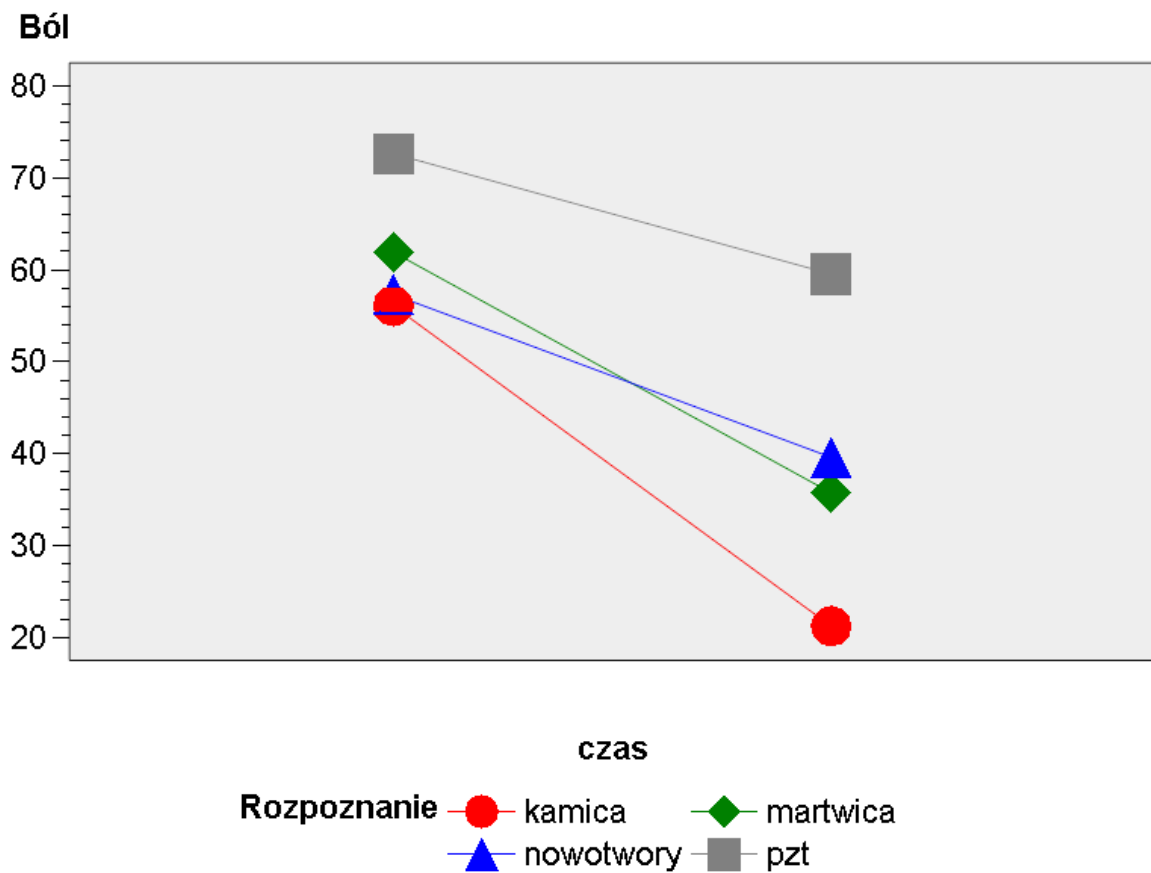
**Tabela 13**

Nudności i wymioty - średnia liczba punktów

Rozpoznanie	Ocena I	Ocena II	Poziom istotności
Kamica przewodowa	19.70	9.09	P< 0,05
Ograniczona martwica trzustki	32.14	15.48	P< 0,05
Nowotwór dróg żółciowych	35.42	23.96	P> 0,05
Przewlekłe zapalenie trzustki	32.14	20.24	P< 0,05

#### 4.1.9 Ból (PA)

Obserwowano zmniejszenie bólu we wszystkich badanych grupach. Wykazano statystycznie istotny wpływ leczenia endoskopowego na ocenę bólu u chorych z kamica przewodową, martwicą i rakiem dróg żółciowych (gr. 1, 2 i 3). ( $P < 0,05$ ) – wykres 14, tabela 14.



**Wykres 14**  
Graficzny obraz wpływu leczenia na poziom bólu

**Tabela 14**

Ból - średnia liczba punktów

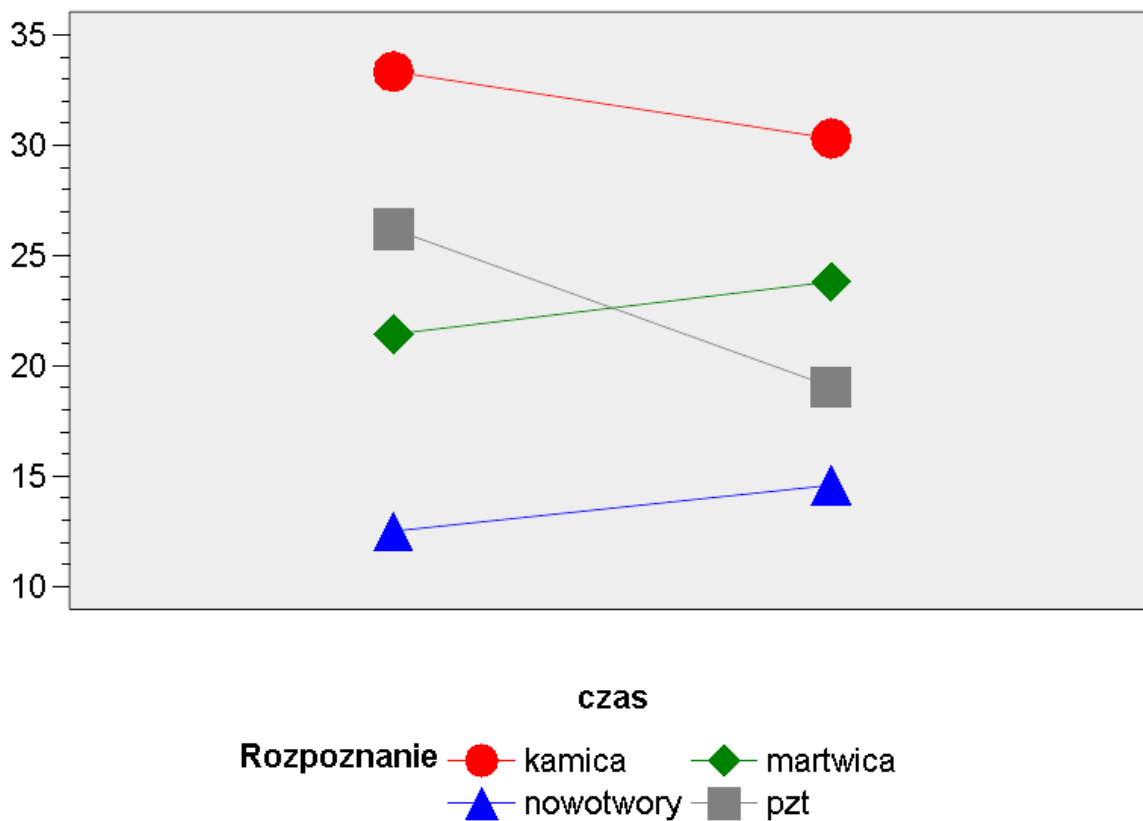
<b>Rozpoznanie</b>	<b>Ocena I</b>	<b>Ocena II</b>	<b>Poziom istotności</b>
Kamica przewodowa	56.06	21.21	P < 0,05
Ograniczona martwica trzustki	61.90	35.71	P < 0,05
Nowotwór dróg żółciowych	57.29	39.58	P < 0,05
Przewlekłe zapalenie trzustki	72.62	59.52	P > 0,05

#### **4.1.10 Duszność (DY)**

Ocena duszności w badanych grupach nie wykazywała istotnych różnic ( $P > 0.05$ ). Obserwowano nieznaczne zmniejszenie duszności w grupach z martwicą i rakiem dróg żółciowych (gr. 2 i 3) oraz niewielkie nasilenie duszności u chorych kamica przewodową i PZT (gr. 1 i 4) – wykres 15, tabela 15.



## Duszność



**Wykres 15**

Graficzny obraz wpływu leczenia na duszność

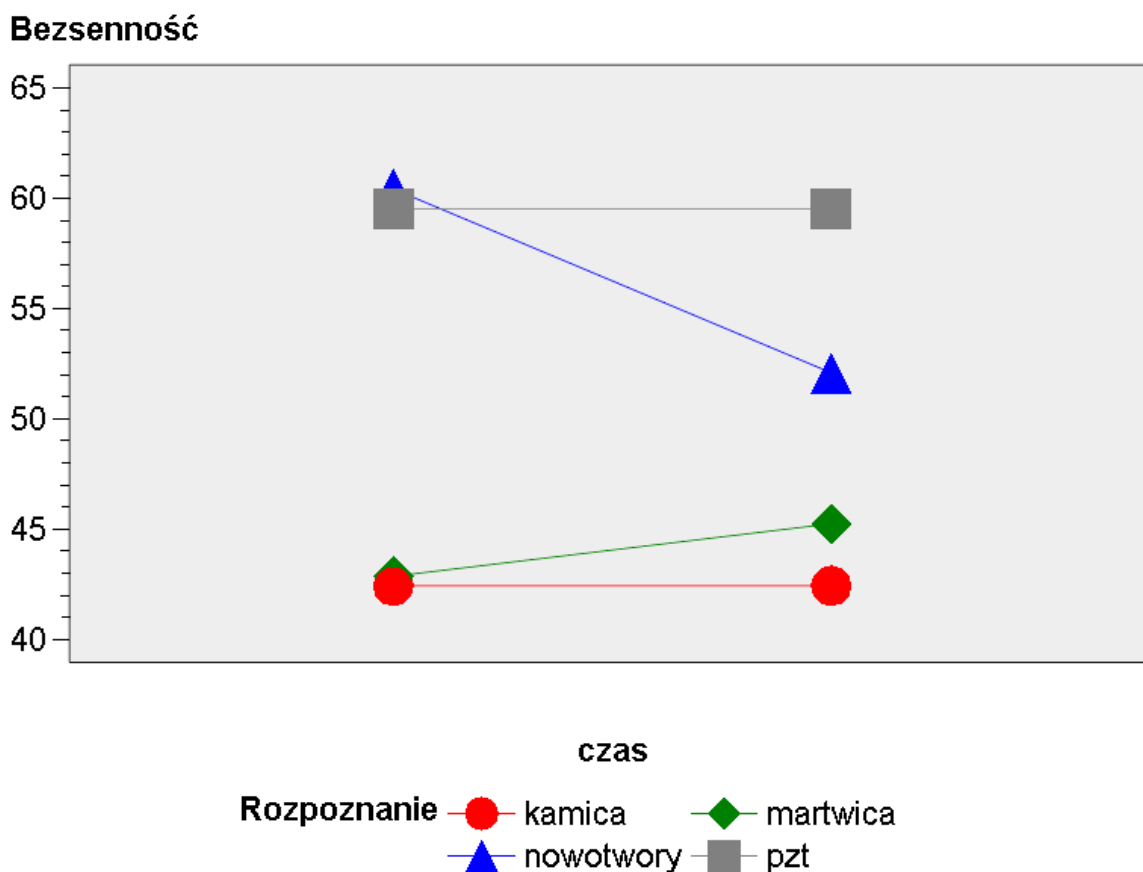
**Tabela 15**

Duszność - średnia liczba punktów

Rozpoznanie	Ocena I	Ocena II	Poziom istotności
Kamica przewodowa	33.33	30.30	P > 0,05
Ograniczona martwica trzustki	21.43	23.81	P > 0,05
Nowotwór dróg żółciowych	12.50	14.58	P > 0,05
Przewlekłe zapalenie trzustki	26.19	19.05	P > 0,05

#### 4.1.11 Bezsenność (SL)

Wykazano istotny wpływ leczenia na zmniejszenie zaburzeń snu u chorych z rakiem dróg żółciowych (gr. 3), ( $P < 0.05$ ). Chorzy z kamica żółciową i PZT (gr. 1 i 4) nie obserwowali różnicy w ocenie snu, natomiast u pacjentów martwicą (gr. 2) stwierdzono niewielkie zwiększenie bezsenności – wykres 16, tabela 16.



**Wykres 16**

Graficzny obraz wpływu leczenia na bezsenność

**Tabela 16**

Bezsenność - średnia liczba punktów

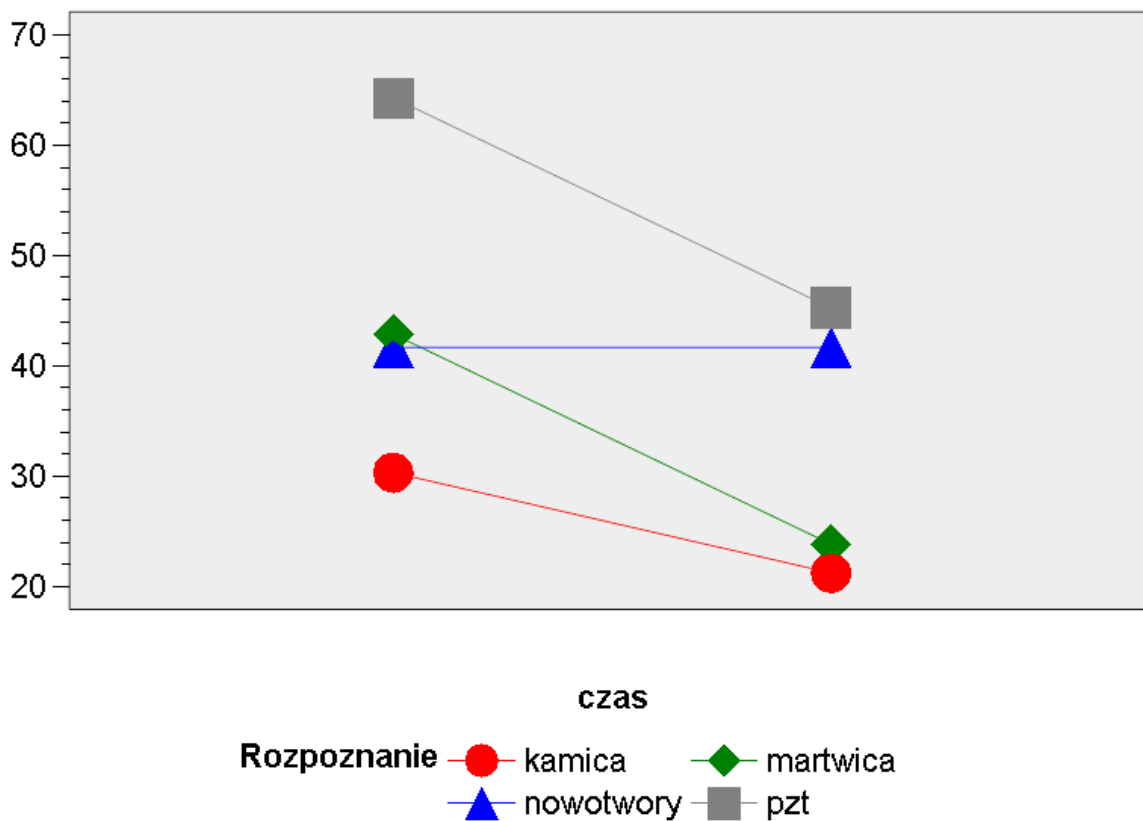
<b>Rozpoznanie</b>	<b>Ocena I</b>	<b>Ocena II</b>	<b>Poziom istotności</b>
Kamica przewodowa	42.42	42.42	P > 0,05
Ograniczona martwica trzustki	42.86	45.24	P > 0,05
Nowotwór dróg żółciowych	60.42	52.08	P > 0,05
Przewlekłe zapalenie trzustki	59.52	59.52	P > 0,05

#### **4.1.12 Brak apetytu (AP)**

Obserwowano wzrost apetytu u chorych z kamicą przewodową, martwicą i przewlekłym zapaleniem trzustki (gr. 1,2 i 4), natomiast nie stwierdzono zmiany apetytu w grupie z rozpoznany rakiem dróg żółciowych (gr. 3).

Wykazano istotny wpływ leczenia na poprawę apetytu u chorych z grupy 4. (P < 0.05) – wykres 17, tabela 17.

## Brak apetytu



**Wykres 17**

Graficzny obraz wpływu leczenia na brak apetytu

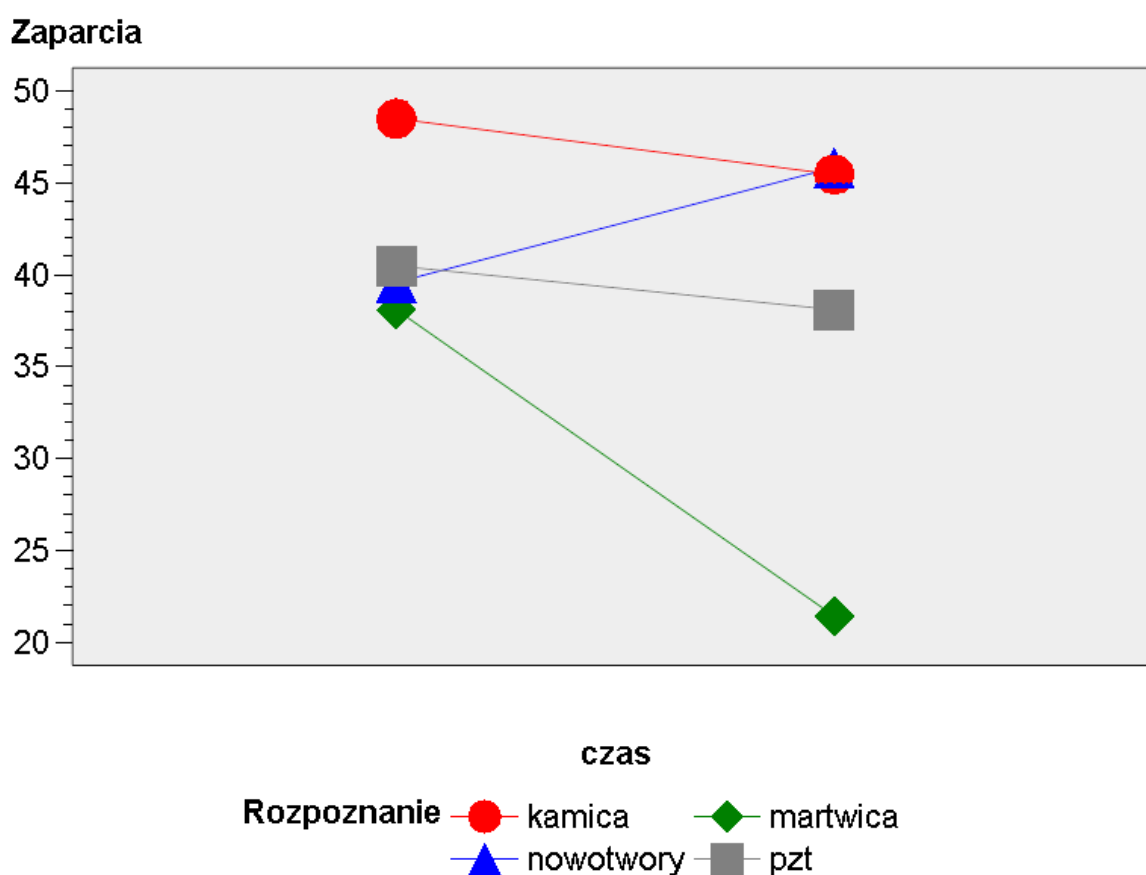
**Tabela 17**

Brak apetytu - średnia liczba punktów

Rozpoznanie	Ocena I	Ocena II	Poziom istotności
Kamica przewodowa	30.30	21.21	P > 0,05
Ograniczona martwica trzustki	42.86	23.81	P > 0,05
Nowotwór dróg żółciowych	41.67	41.67	P > 0,05
Przewlekłe zapalenie trzustki	64.29	45.24	P < 0,05

#### 4.1.13 Zaparcia (CO)

Ocena wypróżnień w badanych grupach nie wykazywała istotnych różnic ( $P > 0.05$ ). Obserwowano zmniejszenie trudności z wypróżnianiem u chorych z kamicą przewodową, martwicą i przewlekłym zapaleniem trzustki (gr. 1, 2 i 4), natomiast w grupie z rozpoznaniem nowotworem dróg żółciowych (gr. 3) stwierdzono nasilenie zaparć – wykres 18, tabela 18.



