МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ - СОФИЯ
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ
КАТЕДРА ПО СОЦИАЛНА МЕДИЦИНА

Д-Р АЛЕКСАНДЪР МИТКОВ НИКОЛОВ

АВТОРЕФЕРАТ
на Дисертация

ТЕМА: СОЦИАЛНО-МЕДИЦИНСКИ АСПЕКТИ НА СТОМАШНИЯ КАРЦИНОМ

за присъждане на образователна и научна степен „**доктор“**
Професионално направление
7.4 Обществено здраве, 7. Здравеопазване и спорт, Социална медицина и организация на здравеопазването и фармацията

Научен ръководител:
Проф. д-р Лидия Младенова Георгиева, дм
Рецензенти:
Проф. д-р Елена Младенова Шипковенска, дм
Проф. Галина Стамова Чанева, дм

София, 2023г.

Дисертацията е обсъдена и допусната до защита с решение на катедрен съвет препис-извлечение от протокол №38/03.07.2023 г. решение на Факултетния съвет на Факултет по обществено здраве „Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн“ от проведено неприсъствено заседание - Протокол № 1/31.07.2023 г. - преписка вх. № 5210/02.08.2023.

Дисертацията съдържа 158 стр., от които 37 фигури, 59 таблици и 221 литературни източници. Защитата на дисертацията ще се състои на 17 ноември 2023 г. на открито заседание на научно жури в състав:

1. Проф. д-р Анжелика Спасова Велкова-Монова, дмн
2. Проф. Галина Стамова Чанева, дм -
3. Проф. д-р Юлияна Крумова Маринова, дм
4. Проф. д-р Сашка Руменова Попова, дм
5. Проф. д-р Елена Младенова Шипковенска, дм

Материалите за защитата са на разположение на интересуващите се

Автор: д-р Александър Митков Николов

Заглавие: СОЦИАЛНО-МЕДИЦИНСКИ АСПЕКТИ НА СТОМАШНИЯ КАРЦИНОМ

Съдържание

СПИСЪК НА ИЗПОЛЗВАНИТЕ СЪКРАЩЕНИЯ: 5
ВЪВЕДЕНИЕ 6
Обобщение и заключение на литературния обзор 7
ГЛАВА ВТОРА МЕТОДОЛОГИЯ 9
2.1. Цел: 9
2.2. Задачи: 9
2.3. Дизайн на проучването 9
Обект на проучването е пациентът с ракът на стомаха. 9
Дизайн на проучването 9
2.4. Методи за анализ на информацията 11
2.5. Хипотези 11
3. Глава Трета АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ от СОБСТВЕНО ПРОУЧВАНЕ 12
3.1.1. Социално демографски фактори и клиничен контингент 12
3.2. Резултати и анализи на фактори, оказващи влияние на смъртността 15
3.2.1. Изследване на онкоболни пациенти от рак на стомаха при статистическа зависимост пол 22
3.3. Проучване и сравнителна характеристика върху социалното подпомагане на онкоболните от рак на стомаха - качество на живот в Р. България и ФР. Германия 27
ГЛАВА ЧЕТВЪРТА. ДИСКУСИЯ 31
ГЛАВА ПЕТА. ИЗВОДИ И ОБОБЩЕНИЯ 37
Изводи 37
Обобщения 38
Модел 42
ПРИНОСИ 43
Приложение № 1. Информационна брошура за пациенти, с цел превенция и ранна диагностика на рак на стомаха 44

СПИСЪК НА ИЗПОЛЗВАНИТЕ СЪКРАЩЕНИЯ:

ЗН - злокачествени новообразувания

НОЦ – Национален онкологичен център

МЗ – Министерство на здравеопазването

КОЦ – Комплексен онкологичен диспансер

СЗО – Световна здравна организация

CIS – карцином in situ

РС – рак на стомаха

РМШ – рак на маточната шийка

ЕК – ендометриален карцином

КЖ – качество на живот

КТ – компютърна томография

НСП – Национална скринингова програма

ПМГ – палиативни медицински грижи

ЕС – Европейски съюз

HPV - човешки папиломен вирус

ПАП тест - цитологично изследване, цервикална цитонамазка

БАППМ - Български алианс за прецизирана и персонализирана медицина

ЕАПМ - Европейски алианс за персонализирана медицина

БЦНП - Български център по нестопанско право

ЗЛЗ - Закон за лечебните заведения

НСИ - Национален статистически институт

ВЪВЕДЕНИЕ

Един от най-големите здравни проблеми на нашето съвремие са злокачествените заболявания. През последните години тяхната честота нараства в световен мащаб. Независимо от това, че профилактиката и лечението им са подобрили своето качество, заболяемостта и смъртността от карцином на стомаха и при двата пола продължава да се увеличава с нарастването на продължителността на живота на населението. През последните десетилетия е направена огромна крачка за разкриването на многобройните причини и рискови фактори, за изучаването на множеството социално – икономически, психологически и социално – медицински фактори, водещи до тези сериозни промени. За съжаление злокачествените стомашни новообразувания все още пазят своята тайна.

Туморните заболявания са втората по честота причина за смърт след сърдечно-съдовите заболявания в ЕС. Те безспорно обременяват съвременното общество, както с честотата си, така и с тежестта на своето протичане. Този факт задължава научната общност да продължи проучванията за същностните причини и да търси нови ефективни пътища за тяхното преодоляване. Ако туморът не се открие в ранен стадий, възможността за излекуване е незначителна. Това води до възникване на редица социалноикономически, психологически и етични проблеми.

Ракът на стомаха (РС) е петият най-често срещан карцином в света. Това е третата най-честа причина за смъртност поради онкологични заболявания (след рак на белия дроб и рак на черния дроб), със 750000 смъртни случаи за 2020г. в световен мащаб. Проявява се два пъти по-често при мъжете, отколкото при жените и в повече от половината случаи се наблюдава при пациенти над 75-годишна възраст (81).

Повечето случаи на този карцином се причиняват от фактори като начина на живот, включващ лош хранителен режим, тютюнопушене, наднормено тегло, употреба на алкохол и инфекция от Helicobacter pylori бактерия (2).

Ракът на стомаха променя живота на пациентите и техните близки. Болестта и нейното лечение могат да натоварят болния не само физически, но и психически. Последствията могат да включват семейни проблеми, финансови притеснения, професионални и социални тежести, повторно влизане в работния живот или пенсиониране.

ОБОБЩЕНИЕ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ НА ЛИТЕРАТУРНИЯ ОБЗОР

Стомашният карцином е един от най-често срещаните злокачествени тумори в света. Той представлява сериозен здравословен проблем в много страни. Разбирането на текущата тежест на рака на стомаха и различните тенденции в различните места е от съществено значение за формулирането на ефективни превантивни стратегии. Статистическите данни за заболеваемостта и преживяемостта от това заболяване варират изключително много между континентите. Откриват се явни популационни разлики, дължащи се на ред причини – от чисто генетично многообразие до комплексни модели за превенция и ранна диагностика на РС. България се намира във високите места по заболеваемост и смъртност в сравнение със стария континент и други райони. Оказва се, че странни с много голяма заболеваемост, като Япония, имат много силна профилактична стратегия и поддържат ниска смъртност. Изпълнението на подобна програма у нас крие известни пречки от технологично и организационно ниво, тъй като методите за диагностика са скъпи и трябва персонал с опит, наличен само в големи онкологични центрове. Определянето на хистологичния тип и стадия на заболяването оказва голяма роля както за диагностиката и лечението, така и за прогнозата и проследяващите грижи на пациентите с рак на стомаха. Към днешна дата лечението на стомашния карцином е възможно само чрез радикална резекция, с пълно отстраняване наличието на туморната тъкан. Постигането на успешна R0 резекция е най-важният прогностичен фактор за по-нататъшната терапия на пациента. За да се постигне такава R0 резекция обаче, концепциите за мултидисциплинарна терапия са необходими в много случаи, тъй като пълната резекция на цялата туморна маса често не е възможна.

Причините за възникване на рака на стомаха, както и на другите тумори, засягащи човешката популация, не са окончателно изяснени, но в процеса на дългото клинично наблюдение и епидемиологични проучвания са установени редица доказателства, които потвърждават връзката между рака и особеностите на храненето и бита на човека. Сред рисковите фактори, свързани с човешкото хранене се посочват видът на храната, начинът на нейното приготвяне, температурата, режимът на хранене. Нередовното хранене, преобладаването в храната на животински мазнини, сол, голямо количество подправки, запържени продукти, употребата на твърде гореща или твърде студена храна, водят до развитие на хронични възпалителни изменения на стомашната лигавица. Към етиологичните фактори, предизвикващи рак на стомаха, се отнасят и многообразна група вещества, физични и химични фактори, обединени под общия термин „канцерогени". Според литературни източници, алкохолът сам по себе си е способен да увеличи риска от рак на стомаха. Не бива да се подценяват генетичните фактори за възникване на рака на стомаха, независимо от това, че все още са в процес на изучаване. Сред лицата, които са близки родственици на болни от рак на стомаха е отбелязано увеличение на заболеваемостта от тези тумори, макар и не голямо. Съществуват данни от научни проучвания, че употребата на някои медикаменти увеличен риск от развитие на рак на стомаха. Проучени са ефектите на злоупотребата с аспирин, кортикостероиди без протекция, неспецифични противовъзпалителни средства (диклофенак) и инхибитори на потонната помпа. Резултатите показват, че дългосрочната употреба на такива блокери е свързана с по-висок риск от развитие на рак на стомаха. В днешно време категорично е доказано, че в здрава стомашна лигавица стомашен рак не възниква. Такива състояния често се наричат предракови.

Модерната медицина оформя няколко прогностични фактора, описващи рисковете и евентуалния изход от лечението. Единственият безспорен фактор е произходът на пациента. В сравнение със западните пациенти, азиатските пациенти имат значително по-добра прогноза на рака на стомаха. По отношение влиянието на възрастта, пола и BMI на пациентите върху

прогнозата, данните остават противоречиви, въпреки многобройните анализи. Употребата на тютюн причинява приблизително 22% от смъртните случаи от рак на стомаха годишно и е единственият най-голям рисков фактор за смъртност от рак на стомаха в световен мащаб, а може да бъде избегнат. Точно затова е държавна политика на много страни да увеличат насоката си към профилактиката. Освен редицата промени в начина на живот, повечето от които, ще бъдат разгледани в настоящия труд, се намесва и медицинския скрининг. Той спомага основно за ранна диагностика на заболяването, когато медицинската намеса е решаваща. Скринингът идва с много позитивни характеристики и се описва по различни начини, той бива както масов, така и селективен. Helicobacter pylori е потвърден маркер за възникване на стомашен рак и се ползва за ранен скрининг. Задължителна е оценка на дефицитите в качеството на живот на заболелите от рак на стомаха и създаване на стройна организация между отделните институции за тяхното коригиране.

Карциномът на стомаха може да има значително въздействие върху качеството на живот на пациента, то включва не само здравното състояние, но и физическо, психологическо и социално състояние. За преодоляване на психосоциалния стрес, дължащ се на РС, съществуват разнообразни начини за помощ. Карциномът на стомаха е дълбоко проникнал в живота на засегнатите болни и го променя изцяло. Ето защо самата болест, лечението и страничните ефекти от терапията ѝ могат да причинят различни физически оплаквания, като допълнително емоционален, социален и духовен стрес могат да се появят във всички фази на заболяването. Емоционалният стрес не винаги е очевиден на пръв поглед и по правило той не е свързан с конкретни оплаквания или ограничения. Освен това, всеки човек изпитва определена болест по различен начин, реагира по различен начин и се справя с нея. Повечето пациенти съобщават за периоди на тъга или обезвереност, като много често това става и причина за депресия.

Модерната история на борбата с рака в България има две основни събития – Меморандум за ограничаване и контрол на онкологичните заболявания в България през 2008г., включващ ограничаване и контролиране на раковите заболявания чрез ефективни скринингови програми, профилактична дейност, ранна диагностика, навременно и съвременно лечение и добри палиативни грижи и сравнително модерния национален антираков план в сила от 2021г. до 2030г., обсъжда ангажиментите на България за профилактика, лечение и последващи грижи, свързани с диагнозата рак.

