МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ

ФАКУЛТЕТ ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ

ЕТИЧНИ И ОРГАНИЗАЦИОННИ ПРОБЛЕМИ СВЪРЗАНИ СЪС СКРИНИНГА НА КАРЦИНОМА НА ЕНДОМЕТРИУМА

Д-Р КОНСТАНТИН МЛАДЕНОВ МЛАДЕНОВ

ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД

за присъждане на образователна и научна степен „Доктор“

Научна област на висше образование:	7.3 Здравеопазване и спорт
Професионално направление:	7.4. Обществено здраве
Научна специалност:	Социална медицина и организация на здравеопазването и фармацията

НАУЧЕН РЪКОВОДИТЕЛ:

ПРОФ. Д-Р ЦЕКОМИР ВОДЕНИЧАРОВ, ДМ, ДМН

СОФИЯ
2016

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

АГ	акушер-гинеколог
ЕК	ендометриален карцином
ЕМ	ендометриум
ЖПО	женски полови органи
ЗЗ	здравно заведение
ИМК	извънменстуално маточно кървене
ИТМ	индекс телесна маса
МЛ	медикаментозно лечение
МК	маточна кухина
НМ	нередовна менструация
ОП	оперативно лечение
ОПП	общопрофилактичен преглед
ППЖПО	профилактичен преглед на женските полови органи
ПГП	профилактичен гинекологичен преглед
ПП	постоперативен период
РФ	рискови фактори
СС	система за скрининг
ХН	хормонални нарушения
ХС	хистероскопия
ХТ	химиотерапия
УЗД	ултразвукова диагностика

СЪДЪРЖАНИЕ

ВЪВЕДЕНИЕ **1**
ГЛАВА ПЪРВА: ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР **3**
ИЗВОДИ ОТ ЛИТЕРАТУРНИЯ ОБЗОР **33**
ГЛАВА 2: ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДОЛОГИЯ НА ПРОУЧВАНЕТО **34**
2.1. ЦЕЛ И ЗАДАЧИ 34
2.2. МЕТОДОЛОГИЯ НА ПРОУЧВАНЕТО 35
2.3. ХАРАКТЕРИСТИКА НА КОНТИНГЕНТА 38
ГЛАВА 3: РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ **40**
3.1. АНАЛИЗ И ОЦЕНКА НА ОТНОШЕНИЕТО НА АНКЕТИРАНИТЕ КЪМ ПРОФИЛАКТИКАТА НА ОНКОЛОГИЧНИТЕ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ЖЕНСКИТЕ ПОЛОВИ ОРГАНИ. 40
3.1.1. Честота на проведените общо профилактични прегледи от анкетираните жени 40
3.1.2. Честота на профилактичните прегледи на женските полови органи 43
3.1.3. Причини за посещение при гинеколог от анкетираните 52
3.2. ИЗСЛЕДВАНЕ НА ПОЗНАНИЯТА НА АНКЕТИРАНИТЕ ВЪРХУ КАРЦИНОМА НА ЕНДОМЕТРИУМА 58
3.2.1. Отношение на анкетрираните към симптома ‘извънменструално маточно кървене’ 58
3.2.2. Фамилна анамнеза за карцином на ендометриума 69
3.2.3 Изследване на познанията на анкетираните относно риска от развитие и методите за намаляване на риска от развитие на карцином на ендометриума 71
3.2.4. Проучване на познанията на анкетираните относно терапията на ендометриалния карцином 77
3.2.5. Изследване на мнението на анкетираните за шансовете за излекуване от карцином на ендометриума и средствата за повишаване на тези шансове 94
3.3. ПРОУЧВАНЕ НА ПОЗНАНИЯТА НА БЪЛГАРСКИТЕ ЖЕНИ ЗА МЕТОДИТЕ ЗА ПРОФИЛАКТИКА НА ЕНДОМЕТРИАЛНИЯ КАРЦИНОМ 98
3.3.1. Запознатост на анкетираните с възможностите за профилактика на ендометриалния карцином 98
3.3.2. Проучване на предпазващите от развитие на карцином на ендометриума - бременности сред изследваната група 100
3.3.3. Проучване източниците на информация за възможностите за профилактика на ендометриалния карцином 102
3.3.4. Проучване на влиянието на икономическите фактори и времето което анкетираните желаят да отделят за профилактичен преглед върху профилактиката на ендометриалния карцином 104
3.3.5. Изследване на запознатостта на анкетираните с възможностите за скрининг на ендометриалния карцином в България 113
ЗАКЛЮЧЕНИЕ **115**
ПРЕПОРЪКИ **121**
ПРИНОСИ **123**
ПУБЛИКАЦИИ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД **124**
ПРИЛОЖЕНИЯ **125**
БИБЛИОГРАФИЯ **153**