**Wykres 18**

Graficzny obraz wpływu leczenia na zaparcia

**Tabela 18**

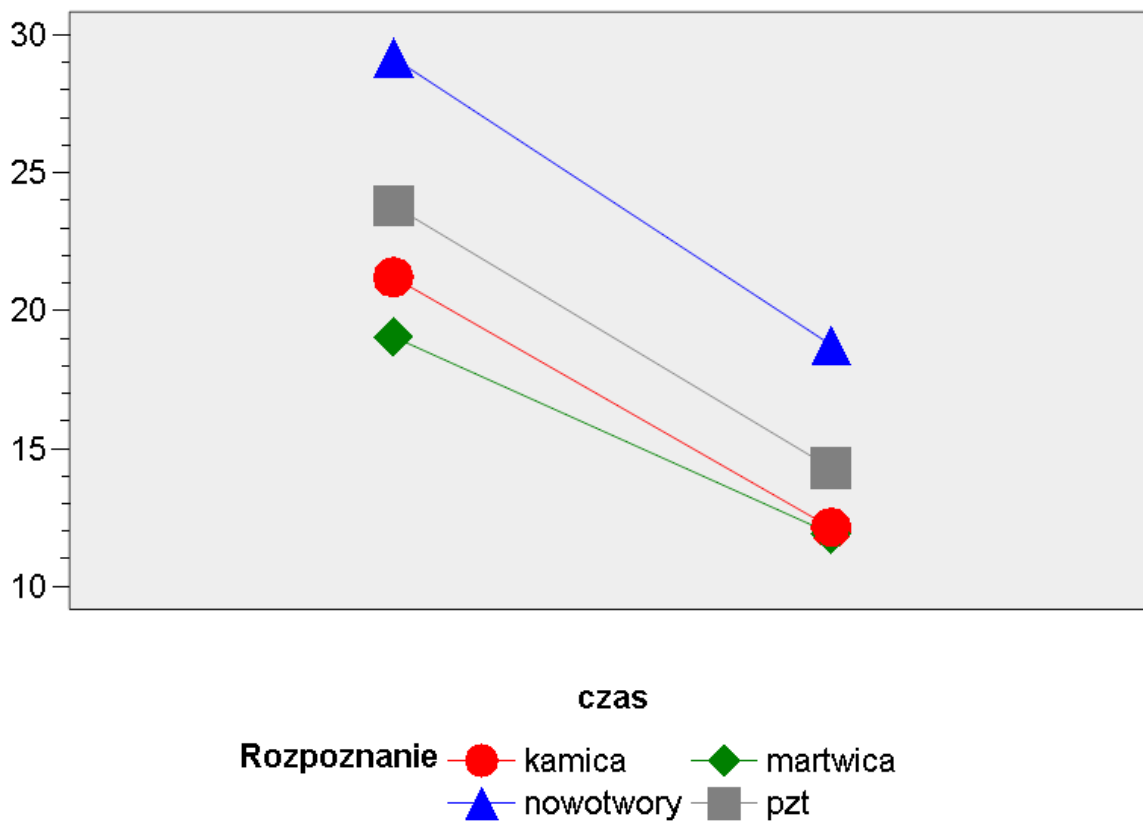
Zaparcia - średnia liczba punktów

<b>Rozpoznanie</b>	<b>Ocena I</b>	<b>Ocena II</b>	<b>Poziom istotności</b>
Kamica przewodowa	48.48	45.45	P > 0,05
Ograniczona martwica trzustki	38.10	21.43	P > 0,05
Nowotwór dróg żółciowych	39.58	45.83	P > 0,05
Przewlekłe zapalenie trzustki	40.48	38.10	P > 0,05

#### **4.1.14 Biegunki (DI)**

Obserwowano zmniejszenie ilości zgłaszanych biegunek we wszystkich badanych grupach. Nie wykazano jednak istotnego wpływu terapii na badany objaw ( $P > 0.05$ ) – wykres 19, tabela 19.

## Biegunki



**Wykres 19**

Graficzny obraz wpływu leczenia na biegunki

**Tabela 19**

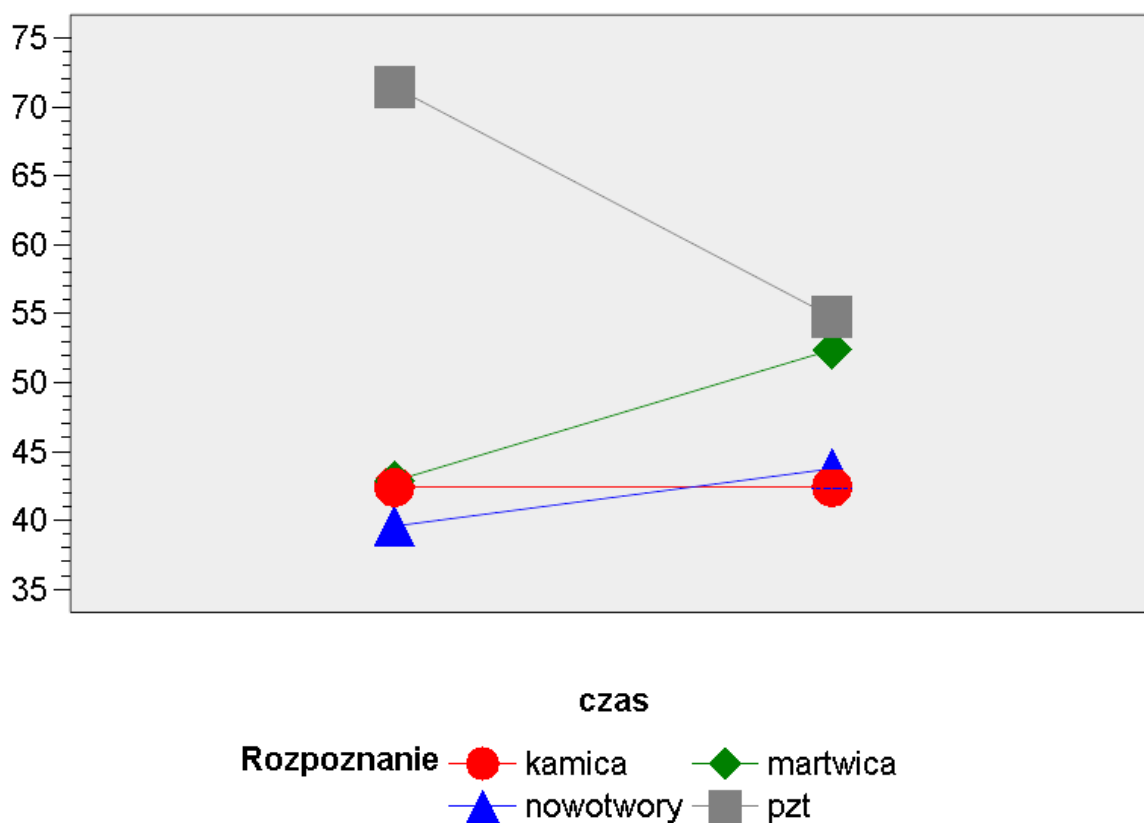
Biegunki - średnia liczba punktów

Rozpoznanie	Ocena I	Ocena II	Poziom istotności
Kamica przewodowa	21.21	12.12	$P > 0,05$
Ograniczona martwica trzustki	19.05	11.90	$P > 0,05$
Nowotwór dróg żółciowych	29.17	18.75	$P > 0,05$
Przewlekłe zapalenie trzustki	23.81	14.29	$P > 0,05$

#### 4.1.15 Trudności finansowe (FI)

Wykazano istotny wpływ na ocenę trudności finansowych u chorych z PZT (gr. 1) ( $P < 0,05$ ). W tej grupie wystąpiła poprawa sytuacji finansowej. Obserwowano zwiększenie trudności finansowych u chorych z martwicą trzustki i rakiem dróg żółciowych (gr. 2 i 3), natomiast w grupie z rozpoznaną kamcią przewodową (gr. 1) nie stwierdzono zmian w ocenie FI. – wykres 20, tabela 20.

Trudności finansowe



Wykres 20

Graficzny obraz wpływu leczenia na występowanie trudności finansowych

Tabela 20



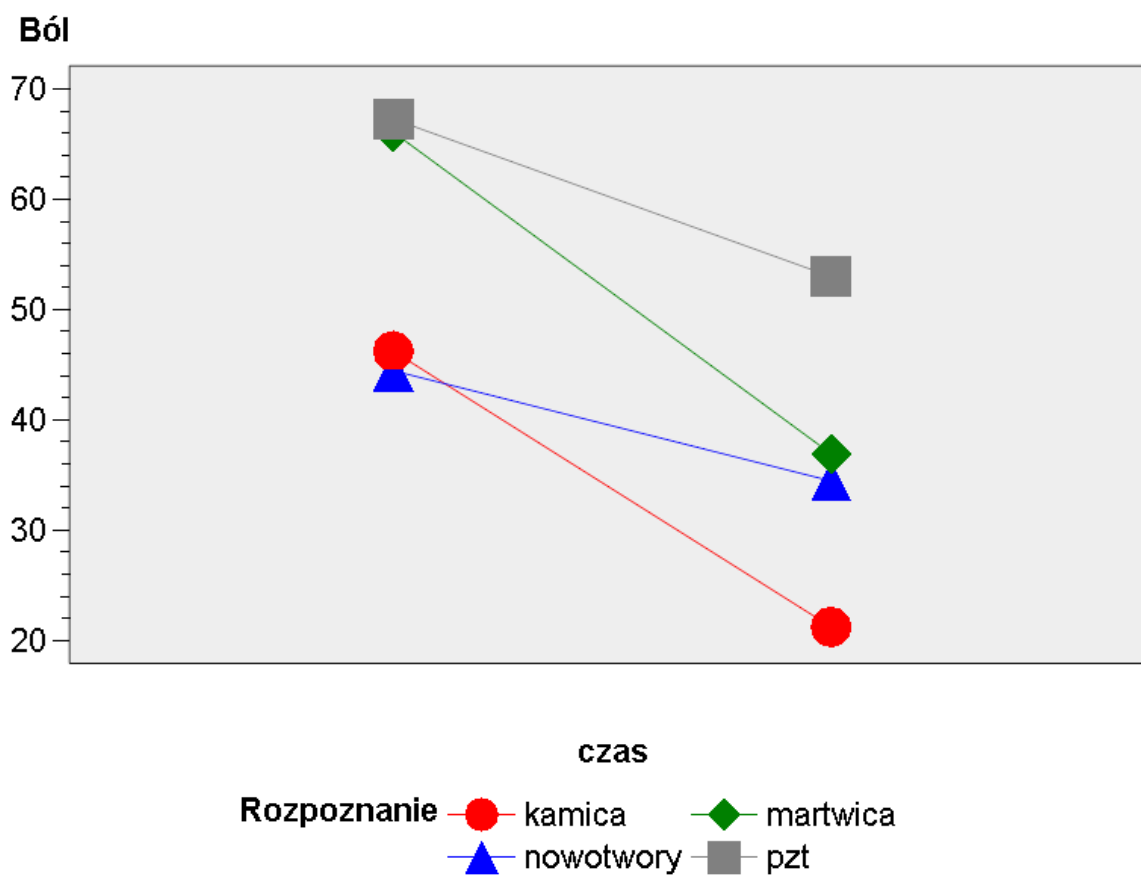
## Ocena trudności finansowych - średnia liczba punktów

<b>Rozpoznanie</b>	<b>Ocena I</b>	<b>Ocena II</b>	<b>Poziom istotności</b>
Kamica przewodowa	42.42	42.42	P > 0,05
Ograniczona martwica trzustki	42.86	52.38	P > 0,05
Nowotwór dróg żółciowych	39.58	43.75	P > 0,05
Przewlekłe zapalenie trzustki	71.43	54.76	P < 0,05

## 4.2 Ocena jakości życia QLQ – PAN26

### 4.2.1 Ból (PA)

Obserwowano zmniejszenie bólu we wszystkich badanych grupach. Wykazano statystycznie istotny wpływ leczenia endoskopowego na ocenę bólu chorych z kamicą przewodową, martwicą trzustki i rakiem dróg żółciowych (gr.1, 2 i 3). (P < 0,05) – wykres 21, tabela 21.



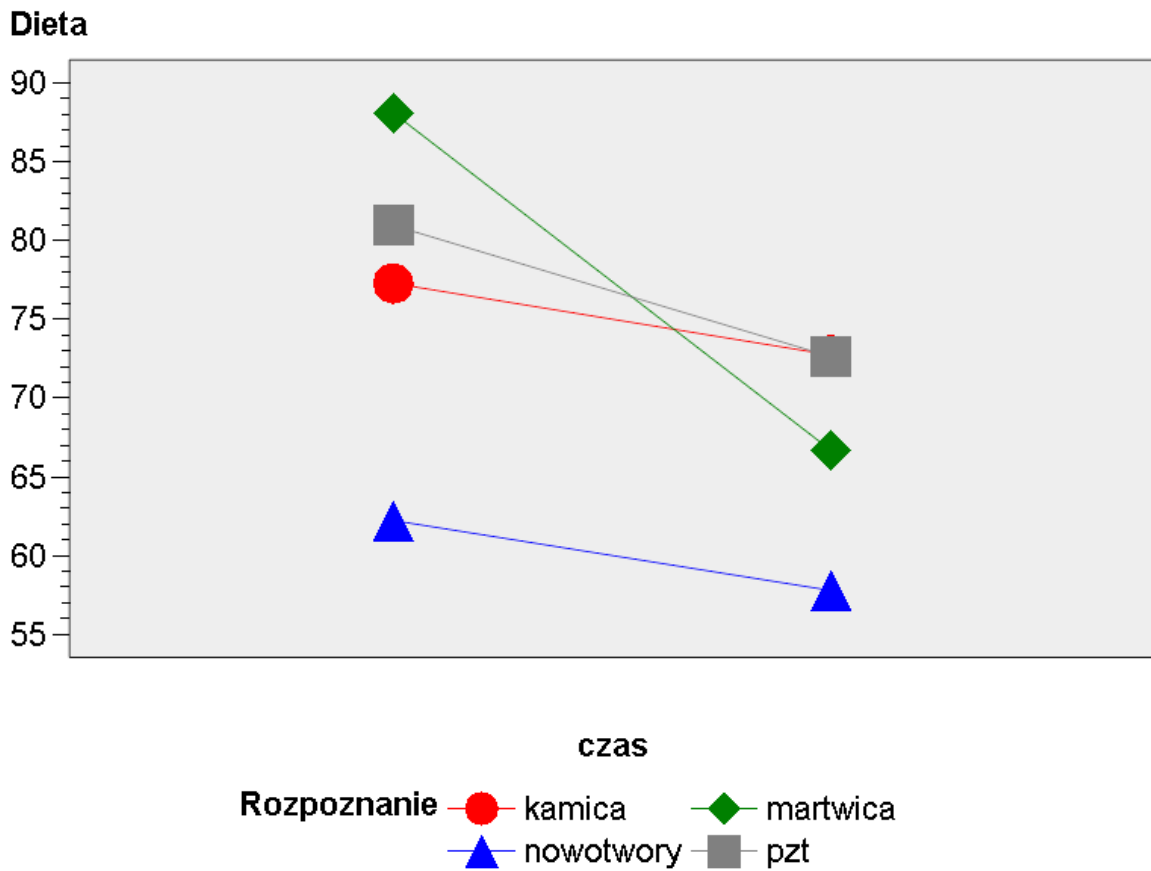
**Wykres 21**  
Graficzny obraz wpływu leczenia na poziom bólu

**Tabela 21**  
Ból - średnia liczba punktów

Rozpoznanie	Ocena I	Ocena II	Poziom istotności
Kamica przewodowa	46.21	21.21	P < 0,05
Ograniczona martwica trzustki	66.07	36.90	P < 0,05
Nowotwór dróg żółciowych	44.44	34.44	P < 0,05
Przewlekłe zapalenie trzustki	67.26	52.98	P > 0,05

### 4.2.2 Dieta (GI)

Obserwowano zmniejszenie ograniczeń dietetycznych we wszystkich badanych grupach. Wykazano istotny wpływ leczenia na ocenę GI u chorych z martwicą trzustki (gr. 2), ( $P < 0,05$ ) – wykres 21, tabela 22.



Wykres 22

Graficzny obraz wpływu leczenia na ograniczenia dietetyczne

**Tabela 22**

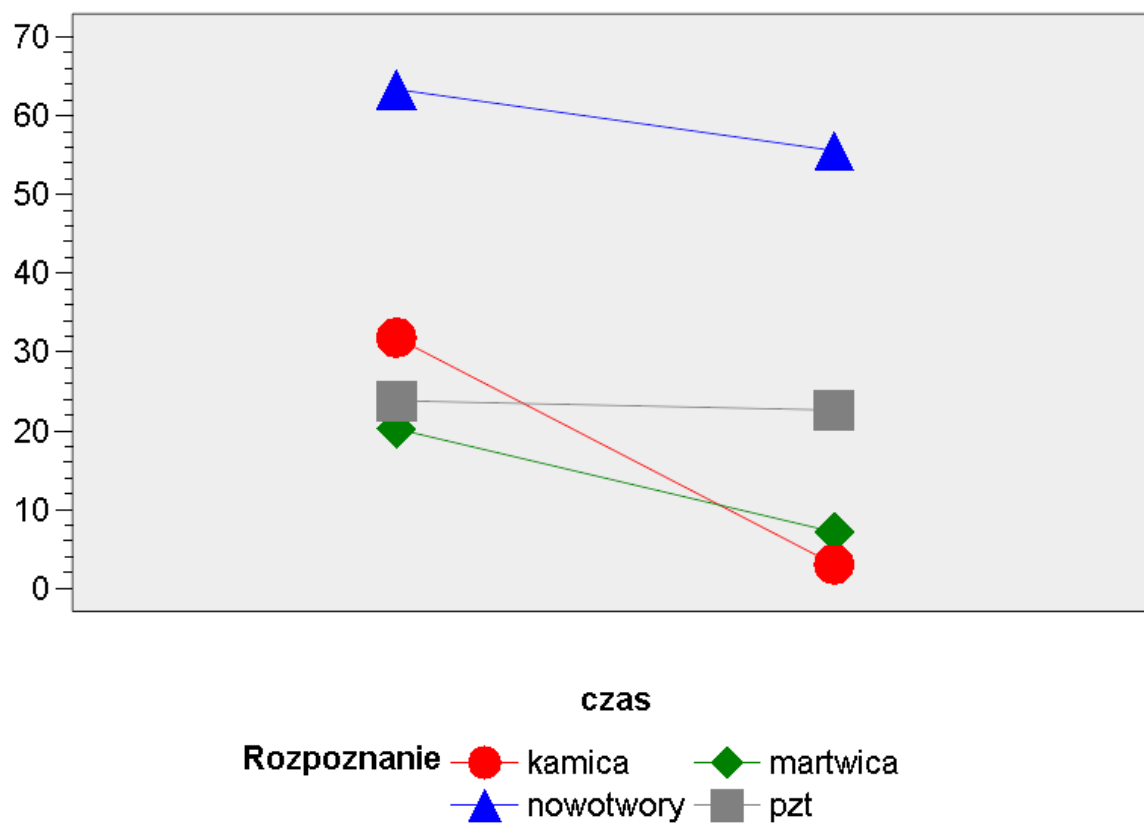
Dieta - średnia liczba punktów

<b>Rozpoznanie</b>	<b>Ocena I</b>	<b>Ocena II</b>	<b>Poziom istotności</b>
Kamica przewodowa	77.27	72.73	P >0,05
Ograniczona martwica trzustki	88.10	66.67	P <0,05
Nowotwór dróg żółciowych	62.22	57.78	P >0,05
Przewlekłe zapalenie trzustki	80.95	72.62	P >0,05

#### **4.2.3 Żółtaczka (JA)**

Obserwowano zmniejszenie żółtaczki we wszystkich badanych grupach. Wykazano istotny wpływ leczenia na żółtaczkę u chorych z rozpoznaną kamicą przewodową i martwicą trzustki (gr.1 i 2). (P < 0,05) – wykres 23, tabela 23.