ГЛАВА ВТОРА МЕТОДОЛОГИЯ

2.1. Цел:

Да се проучат социалномедицински, епидемиологични и психосоциални аспекти като рискови и прогностични фактори при пациенти с рак на стомаха в Германия, да се анализира сравнително качеството на живот и медикосоциалното подпомагане на болните в България и Германия и на тази основа да се изработи комплексен превантивен модел за профилактика, ранна диагностика, и медико-социални грижи.

2.2. Задачи:

1. Аналитичен преглед на българската и чуждоезичната литература в областта на епидемиологични, социално-медицински и психосоциални аспекти на рак на стомаха.
2. Проучване и анализ на потенциални рискови фактори (демографски, социални, поведенчески и социално-психологични параметри) за развитие на карцином на стомаха.
3. Проучване и анализ на прогностичните фактори (демографски, социални, поведенчески и социално-психологични) при болни от карцином на стомаха.
4. Проучване и сравнителна характеристика върху качество на живот и медико-социалното подпомагане на онкоболните от рак на стомаха - в Р. България и ФР. Германия и сравнителен анализ на официалните статистически данни за състоянието, структурата и динамиката на онкозаболяемостта от 2000 до 2019.
5. Изготвяне на концепция и модел за превенция на рака на стомаха и подобряване качеството на живот на болните.

2.3. Дизайн на проучването

Обект на проучването е пациентът с ракът на стомаха.

Предмет на проучването са социално-медицинските проблеми и качеството на живот при пациентите с рак на стомаха.

Дизайн на проучването

Проведено е ретроспективно клинико-епидемиологично проучване.

Статистическа единица на наблюдение от генералната съвкупност на изследваните лица е отделният пациент с рак на стомаха.

Обем на проучването е контингент от 378 души с онкологични заболявания на стомаха.

Период на изследване:

Изследването е проведено от септември 2014 до октомври 2019 и обхваща период от 01.01.2001 г. до 30.6.2014 г.

Признаците на статистическа обработка, по които са изведени резултатите, са резултативни (пол, възраст) и факториални (специфика на стомашни заболявания). Генералната съвкупност обобщава прегледа на всички пациенти с хистологично доказан карцином на стомаха, които са подложени на лечение.

Методите на събиране (емпирични) на информацията:

Всички данни са събирани ретроспективно, като за тази цел сме използвали документи от Университетската клиника в град Хайделберг, Германия. Те обхващат доклади от изследванията на болните, резултати от хистологични и други изследвания, информация от изписването и други клинични документи. Базата данни съдържа информация от времето на установяване на първата диагноза до текущото проследяване или съответната дата на смъртта.

Информацията за проследяването на онкопациентите с рак на стомаха е получена отчасти амбулаторно чрез Националния туморен център, Хайделберг. При тези пациенти контролните прегледи са извършени на всеки три месеца през първата година, два пъти годишно през втората и третата година и веднъж годишно през четвъртата и петата година.

Пациенти, които не са посетили в последствие Националния център за туморни заболявания в Хайделберг, са били потърсени от нас по телефона, за да се съберат и обобщят актуални данни за тях. При пациентите, които вече са починали, сме запитали техни близки или роднини чрез писмо или телефонен разговор. За да получим точни и достоверни резултати от изследването и да съберем по-подробна информация за лечението в случай на рецидив, установихме контакт с лични и други лекари в болниците, участващи в лечението на изследваните от нас онкоболни. Не сме открили данни за проследяване при 8 пациенти (2,17% загубени за проследяване).

Общата преживяемост се изчислява от датата на първата диагноза до текущата дата на проследяване или дата на смъртта.

Обхващат се доклади от изследванията на болните, резултати от лабораторни изследвания, информация от изписването на болните и други клинични документи. Базата данни съдържа информация от времето на установяване на първата диагноза до текущото проследяване или съответната дата на смъртта:

- възрастта на болните;
- хистопатологични свойства на тумора (пред- и посттерапевтични);
- клинични данни преди и постоперативно;
- информация за извършената терапия;
- усложнения:
- влияние на лечение с химиотерапия и точното проследяване на пациентите след изписване.

Данните са събрани със собствен въпросник, който вкючва следните групи променливи:

- демографски,
- социални,
- социалноикономически,
- поведенчески,
- психосоциални,
- мнение за собственото им здраве

За всички пациенти се изчислява оценка, която се състои от:

- локализация на тумора,
- начална класификация на Лаурен и
- първоначално класифициране.

Факторите, свързани със семейното положение и начинът на живот на нашите пациенти, са попълвани според мнението и оценката на пациентът. Въпреки това, бяха дефинирани някои критерии и лимитации, с които да може да се изравняват условията за правилно попълване на данните. Наличието на емоционален стрес е фактор, които трудно би могъл да се възприеме и оцени от външен наблюдател, и като такъв той е изцяло на база оценката на пациента. При употребата на цигари границата е поставена на повече от 5 тютюневи изделия дневно, като при това състояние пациентът е определен за активен пушач. Употребата на алкохол е фактор, които се наблюдава по-трудно, тъй като спиртните напитки са различни по вид и концентрация на алкохол, въпреки това границата е поставена на повече от 4 пъти седмично консумация на алкохолна напитка с концетрация над 35%. Нездравословното хранене е отново обект на лични убеждения, но по време на анкетата на пациентите беше обяснено, че нездравословните

фактори включват честата консумацията на пържени храни, много силно обработени храни, ниска на фибри диета, липса на плодове и зеленчуци и други, но все пак крайната оценка за типа на хранене е оставена на пациента. Останалите показателите са чисто медицински и тяхното състояние е определено въз основа на медицинските данни в личната здравна документация на пациента.

2.4. Методи за анализ на информацията

СТАТИСТИЧЕСКИ МЕТОДИ

Данните са въведени и обработени със статистическите пакети IBM SPSS Statistics 25.0. и MedCalc Version 19.6.3. Фигурите са оформени с програмата Excel на Microsoft Office 2021. За ниво на значимост, при което се отхвърля нулевата хипотеза бе прието $p<0.05$.

Приложени са следните методи:

1. ***Дескриптивен анализ*** – в табличен вид е представено честотното разпределение на разглежданите признаци.
2. ***Графичен анализ*** – за визуализация на получените резултати.
3. ***Fisher-Freeman-Halton exact test, Fisher's exact test и χ^2 тест*** **-** за проверка на хипотези за наличие на зависимост между категорийни променливи.
4. ***Непараметрични тестове на Колмогоров-Смирнов и Шапиро-Уилк*** – за проверка на разпределението за нормалност.
5. ***Т-критерий на Стюдънт*** – за сравняване средните аритметични на две независими извадки.
6. ***Непараметричен тест на Ман-Уитни*** – за проверка на хипотези за различие между две независими извадки.
7. ***Множествен бинарен логистичен регресионен анализ*** - за установяване на факторите за изследваното събитие и количествена оценка на тяхното влияние.

2.5. Хипотези

Хипотеза 1. Предполагаме, че демографските фактори на индивидуално ниво (пол, семейно положение, възраст) ще имат съществено значение за нивото на смъртност/преживяемост на пациентите с карцином на стомаха;

Хипотеза 2. Предполагаме, че факторите за начина на живот (физическа активност, нездравословно хранене, злоупотреба с алкохол, тютюнопушене, ще оказват влияние на заболеваемостта и смъртността на индивидуално ниво;

Хипотеза 3. Предполагаме, че факторите на работната среда (вид на работата, наличие на стрес според мнението на пациента) ще повлияват на нивото на заболеваемост и смъртност на изследваните лица с карцином на стомаха

Хипотеза 4. Предполага се, че фактори от здравословното състояние (наличие на придружаващи заболявания като сърдечно-съдови заболявания и др.) са от важно значение за смъртността/преживяемостта при болните от карцином на стомаха.

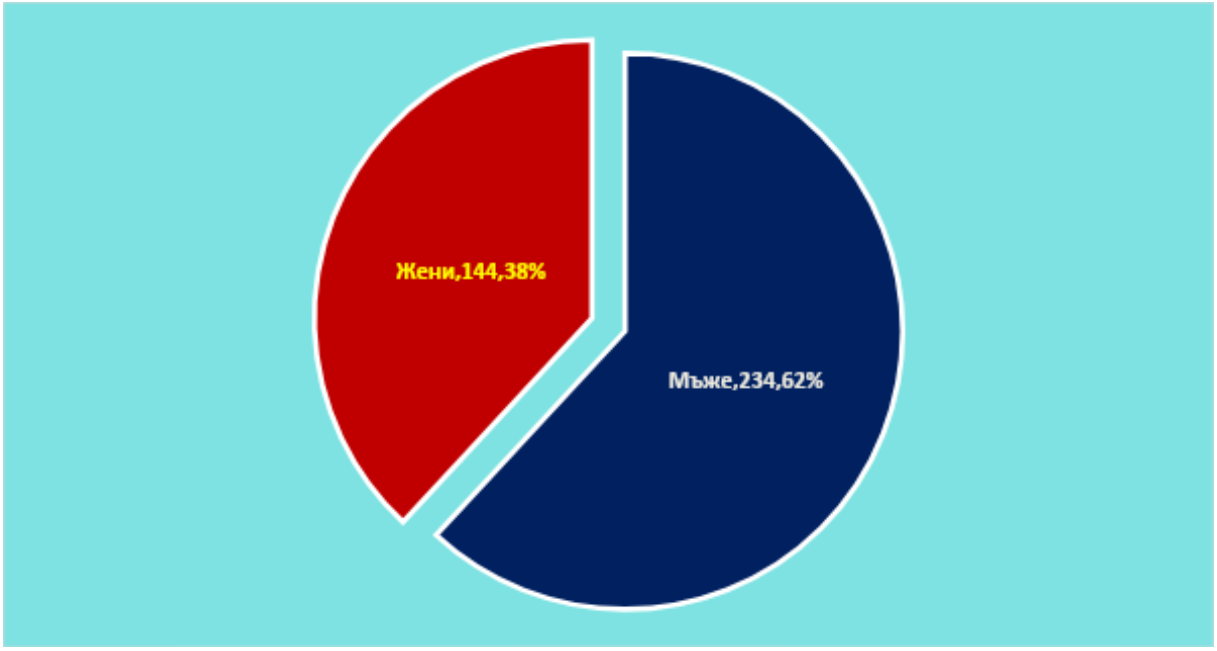
3. Глава Трета АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ от СОБСТВЕНО ПРОУЧВАНЕ

Описание на извадката от собствено проучване

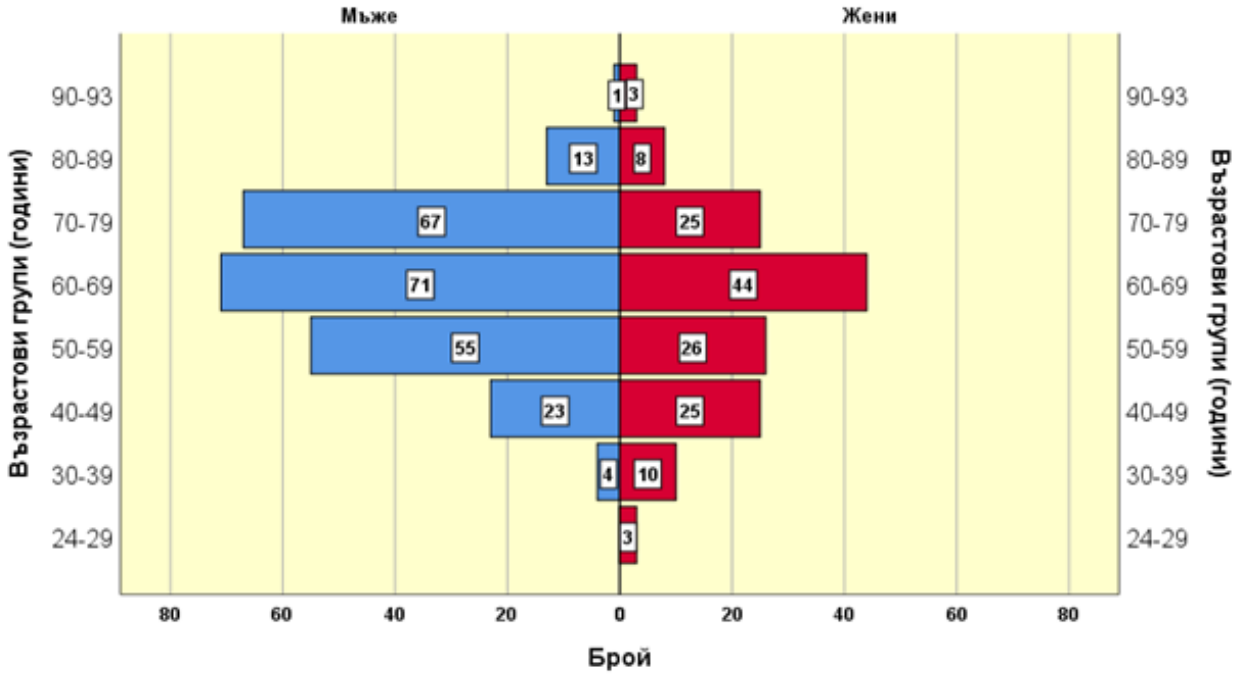
3.1.1. Социално демографски фактори и клиничен контингент

Проведеното ретроспективно клинико-епидемиологично проучване обхващаща 378 човека с диагноза рак на стомаха, от които 234 (61,9%) мъже и 144 (38,1%) жени (фиг. 5). Средната възраст на изследвания контингент е 62,11±12,71 години в интервала между 24 и 93.