ВЪВЕДЕНИЕ

Карциномът на ендометриума, като тежко и потенциално фатално заболяване на женските полови органи, ежегодишно отнема хиляди животи по света. Това ни кара да гледаме на него не само като на медицински, но и като на сериозен социален проблем, от чието разрешаване биха зависили многобройни човешки съдби. В основата на благоприятната му прогноза стои своевременните му диагноза и терапия.

Въпреки актуалната проблематика свързана с карцинома на ендометриума, научните изследвания правени у нас по темата са малко и нито едно от тях не разглежда социалните аспекти на заболяването. Също така, недостатъчно са и проучванията свързани със скрининга на ендометриалния карцином. Нашата основна цел беше да разгледаме проблемите свързани със заболяването, както от неговата клинична част, така и откъм неговата социално-медицинска страна. В настоящия труд се опитахме да оценим нивото на здравната култура на пациентите по отношение на методите за ранно откриване и предпазване от рака на матката, да изследваме мнението и запознатостта на пациентките относно скрининга и възможностите, които предлага. Постарахме се да анализираме факторите, оказващи влияние върху познанията на жените за това как могат да се предпазят от развитие на ендометриален карцином и да изучим и определим нивото на информираност и отношението на българските жени към рисковете и предимствата на масовия скрининг, за да предложим начини за подобряването му.

Методите и средствата за профилактика и ранно откриване на карцинома на ендометриума, с които разполага медицината в наши дни дават на съвременните жени несравнимо по-големи възможности за предпазване от коварното заболяване в сравнение с тези, които са имали техните предшественички. До каква степен обаче днешните български жени са информирани за възможностите на съвременния скрининг? По този въпрос засега липсва конкретно проучване, това е и една от причините инициирали настоящия труд. Задържащата се висока смъртност от това лечимо заболяване показва, че грамотността на българките относно съвременните възможности за профилактика на заболяването не е на необходимото ниво. Това се доказва красноречиво от факта, че заболеваемостта от карцином на ендометриума в България е по-висока от средната за Европейския съюз и по този показател страната ни заема едно от челните места не само в Общността но и в Европа, като цяло.

Внимателно проучване на причините и факторите, влияещи върху информираността на българските жени относно възможностите за профилактика и скрининг на карцинома на ендометриума, би довело до изработване на ясни мерки, чието предприемане и изпълнение несъмнено ще доведе до излизане на страната ни от челните места на класациите по заболеваемост.

Повишаването на здравната култура, информираността и мотивацията на българските жени за участие в скринингови програми ще доведат до мотивирано и адекватно поведение, което неминуемо би снижило смъртността. Ролята на пациента обаче не бива да бъде абсолютизирана. Борбата с ендометриалния карцином трябва да се води от три равнопоставени страни: пациент-лекар-система на здравеопазването. Само доброто взаимодействие между тях би довело до трайни положителни резултати. Тук трябва ясно да посочим и огромната роля, която се пада на държавата, в борбата със заболяването. Няма как пациентите да са добре информирани, ако здравната система не е предприела съответните мерки, форми и средства за обучение. Няма как лекарите да се борят адекватно със заболяването ако не им са осигурени необходимите съвременни условия за това.

В двадесет и първи век развитите държави отдавна са осъзнали за изключителната важност на профилактиката и влагат огромни средства за нейната масовост и всеобхватност. Средства, които са вложени в превенция на правилното място и в правилното време впоследствие спестяват в пъти по-големи разходи за лечение и най-важното спасяват човешки живот.