## Żółtaczka



**Wykres 23**

Graficzny obraz wpływu leczenia na żółtaczkę

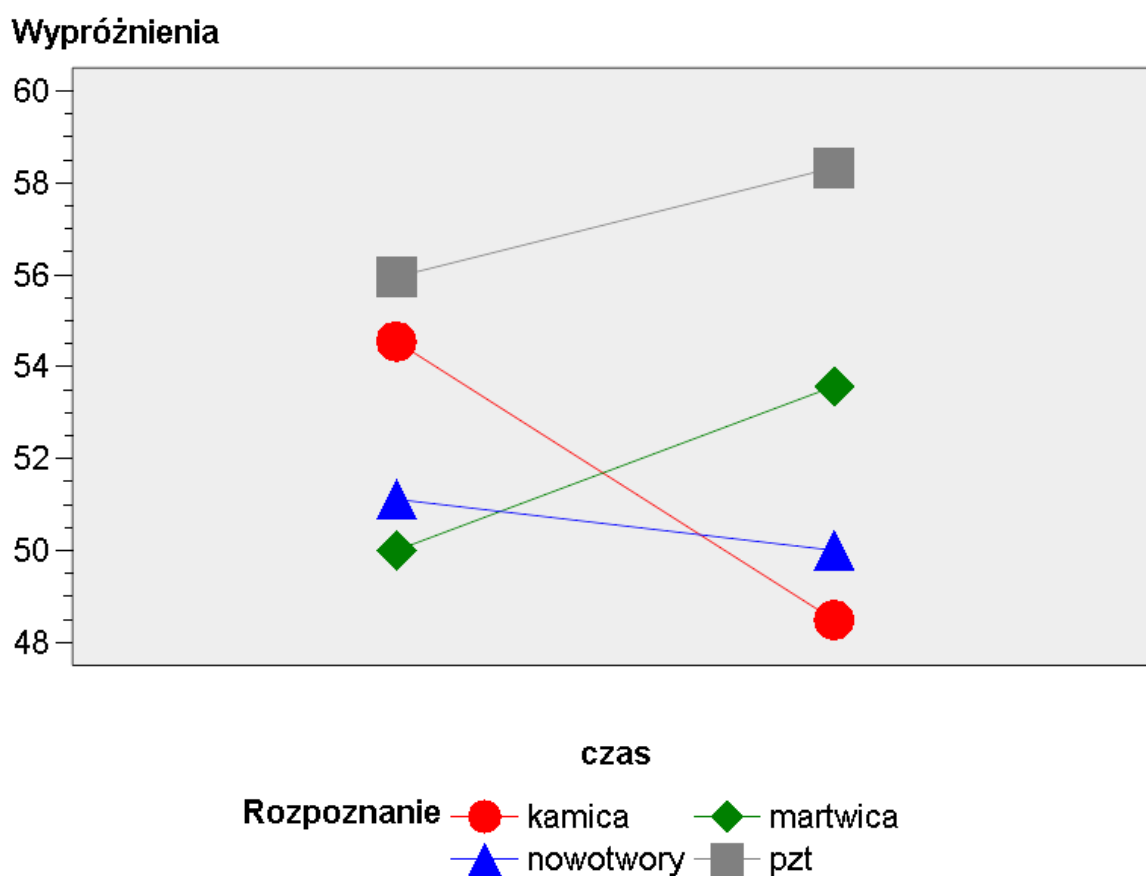
**Tabela 23**

Żółtaczka - średnia liczba punktów

Rozpoznanie	Ocena I	Ocena II	Poziom istotności
Kamica przewodowa	31.82	3.03	P < 0,05
Ograniczona martwica trzustki	20.24	7.14	P < 0,05
Nowotwór dróg żółciowych	63.33	55.56	P > 0,05
Przewlekłe zapalenie trzustki	23.81	22.62	P > 0,05

#### 4.2.4 Wypróżnienia (AB)

Obserwowano zmniejszenie się ilości chorych zgłaszających problemy z wypróżnieniami w grupie z kamica przewodową i rakiem dróg żółciowych (gr. 1 i 3), natomiast zwiększenie w grupie z martwicą trzustki i PZT (gr. 2 i 4). Nie wykazano istotnego wpływu terapii na ocenę częstości wypróżnień ( $P > 0.05$ ) – wykres 24, tabela 24.



**Wykres 24**

Graficzny obraz wpływu leczenia na wypróżnienia

**Tabela 24**

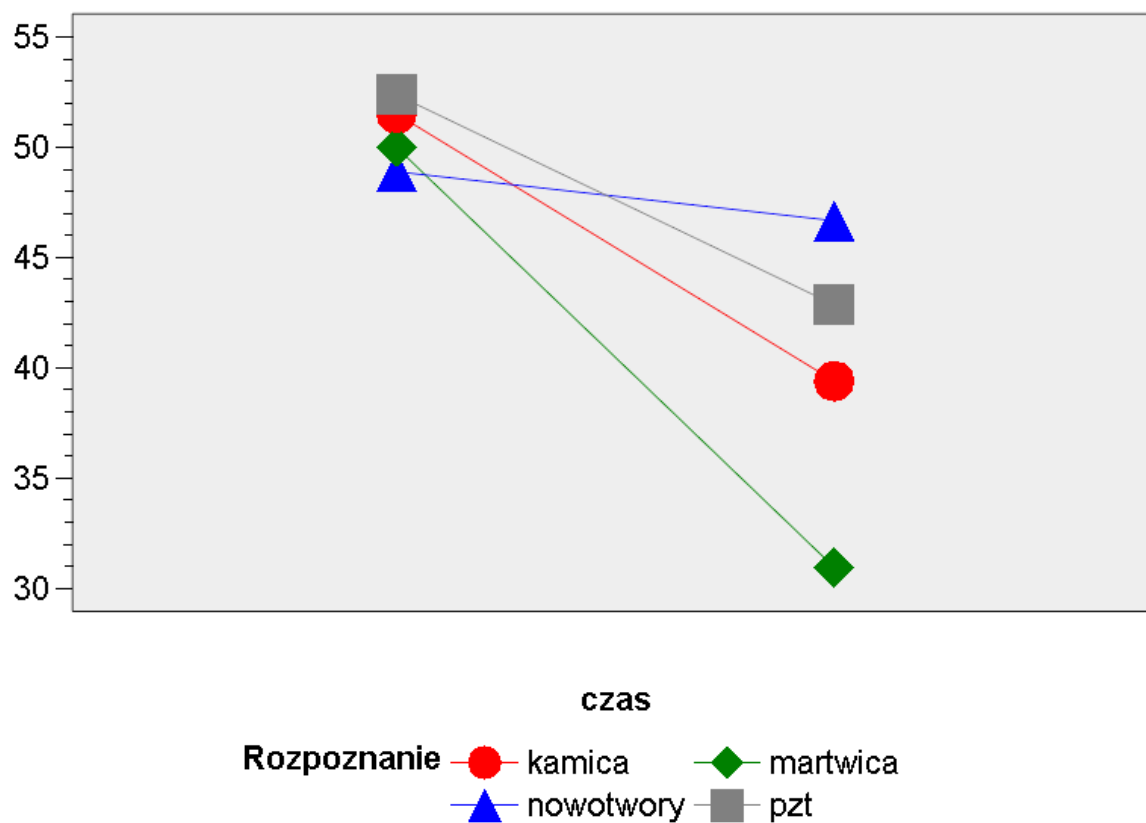
Wypróżnienia - średnia liczba punktów

<b>Rozpoznanie</b>	<b>Ocena I</b>	<b>Ocena II</b>	<b>Poziom istotności</b>
Kamica przewodowa	54.55	48.48	P >0,05
Ograniczona martwica trzustki	50.00	53.57	P >0,05
Nowotwór dróg żółciowych	51.11	50.00	P >0,05
Przewlekłe zapalenie trzustki	55.95	58.33	P >0,05

#### **4.2.5 Wzdęcia (AS)**

Obserwowano zmniejszenie się wzdęć u wszystkich badanych chorych. Wykazano istotny wpływ leczenia na AS w grupie z kamicą przewodową (gr. 1) ( $P < 0.05$ . – wykres 25, tabela 25.

## Wzdęcia



**Wykres 25**

Graficzny obraz wpływu leczenia na wzdęcia

**Tabela 25**

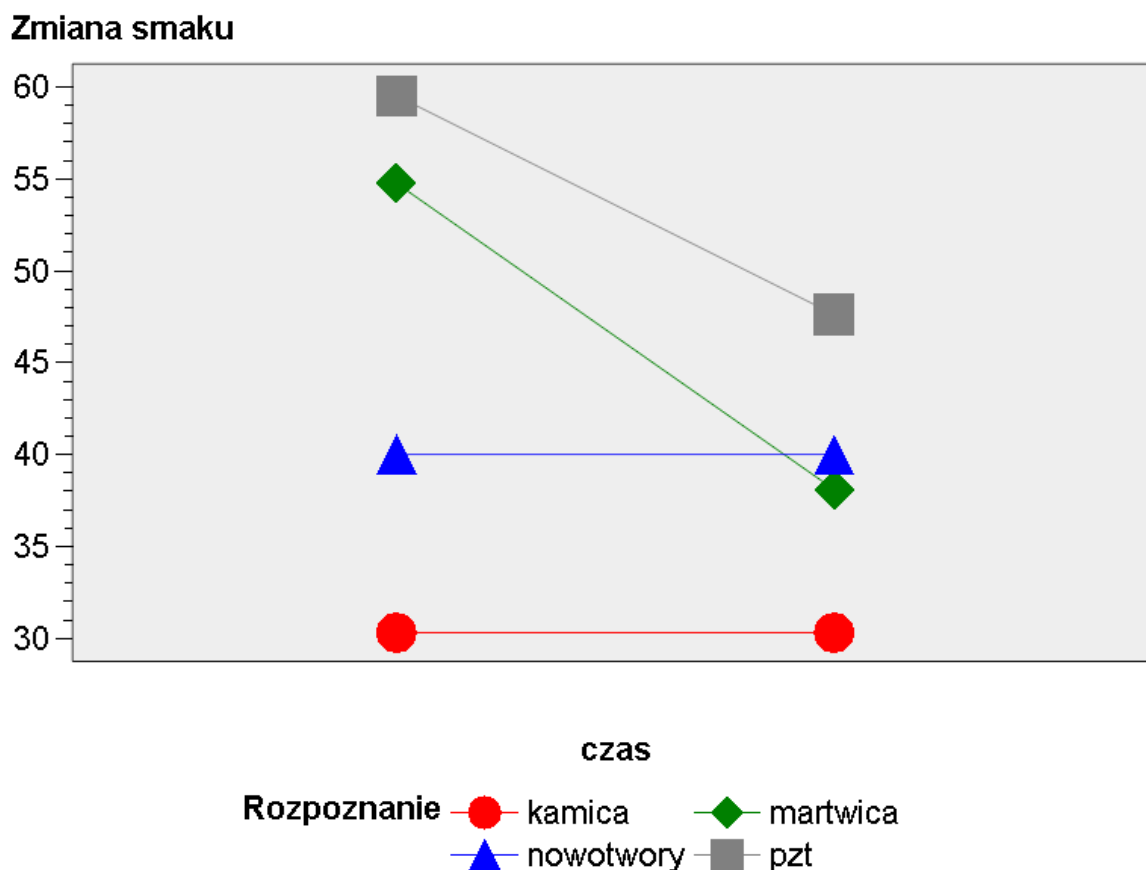
Wzdęcia - średnia liczba punktów

Rozpoznanie	Ocena I	Ocena II	Poziom istotności
Kamica przewodowa	51.52	39.39	P < 0,05
Ograniczona martwica trzustki	50.00	30.95	P > 0,05
Nowotwór dróg żółciowych	48.89	46.67	P > 0,05
Przewlekłe zapalenie trzustki	52.38	42.86	P > 0,05



#### 4.2.6 Zmiana smaku (TC)

Nie obserwowano zmiany smaku posiłków u chorych z kamicią przewodową i rakiem dróg żółciowych (gr. 1 i 3), natomiast wykazano poprawę smaku w grupie z martwicą i PZT (gr. 2 i 4). Nie wykazano jednak istotnego wpływu terapii na badany objaw ( $P > 0.05$ ) – wykres 26, tabela 26.



**Wykres 26**

Graficzny obraz wpływu leczenia na zmianę smaku

**Tabela 26**

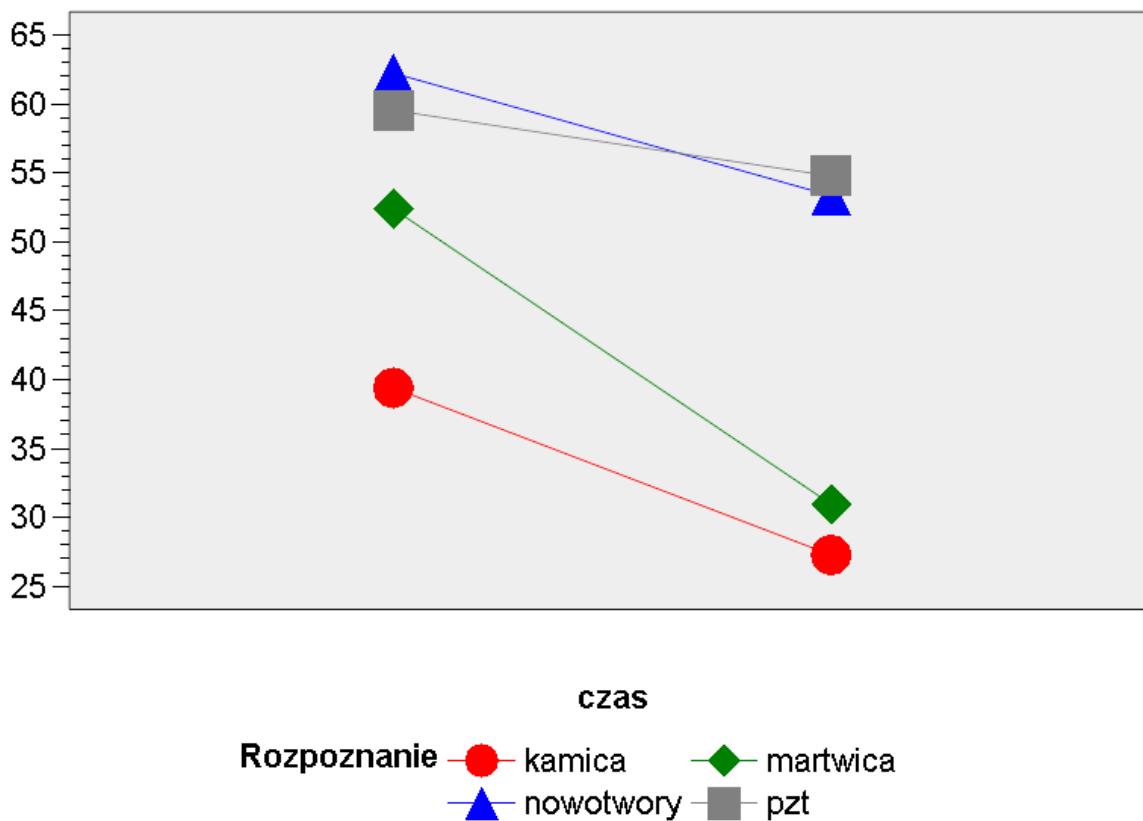
#### Zmiana smaku - średnia liczba punktów

<b>Rozpoznanie</b>	<b>Ocena I</b>	<b>Ocena II</b>	<b>Poziom istotności</b>
Kamica przewodowa	30.30	30.30	P > 0,05
Ograniczona martwica trzustki	54.76	38.10	P > 0,05
Nowotwór dróg żółciowych	40.00	40.00	P > 0,05
Przewlekłe zapalenie trzustki	59.52	47.62	P > 0,05

#### 4.2.7 Niestrawność (ID)

Wykazano poprawę u chorych we wszystkich grupach. Istotny wpływ leczenia na ID ( $P < 0.05$ ). obserwowano jedynie u pacjentów z rozpoznąną kamicą przewodową. – wykres 27, tabela 27.

## Niestrawność



**Wykres 27**

Obraz graficzny wpływu leczenia na objawy niestrawności

**Tabela 27**

Niestrawność - średnia liczba punktów

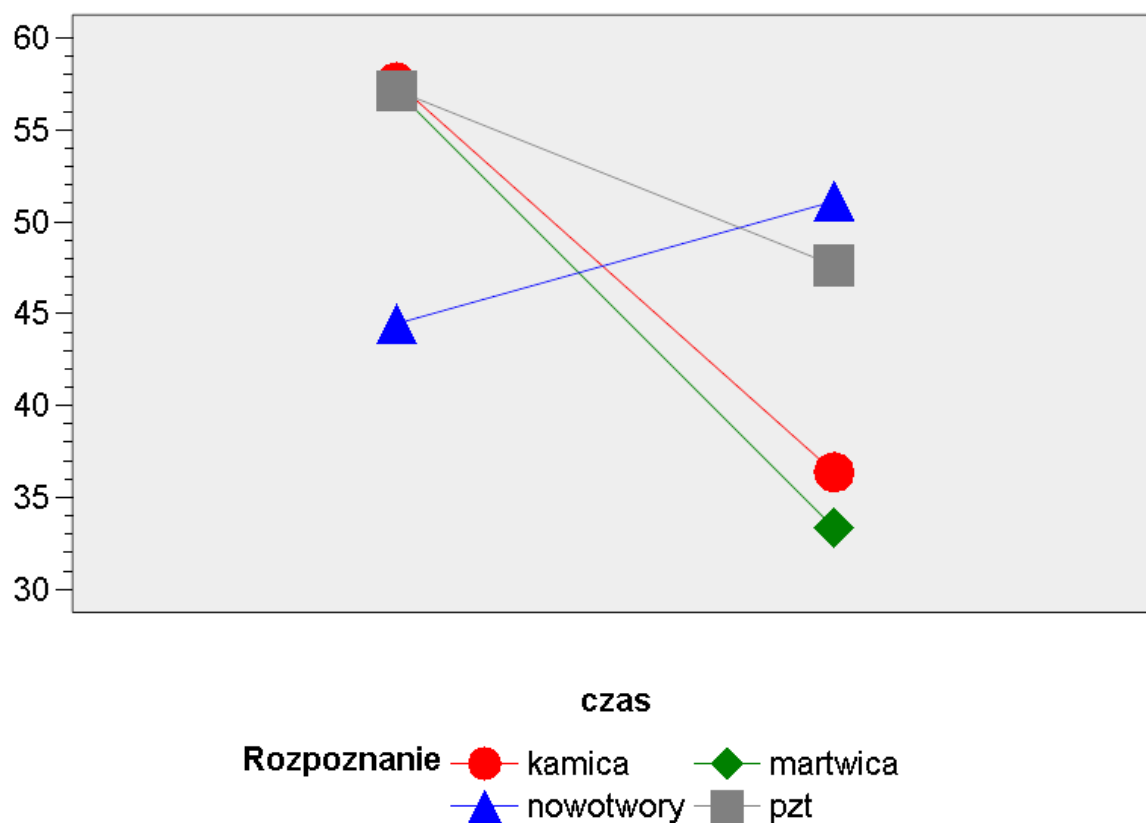
Rozpoznanie	Ocena I	Ocena II	Poziom istotności
Kamica przewodowa	39.39	27.27	P < 0,05
Ograniczona martwica trzustki	52.38	30.95	P > 0,05
Nowotwór dróg żółciowych	62.22	53.33	P > 0,05
Przewlekłe zapalenie trzustki	59.52	54.76	P > 0,05

#### 4.2.8 Wzdęcia z wiatrami (FL)

Obserwowano zmniejszenie wzdęć i wiatrów w grupie chorych z kamica przewodową, martwicą trzustki i PZT (gr 1, 2 i 4), natomiast stwierdzono nasilenie dolegliwości u chorych z rakiem dróg żółciowych (gr. 3).

Wykazano istotny wpływ leczenia na FL w grupie z kamica przewodową (gr. 1) ( $P < 0.05$ ) – wykres 28, tabela 28.