На фиг. 6 се вижда, че с най-голяма численост (71) при мъжете са от възрастова група 60-69 години, следвани от 70-79 години с 67, а най-малко (0) – 24-29 години, а при жените с най-голяма численост (44) са от възрастова група 60-69 години, следвани от 50-59 с 26. Най-малко (по 3) са от възрастови групи 24-29 и 90-93 години.



Фигура 5: Честотно разпределение на участниците в проучването по полова принадлежност



Фигура 6: Разпределение на изследвания контингент по пол и възрастови групи

3.1.2. Фактор: Възраст

В таблица 3 се дава статистическа характеристика на възрастта на респондентите, като се пояснява общия брой от генералната съвкупност – 378, от които 218 са мъже и жени на възраст от 45 до над 70 години. Стандартното отклонение (SD) е 10,84 за мъже, 13,27 за жени, като общата стойност на девиацията е 11,57, което означава, че общата средна възраст на участниците е от 46 до 69 години. Медианата е 61,60г., което означава, че повече от половината от общата извадка са онкоболни на тази възраст, като средната възраст е 61,60г., минималната възраст е 24г., а максималната – 93г.

Таблица 3. Възрастова група

На фигура 7 се прави онагледяване на процентното съотношение на възрастовия показател.

Възрастова група	N	%
≤ 45	43	11,4
46-69	218	57,7
≥ 70	117	31,0
Общо	378	100,0



3.1.3. Пол

На таблица 4 се извежда показателят пол на пациентите. От генералната съвкупност общо 378, 61,9% са мъже, а 144, или 38,1% са жени. От изнесените данни може да се направи заключението, че преобладаващите страдащи от стомашен рак са мъже.

Таблица 4. Разпределение по пол

Пол	N	%
Мъже	234	61,9
Жени	144	38,1
Общо	378	100,0

Статистическото изследване показва, че има значима разлика между мъже и жени с рак на стомаха в тяхната преживяемост в месеци. Докато мъжете живеят средно 36,32 месеца, жените преживяват средно 40,93 месеца. Като сравняваме средната обща продължителност на живот, тази при онкобилните със стомашен карцином е изключително ниска. Според статистиката на СЗО, средната продължителност на живота на човек в световен мащаб е 71 години. Във всички страни по света, от най-бедните страни до най-богатите, продължителността на живота на жените стабилно остава по-висока от тази на мъжете, както е и при пациентите със стомашен тумор. За причините от това се изтъква факта, че мъжете са по-податливи на риск от затлъстяване, употреба на алкохол, тютюн и наркотици. Много хора смятат, че тази разлика между половете има еволюционни корени.

Според Дена Дубел от Калифорнийския университет в Сан Франциско дългият живот позволява на жените да се грижат по-дълго за потомството и внуците си“. Не само в световен план жените живеят по-дълго от мъжете. Според проучване от 2019 година на НСИ в София жените в Р България живея с около 7 години по-дълго от мъжете, докато при онкоболните със стомашен рак това са само 4,6 месеца.

НСИ обобщава, че Р. България, заедно с Латвия (74.9 години), е сред страните с най-ниска средна продължителност на живота на населението в Европейския съюз, докато Испания (83.4)

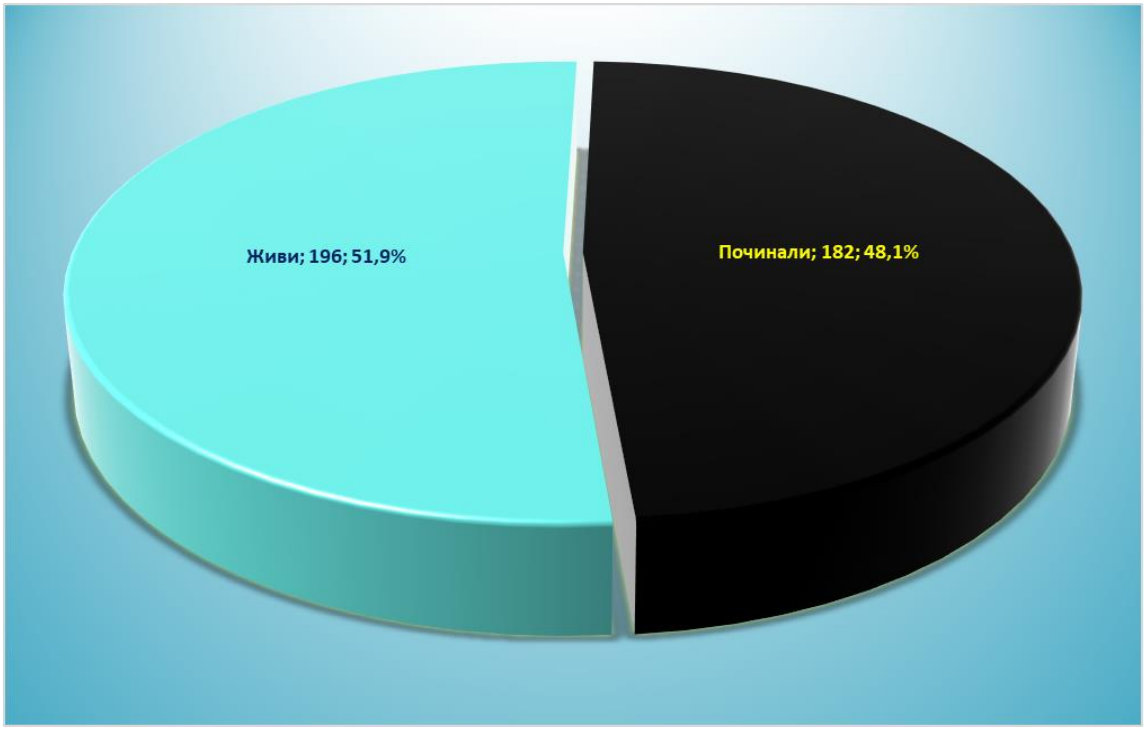
и Италия (83.1 години) са с най-висока. НСИ разяснява, че различната смъртност при мъжете и жените в Р. България, независимо дали те са болни от ракови заболявания, определят и различната средна продължителност на живота при тези категории население. Средната продължителност на живота в Р България при мъжете е 71.4 години, докато при жените е със 7 години по-висока - 78.4 години. Продължителността на живота след установяване на диагнозата при рак на стомаха при мъже е 36,3 месеца, а при жени - 40,9 месеца

3.2. Резултати и анализи на фактори, оказващи влияние на смъртността

Починалите от рак на стомаха са 182 или 48,1% от изследваната извадка, а останалите живи – малко над половината (196 или 51,9%) (фиг. 36).

Сравнителен и регресионен анализ

Преди да сравним групите на починалите и останалите живи участници в проучването по социодемографските показатели, решихме да ги сравним по клинична тежест. За целта бе използван известния с обективността и информативността си показател туморен стадий. Проведения точен тест на Fisher-Freeman-Halton показа липса на статистически значима разлика в честотното разпределение на пациентите по неговите категории (табл. 46), което означава, че двете групи са статистически изравнени по клинична тежест. Това е добра предпоставка за коректно извършване на последващите сравнения и изводи.



Фигура 36: Честотно разпределение на участниците в проучването по изход от заболяването

Таблица 46: Сравнителен анализ на живите и починали участници в извадката по показателя туморен стадий

Туморен стадий	Живи		Починали		P
	n	%	n	%	
I	2	1,1	4	2,4	0,220
II	45	24,6	32	19,3	
III	134	73,2	124	74,7	
IV	2	1,1	6	3,6	

* липсват данни за туморния стадий на 13 останали живи и 16 починали участници в проучването

Сравнителният анализ на живите и починали участници в проучването по разглежданите социално-демографски показатели показа, че (табл. 47):
Сигнификантна разлика се установява при показателите възраст, тютюнопушене, образование, злоупотреба с алкохол, семейно положение и вид на работата;
Починалите имат статистически значимо по-висока средна възраст, по-голям процент на пушачи, висшисти, злоупотребяващи с алкохол, женени/омъжени и извършващи предимно умствена работа;
Останалите живи участници в проучването са със сигнификантно по-ниска средна възраст и относителен дял на непушачи, имащи средно или начално образование, незлоупотребяващи с алкохол, по семейно положение разведен/а или неженен/неомъжена, а по вид на работата – предимно физическа;
При останалите показатели разликата между разглежданите групи е статистически нищожна.
За установяване на факторите за смъртността от рак на стомаха и количествена оценка на тяхното влияние бе приложен множествен бинарен логистичен регресионен анализ, резултатите от който са показани:
В индивидуален план?
Статистически достоверно свързани с риска за изследваното събитие (рак на стомаха) са показателите семейно положение, вид на работата, тютюнопушене, злоупотреба с алкохол, висше образование;
С гранична сигнификантност ($p<0,1$) са показателите възраст и нездравословно хранене;
С най-голямо влияние е семейно положение – рискът за смъртността при женен/омъжена спрямо неженен/неомъжена е около 2,57 пъти по-голям;
На второ място като показател се нарежда видът на работата – при извършващите предимно умствена спрямо предимно физическа работа рискът за смъртността е около 27 пъти по-голям;
Увеличението на възрастта с 1 година увеличава риска с около 1-2%.
За да се отчете **комбинираното влияние на изследваните показатели** и елиминират евентуалните замъгляващи фактори, поставихме съвместно в регресионното уравнение изследваните признаци и приложихме процедурата „Backward conditional". Постигнатият процент на верните отговори от класификационната таблица е 86,5. Така във финалния вариант на уравнението ($p<0,001$) остават пет от изследваните показатели – семейно положение, вид на работата, наличие на стрес според мнението на пациента, тютюнопушене и възраст:
Получените резултати ни дават основание да твърдим, че:

- Спрямо неженен/неомъжена вдовец/вдовица имат около 70 пъти по-висок риск за екзитус, женен/омъжена – около 47, а разведен/а – около 7 пъти;
- Предимно умствената спрямо предимно физическата работа е свързана с около 8 пъти по-голям рискът за смъртността, а смесената – с около 70%;
- Наличието на стрес увеличава смъртността около 3,2 пъти, а тютюнопушенето – около два пъти;
- Тютюнопушенето е свързано с около 2,1 пъти по-висок риск за смъртността, а;
- Увеличението на възрастта с 1 година увеличава риска за екзитус с около 2%.