Wzdęcia z wiatrami



Wykres 28

Obraz graficzny wpływu leczenia na wzdęcia z wiatrami

**Tabela 28**

Wzdęcia z wiatrami - średnia liczba punktów

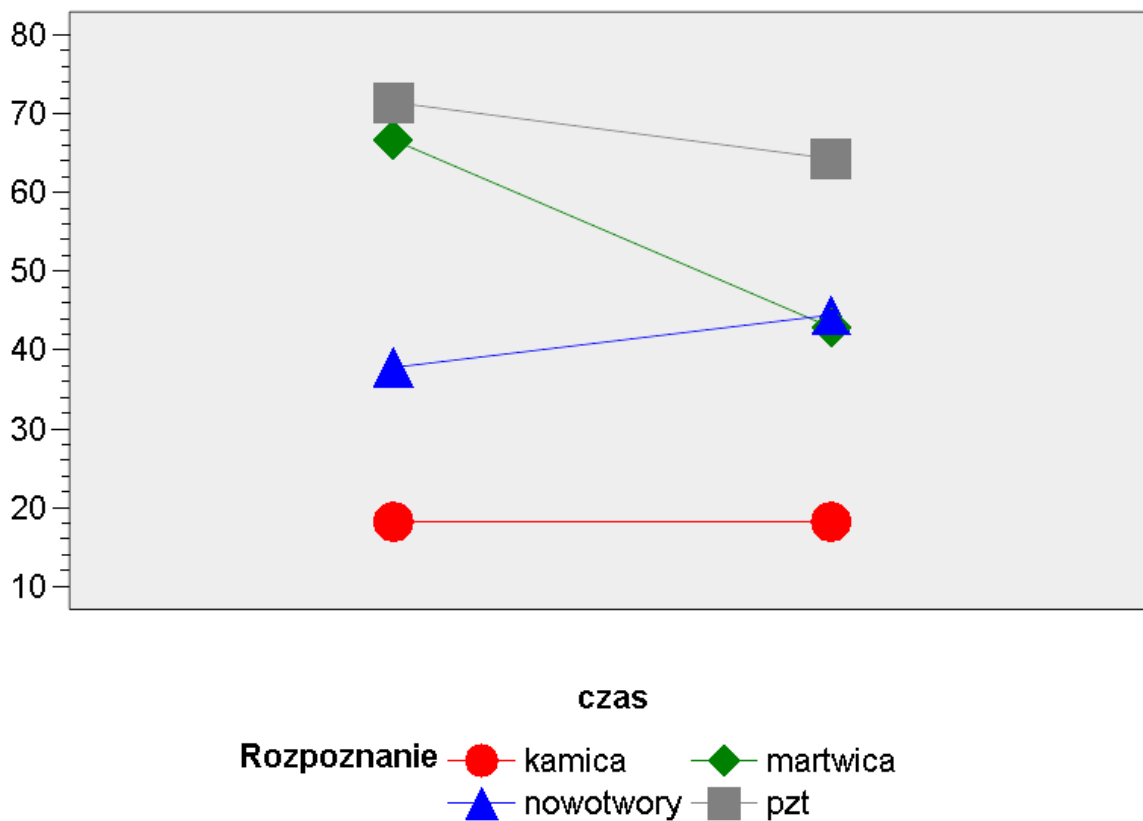
<b>Rozpoznanie</b>	<b>Ocena I</b>	<b>Ocena II</b>	<b>Poziom istotności</b>
Kamica przewodowa	57.58	36.36	P <0,05
Ograniczona martwica trzustki	57.14	33.33	P >0,05
Nowotwór dróg żółciowych	44.44	51.11	P >0,05
Przewlekłe zapalenie trzustki	57.14	47.62	P >0,05

#### **4.2.9 Niska waga (WT)**

Nie wykazano istotnego wpływu terapii na obawy związane z niską masą ciała (P > 0.05).

Obserwowano zmniejszenie niepokoju związanego ze spadkiem masy ciała w grupie z martwicą trzustki i PZT (gr. 2 i 4) oraz nasilenie niepokoju u chorych z rakiem dróg żółciowych (gr.3). Nie stwierdzono zmian u pacjentów z kamcią przewodową (gr. 1) – wykres 29, tabela 29.

## Niska waga



**Wykres 29**

Obraz graficzny wpływu leczenia na ocenę spadku masy ciała

**Tabela 29**

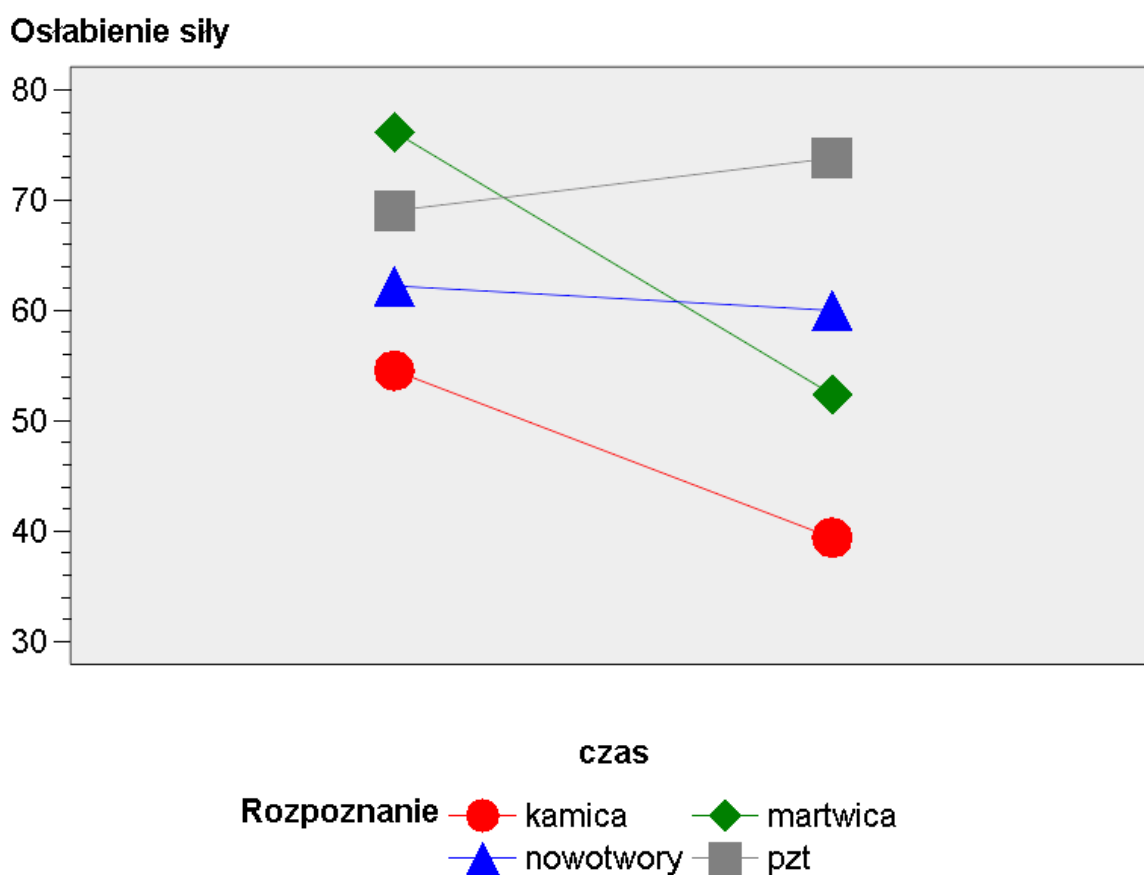
Niska waga - średnia liczba punktów

Rozpoznanie	Ocena I	Ocena II	Poziom istotności
Kamica przewodowa	18.18	18.18	P > 0,05
Ograniczona martwica trzustki	66.67	42.86	P > 0,05
Nowotwór dróg żółciowych	37.78	44.44	P > 0,05
Przewlekłe zapalenie trzustki	71.43	64.29	P > 0,05

#### 4.2.10 Osłabienie siły (MS)

Obserwowano wzrost siły fizycznej najbardziej zaznaczony w grupie chorych z kamicią przewodową i martwicą trzustki (gr. 1 i 2) oraz niewielki u chorych z nowotworami dróg żółciowych (gr. 3), natomiast u chorych z PZT (gr. 4) stwierdzono osłabienie siły fizycznej.

Jednak istotny wpływ leczenia na MS wykazano jedynie w grupie z kamicią przewodową (gr. 1) ( $P < 0.05$ ) – wykres 30, tabela 30.



**Wykres 30**

Obraz graficzny wpływu leczenia na osłabienie siły

**Tabela 30**

#### Oslabienie siły - średnia liczba punktów

<b>Rozpoznanie</b>	<b>Ocena I</b>	<b>Ocena II</b>	<b>Poziom istotności</b>
Kamica przewodowa	54.55	39.39	P < 0,05
Ograniczona martwica trzustki	76.19	52.38	P > 0,05
Nowotwór dróg żółciowych	62.22	60.00	P > 0,05
Przewlekłe zapalenie trzustki	69.05	73.81	P > 0,05

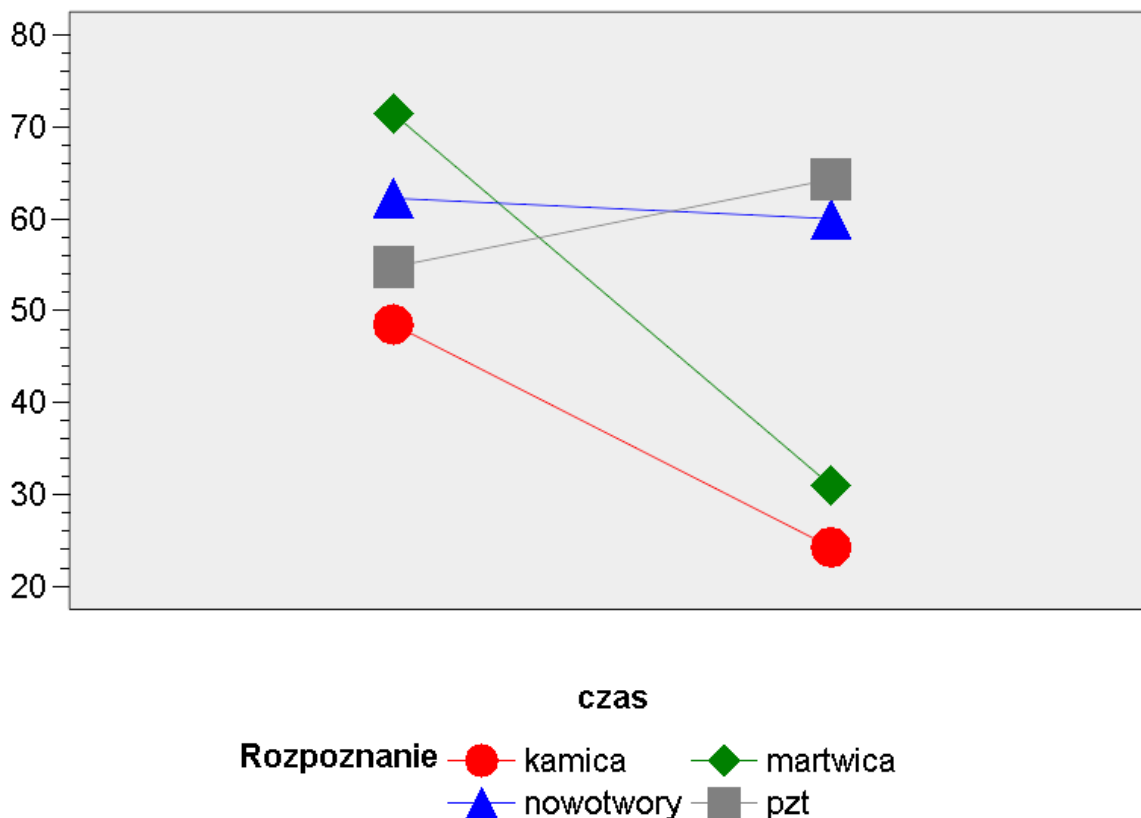
#### 4.2.11. Suchość jamy ustnej (XS)

Obserwowano zmniejszenie odczuwania suchości jamy ustnej w grupie chorych z kamicą przewodową, martwicą trzustki i nowotworami dróg żółciowych (gr. 1, 2 i 3), natomiast stwierdzono nieznaczne nasilenie tych dolegliwości u chorych z PZT (gr. 4).

Istotny wpływ leczenia na XS wykazano w grupie z kamicą przewodową i martwicą trzustki ( $P < 0.05$ ) – wykres 31, tabela 31.



### Suchość jamy ustnej



**Wykres 31**

Obraz graficzny wpływu leczenia na objaw suchości jamy ustnej

**Tabela 31**

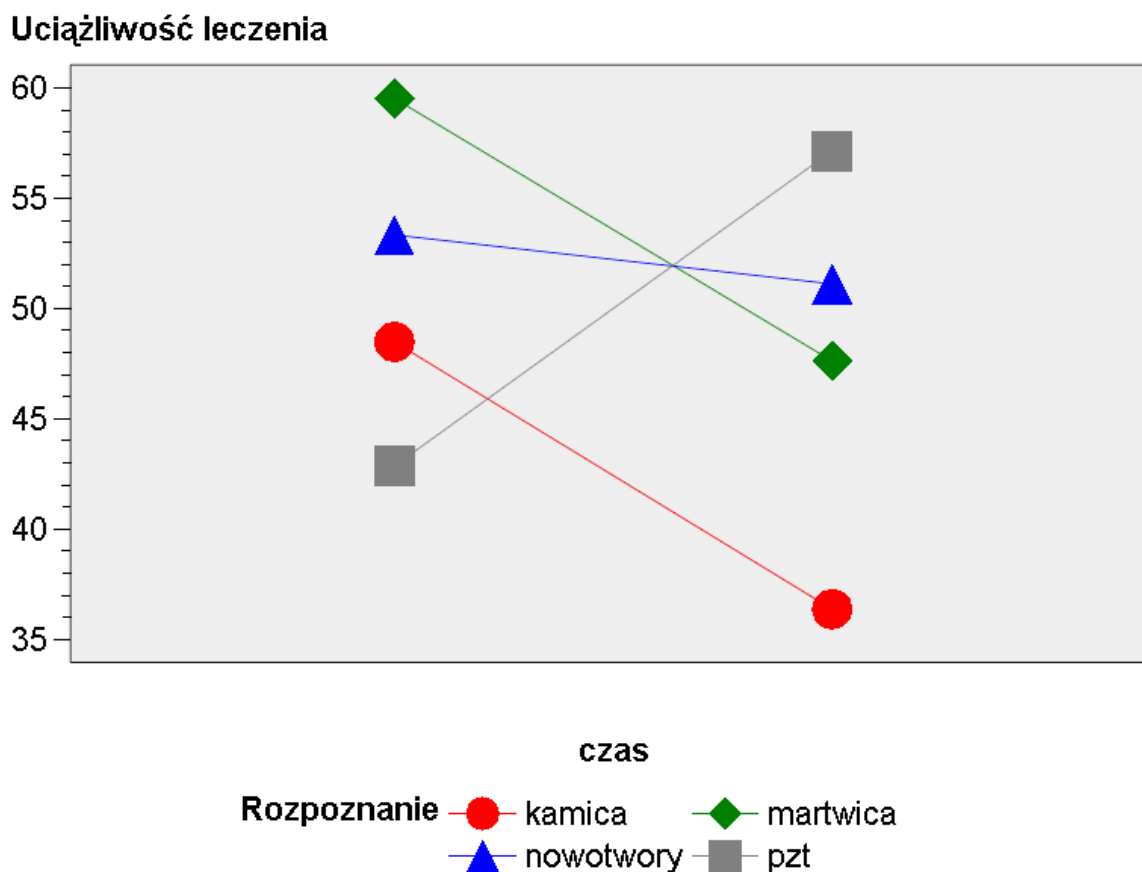
Suchość jamy ustnej - średnia liczba punktów

Rozpoznanie	Ocena I	Ocena II	Poziom istotności
Kamica przewodowa	48.48	24.24	P < 0,05
Ograniczona martwica trzustki	71.43	30.95	P < 0,05
Nowotwór dróg żółciowych	62.22	60.00	P > 0,05
Przewlekłe zapalenie trzustki	54.76	64.29	P > 0,05

#### 4.2.12 Uciążliwość leczenia (SE)

Nie wykazano istotnego wpływu terapii na ocenę uciążliwości leczenia ( $P > 0.05$ ).

Stwierdzono zmniejszenie uciążliwości związanych z leczeniem u chorych z kamcią przewodową, martwicą trzustki i nowotworami dróg żółciowych (gr. 1, 2 i 3), natomiast chorzy z PZT (gr. 4) zgłaszali wzrost uciążliwości terapii – wykres 32, tabela 32.



**Wykres 32**

Obraz graficzny wpływu leczenia na uciążliwość terapii

**Tabela 32**

Uciążliwość leczenia - średnia liczba punktów

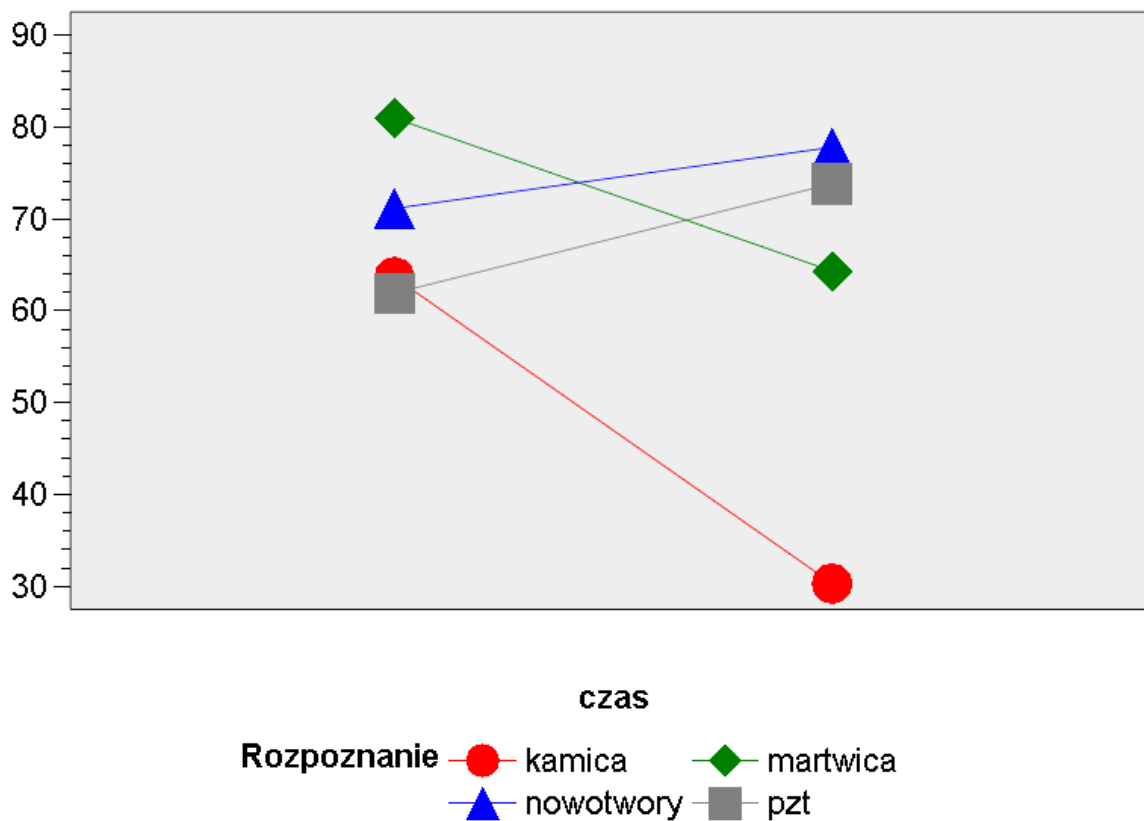
<b>Rozpoznanie</b>	<b>Ocena I</b>	<b>Ocena II</b>	<b>Poziom istotności</b>
Kamica przewodowa	48.48	36.36	P >0,05
Ograniczona martwica trzustki	59.52	47.62	P >0,05
Nowotwór dróg żółciowych	53.33	51.11	P >0,05
Przewlekłe zapalenie trzustki	42.86	57.14	P >0,05

#### **4.2.13 Obawa o zdrowie (FR)**

Obserwowano zmniejszenie obawy o zdrowie w grupie z kamicą przewodową i martwicą trzustki (gr. 1 i 2), natomiast lęk o przyszłość nasilał się u chorych z nowotworami dróg żółciowych i PZT (gr. 3 i 4).

Istotny wpływ leczenia na FR wykazano w grupie z kamicą przewodową ( $P < 0.05$ ) – wykres 33, tabela 33.