Таблица 47.: Сравнителен анализ на живите и починали участници в проучването по изследваните социално-демографски показатели

Показател	Живи (n=196)		Починали (n=182)		P
		SD		SD	
Възраст	60,94	11,83	63,36	13,51	0,034

	n	%	n	%	
Пол					0,672
Мъже	119	60,7	115	63,2	
Жени	77	39,3	67	36,8	
Физическа активност					0,702
Не	154	78,6	144	80,4	
Да	42	21,4	35	19,6	
Тютюнопушене					<0,001
Не	108	55,7	65	36,3	
Да	86	44,3	114	63,7	
Нездравословно хранене					0,099
Не	139	70,9	112	62,6	
Да	57	29,1	67	37,4	
Наличие на стрес според мнението на пациента					0,210
Не	134	68,4	136	74,7	
Да	62	31,6	46	25,3	
Образование					0,008
Средно или начално	159	81,1	123	69,1	
Висше	37	18,9	55	30,9	
Наднормено тегло					0,125
Не	164	84,1	142	78,5	
Да	31	15,9	39	21,5	
Злоупотреба с алкохол					<0,001
Не	194	99,0	156	87,2	
Да	2	1,0	23	12,8	
Семейно положение					
Вдовец/вдовица	7	3,6	34	18,7	<0,001
Разведен/а	38	19,4	6	3,3	<0,001
Неженен/неомъжена	106	54,1	2	1,1	<0,001
Женен/омъжена	45	23,0	140	76,9	<0,001
Вид на работата					
Предимно физическа	151	77,0	37	20,3	<0,001
Предимно умствена	16	8,2	105	57,7	<0,001
Смесена	29	14,8	40	22,0	0,071

Таблица 48: Отношение на рисковете и 95% ДИ на изследваните потенциални фактори за смъртността от рак на стомаха

Показатели	Сравнение	Индивидуални				Групови			
		OR	95% CI		P	OR	95% CI		P
			Долна граница	Горна граница			Долна граница	Горна граница	
Семейно положение	Разведен/а / Неженен/неомъжена	8,368	1,619	43,255	0,011	6,767	1,216	37,651	0,029
	Женен/омъжена / Неженен/неомъжена	257,429	51,034	1298,536	<0,001	46,591	7,420	292,552	<0,001
	Вдовец/вдовица / Неженен/неомъжена	164,889	39,119	695,022	<0,001	69,874	15,221	320,763	<0,001
Вид работа	Предимно умствена /предимно физическа	26,782	14,163	50,646	<0,001	8,035	3,003	21,498	<0,001
	Смесена /предимно физическа	5,629	3,095	10,238	<0,001	1,702	0,692	4,188	0,247
Наличие на стрес според мнението на пациента	Да/не	1,368	0,872	2,145	0,172	3,228	1,341	7,768	0,009
Тютюнопушене	Да/не	2,203	1,453	3,339	<0,001	2,102	0,974	4,535	0,058
Възраст	Увеличение с 1 година	1,015	0,999	1,032	0,065	1,023	0,996	1,051	0,097
Пол	Жени/мъже	0,900	0,594	1,365	0,621				
Злоупотреба с алкохол	Да/не	14,301	3,321	61,593	<0,001				
Образование	Висше/средно или начално	1,922	1,191	3,101	0,007				
Нездравословно хранене	Да/не	1,459	0,947	2,247	0,087				
Наднормено тегло	Да/не	1,453	0,862	2,450	0,161				

Сърдечно-съдови заболявания	Да/не	1,358	0,869	2,124	0,179				
Физическа активност	Не/да	1,122	0,679	1,855	0,653				

Показател № 17: GY-пациент: жив или починал: 1= Жив, 0 = починал

В таблица 49 от генералната съвкупност на 378 онкоболни 208 (55,1%) са починали пациенти, а 170 (44,9%) не са починали. Изводът е, че ракът на стомашния тракт води до много голяма смъртност на повече от половината изследвани онкоболни.

Таблица 49. Починали пациенти

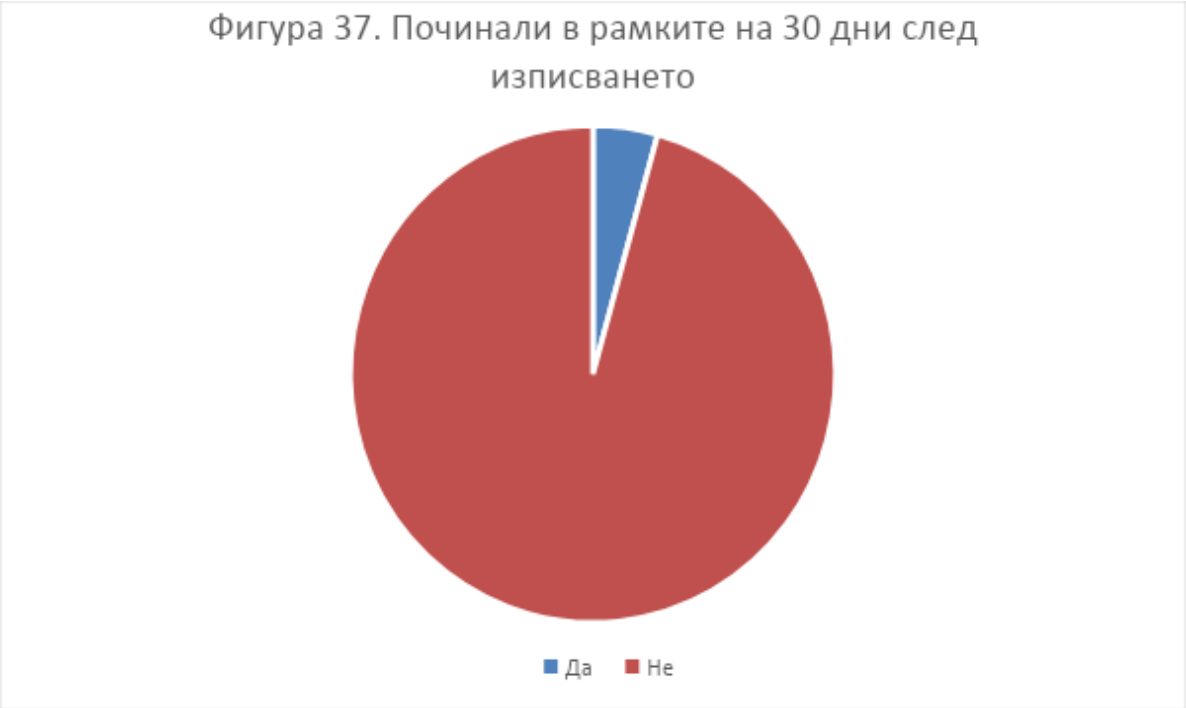
ПОЧИНАЛИ ПАЦИЕНТИ	N	%
Не	170	44,9
Да	208	55,1
Общо	378	100,0

Пациентът е починал в рамките на 30 дни след изписването: 0 = не, 1 = да

На таблица 50 се дава процентното съотношение на пациенти, починали в рамките на 30 дни след изписването си, като от 378 души, общо 359 (95,7%) не са починали в този времеви диапазон, а 19 (4,3%) са починали.

Таблица 50. Починали в рамките на 30 дни след изписването

ПАЦИЕНТЪТ Е ПОЧИНАЛ В РАМКИТЕ НА 30 ДНИ СЛЕД ИЗПИСВАНЕТО	N	%
Не	359	95,7
Да	19	4,3
Общо	378	100,0



Смъртта е настъпила в болницата 0 = не, 1 = да

На таблица 51 при обща извадка от 378 онкоболни при 345 (91,2%) смъртта не е настъпила в болницата, а при 33 (8,7%) от изследваните пациенти смъртта е последвала в болничното заведение. Изводът е, че по-големия брой от пациентите са починали в своите домове или в хосписи.

Таблица 51. Смъртта е настъпила в болница

СМЪРТТА Е НАСТЪПИЛА В БОЛНИЦАТА	N	%
Не	345	91,2
Да	33	8,7
Общо	378	100,0

3.2.1. Изследване на онкоболни пациенти от рак на стомаха при статистическа зависимост пол

В тази значима част от изследователската работа се обръща специално внимание върху зависимостите между всички критерии и показатели, разгледани в предходната част от експерименталното изследване сред 378 пациенти, страдащи от рак на стомаха, спрямо пола на пациентите.

При наблюдаваните пациенти се открояват промени в стойностите на една величина, които съответстват на измененията на стойностите в друга, което съответства на корелационния анализ, чрез който се установява степента на влияние на съответните измерими фактори. При този критерий се изследва връзката с пола чрез Chi-square test, или статистически метод на

Пиърсън, където се акцентира върху това, дали има статистически значима разлика между очакваните честоти и наблюдаваните честоти в една или повече категории. Нулевата хипотеза ($\chi 2$) оценява вероятността на наблюдаваните класове да се изведе като вярна при независими и нормално разпределени наблюдения.

Таблица 52 показва, че наблюдаваните различия в честотата на рака на стомаха по пол и възраст са значими, тоест пола и възрастта, разгледани заедно, оказват влияние върху появата на карцинома.

Таблица 52. Хи квадрат тест по възрастови групи

Възрастова група		Мъже	Жени	Общо	X2	df	p
≤45	N	17	21	38	12,18	2	0,002
	%	7,3%	14,4%	11,4%			
46-69	N	154	86	218			
	%	65,7%	59,6%	57,7%			
≥70	N	63	37	117			
	%	26,9%	26,0%	30,9%			
Общо	N	234	144	378			
	%	100,0%	100,0%	100,0%			

Наблюдава се статистически значима връзка между пола и възрастта [X2(1)=12.18, p=0.002]. Във възрастовата група ≤45 години, процентът при жените е двойно по-висок в сравнение с мъжете. Във възрастова група от 46 – 69 години се наблюдава приблизително уеднаквяване на процентните резултати както при мъже, така и при жени, но трябва да се вземе предвид, че при корелационната зависимост на извадката броят на мъжете (154 души) с онкологично заболяване на стомаха е над два пъти повече от тази при жените (86 души). Оттук може да се направи изводът, че най-често ракът на стомаха се среща при мъже в тази възрастова група спрямо жените, които по-рядко страдат от това онкологично заболяване. При последната възрастова група над ≥70 години се наблюдава абсолютно припокриване в процентно съотношение между болните от рак на стомаха, като се откроява същата хипотетична тенденция – броят на жените е над два пъти по малък (37 заболели) от този на мъжете (63 заболели). От генералната съвкупност на 378 души 234 са мъже, а 144 – жени със злокачествен карцином на стомаха.

В таблица 53 се показва корелационната зависимост на изследваната - обща генерална съвкупност от 869 души с проява на придружаващи сърдечни заболявания на онкоболните.

Таблица 53. Хи квадрат тест по наличия на сърдечни заболявания

сърдечни заболявания		Мъже	Жени	Общо	X2	df	p
Не	N	150	75	215	10,22	1	0,001
	%	68,8%	79,6%	68,9%			
Да	N	68	19	97			
	%	31,3%	20,4%	31,1%			
Общо	N	218	94	312			
	%	100,0%	100,0%	100,0%			

Сърдечните заболявания се срещат по-често при мъжете (31,3%) в сравнение с жените (20,4%) [X2(1)=10.22, p=0.001], като 97 респонденти мъже са с по-висока честота на придружаващи сърдечни анормални състояния за разлика от 19 жени с такива здравословни проблеми, което е почти четири пъти по-малко регистрирани случаи от изследваните мъже с карцином на стомаха. При 68,8% или 150 мъже не се наблюдават такива оплаквания, който процент се регистрира в относителна близост при жените – съответно 79,6%, или 75 жени не страдат от придружаващи заболявания. Наблюдава се статистическа значима връзка между пола и придружаващите сърдечни заболявания p = 0.001.

В таблица 54 се извежда показателят на придружаващи белодробни заболявания при онкоболните от карцином на стомаха, като тук не се наблюдава статистически значима зависимост между пола и придружаващото заболяване на белите дробове [χ2 (1)=2,08, p=0.149]. При изследваните мъже 126 души (54%) страдат от белодробни заболявания, като тази съотносимост се среща в малък по значимост процент и при жените – 70 (48,6%), което прави корелационната зависимост между пола и придружаващото заболяване пренебрежимо незначителна. От генералната съвкупност на 378 изследвани онкоболни 108 (46%) от мъжете не проявяват такава симптоматика, а при жените този брой е 74 (51,4%).

Таблица 54. Хи квадрат тест по белодробни заболявания

белодробни заболявания		Мъже	Жени	Общо	χ2	Df	p
Не	N	108	74	180	2,08	1	0,149
	%	46,0%	51,4%	47,5%			

Да	N	126	70	198			
	%	54,0%	48,6%	52,5%			
Общо	N	234	144	378			
	%	100,0%	100,0%	100,0%			

В таблица 55 се наблюдава корелационна зависимост между пола на изследваните онкоболни и придружаващите метаболитни заболявания в процеса на тяхното лечение [$\chi 2$ (1)=15,21, p=0.001]. При генерална съвкупност от 378 изследвани лица 118 (18,9%) от мъжете страдат от метаболитни анормални процеси, а 20 (8,2%) от жените с онкологични проблеми също проявяват такава симптоматика. Това прави над два пъти по-висока честота на проява на вторични болестни процеси при мъжете, отколкото при жените. Не се наблюдават симптоми на придружаващи метаболитни заболявания при 506 (81,1%) онкоболни мъже и респективно – при 225 (91,8%) от жените.

Таблица 55. Хи квадрат тест по метаболитни заболявания

метаболитни заболявания		Мъже	Жени	Общо	$\chi 2$	Df	p
Не	N	506	225	731	15,21	1	<0,001
	%	81,1%	91,8%	84,1%			
Да	N	118	20	138			
	%	18,9%	8,2%	15,9%			
Общо	N	234	144	378			
	%	100,0%	100,0%	100,0%			

В таблица 56 се извежда показателят смъртност при пациентите, като се наблюдава при изследваната генерална съвкупност от 378 пациенти статистически значима корелационна зависимост между пола на изследваните онкоболни и смъртността [$\chi 2$ (1)=4,45 p=0,035]. Наблюдава се завишена смъртност при мъже, болни от карцином на стомаха, като от общо 234 пациенти 134 (57,1%) са с увеличен риск от смъртност. При жените този процент е в отношение на 72 починали, или 50%. Изводът е, че се наблюдава по-висока смъртност при пациентите мъже.

Таблица № 56. Хи квадрат тест по смъртност на пациента

смъртност на пациента		Мъже	Жени	Общо	χ2	df	p
Не	N	100	72	170	4,45	1	0,035
	%	42,9%	50%	44,9%			
Да	N	134	72	208			
	%	57,1%	50%	55,1%			
Общо	N	234	144	378			
	%	100,0%	100,0%	100,0%			

В таблица 57 се извежда показателят за починал пациент в рамките на 30 дена след изписването, като се наблюдава при изследваната генерална съвкупност от 378 пациенти статистически незначима корелационна зависимост между пола на изследваните онкоболни и настъпилата смърт в този период след изписване [χ2 (1)=3,32 p=0,068]. Наблюдава се положителна тенденция при изследваните пациенти, а именно, че 95,7% от общата съвкупност претърпели хирургична и инвазивна терапия онкоболни не са починали в рамките на този период.

Таблица 57. Хи квадрат тест по време в което е починал след изписването

пациентът е починал в рамките на 30 дни след изписването		Мъже	Жени	Общо	χ2	df	p
Не	N	222	140	215	3,32	1	0,068
	%	95,0%	97,5%	95,7%			
Да	N	12	4	163			
	%	5,0%	2,5%	4,3%			
Общо	N	234	144	378			

	%	100,0%	100,0%	100,0%			

В таблица 58. се извежда показателят за смърт, настъпила в болницата, като се наблюдава при изследваната генерална съвкупност от 378 пациенти статистически незначима корелационна зависимост между пола на изследваните онкоболни и настъпилата смърт в болничното заведение [$\chi 2$ (1)=0,74 p=0,390]. При общата съвкупност при 351 (92,9%) пациенти не се наблюдава настъпила смърт в болницата.

Таблица 58. Хи квадрат тест по смъртност в болницата

смъртта е настъпила в болницата		Мъже	Жени	Общо	$\chi 2$	df	p
Не	N	217	135	351	0,74	1	0,390
	%	92,5%	94,0%	92,9%			
Да	N	17	9	27			
	%	7,5%	6,0%	7,1%			
Общо	N	234	144	378			
	%	100,0%	100,0%	100,0%			

3.3. Проучване и сравнителна характеристика върху социалното подпомагане на онкоболните от рак на стомаха - качество на живот в Р. България и ФР. Германия

Във ФР. Германия определянето на качеството на живот е задължителен елемент при лекуването на онкоболните от рак на стомаха. В Р. България едва напоследък се въвежда този аспект като стандартизирано измерване. Проблемът за качеството на живота е слабо засегнат в областта на българската онкология. Лекарят трябва да решава не само медицински, но и социални, психологични, етични и морални проблеми. Все още недостатъчно се прави за онкоболните от рак на стомаха. Както в ФР. Германия, така и в Р. България обезболяващите лекарствата за болните са безплатни, но снабдяването в Р. България понякога е нередовно. Може да се обобщи, че за разлика от ФР. Германия в Р. България като цяло се отчита недостатъчност на психосоциалната подкрепа на онкоболния пациент. В Р. България са нужни повече социални грижи за онкоболните. Хосписите и палиативните грижи не са достатъчно развити. Те са частни, скъпоструващи и поради тази причина трудно достъпни. Нужно е въвеждането на програма за

социално възстановяване– болните от рак на стомаха да продължават да се реализират пълноценно в живота си по време и след преминалата терапия.

Световната здравна организация (СЗО) описва палиативната медицина като лечение за пациенти с нелечимо, прогресивно и напреднало заболяване с ограничена продължителност на живота, за които основната цел е повишаването на качеството на живот.(128) Това определение ограничава възможностите за палиативно лечение не само за злокачествени заболявания (в случая рак на стомаха), но също така и изключва много пациенти с хронични заболявания и увреждания. Въпреки, че облекчаването на болката е задача на всички лекари, без значение каква е причината или доколко болестта е напреднала, палиативните грижи са ясно насочени към облекчаване на страданията в краен етап, когато фокусът на лечението е изцяло върху повишаването и подобряването на качество на живот, а не на удължаване на живота. Отношението към контрола на болката и облекчаването на симптомите се превръща в основна цел на терапията.

Друг много съществен елемент на палиативната медицина е общуването с тежко болния или умиращ пациент и неговите близки. Искреността в общуването, съобщаването на лошите новини и помощта при траур са примери за това. Като трето трябва да се отбележи способността на болния да води възможно нормален живот, като например извършването на стари навици, които му доставят удоволствие и поддържането на контакт с близките. Въпреки, че палиативните грижи, както са дефинирани по-горе, не се ограничават до лечението на пациенти с неизлечим рак на стомаха, следва да се отбележи, че традиционно палиативните грижи са в областта на туморните заболявания. Палиативните грижи не изключват химиотерапия, лъчева терапия и / или хирургична терапия. (8) Условие при провеждането на тези терапии е обаче ползите от тези мерки да са по-големи от потенциалното им неблагоприятно въздействие за пациентите.

Обобщено палиативната медицина се характеризира със следните точки:

1. Обхващащ контрол на болката и симптоматиката на пациента
2. Интегриране на физическите, социалните и духовните нужди на пациенти, роднини и лекуващия екип, както по време на болест и смърт, така и след това
3. Приемане на смъртта като част от живота. Когато животът завършва, смъртта не трябва нито да се ускорява, нито да се забавя. Палиативната медицина отхвърля евтаназията.

Компетентност по важните въпроси на комуникацията и етиката. Задачата и целта на палиативната медицина е да осигури подкрепа на пациента, страдащ от рак на стомаха, така че той да има възможно най-добро качество на живот до неговия край. Това е възможно благодарение на сътрудничеството на компетентни палиативни бази с домашни лекари, социални и болнични отделения, като основна тяхна цел е да се осигури оптимално денонощно лечение на палиативно болните пациенти. (11)

Първото отделение за палиативни грижи е построено през 1975 г. в болницата „Роял Виктория“ в Монреал, Канада. Междувременно отделения по палиативна медицина има в над 50 страни по света като САЩ, Германия, Франция и Р България. В някои страни като Нова Зеландия, Швеция, Норвегия, Канада, Австралия и Великобритания съществуват дори и университетски катедри по палиативна медицина и специализация на лекарите по палиативна медицина.(128) Интересно е да се отбележи, че във Великобритания има цялостна много добре развита учебна програма по тази медицина за всички професионални групи, занимаващи се с палиативни грижи.

Това означава, че всички завършили медицинско образование лица във Великобритания имат добри познания по палиативни грижи в съществуващата система на здравеопазване. Интеграцията на палиативната медицина е до такава степен напреднала в здравеопазването на Великобритания, че за повече от 50% от пациентите, които умират от туморни стомашни заболявания, се полагат грижи от специализирани екипи по палиативна медицина. (36)

Въпреки че, е трудно да се даде точна статистика за различните европейски страни, по-долу ще представа развитието и състоянието на палиативните грижи в някои европейски страни. Като цяло, трябва да се отбележи, че особено в годините от 1990 до 1995 г. са регистрирани значителен брой палиативни и хосписни заведения. В Швеция броят на стационарните единици се е увеличил от 2 на 22, а през 1994 г. и в Полша от 16 (1992) на 83 (1993). Във Франция броят им се е увеличил от 6 (1992) на 30 (1994). Норвегия започва много рано да се занимава с палиативна медицина и от самото начало е засилено обучението и специализацията на медицинските кадри в тази област. Друг важен аспект в норвежкото здравеопазване е въвеждането на т.н. ‘’Support team’’, който да подпомага палиативно раково болните пациенти. От 1984 до 1996 г. броят на тези болнични / домашни екипи се увеличи до 210. Първото звание „професор“ в областта на палиативната медицина става в Норвегия през 1994 г., а година по късно е създадено и първото отделение за палиативни грижи. През 1989 г. е създадена Европейската асоциация за палиативни грижи (EAPC), която през 2004 г. вече има повече от 50 000 колективни членове. (38)

От таблица 59 е видно, че заболяваемостта в България е доста по-малка от останалите европейски и азиатски страни , което прави скринингът за рак на стомаха икономически неизгоден за България. Така че горепосочените превантивни мерки за намаляване на заболяемостта от рак на стомаха биха дали много по- добър резултат в държави като Р. България.

От същата таблица се вижда, че в държави като Япония, в която преди 20 години заболяемостта е 77 на 100 000 души единствено с промяна на хранене, режим на живот, околна среда и т.н., посочени по-горе мерки, заболяемостта в момента е 42 на 100 000.

Таблица 59: Заболяемост, първична, вторична и третична профилактика; 5-годишна преживяемост

	Заболяемост на 100000 души	Профилактични мерки	Скрининг ФГС	5-годишна преживяемост
Германия	13	Да	Да, активен	28% - 30%
България	14	Не	Не	3%
Сингапур	37 -39.2	Да	Да, активен	10 % - 30 % 1-ви стадий до 90%9

Япония	42	Да	Да, активен	12% - 35% 1-ви стадий до 95%

Разглеждайки стомашния карцином и сравнявайки Р България с другите страни членки на Европейския съюз може да се отбележи, че у нас се наблюдава висока и нарастваща смъртност и същевременно ниска преживяемост сред онкологично болните (5).

Сравнявайки различните подходи на превенция в България и Германия можем да заключим, че в България продължаващото лечение и грижата за терминално болния са силно изостанали и недоразвити. Това стимулира провеждането на нашето проучване, което има за цел подобряването качеството на живот на пациента с рак на стомаха.

ГЛАВА ЧЕТВЪРТА. ДИСКУСИЯ

Първата хипотеза предполага, че демографските фактори на индивидуално ниво (пол, семейно положение, възраст) ще оказват съществено значение за нивото на смъртност/преживяемост на пациентите с карцином на стомаха, намери своето частично потвърждение.

Настоящето проучване не открива съществено влияние на полът на групово равнище на нивото на смъртност, този фактор е с нисък риск. При семейното положение се установява че две от категориите (вдовец/а и женен/омъжена) предполагат значимо по-висок риск от смъртност при диагностицираните от рак на стомаха, независимо от неговия стадий. Възрастта също се оказва фактор повлияващ значимо риска от смъртност при болните от карцином на стомаха.

Изследване от 2020г. [205] включващо огромен набор от бази данни с близо 150 000 пациенти, открива, че полът има известна връзка с първично заболяване от рак на стомаха и последващ по-висок риск от смъртност. А именно за мъжете е два пъти по-вероятно да бъдат диагностицирани от жените и още, жените средно имат по-малки по размер тумори и са в по-ранен стадий. Мъжкият пол също е обвързан с по-висока смъртност, въпреки че средната възраст на дамите е по-висока. Нарастващите различия между половете може да показват, че някои рискови фактори могат да променят половия модел на този тумор. Това проучване съвпада донякъде с нашите резултати. Това може да се дължи, на фактът, че в проучването е разгледана огромна група от пациенти, докато нашето проучване е от Университетската клиника в Хайделберг, където като цяло се лекуват тежки случаи на рак на стомаха. Настоящето проучване не открива статистическа значима връзка между пол и ниво на смъртност, но при нас съотношението между заболелите с рак на стомаха мъже към жени е близко.