### Obawa o zdrowie



**Wykres 33**

Obraz graficzny wpływu leczenia na obawę o zdrowie

**Tabela 33**

Obawa o zdrowie - średnia liczba punktów

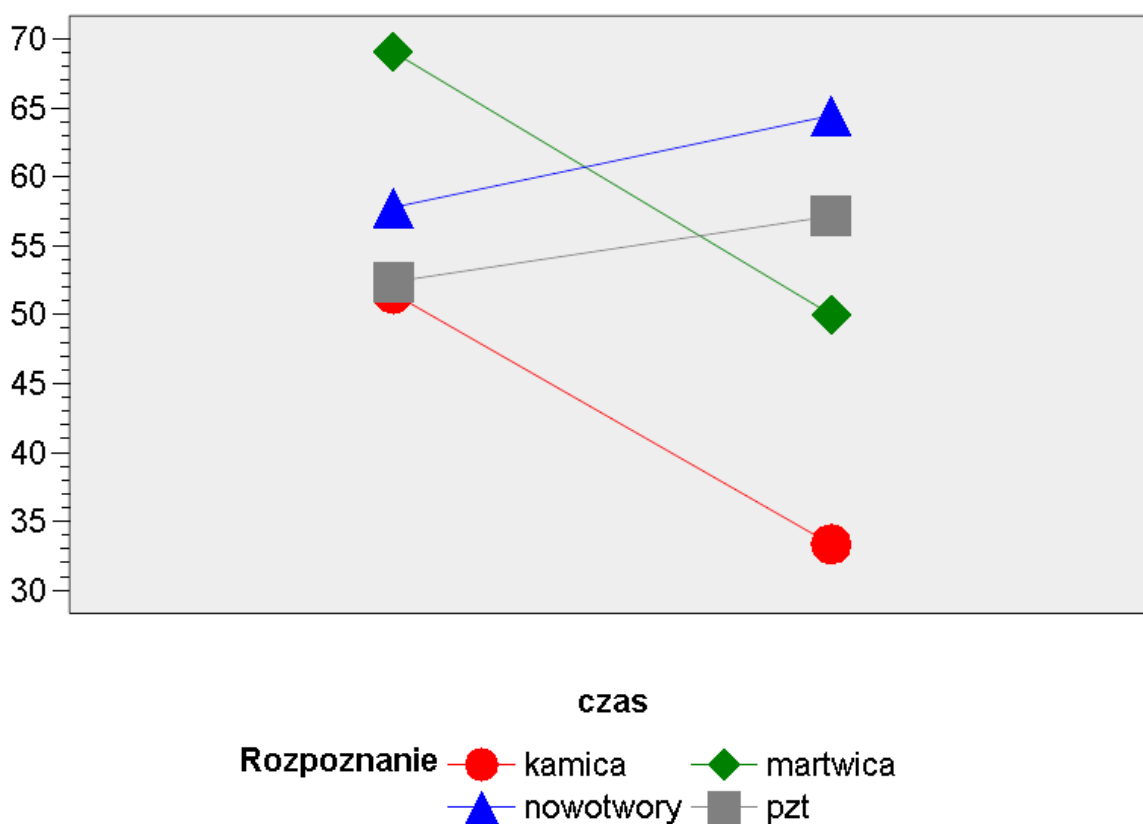
Rozpoznanie	Przed leczeniem	Po leczeniu	Wpływ leczenia
Kamica przewodowa	63.64	30.30	P < 0,05
Ograniczona martwica trzustki	80.95	64.29	P > 0,05
Nowotwór dróg żółciowych	71.11	77.78	P > 0,05
Przewlekłe zapalenie trzustki	61.90	73.81	P > 0,05

#### 4.2.14 Planowanie przyszłości (PL)

Obserwowano poprawę w planowaniu przyszłości w grupie z kamicią przewodową i martwicą trzustki (gr. 1 i 2), natomiast u chorych z nowotworami dróg żółciowych i PZT (gr. 3 i 4) stanowiło problem.

Istotny wpływ leczenia na PL wykazano w grupie z kamicią przewodową ( $P < 0.05$ ) – wykres 34, tabela 34.

Planowanie przyszłości



Wykres 34

Obraz graficzny wpływu leczenia na planowanie przyszłości

**Tabela 34**

Planowanie przyszłości - średnia liczba punktów

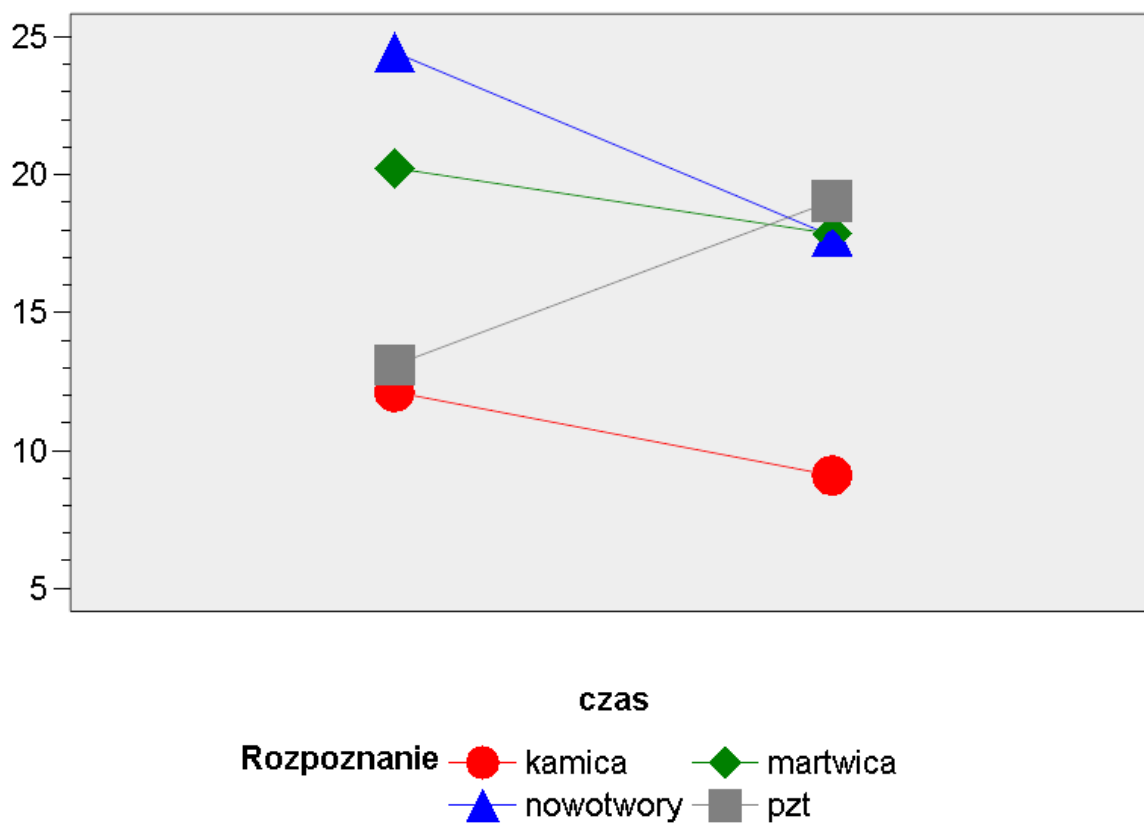
<b>Rozpoznanie</b>	<b>Ocena I</b>	<b>Ocena II</b>	<b>Poziom istotności</b>
Kamica przewodowa	51.52	33.33	P <0,05
Ograniczona martwica trzustki	69.05	50.00	P >0,05
Nowotwór dróg żółciowych	57.78	64.44	P >0,05
Przewlekłe zapalenie trzustki	52.38	57.14	P >0,05

#### **4.2.15 Ocena opieki medycznej (HS)**

Nie wykazano istotnego wpływu leczenia na ocenę opieki medycznej ( $P > 0.05$ ).

Obserwowano zwiększenie zadowolenia z opieki medycznej w grupie z kamicą przewodową, martwicą trzustki i nowotworami dróg żółciowych (gr. 1, 2 i 3), natomiast chorzy z PZT (gr. 4) oceniali pogorszenie opieki – wykres 35, tabela 35.

### Ocena opieki medycznej



**Wykres 35**

Obraz graficzny wpływu leczenia na ocenę opieki medycznej

**Tabela 35**

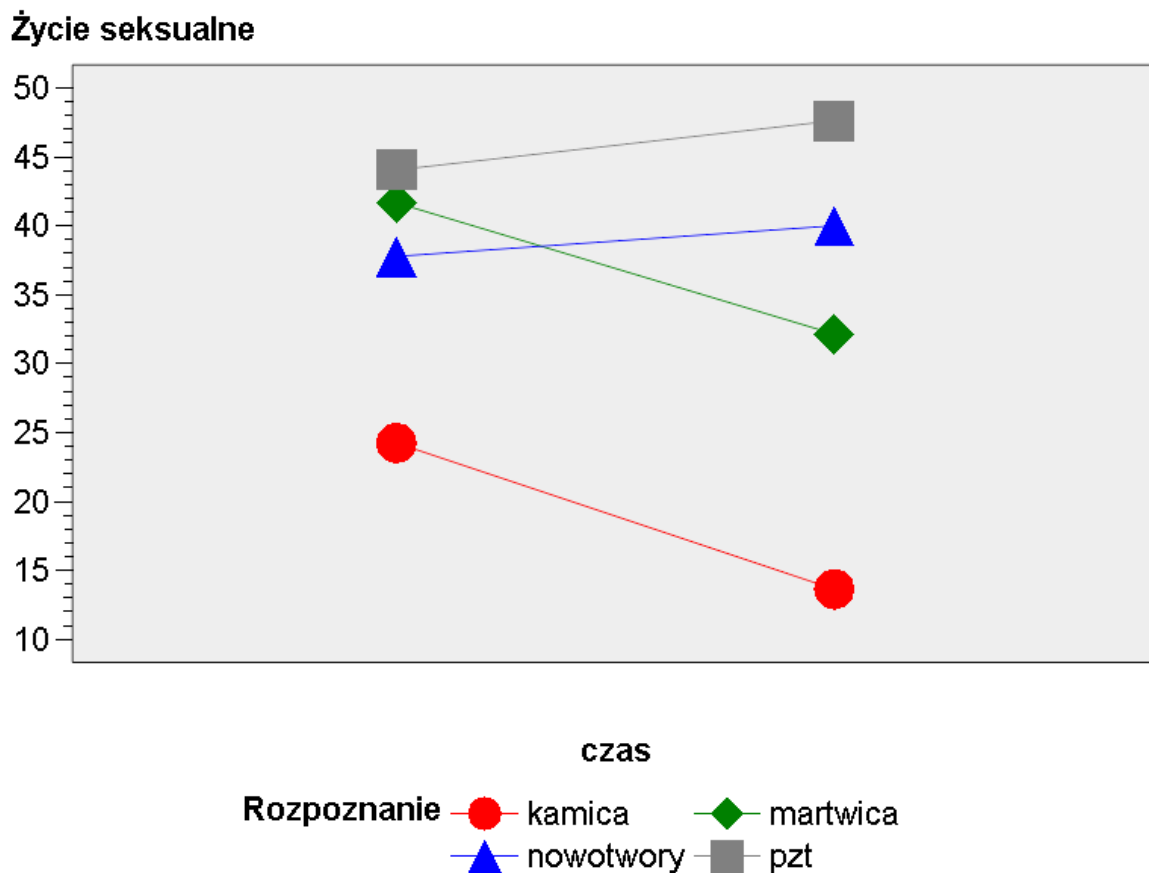
Ocena opieki medycznej - średnia liczba punktów

Rozpoznanie	Ocena I	Ocena II	Poziom istotności
Kamica przewodowa	12.12	9.09	P > 0,05
Ograniczona martwica trzustki	20.24	17.86	P > 0,05
Nowotwór dróg żółciowych	24.44	17.78	P > 0,05
Przewlekłe zapalenie trzustki	13.10	19.05	P > 0,05

#### 4.2.16 Życie seksualne (SX)

Nie wykazano istotnego wpływu terapii na ocenę życia seksualnego ( $P > 0.05$ ).

Stwierdzono poprawę w grupie z kamicią przewodową i martwicą trzustki (gr. 1 i 2), natomiast u chorych z nowotworami dróg żółciowych i PZT (gr. 3 i 4) obserwowano pogorszenie badanego parametru – wykres 36, tabela 36.



**Wykres 36**

Obraz graficzny wpływu leczenia na życie seksualne

**Tabela 36**



## Życie seksualne - średnia liczba punktów

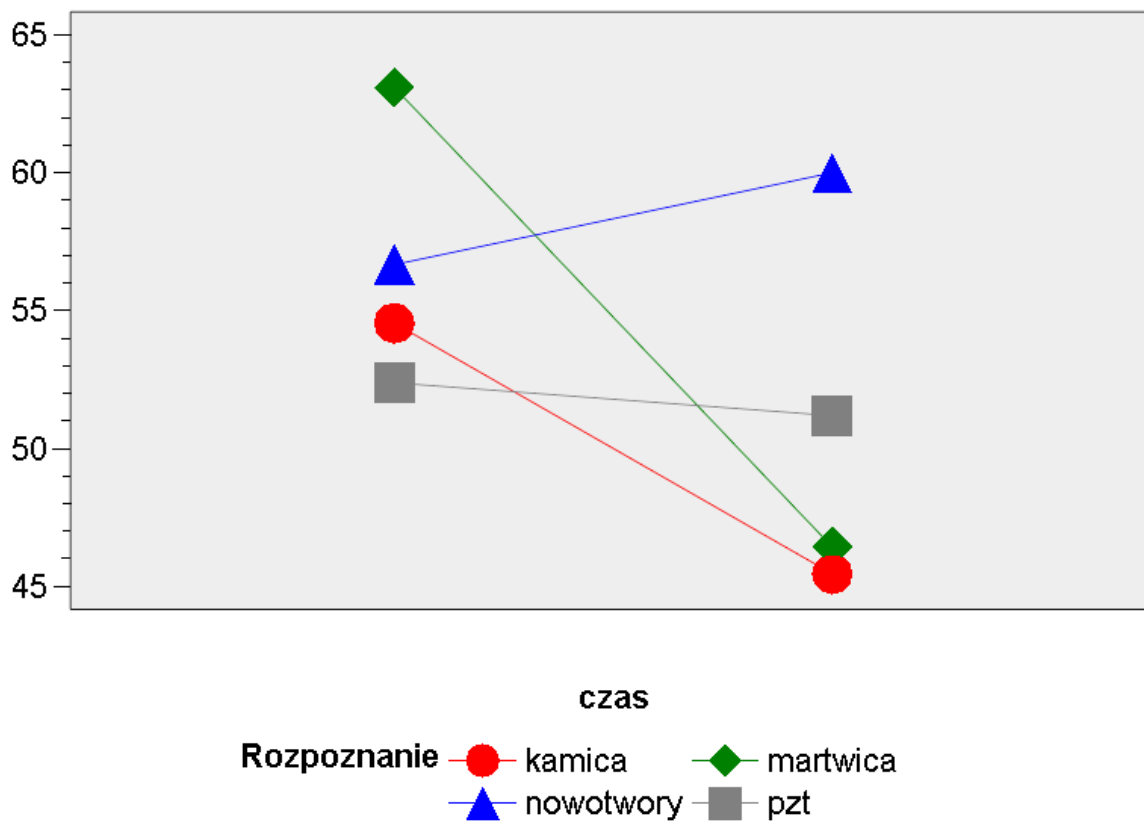
Rozpoznanie	Ocena I	Ocena II	Poziom istotności
Kamica przewodowa	24.24	13.64	P > 0,05
Ograniczona martwica trzustki	41.67	32.14	P > 0,05
Nowotwór dróg żółciowych	37.78	40.00	P > 0,05
Przewlekłe zapalenie trzustki	44.05	47.62	P > 0,05

### 4.2.17 Ocena własnej osoby (BI)

Nie wykazano istotnego wpływu leczenia na ocenę własnej osoby ( $P > 0.05$ ).

Obserwowano zwiększenie zadowolenia z własnej osoby w grupie z kamicą przewodową, martwicą trzustki i PZT (gr. 1,2 i 4) oraz obniżenie oceny przez chorych z nowotworami dróg żółciowych (gr. 3) – wykres 37, tabela 37.

### Ocena własnej osoby



**Wykres 37**

Obraz graficzny wpływu leczenia na ocenę własnej osoby

**Tabela 37**

Ocena własnej osoby - średnia liczba punktów

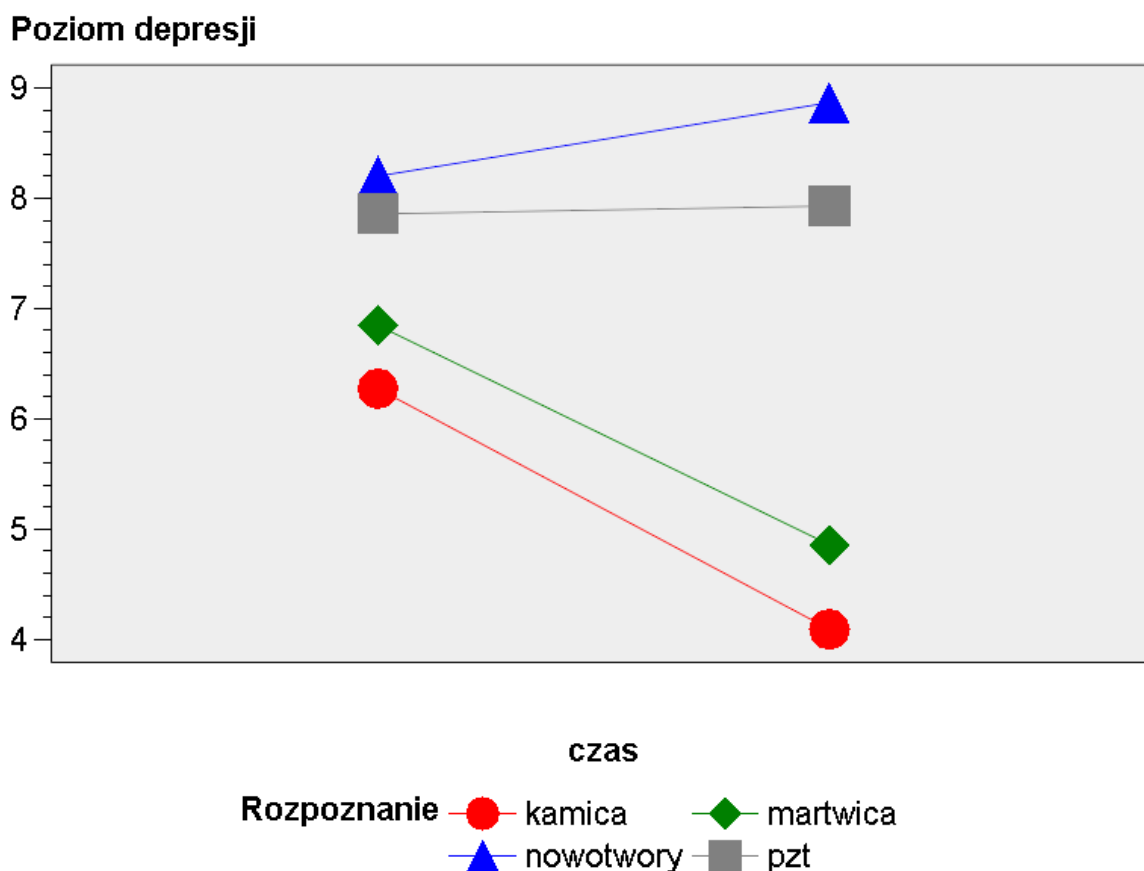
Rozpoznanie	Ocena I	Ocena II	Poziom istotności
Kamica przewodowa	54.55	45.45	P > 0,05
Ograniczona martwica trzustki	63.10	46.43	P > 0,05
Nowotwór dróg żółciowych	56.67	60.00	P > 0,05
Przewlekłe zapalenie trzustki	52.38	51.19	P > 0,05

### 4.3 Szpitalna Skala Lęku i Depresji HADS–M (Hospital Anxiety and Depression Scale) w modyfikacji Majkowicza i wsp.

#### 4.3.1 Depresja

Wykazano zmniejszenie poziomu depresji w dwóch badanych grupach: z kamicią przewodową i martwicą trzustki (gr. 1 i 2) oraz niewielki wzrost u pacjentów z przewlekłym zapaleniem trzustki i nowotworami dróg żółciowych (gr. 3 i 4).

Obserwowano statystycznie istotny wpływ leczenia endoskopowego na poziom depresji w grupie z kamicią przewodową ( $P < 0,05$ ) – wykres 38, tabela 38.