Наблюдавано е обръщане на низходящия тренд в някои от последните поколения. Както в случая на заболеваемостта, предишно проучване [188] от Испания съобщава, че поколенията, родени след 1933 г., не показват тенденция към намаляване на заболеваемостта при мъжете и дори възходяща тенденция при жените в градската зона на Сарагоса [195]. В проучване в САЩ, базирано на програмата за наблюдение на епидемиологията и крайните резултати (SEER) на Националния онкологичен институт, честотата на белите мъже и жени на възраст от 25 до 39 години се е увеличила значително с комбинирани 2,7% (95% CI 1,5-3,9); Резултатът е ограничен до заболеваемостта от несърдечен рак на стомаха в периода 1997-2006 г. [194]. APC анализът разкрива нарастваща честота след кохортата от 1947 г., но не се наблюдава разлика в модела между мъже и жени. По отношение на азиатското население, Liu et al. съобщават за незначително увеличение на случаите на рак на стомаха в средната трета на стомаха при жени на възраст 30-49 години в Япония между 1975 и 1989 г. [196].

За разлика от настоящето проучване, достъпната литература на тема демографски фактори е оскъдна и предоставя често противоречиви резултати, независимо от размера на извадката, годината на издаване или държавата. Това неминуемо показва изключителната актуалност на настоящия труд и неговата тежест, тъй като той разглежда проблема за рака на стомаха не само през призмата на основните характеристики пол и възраст, а включва и разглежда различни фактори. Очевидно рисковете фактори за нивото на заболеваемост и смъртност от карцином на стомаха не се изчерпват с пол, възраст и семейно положение. Необходим е многофакторен модел на анализ, като създаденият в настоящето проучване. Хипотеза 1 намира своето частично потвърждение в нашия анализ. Полът в това проучване не се

обвързва с увеличена смъртност, но семейното положение и възрастта са рискови фактори за смъртността при пациенти, диагностицирани с рак на стомаха.

Втората хипотеза предполага, че факторите за начина на живот (физическа активност, нездравословно хранене, злоупотреба с алкохол, тютюнопушене, ще оказват влияние на заболеваемостта и смъртността на индивидуално ниво. Тази хипотеза намира в голяма степен потвърждение. По-голям процент от диагностицираните са физически неактивни, хранят се нездравословно и злоупотребяват с алкохол. Лицата неупотребяващи тютюневи изделия са повече от тези, които употребяват. Тенденцията по този фактор, обаче, се променя рязко в изследваните починали пациенти. Като статистически значими рискови фактори се открояват тютюнопушенето и алкохолът, нездравословното хранене е с гранична значимост ($p = 0.1$). Физическата неактивност в двете групи доминира като размер на извадката, но статистически не се доказва да е рисков фактор.

Проучвания обвързващи физическата активност и спорт с карцинома на стомаха не липсват в литература. Sjödahl [207] и колегите му от Норвегия провеждат подобно проучване. Това проучване показва, че дори умерено ниво на развлекателна физическа активност е свързано с намален наполовина риск от рак на стомаха. Според тях риска от рак на стомаха спада от 40% до 50% при лица, които са имали поне умерено ниво на развлекателна физическа активност въз основа на обобщения резултат в сравнение с лица, които не съобщават за активност. Статистически значимо намаление на риска от 40% се свързва с упражнения веднъж седмично. Намират само един специфичен за пола ефект: в мултивариантния модел идентифицират 50% до 60% намаление на риска както за цялостен, така и за некардиален рак на стомаха сред мъжете, които съобщават, че са спортували поне 15 минути при всяко упражнение, докато няма доказателства за такъв ефект е установен сред жените.

Повечето резултати са в известно противоречие с данните на настоящото проучване. Причината може да се намира в две направления. На първо място повечето чужди проучвания не разглеждат физическата активност като рисков фактор и не сравняват две групи – една с диагноза и една с починали. Освен това тези изследвания се фокусират само върху един два фактора и използват физическата активност като количествена променлива, докато нашият труд я взема за качествена променлива. Вероятно нормалното разпределение на количествено наблюдаваната така променлива има различна крива – такава, че да показва тенденция и статистическа обвързаност.

Нездравословното хранене в нашият труд няма значимост при $p=0,05$ ($p = 0.1$) при 95% доверителен интервал това би трябвало да приеме нулевата хипотезата, но числата се прекалено близки, за да не се вземе под внимание. Много проучвания са посветени на хранителните навици и тяхната връзка като рисков фактор при карцином на стомаха.

Стратификацията на резултатите по пол и възраст е планирана предварително. Няма статистически значими взаимодействия с пол. Въпреки това, когато се стратифицира по възраст, фактор D има силен защитен ефект при индивиди на възраст под 55 години, но почти няма ефект върху субекти на възраст 55 години или по-големи. Този модел се наблюдава последователно за общата смъртност, общата смъртност от рак, смъртността от рак на стомаха и смъртността от рак на хранопровода. Действително, ефектът на фактор D върху рака на хранопровода се обръща с възрастта, показвайки защитен ефект за по-младите, но вреден ефект за по-възрастните индивиди.

Данните от литературните проучвания и нашето потвърждават, че нездравословното хранене е рисков фактор за пациенти с рак на стомаха, поради приема на различни вещества, които променят шансовете срещу рака. Начинът на хранене и методът на приготвяне на храната също имат важна роля в намаляване на риска и дори превенцията от диагноза.

Проведеният сравнителен анализ на честотното разпределение на потенциалните рискови фактори при болните от рак на стомаха предполага, че най-често срещана (79,5%) е липсата на физическа активност, следвана от тютюнопушенето (53,6%) и придружаващите сърдечно-съдовите заболявания (45,5%). С по-нисък, но съществен процент са наднорменото тегло (18,6%) и злоупотребата с алкохол (6,7%). Подобно проучване от 80-те години на Моу КА и колеги, там всеки пушач е статистически по-вероятно да заболее от рак на стомаха в сравнение с пациентите, които не употребяват тютюневи изделия. Още повече те откриват, че честата употреба на алкохол е обвързана също с увеличен риск. В подобно по-ново проучване Dong, J., & Thrift [9] установява тютюнопушенето и честата консумация на алкохол също като рискови фактори, свързани с увеличен риск от рак на стомаха. И двете проучвания проведени в различни държави с почти 40 години разлика, доказват статистическата връзка с рака на стомаха и употребата на тютюневи изделия и алкохол. Тези данни напълно кореспондират с настоящето проучване, където тютюнопушенето е свързано с около 2,1 пъти по-висок риск от смъртност.

Изследвания в японската популация се обобщават от мета-анализ [213] като са идентифицирани десет кохортни проучвания и 16 проучвания случай-контрола. При мъжете повечето проучвания съобщават за умерена или силна положителна връзка между тютюнопушенето и рака на стомаха. При жените положителната връзка е по-слаба, отколкото при мъжете. От осем проучвания (три кохортни проучвания и пет случай-контролни проучвания), две кохортни и три контролни проучвания съобщават за слабо до силно повишен риск от рак на стомаха. Обобщеният относителен риск за настоящите пушачи се оценява на 1,56 (95% доверителни интервали 1,36–1,80), 1,79 (1,51–2,12), 1,22 (1,07–1,38) за цялото население, съответно мъже и жени. Друг мета анализ [214] съобщава, че рискът от рак на стомаха се увеличава с 60% при мъжете пушачи и 20% при жените пушачи в сравнение с непушачите. Мета-анализът също подкрепя класификацията на тютюнопушенето като рисков фактор за рак на стомаха, независимо от анатомичното местоположение на тумора в стомаха.

Настоящето изследване също доказва тази тенденция, че консумацията на тютюн увеличава риск от заболяване от карцином на стомаха и същевременно увеличава риска от смъртност, като и двете са по-изразени при мъжете. Настоящата литература потвърждава тези твърдения на всяко ниво. Алкохолът е последният рисков фактор от хипотеза 2. Нашето проучване заключва, че и той е обвързан с по-висока вероятност за смъртност при болните от рак на стомаха.

Нездравословното хранене е трудно да се дефинира в цялост. Някои пациенти могат да възприемат само ресторантите са бързо хранене като нездравословни и газираното – например, но да игнорират пържените храни, дълбоко замразените и такива от консерва. Храната е културен феномен и зависи от културата на пациента, неговите разбирания и възгледи. Често обаче ниското ниво на образование води до невъзможност той правилно да оцени своето хранене и така то да се превърне неосъзнато в рисков фактор за неговото здраве, в частност карцином на стомаха. С това се описват и ограниченията при доказването на Хипотеза №2.

Хипотеза №2 открива своето потвърждение в голяма степен, тъй като тя е доста всеобхватна и включва в себе си няколко фактора, като само при един не откриваме

статистически значима връзка, но това би могло да се дължи на недостатъчно данни за описване на променливата като количествена. Останалите фактори се покриват напълно, като само един е има гранична значимост, която обаче се потвърждава изцяло в литературата. Въпреки, че рисковите фактори са всеобхватни и конкретни е необходим подход и в двете направления. Като продължаване на изследванията какво точно прави рисковите фактори - рискови, така и добавяне на нови аспекти към заболяването и корелация между рисковите фактори.

Третата хипотеза допуска, че факторите на работната среда (вид на работата и наличие на стрес според мнението на пациента), ще повлияват на нивото на смъртност на изследваните лица с карцином на стомаха. Данните от статистическия анализ напълно потвърждават хипотезата. Умствената работа се проявява като рисков фактор и статистически е обвързана с 8 пъти по-завишен риск от смъртност. Наличието на стрес според пациента също се свързва с около 3,2 пъти по-голям риск при нашето изследване. Очевидно е, че видът на работа и умственото натоварване са елементи от живота на пациентите, които дават голямо отражение върху тяхното здраве.

Проучване от 2003г. [216] разглежда въпросът с работните места и риска от карцином на стомаха. В това изследване обаче рисковият фактор се разглежда като работната атмосфера, а именно – индустрията, в която работи пациента. Има значителни доказателства, че професиите в добива на въглища и калай, обработката на метали, особено стомана и желязо, и производството на каучук водят до повишен риск от рак на стомаха. Други "прашни" професии - например обработка на дърво или работа при висока температура също са рискови, но доказателствата не са убедителни. Механизмът на патогенезата на рака на стомаха е неясен и идентифицирането на причинителите е трудно. Смята се, че прахът допринася за патологичния процес, но в някои среди са открити добре известни канцерогени като N-нитрозо съединения. Watabe [14] доказва също, че стресът, нередовният сън и дългото работно време увеличава риска от рак на стомаха, както и смъртността при заболели.

Литературните източници потвърждават откритията на настоящия научен труд. Стресът и умствената работа натоварват нервната система и причиняват отделянето на невротрансмитери, които са рисков фактор за карцинома на стомаха. Още повече някои видове професии, при които се отделят много прахови частици или се обработват метали, въглища и каучук също са рисков фактор за развиване на рак.

Предположеното в **хипотеза 4,** а именно, че здравословните фактори (придружаващи заболявания) ще оказват важно значение за смъртността/преживяемостта при болните от карцином на стомаха не намери своето потвърждение. Белодробните, метаболитните заболявания, сърдечно-съдовите заболявания и наднорменото тегло поотделно не повлияват на нивото на смъртност на болните от карцином от стомаха при изследваната извадка от Германия. Съществуват обаче комбинирания влияния на някои от здравословните фактори с демографски фактори (възраст, пол), които се оказват значими за смъртността и преживяемостта на болните от карцином на стомаха от Германия, които са включени в настоящото изследване.

Комбинираните резултати от този мета-анализ [219] показват, че наднорменото телесно тегло се свързва с повишен риск от рак на стомаха [коефициент на вероятност (OR) = 1,22; 95% доверителни интервали (CI) = 1,06–1,41]. По-конкретно, стратифициран анализ показа, че наднорменото телесно тегло е свързано с повишен риск от кардиачен рак на стомаха и рак на стомаха сред не-азиатци, въпреки това, стратифицираният анализ показва също, че няма статистически значима връзка между наднорменото телесно тегло и рака на стомаха при

подгрупите на мъжете, жените, некардиачен рак на стомаха и азиатци. В контраст екипът на чело с Bickenbach [220] не се съгласява, че наднорменото тегло увеличава риска от рак на стомаха, както смъртността. Според тях няма разлика в преживяемостта при рак на стомаха между пациенти с наднормено тегло и слаби пациенти. Увеличаването на ИТМ е свързано с повече проксимални тумори и по-нисък Т стадий. Повишената коремна мазнина е свързана с неадекватно стадиране при пациенти с наднормено тегло, но това не се превръща в разлика в преживяемостта. Дори след стратификация чрез мултивариантен анализ, тези пациенти са по-склонни към следоперативни усложнения. Това според тях са важни фактори, които трябва да знаят както хирурзите, така и пациентите, за да помогнат при планирането на ефективно лечение и интервенция при пациенти, подложени на операции за рак на стомаха.

Здравословните фактори и придружаващите заболявания са индивидуален рисков фактор. Цялостният медицински профил, особено при по-възрастни гериатрични пациенти, е сложен за лечение и задължава многопрофилен подход. Изглежда обаче наличието на риск при карцином на стомаха зависи от популацията на пациента. Нашето проучване потвърждава, че в германската популация придружаващите заболявания не са рисков фактор за пациенти с диагноза рак на стомаха. Причините за това може да са много, но със сигурност значение имат методите и подходите за лечение.

Комбинацията от фактори на групово равнище имаща важно значение за нивото на смъртност е: семейно положение - женен/омъжена, вид на работата – умствено натоварваща работа, наличие на голямо количество стрес според мнението на пациента, злоупотреба с тютюнопушене и възраст.

На индивидуално равнище се оказа, че останалите живи участници в проучването са със сигнификантно по-ниска средна възраст и относителен дял на непушачи, имащи средно или начално образование, незлоупотребяващи с алкохол, по семейно положение разведен/а или неженен/неомъжена, а по вид на работата – предимно физическа. Така получените данни са индикативни за германската популация и описват условията на живот в страната.

Анализ на резултатите от гледна точка на приложението им в практиката по профилактика и превенция на рак на стомаха

I. Анализ на груповия и индивидуалния риск

Настоящето проучване открива редица рискови фактори за онкоболните, които намаляват преживяемостта. На първо място се налага индивидуална превенция на заболяването и при настъпило такова разглеждане на възможностите за ограничението им. Определено трябва да се разгледат методи за ограничаване на консумацията на алкохол и тютюневи изделия. Този тип начин на живот се свързва с висока смъртност при болните и висока заболеваемост. Семейното положение и типът на работа са личен избор от живота на всеки човек и те не могат да бъдат променяни, но може да се потърсят подходи за намаляване на стреса на работното място и чести психиатрични прегледи, с които да се следи за бърнаут и прекомерен стрес. Препоръчват се почивки и отпуски, когато това е възможно.

II. Анализ на възможностите за превенция и профилактика на групово и индивидуално равнище.

По-голяма част от рисковите фактори са извън обсега на здравните системи, тъй като те социални. Въпреки това планове и редовните прегледи с цел превенция на заболяването са задължителни. На този етап в България има регистър на онкоболните и той е един от първите в света, но неговата работа в последните години е недостатъчно ефективна и неактуална, като изостава от модерните подходи и методи в онкологията. Необходимо е също информираност на населението, че начинът на живот може да постави под риск тяхното здраве. Освен това е необходимо да се създадат добри програми за ограничение на тютюнопушенето и консумацията на алкохол при подрастващи. Така би могло да се избегнат негативните ефекти от тези два рискови фактора през зрелия живот и старостта.

III. Критичен анализ на системно ниво (на ниво здравеопазване и на ниво държавно управление на здравето)

В световен мащаб превенцията на карцинома на стомаха е належащ проблем. Извършват се редица рекламни кампании за информираност на население как да се съхранява правилно храната, какво е добре да се консумира и какво е здравословно. Най-вече е тенденцията са ранен скрининг на това заболяване. Тъй като ранното му откриване чрез чести лекарски посещения е ключово за ефективното му лекуване. В България за жалост остава максимата, че пациентите посещават лекари само при проблем или болка. А подобни онкологични заболявания остават незабелязани дълго време и последващото им лекуване – трудно. Все пак глобално карцинома на стомаха си остава на 5 място сред видовете рак и на 4-то по смъртност.

ГЛАВА ПЕТА. ИЗВОДИ И ОБОБЩЕНИЯ

Изводи

Настоящото проучване си поставя за цел да открие социално-медицински, епидемиологични и психосоциални аспекти на болните от рак на стомаха в периода 2000-2019 г. по официални данни за ФР. Германия и Р. България и периода 2001-2014г. за университетската клиника в Хайделберг, Германия. С оглед компактност и групиране на фактори са изготвени общо 4 работни хипотези, по които се работи. Хипотезите се потвърждават в по-голямата си цялост и изследването е успешно, тъй като успява да открои няколко рискови фактора за пациенти, диагностицирани с карцином на стомаха.

1. Настоящето проучване не открива съществено влияние на **полът** на групово равнище на нивото на смъртност, този фактор е с нисък риск. При **семейното положение** се установява че два от видовете (вдовец/а и женен/омъжена) предполагат значимо по-висок риск от смъртност при диагностицираните от рак на стомаха независимо от неговия стадий. **Възрастта** също се оказва фактор повлияващ значимо на риска от смъртност при болните от карцином на стомаха.
2. По-голям процент от диагностицираните са **физически неактивни, хранят се нездравословно и злоупотребяват с алкохол**. Лицата не употребяващи тютюневи изделия са повече от тези, които употребяват. Тенденцията по този фактор, обаче се променя рязко в изследваните починали пациенти. Статистически обвързани рискови фактори се открояват **тютюнопушенето** и **алкохола**, **нездравословно хранене** е с гранична значимост (p = 0.1). **Физическата неактивност** в двете групи доминира като размер на извадката, но статистически не е рисков фактор. След вземане на предвид литературните източници може да се заключи, че нездравословното хранене е рисков фактор за пациенти с рак на стомаха, поради приема на различни вещества, които променят шансовете срещу рака. Начинът на хранене и методът на приготвяне на храната също имат важна роля в намаляване на риска и дори превенцията от диагноза.
3. Консумацията на тютюн и злоупотребата с алкохол са двата най-рискови фактори и трябва да се разглеждат с особено внимание. Тютюнопушенето увеличава риска от заболяване от карцином на стомаха и същевременно увеличава риска от смъртност, като и двете са по-изразени при **мъжете.** Настоящата литература потвърждава тези твърдения на всяко ниво. Алкохолът е обвързан с по-висока вероятност за смъртност при болните от рак на стомаха.
4. **Нездравословното хранене** е трудно да се дефинира в цялост. Храната е културен феномен и зависи от културата на пациента, неговите разбирания и възгледи. Често обаче ниското ниво на образование води до невъзможност той правилно да оцени своето хранене и така то да се превърне неосъзнато в рисков фактор за неговото здраве, в частност карцином на стомаха.
5. Данните от статистическия анализ показват, че **умствената работа** се проявява като рисков фактор и статистически е обвързана с 8 пъти по-завишен риск от смъртност. Наличието на **стрес** според пациента също се свързва с около 3,2 пъти по-голям риск при нашето изследване. Очевидно е, че видът на работа и умственото натоварване са елементи от живота на пациентите, които дават голямо отражение върху тяхното здраве. Стресът и умствената работа натоварват нервната система и причиняват отделянето на невротрансмитери, които са рисков фактор за карцинома на стомаха. Още повече някои видове

професии, при които се отделят много прахови частици или се обработват метали, въглища и каучук също са рисков фактор за развиване на рак.

6. **Белодробните, метаболитните заболявания, сърдечно-съдовите заболявания и наднорменото тегло** поотделно не повлияват нивото на смъртност на болните от карцином на стомаха при изследваната извадка от Германия. Съществуват обаче комбинирания влияния на някои от здравословните фактори с демографски фактори (възраст, пол), които се оказват значими за смъртността и преживяемостта на болните от карцином на стомаха от Германия, които са включени в настоящото изследване.

Здравословните фактори и придружаващите заболявания са индивидуален рисков фактор. Цялостният медицински профил, особено при по-възрастни гериатрични пациенти, е сложен за лечение и задължава многопрофилен подход. Изглежда обаче наличието на риск при карцином на стомаха зависи от популацията на пациента. Нашето проучване потвърждава, че в германската популация придружаващите заболявания не са рисков фактор за пациенти с диагноза рак на стомаха. Причините за това може да са много, но със сигурност значение имат **методите и подходите за лечение.**

Обобщения

Комбинацията от фактори на групово равнище имаща важно значение за нивото на смъртност е: семейно положение - женен/омъжена, вид на работата – умствено натоварваща работа, наличие на голямо количество стрес според мнението на пациента, злоупотреба с тютюнопушене и възраст.

На индивидуално равнище се оказа, че останалите живи участници в проучването са със сигнификантно по-ниска средна възраст и относителен дял на непушачи, имащи средно или начално образование, не злоупотребяващи с алкохол, по семейно положение разведен/а или неженен/неомъжена, а по вид на работата – предимно физическа. Така получените данни са индикативни за германската популация и описват условията на живот в страната.

Проучването прави значителни открития и доказателства в сферата на рисковите фактори за карцинома на стомаха, но предполага и известни ограничения. Такова, че пациентите, които са разгледани, са лекувани в университетската клиника в Хайделберг, а там по-често се обслужват по-тежки случаи. Друго ограничение е разглеждането на нездравословното хранене като качествена променлива, а на като количествена. Количествена променлива в този случай, обаче би била сложна за имплементиране, тъй като е неизвестна грамотността на тема хранене на изследваните лица, поради това е използвана и качествена оценка.

Независимо от това, намаляването на употребата на нездравословни храни, увеличение консумацията на пресни плодове и зеленчуци и прекратяване на тютюнопушенето, може да се намали и риска от заболяване със стомашен карцином.

Актуалността и значимостта на проблема със стомашния карцином при хората в трудоспособна възраст съдържа и някои специфики:

- Значителна честота на заболелите лица, които са работещи към момента
- Трайна тенденция към намаляване на възрастта на отключване на онкологичното заболяване.

- Лечението на стомашния карцином, а и на останалите заболявания от подобно естество, е продължително, високоспециализирано и скъпоструващо. То води неминуемо до икономически загуби, а не винаги изходът е благоприятен.
- Голяма част от болните имат придружаващи хронични заболявания, които изискват дългосрочни и палиативни грижи.

Това говори безспорно в полза на острата нужда от подобрение на Национална Онкологична програма за превенция. Превантивните мерки са се доказали във времето като сигурен метод за намаляване на рисковете и диагностициране на заболяване в ранен стадий.

Въз основа на проучване и съпоставка на официалните статистически данни за състоянието, структурата и динамиката на онкозаболяванията във ФР. Германия и Р. България можем да сравните онкозаболяемостта в двете държави. Отношението на жени спрямо мъже, болни от рак на стомаха е с близки стойности в Р. България и във ФР. Германия. Мъжете страдат много по-често от жените от това злокачествено заболяване. Близо 4 пъти повече мъже се разболяват и съответно умират годишно от рак на стомаха. Близките данни в двете страни показват, че изследването е **достоверно и точно.**

Като извод може да обобщим, че в Р. България умират 1,5 пъти повече хора от карцином на стомаха в сравнение с ФР. Германия. Намалената смъртност в ФР. Германия се дължи на множественото програми за превенция на рак на стомаха.

Вземайки предвид настоящото проучване, всички данни от литературни източници и сравненията между двете държави могат да се формулират препоръки към Министерството на Здравеопазването, Министерството на Образованието и Науката, широката общественост и всички засегнати страни.

Препоръки към Министерството на Здравеопазването

I. Подобрение на ефективността на Национална онкологична програма за превенция

Подобна програма за превенция включва ефективни скринингови програми, организирана профилактика, ранна диагностика, навременно и съвременно лечение. Те трябва да бъдат изготвени и изпълнявани според установените в Европейския съюз стандарти.

Организиция на регулярни ендоскопски изследвания, както на населението с изразена фамилност, така и на цялото население над 50- годишна възраст. Добър пример в това отношение е Япония, която организира силна система за профилактика и лечение на стомашния рак, в който дълги години тя е безспорният първенец. Освен системните фиброгастроскопски изследвания, които се правят на цялото население през всеки 3 до 5 години, фиброгастроскопията е задължително изследване при постъпване на работа, независимо от възрастта. В нашата държава вече има достатъчно специалисти, модерна и прецизна техника за провеждането му, но липсва национална скринингова програма. Все още съществува и един психологически проблем сред населението, който е свързан с нежелание на част от хората да бъдат подложени на това изследване, което не е твърде приятно. Националната скринингова програма би преодоляла и това препятствие, организирайки разяснителни разговори между изследващите и изследваните, както и дебатиране върху ползите от тази здравна дейност. Това постепенно би променило нагласата на определени хора да не провеждат подобни изследвания , ако не желаят.