Wykres 38

Obraz graficzny wpływu leczenia na poziom depresji

**Tabela 38**

Poziom depresji – wartość punktowa

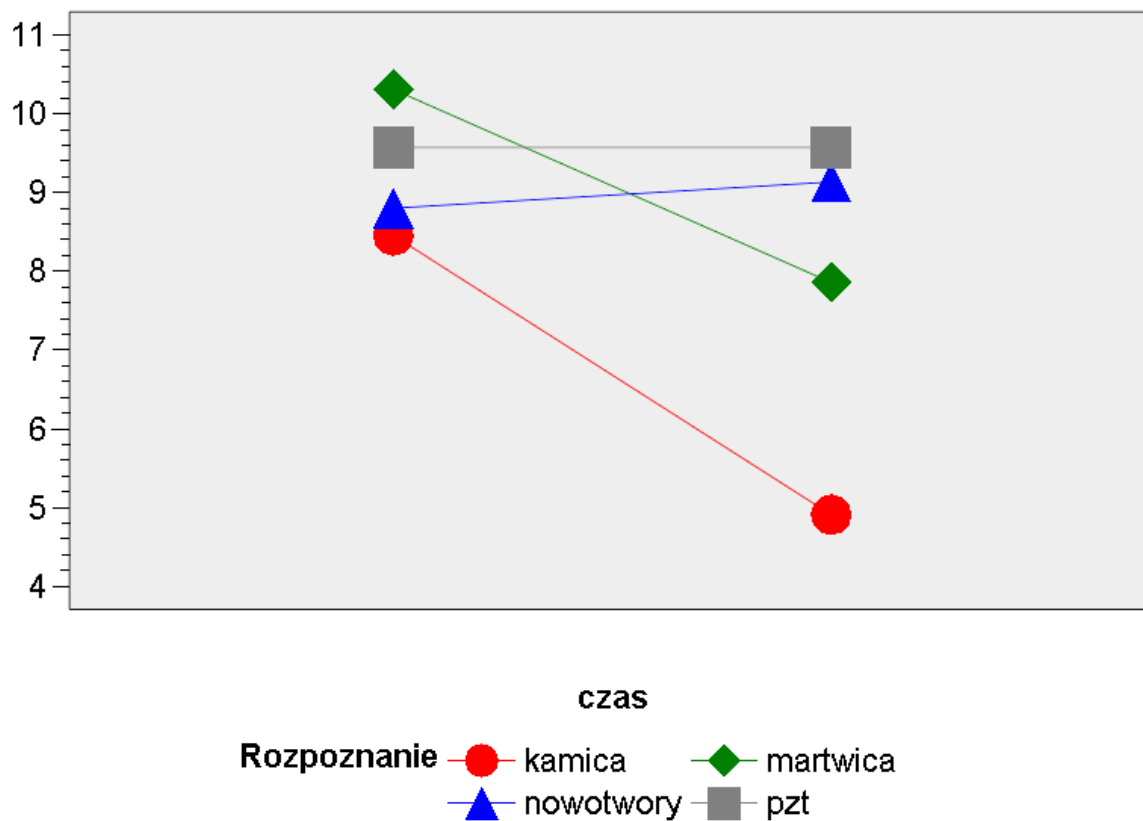
<b>Rozpoznanie</b>	<b>Ocena I</b>	<b>Ocena II</b>	<b>Poziom istotności</b>
Kamica przewodowa	6.27	4.09	P< 0,05
Ograniczona martwica trzustki	6.85	4.86	P> 0,05
Nowotwór dróg żółciowych	8.20	8.87	P> 0,05
Przewlekłe zapalenie trzustki	7.86	7.93	P> 0,05

#### 4.3.2 Lęk

Stwierdzono podwyższony poziom lęku dla wszystkich grup. Wykazano zmniejszenie poziomu lęku w dwóch badanych grupach: z kamicą przewodową i martwicą trzustki (gr. 1 i 2) oraz wzrost u pacjentów z nowotworami dróg żółciowych (gr. 3) i brak zmiany w grupie z przewlekłym zapaleniem trzustki (gr. 4).

Obserwowano statystycznie istotny wpływ leczenia endoskopowego na poziom lęku w grupie z kamicą przewodową (P<0,05) – wykres 39, tabela 39.

### Poziom łęku



**Wykres 39**

Obraz graficzny wpływu leczenia na poziom łęku

**Tabela 39**

Poziom łęku – wartość punktowa

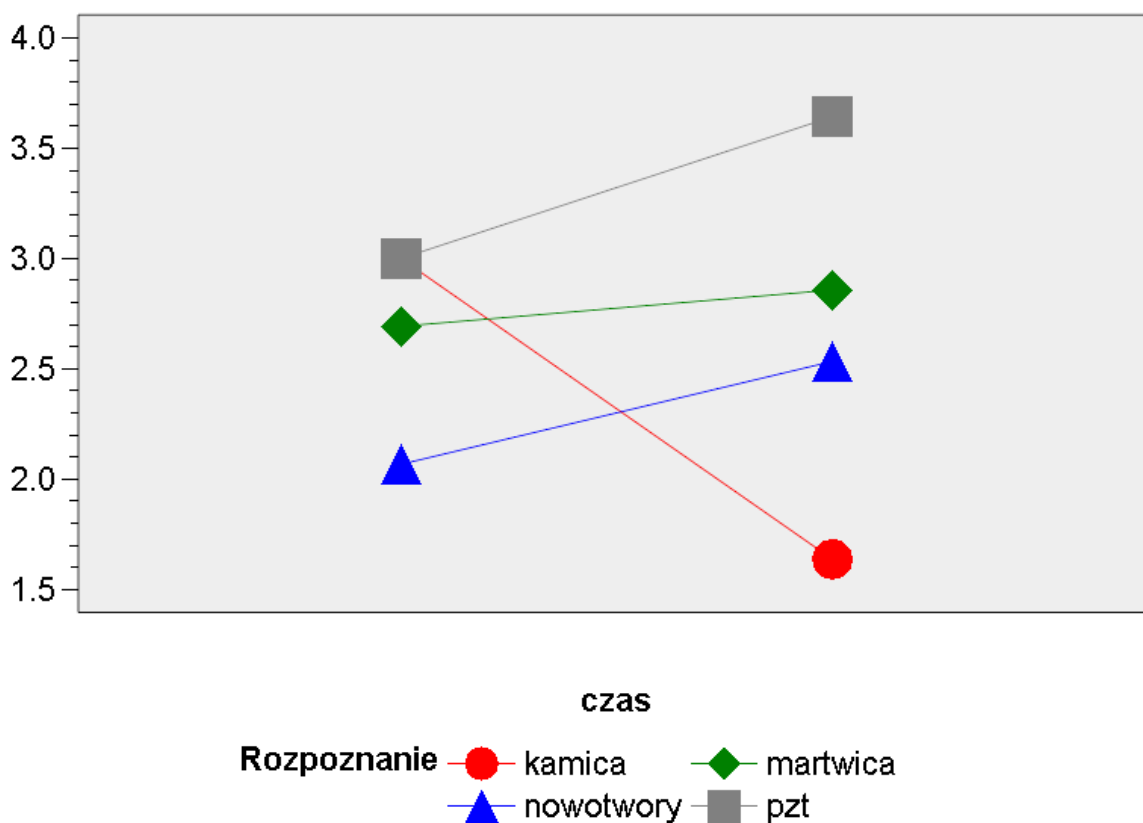
Rozpoznanie	Ocena I	Ocena II	Poziom istotności
Kamica przewodowa	8,45	4,91	P< 0,05
Ograniczona martwica trzustki	10.31	7.86	P> 0,05
Nowotwór dróg żółciowych	8.80	9.13	P> 0,05
Przewlekłe zapalenie trzustki	9.57	9.57	P> 0,05

### 4.3.3 Agresja

Wykazano wzrost poziomu agresji w trzech badanych grupach: z martwicą trzustki, nowotworami dróg żółciowych i przewlekłym zapaleniu trzustki (gr. 2, 3 i 4) oraz zmniejszenie u pacjentów z kamicią przewodową (gr.1).

Obserwowano statystycznie istotny wpływ endoterapii na poziom agresji w grupie z kamicią przewodową ( $P < 0,05$ ) – wykres 40, tabela 40.

Poziom agresji



Wykres 40

Obraz graficzny wpływu leczenia na poziom agresji

**Tabela 40**

Poziom agresji – wartość punktowa

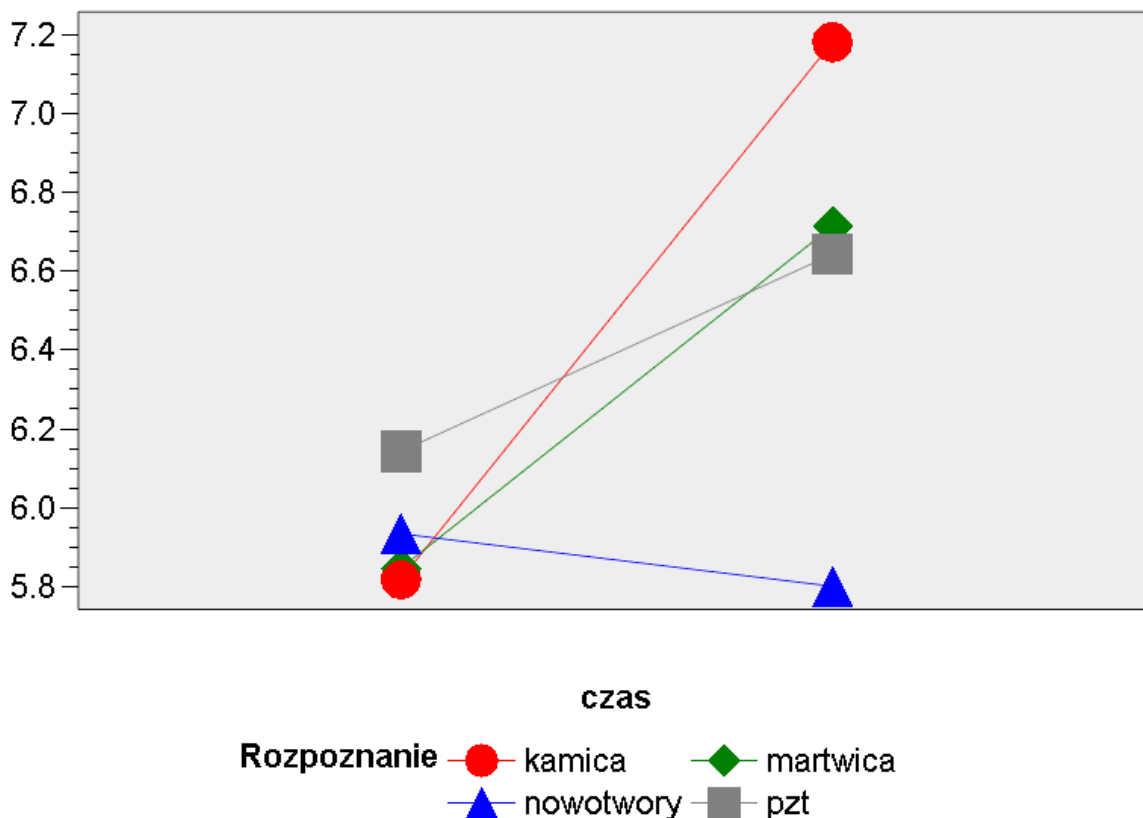
<b>Rozpoznanie</b>	<b>Ocena I</b>	<b>Ocena II</b>	<b>Poziom istotności</b>
Kamica przewodowa	3.00	1.64	P< 0,05
Ograniczona martwica trzustki	2.69	2.86	P> 0,05
Nowotwór dróg żółciowych	2.07	2.53	P> 0,05
Przewlekłe zapalenie trzustki	3.00	3.64	P> 0,05

#### **4.4 Drabina Cantrilla**

Oceniając satysfakcję z życia w chwili obecnej u chorych z kamicią przewodową wykazano istotną poprawę ( $P<0,05$ ), w grupie z ograniczoną martwicą trzustki i przewlekłym zapaleniem trzustki obserwowano tendencję do poprawy, natomiast u chorych z nowotworami dróg żółciowych tendencję do pogorszenia – wykres 41, tabela 41.

Nie obserwowano zmiany satysfakcji za 3 lata w grupie z nowotworowym zwężeniem dróg żółciowych, z kolei wykazano tendencję do poprawy u chorych z kamicią przewodową i ograniczoną martwicą trzustki i pogorszenia z PZT – wykres 42, tabela 42.

### Satysfakcja z życia obecnie



Wykres 41

Obraz graficzny wpływu leczenia na aktualną satysfakcję z życia

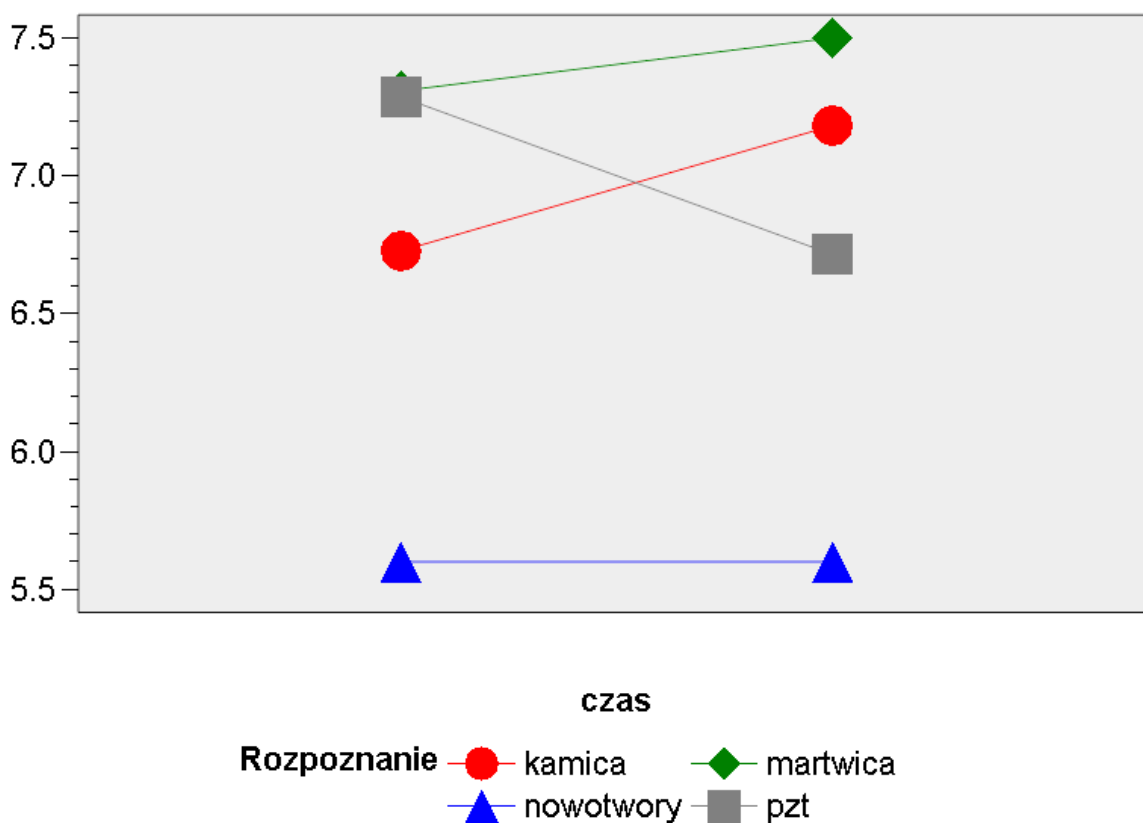
Tabela 41

Aktualny poziom satysfakcji z życia – wartość punktowa

Rozpoznanie	ocena I	Ocena II	Poziom istotności
Kamica przewodowa	5,82	7,18	P < 0,05
Ograniczona martwica trzustki	5,85	6,71	P > 0,05
Nowotwór dróg żółciowych	5,93	5,80	P > 0,05
Przewlekłe zapalenie trzustki	6,14	6,64	P > 0,05



### Satysfakcja z życia za 3 lata



#### Wykres 42

Obraz graficzny wpływu leczenia na spodziewaną satysfakcję z życia za trzy lata

#### Tabela 42

Spodziewany poziom satysfakcji z życia za trzy lata – wartość punktowa

Rozpoznanie			
Kamica przewodowa	6,73	7,18	P > 0,05
Ograniczona martwica trzustki	7,31	7,50	P > 0,05
Nowotwór dróg żółciowych	5,60	5,60	P > 0,05
Przewlekłe zapalenie trzustki	7,29	6,71	P > 0,05

## 5 DYSKUSJA

W roku 2005 ASGE (American Society for Gastrointestinal Endoscopy) opublikowało opinię dotyczącą endoskopowego leczenia schorzeń dróg żółciowych i trzustki [58]. Endoskopowy drenaż trzustkowych zbiorników płynowych (pseudotorbieli i martwicy), endoskopowe poszerzanie zwożeń przewodu trzustkowego głównego (PTG), ewakuację złogów oraz mostowanie uszkodzonego PTG uznano za dopuszczalną opcję terapeutyczną [8, 18, 19, 53]. Podtrzymano opinię, że endoskopowa sfinkterotomia z zabiegiem ewakuacji złogów jest metodą z wyboru w leczeniu kamicy przewodowej i powikłań w jej przebiegu. Stwierdzono ponadto, że endoterapia, powinna być wykorzystana jako podstawowa metoda w leczeniu jatrogennego uszkodzenia dróg żółciowych. Chirurgiczne zabiegi naprawcze obarczone są znaczącym odsetkiem powikłań, dochodzącym do 25 % [53, 65].

Uznano rolę endoskopowego leczenia nieresekcyjnych nowotworów dróg żółciowych i trzustki [39, 57, 58].

Ocena metod leczenia do niedawna polegała jedynie na pomiarze zmiennych biomedycznych, natomiast wskaźnikiem skuteczności wdrożonego leczenia było przede wszystkim wydłużenie czasu przeżycia.

W roku 1972 roku Rosser po raz pierwszy opublikowała metodykę badania jakości życia chorych. Na podstawie obserwacji chorych przez lekarzy poproszonych o podanie objawów najbardziej odzwierciedlających zaawansowanie choroby wyodrębniono dwa objawy: ograniczenie aktywności życiowej i doświadczane cierpienie. Posługując się tymi kryteriami autorka wyróżniła osiem stopni niepełnosprawności i cztery stopnie cierpienia. Po modyfikacji skala zaczęła być wykorzystywana do oceny jakości życia pod nazwą QALY [102].

Od tamtej pory powstało wiele narzędzi pomocnych w badaniu jakości życia. W 1994 roku na bazie nowej definicji jakości życia podanej rok wcześniej przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) opracowano system oceny jakości życia

(WHOQOL). Z kolei w ramach Europejskiej Organizacji Do Badań i Leczenia Raka (EORTC) powstała grupa badawcza, której zadaniem było stworzenie spójnego systemu oceny jakości życia niezależnie od odrębności kulturowych, językowych i geograficznych. Mimo, że opracowane metody dotyczyły chorób nowotworowych, okazały się również przydatne w ocenie innych schorzeń.

Badanie jakości życia chorych po wykonanych procedurach medycznych pozwala ocenić prawdziwą wartość postępowania leczniczego i jeśli to możliwe wprowadzić konieczne modyfikacje [44, 102].

Wskaźniki wykorzystywane w technikach badawczych zwykle oceniają poziom aktywności życiowej, samodzielność w zaspokajaniu podstawowych potrzeb, rodzaj i nasilenie bólu, ocenę położenia życiowego oraz dominujący nastrój. Objawy charakterystyczne dla określonych chorób i obszarów, które chcemy ocenić wymagają umieszczenia dodatkowych pytań w narzędziach pomiarowych [102].

W prezentowanej pracy badaniu poddano 55 chorych, podzielonych na 4 grupy w zależności od rozpoznania. Wszyscy chorzy wypełniali wymienione kwestionariusze i skale – w zależności od rozpoznania – w różnym przedziale czasowym. Osoby z rozpoznaną kamicą przewodową – przed leczeniem i w pierwszym tygodniu po wykonanej procedurze endoskopowej, chorzy z przewlekłym zapaleniem trzustki, ograniczoną martwicą trzustki i nowotworami dróg żółciowych – w trakcie terapii.

Jakość życia pacjentów zależy od natężenia negatywnych emocji: lęku, depresji i agresji [60, 64, 67, 98]. Do oceny tych wskaźników wykorzystano Szpitalną Skalę Lęku i Depresji HADS–M w modyfikacji Majkowicza, de Walden–Gałuszko, Chojnackiej–Szawłowskiej i Magiery. W wersji oryginalnej, której autorami są: Zigmond i Snaith ocenia się lęk i depresję, natomiast w zmodyfikowanej polskiej wersji dodatkowo agresję. Należy zaznaczyć, że jest to skala służąca głównie do określenia dynamiki zmian natężenia emocji w wyniku podjętego leczenia [24, 98].

Choroba i związane z nią objawy mogą powodować zaburzenia równowagi psychospołecznej u chorych. Zaburzenia nastroju są najczęstszymi zaburzeniami psychicznymi, dotyczącymi 1–3 % populacji ludzi dorosłych. Wśród chorych hospitalizowanych odsetek ten jest dużo wyższy i wynosi 22–33 % [D16]. Według Lazarusa sposób oceniania przez pacjenta sytuacji, w której się znalazł wpływa na odczuwane emocje, a te z kolei warunkują sposób podejmowanych decyzji. Takie elementy jak: postawiona diagnoza, etap choroby, planowane leczenie, informacja o chorobie w różnym stopniu wpływają na kontrolowanie emocji negatywnych: depresji, lęku i agresji [92].

Według Tishelmana emocje w dużej mierze zależą od znaczenia przypisywanego przez chorego różnym wymiarom stanu chorobowego.

Specyficzne emocje występują u osób z rozpoznaną chorobą nowotworową. Dotyczą groźby braku poprawy zdrowia i wyleczenia, bólu, niemożności powrotu do pracy zawodowej i pełnej aktywności w rodzinie czy wreszcie utraty życia. Ponadto wzrost natężenia emocji negatywnych jest związany z przeszłością. Wynika to z oceny zachowań, które mogły być przyczyną zachorowania [92].

Poddając analizie wszystkich chorych bez uwzględnienia rozpoznania nie obserwowano podwyższonego natężenia depresji. W grupie pacjentów z nowotworami dróg żółciowych stwierdzono natomiast graniczny poziom depresji, z tendencją do wzrostu.

Należy podkreślić, że u pacjentów z kamcią przewodową i martwicą trzustki po przeprowadzonym leczeniu wykazano zmniejszenie poziomu depresji.