В допълнение е препоръчително подобряването на ефективността на продължаващото лечение в извънболничната среда и хосписите.

II. Провеждане на информационна кампания сред обществеността през личните лекари

Възникването на стомашен рак може да бъде предотвратено чрез диета. Витамин С, витамин Е, бета-каротинът противодействат туморогенезата. Личните лекари да съветват своите пациенти да спазват диети с балансирано хранене и спорт.

Този препоръки могат да послужат на личните лекари в Р. България като програма за ефикасна превенция с цел намаляване на броя на стомашно чревните злокачествени новообразования. Препоръчваме скоро да бъдат предприети мерки на национално ниво за прилагане на този или подобен модел на социална работа с лица с онкологични заболявания като рака на стомаха, който значително би подобрил тяхното качество на живот.

Необходимо е актуалното осведомяване на общопрактуващите лекари за рисковите фактори, новите открития на научните общности и модерните методи за лечение и превенция. По този начин те ще могат да насочват и информират правилно своите пациенти. **Подготвена е и специална брошура за пациентите, която да се разпространява чрез личните лекари. – Приложение 2.**

Информираността на личните лекари дава възможността те сами да наблюдават рисковите групи и такива вече с история на раково заболяване, като активно проследяват тяхното развитие и дообогатяват листа с рискови фактори и в допълнение да проследяват медико-социалните проблеми на болните с рак на стомаха и да спомогнат с подкрепа при решаването им.

За да се намали броя на смъртните случаи, предизвикани от стомашно чревния карцином в Р. България, трябва да се въведе национална стратегия за редовен профилактичен онкологичен скрининг. Общопрактикуващите лекари са първото, основно звено, което има отговорността да провежда профилактични програми и също така носи отговорността за първична и вторична профилактика. Разписаните като задължителни за всеки здравноосигурен годишни профилактични прегледи наред с другите цели имат за задача именно една ранна диагностика на онкозаболяванията.

Когато е възможно, преди всичко трябва да се дава приоритет на първичната профилактика. Когато се предприема скрининг за даден вид онкологично заболяване, той трябва да бъде прилаган само по организирана програма с подсигуряване на качество на всички нива на интервенции и добре събрана, анализирана и поднесена информация за ползата и рисковете от скрининговата програма. **Ползи за населението и общественото здраве от скрининговата програма могат да бъдат постигнати само ако е наличен финансов и човешки ресурс за масово обхващане на целевите групи от програмата, и ако програмата за скрининг е представена подходящо и масово възприета от целевите групи. Когато се предлага организиран скрининг трябва да се цели широко възприемане. Не се препоръчва да се провежда скрининг при поискване като основа за практика за общественото здраве, защото не води до максимални ползи.** Висококачествен скрининг е възможен само, ако медицинските специалисти на всички нива са обучени за неговите задачи.

Препоръчително е личните лекари в Р. България и ФР. Германия да провеждат скринингов тест веднъж годишно на своите пациенти на възрастовата група 46 - 69г. с цел ранна превенция на стомашно чревния карцином.

Препоръки към Министерството на Образованието

I. Провеждане ежегодно на информационна кампания сред учениците в горен курс и студентите

Нужна е информираност по следните точки:

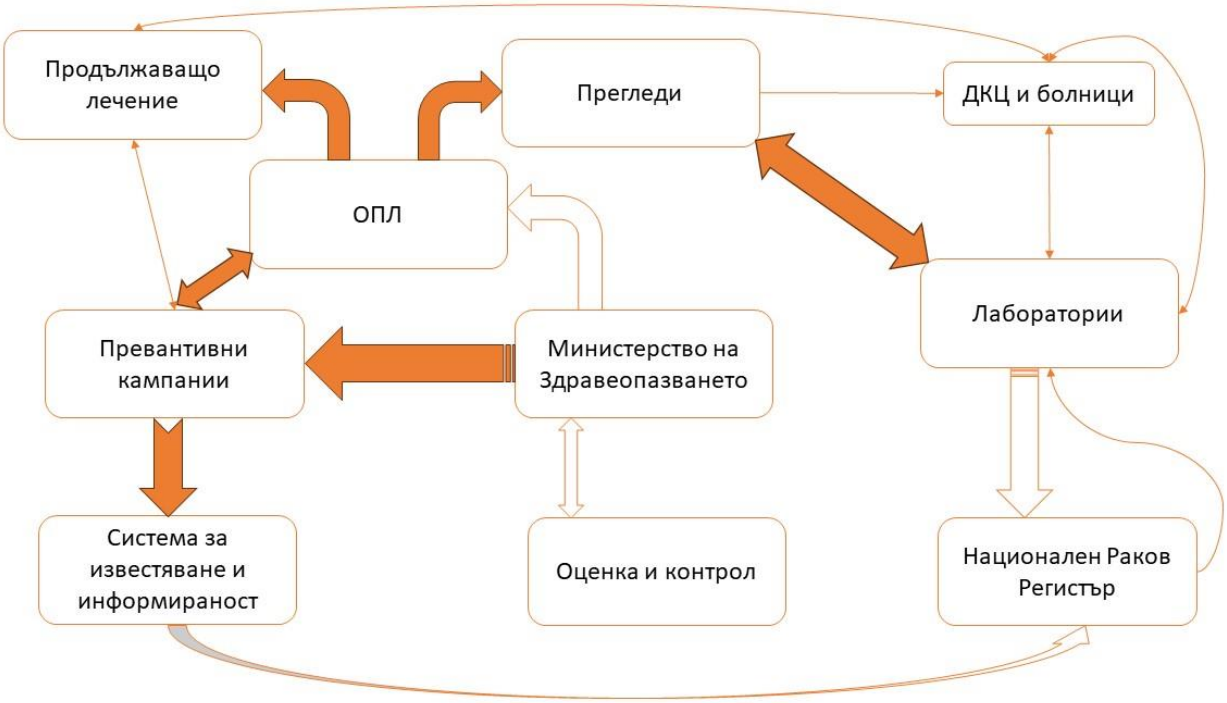
1. Стимулиране на активни редовни спортни занимания.
2. Избягване на наднорменото тегло!
3. Поддържане на добра диета, включваща достатъчно фибри и избягване на червено месо.
4. Намаляване или отказване от тютюнопушене
5. Ограничена консумацията на алкохол, ацетилсалициловата киселина (Аспирин) и нейните химически производни!
6. Информиране за т.н. „скрининг тест на стомашно-чревния карцином“.

Препоръки към медицинските университети в България

Залагане в учебната програма на обучителни модули за рисковите фактори сред пациентите с рак на стомаха. Необходимо е повишаване на знанията на студентите по медицина за този тип заболявания, като такива застрашаващи голяма част от населението и наличната висока смъртност. Младите студените и лекари са хората, които ще бъдат на първата линия с борбата с тези заболявания и тяхното правилно управление. С оглед на това те трябва бързо и точно да могат да оценяват правилно рисковете и концентрират усилията си в справянето с болестта при такива пациенти. В допълнение те трябват да могат правилно да обяснят на пациентите си какви са рисковите фактори и, че именно съдействието на пациента и промените в неговия житейски план могат да подобряват хода на заболяването и общото здравословно състояние. Като медицински специалисти студените могат да влязат в контакт със специалисти като гастроентеролози и коремни хирурзи, като там чрез обучителни и съвместни курсове да подобряват уменията и познанията за карцинома на стомаха.

Модел

Въз основа на информацията от литературните източници, проведените проучвания, изведените резултатите, изводи и обобщения е разработен модел за превенция на заболяването. Моделът е съобразен с действащото законодателство и административни положения. Според него основно действаща институция е Министерството на здравеопазването, то осъществява оценката и контрол на цялата програма. Министерството осъществява профилактични кампании, които допълните



регулират процеса чрез система за известяване и информираност в контакт с Националния раков център. Профилактичните кампании извършват продължаващото лечение и назначават прегледи заедно с ДКЦ и болниците. Лабораториите обменят данните си с раковия регистър и структурата за профилактични прегледи.

ПРИНОСИ

Приноси с научно - теоретичен характер:

1. Извършено е пространно теоретично проучване на причините, честотата, социално - медицинските, психосоциалните и факторите на живот като причини за заболеваемост и смъртност от рак на стомаха.
2. Направен е обстоен анализ на потенциалните рискови фактори включващ както тяхното индивидуално честотно разпределение, така и разпределението им по пол, възрастови групи (по СЗО), вид на работата и семейно положение, разглеждайки по този начин връзката им със значими социални характеристики.
3. Извършени са сравнителен и регресионен анализ чрез които е определено кои от разглежданите признаци са свързани с леталния изход на включените в извадката пациенти. Направена е индивидуална и групова количествена оценка на влиянието на установените фактори. Посредством множествен бинарен логистичен регресионен анализ е отчетено комбинираното влияние на изследваните показатели и елиминиране на евентуалните замъгляващи фактори.
4. Направен е сравнителен анализ на изследваните фактори и соцомедицинското подпомагане на пациенти с рак на стомаха в две страни на Европейския съюз - Р. България и ФР. Германия

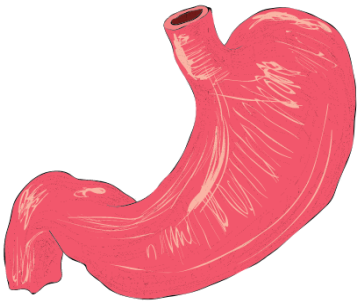
Приноси с научно - практически характер

1. Направени са препоръки към начина на живот, които биха могли да снижат значително заболяемостта от рак на стомаха и да подобрят качеството на живота на заболелите.
2. Изготвена е брошура с цел повишаване информираността на пациента относно профилактика и ранната диагностика на рака на стомаха.
3. Изготвен е модел за оптимизиране на профилактиката и ранната диагностика на рак на стомаха в България.

Приложение № 1.

Информационна брошура за пациенти, с цел превенция и ранна диагностика на рак на стомаха

Какво е ракът на стомаха?



Стомахът е свързан с хранопровода отгоре и дванадесетопръстника отдолу и произвежда стомашен сок, който разгражда храната, за да може тялото да я усвои. Стомахът има няколко слоя - вътрешната обвивка, поддържащата тъкан и мускулните слоеве. Ракът на стомаха може да се развие във всяка част на стомаха, но повечето започват в клетките на **жлезите на вътрешната лигавица** на стомаха. Тези ракови заболявания на стомаха се наричат аденокарциноми. **Аденокарциномът** е **най-често срещаният тип рак на стомаха.**

Ракът на стомаха е петият най-често срещан рак в света с повече от 1 милион нови случая и 770 000 смъртни случая през 2020 г. и е по-често срещан при мъжете, отколкото при жените.

Симптомите включват:



- **В началните етапи - ЛИПСВАТ**
- **Проблеми с преглъщането**
- **Лошо храносмилане**
- **Повръщане**
- **Отслабване**
- **Чувство на слабост**
- **Усещане за ситост след прием на малко количество храна**

Рисковите фактори включват:

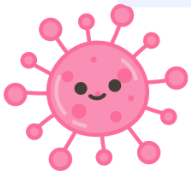
- Тютюнопушене
- Злоупотреба с алкохол





- Умствено натоварваща работа
- Наличие на стрес
- Наднормено тегло
- Възраст и генетични обремененост
- Инфекция с Helicobacter pylori
- Нездравословна диета





Промени в начина на живот могат да намалят риска от развитие на рак на стомаха.



Общ медицински преглед

Ако имате симптоми на рак на стомаха, Вашият лекар може да извърши общ клиничен преглед и да опипа около стомаха ви за участъци, които са подути или се усещат необичайно. Може да се наложи да дадете проба от изпражнения. Вашият лекар може също да прослуша гърдите и стомаха ви, за да провери дали храносмилателната ви система звучи нормално.

Ендоскопия

Тази процедура позволява на лекарите да видят вътрешността на хранопровода, стомаха и дванадесетопръстника с помощта на светлина и камера, прикрепени към тънка, гъвкава тръба, която се вкарва в стомаха Ви през устата. Обикновено ще бъдете будни по време на ендоскопията. По време на ендоскопията Вашият лекар може да вземе проби (биопсии) от всякакви области, които изглеждат необичайни, така че да могат да бъдат изследвани под микроскоп за проверка за ракови клетки. Това също ще каже на лекарите дали имате аденокарцином или друг вид рак на стомаха.

Ако имате въпроси - консултирайте се с Вашия личен лекар.