W badanym materiale wykazano podwyższony poziom lęku dla wszystkich grup. Endoterapia miała znaczny wpływ na zmniejszenie poziomu lęku w grupie osób z kamcią przewodową i ograniczoną martwicą trzustki, przy czym obserwowano statystycznie znamienne wpływy leczenia u chorych z rozpoznaną kamcią przewodową ( $P < 0,05$ ).

W grupie z nowotworami dróg żółciowych widoczny był wzrost poziomu lęku mimo podjętej terapii. Poziom natężenia agresji u wszystkich chorych zarówno przed, jak i po leczeniu odpowiadał wartościom prawidłowym.

Jak wynika z przedstawionych danych choroba nowotworowa jest czynnikiem wywołującym podwyższony poziom negatywnych emocji (depresji i lęku), z zaznaczoną skłonnością do wzrostu mimo wdrożonego leczenia.

Kolejnymi narzędziami wykorzystanymi do oceny jakości życia były skale QLQ-C30 i QLQ PAN-26. Obie skale spełniają postulat wielowymiarowości umożliwiając ocenę wpływu choroby i leczenia w obszarach: funkcjonalnym i związanym z objawami chorobowymi [29]. Jest to ważne w odniesieniu do pojęcia i wskaźników, które należy wykorzystać oceniając jakość życia [63, 92]. Zostały również sprawdzone pod względem trafności i rzetelności [98]. Zarówno kwestionariusz QLQ-C30, który pierwotnie powstał do badania jakości życia pacjentów z chorobą nowotworową jak i swoisty dla raka trzustki moduł QLQ-PAN26 znalazły również swoje miejsce w ocenie jakości życia w populacji chorych z innymi rozpoznaniem [12, 16, 29, 30, 56, 80, 100, 104].

Fitzsimmons i współpracownicy [29, 30] zastosowali wymienione kwestionariusze do oceny jakości życia u pacjentów z przewlekłym zapaleniem trzustki. W pracy tej porównano obie skale za pomocą współczynnika  $\alpha$ -Cronbacha [29]. Poza skalą oceniającą objaw żółtaczkę stwierdzono wewnętrzną zgodność dla pozostałych wskaźników uzyskując współczynnik  $\alpha$ -Cronbacha  $> 0,70$  [29, 30].

W podsumowaniu autorzy wskazują, że kwestionariusze QLQ-C30 i QLQ PAN-26 mogą być stosowane w ocenie chorych na PZT. Proponują jednak dodanie do ankiety dwóch pozycji dotyczących spożywania alkoholu [30]. Jest to związane z wpływem nadużywania alkoholu na ocenę funkcjonowania emocjonalnego i społecznego [29, 30].

U pacjentów przyjmujących opiaty stwierdzono obniżenie jakości we wszystkich skalach funkcjonowania i ogólnej jakości życia (QL). Spośród objawów wykazano gorszą kontrolę bólu oraz występowanie nudności

i wymiotów. Podane wyniki były zgodne z oceną kliniczną. Opioidy przyjmowali pacjenci z nasilonymi objawami w przebiegu PZT. Porównując wpływ leczenia operacyjnego i zachowawczego polegającego na stosowaniu opioidów, obserwowano obniżenie funkcji poznawczych oraz zwiększoną tendencję do nudności i wymiotów. Uzyskane wyniki ściśle wiążą się z niepożądanymi objawami działania leków narkotycznych [12, 29, 30, 100].

W analizowanym przez autora niniejszej rozprawy materiale, obserwowano zmniejszenie obecności nudności i wymiotów we wszystkich badanych grupach. Stwierdzono istotny wpływ leczenia u chorych z kamicią przewodową, martwicą trzustki i PZT ( $P < 0,05$ ).

W zakresie funkcji poznawczych u chorych z PZT nie odnotowano znaczących zmian. Jednocześnie wykazano poprawę w grupach: z martwicą trzustki i z zaznaczoną różnicą znamienne statystyczną u chorych z kamicią przewodową ( $P < 0,05$ ).

Żółtaczką jest objawem, który ze względu na lokalizację i widoczność wpływa na postrzeganie choroby przez chorego i osoby z jego otoczenia, powoduje często wyłączenie z aktywnego uczestniczenia w życiu osobistym i zawodowym. Ponadto, zmiana natężenia jest w łatwy sposób dostrzegalna przez chorego i świadczy o przebiegu choroby. W konsekwencji żółtaczką wywiera znaczący wpływ na jakość życia.

U chorych z PZT żółtaczką występuje sporadycznie, zwykle w okresach zaostrzeń oraz w jej zaawansowanych postaciach, z powodu zwężenia przewodu żółciowego głównego, jest natomiast dominującym objawem nowotworowej obturacji dróg żółciowych i kamicy przewodowej. W omawianym materiale opierając się na stustopniowej skali wykorzystywanej do interpretacji uzyskanych wyników, największe nasilenie żółtaczką wykazano w grupie z nowotworami dróg żółciowych (średnio 63,33 pkt.) i kamicy przewodowej (średnio 31,82 pkt.).

W grupie chorych z przewlekłym zapaleniem trzustki i ograniczoną martwicą trzustki wartości wynosiły odpowiednio 23,81 i 20,24 punkty.

Obserwowano zmniejszenie żółtaczki we wszystkich badanych grupach, przy czym najlepszy efekt endoterapii uzyskano u chorych z kamicią przewodową i ograniczoną martwicą trzustki ( $P < 0,05$ ).

Zmiany w sposobie odżywiania odnotowano we wszystkich badanych grupach, największe wśród chorych z PZT i martwicą trzustki. Ograniczenia dietetyczne były u tych chorych dominującym objawem. W przeliczonej skali odnotowano odpowiednio 80,95 i 88,10 pkt. Wdrożone leczenie wpłynęło na zmniejszenie konieczności modyfikacji nawyków żywieniowych, najbardziej zaznaczone u chorych z ograniczoną martwicą trzustki ( $p < 0,05$ ).

Brak apetytu stwierdzono u wszystkich chorych. Najczęściej był on odczuwany przez osoby z grup 2, 3 i 4. Poza chorymi z rozpoznaniem nowotworowym, u których nie obserwowano zmiany apetytu po protezowaniu dróg żółciowych w pozostałych grupach wystąpiła poprawa apetytu, z widocznym istotnym wpływem leczenia u chorych z martwicą trzustki ( $P < 0,05$ ).

Podobnie, jak brak apetytu, zmniejszenie masy ciała było objawem, którym najbardziej martwili się pacjenci z patologią trzustki i nowotworami dróg żółciowych. Chorzy z rozpozną kamicią przewodową nie zgłaszali tego objawu jako znaczącego (średnio 18,8 pkt.) i nie odnotowano zmiany w tym zakresie po leczeniu. W wyniku zastosowanej terapii obserwowano zmniejszenie obaw uzależnionych od niedoboru masy ciała u chorych z PZT i martwicą trzustki. Z kolei pacjenci z nowotworami dróg żółciowych zgłaszali nasilenie lęku związanego z postępującą utratą masy ciała. Również w tej grupie odnotowano nasilenie zapań, natomiast u pozostałych chorych obserwowano zmniejszenie niedogodności związanych z wypróżnieniami.

U wszystkich chorych niezależnie od rozpoznania biegunka nie była zgłaszana jako czynnik wpływający w istotny sposób na jakość życia.

Zachowania w chorobie oznaczają sposób, w jaki chorzy reagują na występujące odchylenia w prawidłowym funkcjonowaniu organizmu i pogodzenie się z chorobą. Wiąże się to, ze zdolnością przewidywania

fizycznych, psychicznych i społecznych następstw schorzenia. Jako przykład Twaddle wskazuje na ograniczenia w pełnieniu rutynowych zadań społecznych i codziennej aktywności życiowej. Oznacza to niemożność realizacji swojego hobby lub kontynuowania pracy. Ocena funkcji pracy z widoczną istotnością statystyczną ( $P < 0,05$ ) uległa poprawie jedynie u chorych z rozpoznaną kamicą przewodową. Należy to tłumaczyć możliwością szybkiego powrotu do dotychczasowych trybu życia. W pozostałych grupach nie wykazano zmian w funkcji pracy.

Najbardziej zaznaczone trudności finansowe przed podjęciem leczenia odnotowano u chorych z PZT (średnia 71,43 pkt.), przy czym tylko w tej grupie stwierdzono poprawę ( $P < 0,05$ ). Pacjenci z nowotworami dróg żółciowych i martwicą trzustki skarżyli się na postępujące pogorszenie swojej sytuacji finansowej. Jedynie w grupie z kamicą przewodową nie odnotowano tendencji do zmian.

Według Fabrega choroba oznacza porównanie subiektywnego odczuwania choroby z przedstawionym rozpoznaniem. Jednocześnie pacjent ocenia decyzję lekarza o planowanym sposobie terapii pod kątem uciążliwości proponowanych procedur medycznych wykorzystując wiedzę przekazaną przez personel medyczny na temat swojej choroby [92]. W analizowanym materiale wsparcie i informacje uzyskane od osób bezpośrednio sprawujących opiekę medyczną najlepiej ocenili chorzy z nowotworami dróg żółciowych (średnia 24,44 pkt.), przy czym w dalszej obserwacji gorzej oceniali opiekę medyczną i uzyskiwane informacje. Jedynie u pacjentów z przewlekłym zapaleniem trzustki w trakcie stosowanej terapii wykazano wzrost zadowolenia w tym obszarze.

Według Tjihuis wpływ wsparcia społecznego polega na mobilizacji chorego w celu opanowania choroby. Franks i Campell [92] wskazują, że największą wartość ma wsparcie pochodzące od rodziny i przyjaciół.

U wszystkich badanych chorych obserwowano słabo zaznaczoną tendencję do poprawy oceny funkcji społecznych.



Pogorszenie jakości życia może być związane z trudnościami i ograniczeniami wynikającymi z podjętego leczenia.

Uciążliwość leczenia u większości chorych zmniejszała się, jedynie w grupie z przewlekłym zapaleniem trzustki, gdzie wykazano nasilenie negatywnych skutków leczenia, najpewniej związanych z koniecznością poddania się planowanym kolejnym procedurom medycznym.

Analizując ogólną samoocenę stanu zdrowia i jakości życia w oparciu o kwestionariusz QLQ-C30 stwierdzono różnicę pomiędzy wynikami dla poszczególnych rozpoznań. W grupie z nowotworami dróg żółciowych nie obserwowano zmiany badanego parametru, natomiast największą różnicę ( $P < 0,05$ ) obserwowano u pacjentów z kamcią przewodową.

W tej grupie chorych uzyskano największą poprawę we wszystkich skalach w obszarze funkcjonowania i w większości skal opisujących objawy. Nie wykazano wpływu na ogólną jakość życia miejsca zwiężenia przewodu żółciowego głównego.

Poulose i wsp. [79] oceniali efektywność sfinkterotomii i usuwania kamieni żółciowych wykonanej u pacjentów z przypadkowo stwierdzoną kamcią przewodową po laparoskopowej cholecystektomii i śródoperacyjnej cholangiografii, w porównaniu z laparoskopowym eksploracją dróg żółciowych. Autorzy wykazali wyższą jakość życia po zabiegach endoskopowych w odniesieniu do procedury laparoskopowej (odpowiednio 0,9 vs 0,88) i uznano endoskopową sfinkterotomię i ewakuację złogów jako optymalną metodę terapeutyczną [18].

Postępujące zmniejszenie atrakcyjności fizycznej i niezadowolenie z wyglądu charakteryzowało chorych z nowotworami. Obserwowano u nich tendencje do obniżenia oceny osoby własnej. Chorzy z kamcią przewodową i ograniczoną martwicą trzustki zgłaszali poprawę w tym obszarze, natomiast u chorych z PZT nie odnotowano znaczących zmian.

Wśród chorych z nowotworami dróg żółciowych i przewlekłym zapaleniem trzustki bezsenność była znaczącym objawem obniżającym jakość

życia (średnia 60,42 pkt. i 59,52 pkt.), przy czym jedynie w grupie z nowotworowym zwężeniu dróg żółciowych odnotowano zmniejszenie trudności w zasypianiu po leczeniu endoskopowym. Osoby z ograniczoną martwicą trzustki wykazywali tendencje do nasilenia trudności w zasypianiu. Należy to tłumaczyć prowadzoną u tych chorych procedurą medyczną polegającą na agresywnym drenażu martwicy. Przez pierwsze dwie doby stosowano płukanie o 2 godziny z sześciogodzinną przerwą nocną, wydłużając następnie przerwę w płukaniu do 4 i 8 godz. Nie obserwowano zmiany u pacjentów z PZT i kamicą przewodową.

Doznania somatyczne pacjentów i sprawność podstawowych funkcji fizjologicznych są elementami obszaru somatycznego, którego analiza pozwala ocenić jakość kontroli objawów. Zasadniczym czynnikiem w tej płaszczyźnie jest ból [16, 56, 80, 104]. W badanym materiale we wszystkich grupach obserwowano zmniejszenie bólu, przy czym ze względu na małą liczebność grup różnicę znamienne statystyczną odnotowano u chorych z kamicą przewodową, ograniczoną martwicą trzustki i nowotworami dróg żółciowych. Nie obserwowano wpływu miejsca i rodzaju zwężenia przewodu żółciowego głównego na badany parametr.

W grupie chorych z nowotworami dróg żółciowych i PZT nie odnotowano znaczącej poprawy w ocenie funkcjonowania emocjonalnego. Przewlekły charakter obu schorzeń ma negatywny wpływ na odczuwanie emocji. Napięcie emocjonalne wynika z postrzegania ciężkości choroby i braku możliwości jej wyleczenia.

Podobnie należy tłumaczyć nasilenie obaw o zdrowie i trudności w planowaniu przyszłości u tych samych chorych. Natomiast chorzy z rozpoznaną martwicą trzustki i kamicą przewodową wykazywali poprawę w ocenie tych objawów, z zaznaczoną różnicą znamienne statystyczną u chorych z kamicą przewodową ( $P < 0,05$ ).

Satysfakcja z życia i pozytywna ocena przyszłości jest istotnym czynnikiem jakości życia [16, 56, 80, 104]. Narzędziem oceniającym ten obszar

jest drabina Cantrilla [16, 56, 80, 104]. Na zadane pytanie o satysfakcję z życia obecnie i za 3 lata, chorzy z kamicą przewodową zgłaszali największą poprawę i oczekiwali na jej utrzymanie w przyszłości. Również pacjenci z ograniczoną martwicą trzustki wyrażali nadzieję na poprawę stanu zdrowia w przyszłości. U chorych z PZT obserwowano pogorszenie ocenianego parametru, natomiast w grupie z nowotworami nie wykazano różnic.

## 6 WNIOSKI

### 1. Endoskopowe leczenie:

- kamicy żółciowej przewodowej statystycznie znamienne poprawia ogólną jakość życia
- u chorych w przebiegu nowotworowych zwężeń dróg żółciowych nie powoduje poprawy ogólnej jakości życia
- u chorych z ograniczoną martwicą trzustki i przewlekłym zapaleniem trzustki przyczyniło się do poprawy jakości życia chociaż wartości te nie były znamienne statystyczne

1. Największą poprawę we wszystkich skalach w obszarze funkcjonowania i w większości skal opisujących objawy obserwowano u chorych z kamicią żółciową przewodową. W pozostałych analizowanych grupach endoskopowe leczenie miało różny wpływ na poszczególne obszary jakości życia.

## 7 PIŚMIENNICTWO

1. Adler D.G., Baron T.H., Davila R.E., Egan J., Hirota W.K., Leighton J.A., Qereshi W., Rajan E., Zuckerman M.J., Fanelli R., Wheeler-Harbaugh J., Faigel D.O. ASGE guideline: the role of ERCP in diseases of the biliary tract and the pancreas. *Gastrointest Endosc* 2005; 62(1): 1-8
2. Akechi T., Okuyama T., Imoto S., Yamawaki S., Uchitomi Y. Biomedical and psychosocial determinants of psychiatric morbidity among postoperative breast cancer patients. *Breast Cancer Research and Treatment* 2001; 65: 195-202
3. Baillie J. Training in advanced pancreaticobiliary endoscopy: why, how, and will we even need ERCP in the future? *Tech Gastrointest Endosc* 2004; 6:100-106
4. Ballinger A.B., McHugh M., Catnach S.M., Alstead E.M., Clark M.L. Symptom relief and quality of life after stenting for malignant bile duct obstruction. *Gut* 1994; 35: 467-470
5. Balthazar E.J., Robinson D.L., Megibow A.J., Ranson J.H. Acute pancreatitis: value of CT in establishing prognosis. *Radiology* 1990; 174: 331-336
6. Banks P.A. Epidemiology, natural history, and predictors of disease outcome in acute and chronic pancreatitis. *Gastrointest Endosc* 2002; 56(6): 226-230
7. Bańka A., Derbis R. Psychologiczne i pedagogiczne wymiary jakości życia. Wydawca: Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Wyższa Szkoła Pedagogiczna w Częstochowie. Poznań – Częstochowa 1994
8. Baron T.H. Endoscopic drainage of pancreatic fluid collections and pancreatic necrosis. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 2003; 13: 743-764

9. Baron T.H., Petersen B.T., Mergener K., Chak A., Cohen J., Deal S.E., Hoffinan B., Jacobson B.C., Petrini J.L., Safdi A.M., Faigel D.O., Pike I.M. Quality indicators for endoscopic retrograde cholangiopancreatography. *Am J Gastroenterol* 2006; 101: 892-897
10. Baron T.H., Thaggard W.G., Morgan D.E., Stanley R.J. Endoscopic therapy for organized pancreatic necrosis. *Gastroenterology* 1996; 111:755-64
11. Barthet M., Sahel J., Bodiou-Bertei C., Bernard J-P. Endoscopic transpapillary drainage of pancreatic pseudocysts. *Gastrointest Endosc* 1995; 42: 208-213
12. de Boer J.B., Sprangers M.A., Aaronson N.K. A study of the reliability, validity and responsiveness of the HIV overview of problems evaluation system (HOPES) in assessing the quality of life of patents with AIDS and symptomatic HIV infection. *Qual Life Res* 1996; 5: 339-347
13. Bolan P.J., Fink A.S. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography in chronic pancreatitis. *World J Surg* 2003; 27: 1183-1191
14. Borys B., Majkowicz M. Zmiany psychiczne u ofiar pożaru hali widowiskowej Stoczni Gdańskiej obserwowane w latach 1995-1999. *Psychiatra Polska* 2004; tom 38, nr 4: 661-671
15. Bradley III E. L. A Clinical Based Classification System for Acute Pancreatitis. *Arch Surg* 1993; 128: 586-590
16. Carpenter J.S. Applying the Cantril methodology to study self-esteem: psychometrics of the Self-Esteem Scale. *J Nurs Meas* 1996; 4(2): 171-189
17. Carriaga M.T., Henson D.E. Liver, gallbladder, extrahepatic bile ducts and pancreas. *Cancer* 1995; 75:171-90
18. Carr-Locke D. L. Therapeutic role of ERCP in the management of suspected common bile duct stones. *Gastrointest Endosc* 2002; 56(6): 170-174

19. Catalano M.F., Geenen J.E., Schmalz M.J. Johnson G.K., Dean R.S., Hogan W.J. Treatment of pancreatic pseudocysts with ductal communication by transpapillary pancreatic duct endoprosthesis. *Gastrointest Endosc* 1995; 42: 214-218
20. Chamberlain R.S., Blumgart L.H. Hilar cholangiocarcinoma: a review and commentary. *Annals of Surgical Oncology* 2000; 7: 55-66
21. Chen C-M., Tay K-H., Hoe M.N., Salleh I., Lim S.H. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography management of common bile duct stones in a surgical unit. *Am J Surg* 2005; 75: 1070-1072
22. Choe K.A. Imaging in pancreatic infection. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2003; 10: 401-405
23. Costi R., Sarli L., Violi V. Roncoroni L. Expectant treatment of cholecystectomy after endoscopic retrograde cholangiopancreatography for choledocholithiasis in patients over 80 years of age. *Surg Endosc* 2005; 19: 1513-1514
24. Desmond D.M., MacLachlan M. The factor structure of the Hospital Anxiety and Depression Scale in older individuals with acquired amputations: a comparison of four models using confirmatory factor analysis. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005; 20: 344-349
25. Dzieniszewski J., Jarosz M., Rakoczy A. Grupa Trzuskowa PTG-E. Przewlekłe zapalenie trzustki. Zalecenia dotyczące postępowania diagnostycznego i terapeutycznego. *Gastroenterologia Polska* 2004; 3(4): 245-251
26. Efficace F., Therasse P., Piccart M.J., Coens C., Van Steen K., Welnicka-Jaśkiewicz M., Cufer T., Dyczka J., Lichinitser M., Shepherd L., de Haes H., Sprangers M.A., Bottomley A. Health-Related Quality of Life parameters as prognostic factors in a nonmetastatic breast cancer population: an international multicenter study. *J Clin Onco* 2004; 22: 3381-3388

27. Elliott T.E., Renier C.M., Palcher J.A. Chronic Pain, Depression, and Quality of Life: Correlations and Predictive Value of the SF-36. *Pain Medicine* 2003; 4(4): 331-339
28. Enna R., Baillie J.B. Review article: the treatment of acute biliary pancreatitis. *Aliment Pharmacol Ther* 1999; 13: 1379-1389
29. Fitzsimmons D., Johnson C.D., George S. Development of a disease specific quality of life (QoL) questionnaire module to supplement the EORTC core cancer Qol questionnaire, the QLQ-C30 in patients with pancreatic cancer. EORTC study group on quality of life. *Eur J Cancer* 1999; 35: 939-941
30. Fitzsimmons D., Kahl S., Butturini G., van Wyk M., Bornman P., Bassi C., Malfertheiner P., George S.L., Johnson C.D. Symptoms and quality of life in chronic pancreatitis assessed by structured interview and the EORTC QLQ-C30 and QLQ-PAN26. *Am J Gastroenterol* 2005; 100: 918-926
31. Fotoohi M., Traverso L.W. Pancreatic Necrosis: Paradigm of a Multidisciplinary Team. *Advances in Surgery* 2006; 40: 107-118
32. Fulcher A.S. MRCP and ERCP in the diagnosis of common bile duct stones. *Gastrointest Endosc* 2002; 56(6): 178-182
33. Garg P.K., Madan K., Pande G.K., Khanna S., Sathyanarayan G., Bohidar N.P., Tandon R.K. Association of Extent and Infection of Pancreatic Necrosis With Organ Failure and Death in Acute Necrotizing Pancreatitis. *Clinical Gastroenterology and Hepatology* 2005; 3: 159-166
34. Geinitz H., Zimmermann F.B., Thamm R., Keller M., Busch R., Molls M. Fatigue in patients with adjuvant radiation therapy for breast cancer: long-term follow up. *J Cancer Clin Oncol* 2004; 130: 327-333
35. Gerhards M.F., den Hartog D., Rauws E.A. Palliative treatment in patients with unresectable hilar cholangiocarcinoma: result of



- endoscopic drainage in patients with type III and IV hilar cholangiocarcinoma. *Eur J Surg* 2001; 167: 274-280
36. Gil-Fernandez J.J., Ramos C., Tamayo A.T., Tomas J.F., Figuera A., Arranz R., Martinez-Chamorro C., Fernandez-Ranada J.M. Quality of life and psychological well-being in Spanish long-term survivors of Hodgkin's disease: results of a control pilot study. *Ann Hematol* 2003; 82: 14-18
  37. Giovannini M., Pesenti C., Roland A.L. Endoscopic ultrasound-guided drainage of pancreatic pseudocysts or pancreatic abscesses using a therapeutic echo endoscope. *Endoscopy* 2001; 33: 473-477
  38. Haghghat S., Akbari M.E., Holakouei K., Rahimi A., Montazeri A. Factors predicting fatigue in breast cancer patients. *Support Care Cancer* 2003 11: 533-538
  39. Hawes R.H. Diagnostic and therapeutic uses of ERCP in pancreatic and biliary tract malignancies. *Gastrointest Endosc* 2002; 56(6): 201-205
  40. Heinrich S., Schafer M., Rousson V., Clavien P-A.: Evidence-based treatment of acute pancreatitis. A look at established paradigms. *Annals of Surgery* 2006; 243: 154-168
  41. Hyodo I., Eguchi K., Takigawa N., Segawa Y., Hosokawa Y., Kamejima K., Inoue R. Psychological impact of informed consent in hospitalized cancer in patients. *Support Care Cancer* 1999; 7: 396-399
  42. Imrie C.W., Menezes N., Carter C.R. Diagnosis of chronic pancreatitis and newer aspects of pain control. *Digestion* 1999; 60(suppl): 111-113
  43. Jacobson B.C., Baron T.H., Adler D.G. ASGE guideline: the role of endoscopy in the diagnosis and the management of cystic lesions and inflammatory fluid collections of the pancreas. *Gastrointest Endosc* 2005; 61: 363-370
  44. Jaracz K. Jakość życia po niedokrwiennym udarze mózgu: uwarunkowania kliniczne, funkcjonalne, psychospołeczne i czasowe.

- Rozprawa habilitacyjna. Katedra Pielęgniarstwa Akademii Medycznej w Poznaniu. Poznań 2002
45. Johanson J.F., Cooper G., Eisen G.M., Freeman M., Goldstein J.L., Jensen D.M., Sahai A., Schmitt C.M., Schoenfeld P. Quality assessment of ERCP. *Gastrointes Endosc* 2002; 56(2): 165-169
  46. Jones C., Skirrow P., Griffiths R.D., Humphris G., Ingleby S., Eddelston J., Waldmann C., Gager M. Post-traumatic stress disorder-related symptoms in relatives of patients following intensive care. *Intensive Care Med* 2004; 30: 456-460
  47. Ko C.W., Lee S.P.: Epidemiology and natural history of common bile duct stones and prediction of disease. *Gastrointest Endosc* 2002; 56(6): 165-169
  48. Kostro J. Ocena jakości życia u chorych po zabiegach operacyjnych z powodu raka trzustki. Rozprawa na stopień doktora nauk medycznych. Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej Akademii Medycznej w Gdańsku. Gdańsk 2002
  49. Kowalik S. Jakość życia pacjentów w procesie leczenia. *Elementy psychologii klinicznej* 1995; tom 4: 27-45
  50. Kozarek R.A. Endoscopic therapy of complete and partial pancreatic duct disruptions. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 1998; 8(1): 39-53
  51. Kozarek R.A.: Role of ERCP in acute pancreatitis. *Gastrointest Endosc* 2002; 56(6) suppl: S231-S235
  52. Kozarek R.A., Traverso L.W Endoscopic treatment of chronic pancreatitis – An alternative to surgery? *Digestive Surgery* 1996; 13(2): 90-100
  53. Kozarek R.A., Traverso L.W. Pancreatic fistula: Etiology, consequences and treatment. *Gastroenterologist* 1996; 4(4): 138-144
  54. Lankisch P.G., Lowenfels A.B., Maisonneuve P. What is the risk of alcoholic pancreatitis in heavy drinkers? *Pancreas* 2002; 25: 411-412

55. Lau S.T., Simchuk E.J., Kozarek R.A., Traverso L.W. A pancreatic ductal leak should be sought to direct treatment in patients with acute pancreatitis. *Am J Surg* 2001; 18: 411-415
56. Lichodziejewska-Niemierko M., Bobeł-Olchowik B., Majkowicz M., Afeltowicz Z., Liberek T., Rutkowski B. Jakość życia u chorych w podeszłym wieku leczonych dializą otrzewnową. *Pol Merk Le.* 2003; XV, 88: 330-331
57. Luman W., Cull A., Palmer K.R. Quality of life in patients stented for malignant biliary obstruction. *European J Gastroenterol Hepatol* 1997; 9: 481-484
58. Majkowicz M.: Problemy i perspektywy oceny jakości życia w chorobie nowotworowej (ujęcie krytyczne). *Psychoonkologia* 2000; 1: 141-148
59. Malhi H., Gores G.J. Review article: the modern diagnosis and therapy of cholangiocarcinoma. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics* 2006; 23: 1287-1296
60. Mandzuk L.L., McMillan D.E. A concept analysis of quality of life. *Journal of Orthopedic Nursing* 2005; 9: 12-18
61. Mark D.H., Flamm C.R., Aronson N. Evidence-based assessment of diagnostic modalities for common bile duct stones. *Gastrointest Endosc* 2002; 56(6): 190-194
62. McNamara D. Pancreatic diseases. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 2003; 18 (suppl.3): 60-65
63. Meyza J. Jakość życia w chorobie nowotworowej. Wydawca: Centrum Onkologii Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie. Warszawa 1997
64. Mielcarek P. Ocena jakości życia kobiet leczonych wieloetapowo z powodu zaawansowanego raka jajnika. Rozprawa na stopień doktora nauk medycznych. Klinika Ginekologii i Położnictwa Akademii Medycznej w Gdańsku. Gdańsk 2003

65. Mittlener S. Kliniczna ocena endoskopowego protezowania dróg żółciowych. Rozprawa na stopień doktora nauk medycznych. Pracownia Endoskopii Gastroenterologicznej Kliniki Gastroenterologii Akademii Medycznej w Gdańsku. Gdańsk 1995
66. le Moine O., Matos C., Closset J., Deviere J. Endoscopic management of pancreatic fistula after pancreatic and other abdominal surgery. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology* 2004; 18(5): 957-975
67. Montazeri A., Sajadian A., Ebrahim M., Akbari M.E.: Depression and the use of complementary medicine among breast cancer patients. *Support Care Cancer* 2005; 13: 339-342
68. Moon J.H. The detection of bile duct stones in suspected biliary pancreatitis: comparison of MRCP, ERCP, and intraductal US. *Am J Gastroenterol* 2005; 100: 1051-1057
69. Mui L.M., Wong S.K.H., Ng E.K.W., Chan A.C.W., Chung S.C.S. Combined sinus tract endoscopy and endoscopic retrograde cholangiopancreatography in management of pancreatic necrosis and abscess. *Surg Endosc* 2005; 19: 393-397
70. Mystakidou K., Tsilika E., Parpa E., Katsouda E., Galanos A., Vlahos L. The Hospital Anxiety and Depression Scale in Greek cancer patients: psychometric analyses and applicability. *Support Care Cancer* 2004; 12: 821-825
71. Nealon W.H., Bawduniak J., Walser E.M. Appropriate Timing of Cholecystectomy in Patients Who Present With Moderate to Severe Gallstone-Associated Acute Pancreatitis With Peripancreatic Fluid Collections. *Annals of Surgery* 2004; 239(6): 741-751
72. Nealon W.H., Walser E. Surgical Management of Complications Associated With Percutaneous and/or Endoscopic Management of Pseudocyst of the Pancreas. *Annals of Surgery* 2005; 241(6): 948-960
73. Ney M.V.S., Maluf-Filho F., Sakai P., Zilberstein B., Gama-Rodrigues J., Rosa H. Endoscopic ultrasound versus endoscopic retrograde

- cholangiography for the diagnosis of choledocholithiasis: the influence of the size of the stone and diameter of the common bile duct. *Arq. Gastroenterol* 2005; 42(4): 239-243
74. Niv D., Kreitler S. Pain and Quality of Life. *Pain Practice* 2001; 1(2): 150-161
  75. Okuyama T., Akechi T., Kugaya A., Okamura H., Imoto S., Nakano T., Mikami I., Hosaka T., Uchitomi Y. Factors correlated with fatigue in disease-free breast cancer patients: application of the Cancer Fatigue Scale. *Support Care Cancer* 2000; 8: 215-222
  76. Olakowski M., Wojtyczka A., Kabat J. Chirurgiczne metody leczenia bólu w przewlekłym zapaleniu trzustki. *Gastroenterologia Polska* 2005; 12(5): 439-444
  77. Park S.H., Lee W.K., Chung M., Bang S-M., Cho E.K., Lee J.H., Shin D.B. Quality of life in patients with advanced gastric cancer treated with second-line chemotherapy. *Cancer Chemother Pharmacol* 2006; 57: 289-294
  78. Pezzilli R., Labate A.M.M., Ceciliato R., Frulloni L., Cavestro G.M., Comparato G., Ferri B., Corinaldesi R., Gullo L. Quality of life in patients with chronic pancreatitis. *Digestive and Liver Disease* 2005; 37: 181-189
  79. Poulouse B.K., Speroff T., Holzman M.D. Optimizing choledocholithiasis management: a cost – effectiveness analysis. *Archives of Surgery* 2007; 142(1): 43
  80. Ringdal G.I., Ringdal K. Testing the EORTC Quality of Life Questionnaire on cancer patients with heterogenous diagnoses. *Qual Life Res* 1993; 2(2): 129-140
  81. Rutkowski P., Skwarek A., Nyckowski P., Zieniewicz K., Krawczyk M.: Paliatywne postępowanie odbarczające drogi żółciowe w zaawansowanych nowotworach wątroby. *Gastroenterologia Polska* 2001; 8(1): 45-50

82. Quintana J.M., Padierna A., Esteban C., Arostegui I., Bilbao A., Ruiz I. Evaluation of the psychometric characteristics of the Spanish version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 107: 216-221
83. Safadi B.Y., Marks J.M. Pancreatic-pleural fistula: the role of ERCP in diagnosis and treatment. *Gastrointest Endosc* 2000; 51(2): 213-215
84. Sherman S., Lehman G., Earle D., Lazaridis E., Frakes J., Johanson J. Endoscopic palliation of malignant bile duct obstruction: improvement in Quality of life [abstract]. *Gastrointest Endosc* 1997; 45: AB 147
85. Simchuk E.J., Traverso L.W., Nukui Y., Kozarek R.A. Computed Tomography Severity Index Is a Predictor of Outcomes for Severe Pancreatitis. *Am J Surg* 2000; 179:352–355
86. Singhal D., van Gulik T.M., Gouma D.J. Palliative management of hilar cholangiocarcinoma. *Surgical Oncology*, 2005; 14: 59-74
87. Sivak M.V. Jr. EUS for bile duct stones: How does it compare with ERCP? *Gastrointes Endosc* 2002; 56(6): 175-177
88. Smith A.B., Selby P.J., Velikova G., Stark D., Wright E.P., Gould A., Cull A. Factor analysis of the Hospital Anxiety and Depression Scale from a large cancer population. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 2002; 75: 165-176
89. Smits M.E., Rauws E.A.J., Tytgat G.N.J., Huibregtse K. The efficacy of endoscopic treatment of pancreatic pseudocysts. *Gastrointest Endosc* 1995; 42: 202-107
90. Solheim O., Eloquali H., Muller T.B., Unsgaard G. Quality of life after treatment for incidental, unruptured intracranial aneurysms. *Acta Neurochir* 2006; 148: 821-830
91. Szentes M.J., Traverso L.W., Kozarek R.A., Freeny P.C. Invasive treatment of pancreatic fluid collections with surgical and nonsurgical methods. *Am J Surg* 1991; 161(5): 600-605

92. Tobiasz-Adamczyk B., Szafraniec K., Bajka J.: Zachowania w chorobie. Opis przebiegu choroby z perspektywy pacjenta. Wydawnictwo Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kraków 1999
93. Toouli J., Brooke-Smith M., Bassi C., Carr-Locke D., Telford J., Freeny P., Imrie C., Tandon R. Working party report. Guidelines for the management of acute pancreatitis. *Journal of Gastroenterology and Hepatology* 2002; 17(suppl.): S15-S39
94. Traverso L.W., Kozarek R.A.: Pancreatic Necrosectomy: Definitions and Technique. *J Gastrointest Surg* 2005; 9: 436-439
95. Uhl W., Warshaw A., Imrie C. IAP guidelines for the surgical management of acute pancreatitis. *Pancreatology* 2002; 2: 565-573
96. Venneman N.G., Buskens E., Besselink M.G.: Small gallstones are associated with increased risk of acute pancreatitis: potential benefits of prophylactic cholecystectomy? *Am J Gastroenterol* 2005; 100: 1540-1550
97. de Walden-Gałuszko K. *Psychoonkologia*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków 2000
98. de Walden-Gałuszko K., Majkovicz M. Ocena jakości opieki paliatywnej w teorii i praktyce. Gdańsk 2000
99. White D.M., Correa R.J., Gibbons R.P., Ball T.J., Kozarek R.J., Thirlby R.C. Extracorporeal Shock-Wave Lithotripsy for Bile Duct Calculi. *Am J Surg* 1998; 175: 10–13
100. Wincent A., Liden Y., Arner S.: Pain questionnaires in the analysis of long lasting (chronic) pain conditions. *Eur J Pain* 2003; 7: 311-321
101. Withcomb D.C. Acute Pancreatitis. *New England Journal of Medicine* 2006; 354(20): 2142-2150
102. Wołowicka L. Jakość życia w naukach medycznych. Wydawnictwo Akademii Medycznej w Poznaniu. Poznań 2001

103. Younossi Z.M., Guyatt G. Quality-of-Life Assessments and Chronic Liver Disease. *Am J Gastroenterol* 1998; 93(7) 1037-1041
104. Zigmond A.S., Snaith R.P. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiat. Scand* 1983; 67(6): 361-370



## 8 SPIS TABEL

Tabela 1.....	15
Tabela 2.....	16
Tabela 3.....	20
Tabela 4.....	22
Tabela 5.....	23
Tabela 6.....	43
Tabela 7.....	44
Tabela 8.....	46
Tabela 9.....	47
Tabela 10.....	49
Tabela 11.....	50
Tabela 12.....	52
Tabela 13.....	53
Tabela 14.....	55
Tabela 15.....	56
Tabela 16.....	58
Tabela 17.....	59
Tabela 18.....	61
Tabela 19.....	62
Tabela 20.....	63
Tabela 21.....	65
Tabela 22.....	67
Tabela 23.....	68
Tabela 24.....	70
Tabela 25.....	71
Tabela 26.....	72
Tabela 27.....	74
Tabela 28.....	76
Tabela 29.....	77
Tabela 30.....	78
Tabela 31.....	80
Tabela 32.....	82
Tabela 33.....	83
Tabela 34.....	85
Tabela 35.....	86
Tabela 36.....	87
Tabela 37.....	89
Tabela 38.....	91
Tabela 39.....	92
Tabela 40.....	94
Tabela 41.....	95
Tabela 42.....	96

## 9 SPIS WYKRESÓW

Wykres 1.....	32
Wykres 2.....	33
Wykres 3.....	33
Wykres 4.....	34
Wykres 5.....	35
Wykres 6.....	42
Wykres 7.....	44
Wykres 8.....	45
Wykres 9.....	47
Wykres 10.....	48
Wykres 11.....	50
Wykres 12.....	51
Wykres 13.....	53
Wykres 14.....	54
Wykres 15.....	56
Wykres 16.....	57
Wykres 17.....	59
Wykres 18.....	60
Wykres 19.....	62
Wykres 20.....	63
Wykres 21.....	65
Wykres 22.....	66
Wykres 23.....	68
Wykres 24.....	69
Wykres 25.....	71
Wykres 26.....	72
Wykres 27.....	74
Wykres 28.....	75
Wykres 29.....	77
Wykres 30.....	78
Wykres 31.....	80
Wykres 32.....	81
Wykres 33.....	83
Wykres 34.....	84
Wykres 35.....	86
Wykres 36.....	87
Wykres 37.....	89
Wykres 38.....	90
Wykres 39.....	92
Wykres 40.....	93
Wykres 41.....	95
Wykres 42.....	96

## 10 SPIS RYSUNKÓW

Rysunek 1. ....	6
Rysunek 2. ....	7
Rysunek 3.....	25

## 11 STRESZCZENIE

Burzliwy rozwój metod leczniczych zwiększył wachlarz wskazań do endoskopowej terapii chorób dotychczas zarezerwowanych dla leczenia chirurgicznego lub objawowego. Poziom jakości życia jest najlepszym wskaźnikiem skuteczności i jakości działań terapeutycznych podejmowanych wobec chorego.

Celem pracy była ocena wpływu endoskopowego leczenia schorzeń dróg żółciowych i trzustki na ogólną jakość życia pacjentów oraz jej różnych aspektów.

Materiał niniejszej pracy stanowią wyniki badań przeprowadzonych u chorych z Kliniki Gastroenterologii i Hepatologii AMG leczonych z powodu kamicy przewodowej, nowotworowej obturacji dróg żółciowych, przewlekłego zapalenia trzustki i ograniczonej martwicy trzustki.

Analizowaną grupę stanowiło 55 chorych, w tym 30 mężczyzn i 25 kobiet w wieku od 33 do 82 lat.

Analizę statystyczną przeprowadzono przy użyciu oprogramowania SAS system for Windows ver. 8.2, Carry, NC.

Wyniki niniejszej pracy dają podstawę do sformułowania następujących wniosków końcowych:

### 1. Endoskopowe leczenie:

- kamicy żółciowej przewodowej statystycznie znamienne poprawia ogólną jakość życia
- u chorych w przebiegu nowotworowych zwężeń dróg żółciowych nie powoduje poprawy ogólnej jakości życia

- u chorych z ograniczoną martwicą trzustki i przewlekłym zapaleniem trzustki przyczynia się do poprawy jakości życia chociaż wartości te nie były znamienne statystycznie
1. Największą poprawę we wszystkich skalach w obszarze funkcjonowania i w większości skal opisujących objawy, obserwowano u chorych z kamicą żółciową przewodową. W pozostałych, analizowanych grupach endoskopowe leczenie miało różny wpływ na poszczególne obszary jakości życia.