ГЛАВА ПЪРВА: ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР

Ендометриалният карцином (на латински език: Carcinoma endometrii, на английски език: Endometrial cancer, Endometrial carcinoma) представлява злокачествено новообразуване, произлизащо от лигавицата на матката (ендометриум). Често, като синоними на диагнозата в медицинската и немедицинска литература могат да бъдат открити и използвани и названията: ‘рак на маточното тяло’, ‘рак на тялото на матката’, ‘ендометриален рак’, ‘ендометриален (адено) карцином’, ‘аденокарцином на маточното тяло’. Понятието ‘Рак на матката’ е по-широко и освен ендометриален карцином (МКБ - С54) включва и рак, при който частта на матката, от която произлиза е неуточнена (МКБ - С55) [2,93]. Ракът на маточното тяло-С54 се развива най-често от жлезистите структури в ендометриума и поради това се числи към аденокарциномите. [22,74,98]

Епидемиологичните характеристики, липсата на ефективни скринингови програми, комплексната етиология, неспецифичната клинична картина, честото за България води до късно диагностициране, което определя ниска преживяемост дори след радикално хирургично лечение, лъче- и химиотерапия. [5,6]. Имено това определя ендометиалният карцином е като значим медико-социален проблем.

Ракът на ендометриума е вторият по честота карцином, засягащ матката. От всички ракови заболявания засягащи женския пол ендометриалният карцином се нарежда на четвърто място след рака на гърдата, белодробния и цервикалния карцином. В развиващите се страни, ракът на ендометриума следва по честота след рака на маточната шийка /липса на скрининг за дисплазия на маточната шийка/. В някои страни с висок стандарт (САЩ, Швейцария) се наблюдава тенденция към изравняване честотата на двата карцинома, като на първо място причините за това могат да бъдат търсени в добрия и всеобхватен скрининг на рака на маточната шийка, водещ до откриване на предракови изменения и значително понижена заболеваемост от същия [74,134,188]. По данни на СЗО, най-често ракът на матката засяга жените между 50 и 70-годишна възраст. Въпреки това, цели 30 % от заболелите са във възрастта между 40 и 50 години. По-млади от 40 години са само 2-5 % от заболелите [20,45]. Жените от бялата раса обикновено са по-податливи отколкото представителките на другите раси, но жените от черната раса показват по-висока смъртност от това заболяване отколкото белите жени32,89]. Общият брой случаи диагностицирани в България през 2003 г. е 1139**,** което представлява 7,9% от злокачествените заболявания при жените у нас. Заболеваемостта за 2003 г. е била 15,9/100 000 (Фиг. 1.) Национален раков регистър].

През 2010г. у нас заболеваемостта от рак на ендометриума изпреварва заболеваемостта от рак на шийката на матката – 31 на 10 000 жени (7.8% от заболеваемостта при жените) и 30.4 на 10 000 жени (7.7% в структурата на заболеваемостта при жените). Почти три пъти се е увеличила заболеваемостта от рак на шийката на матката и рак на тялото на матката през последните 15 години. Заболеваемостта от рак при другите локализации също се е увеличила – рак на вулвата, рак на яйчника, рак на вагината [5].Ето защо социалното значение на онкогинекологичните заболявания е толкова голямо. С бюлетин от 08.12.2008 г. честотата на онкогинекологичните заболявания в световен мащаб изпреварва сърдечно-съдовите заболявания. Една от основните причини е тютюнопушенето в световен мащаб (за сметка най-вече на Китай и Индия) и човешкият папилома вирус [5].

По данни на Националния раков регистър за 2012г. ракът на маточното тяло заема 8,6 % дял от всички онкологични заболявания при жената и се нарежда на второ място по честота след рака на млечната жлеза. В България към същата година има регистрирани 1222 болни жени.



Фиг. 1. Данни за заболеваемостта от рак на ендометриума в България за периода 1981-2003 г. по стадии. Данните са на Националния раков регистър.



Фиг. 2. Новодиагностицирани случаи за 2003 г. по стадии. Данните са на Националния раков регистър.

Най-новите статистически данни за честотата на рак на матката във Великобритания са от 2013г. Според тях, заболяването е четвъртия по честота рак при жените в страната със 9022 случаи, диагностицирани през 2013 г.(Табл.1), като 8% са саркоми и заболелите съставляват 3% от всички онкоболни за страната. С помощта на AMP method.5 бе изчислено, че вероятния риск от развитие на рак на матката при жените във Великобритания за цял живот е 1 на 4630,74,90,188].

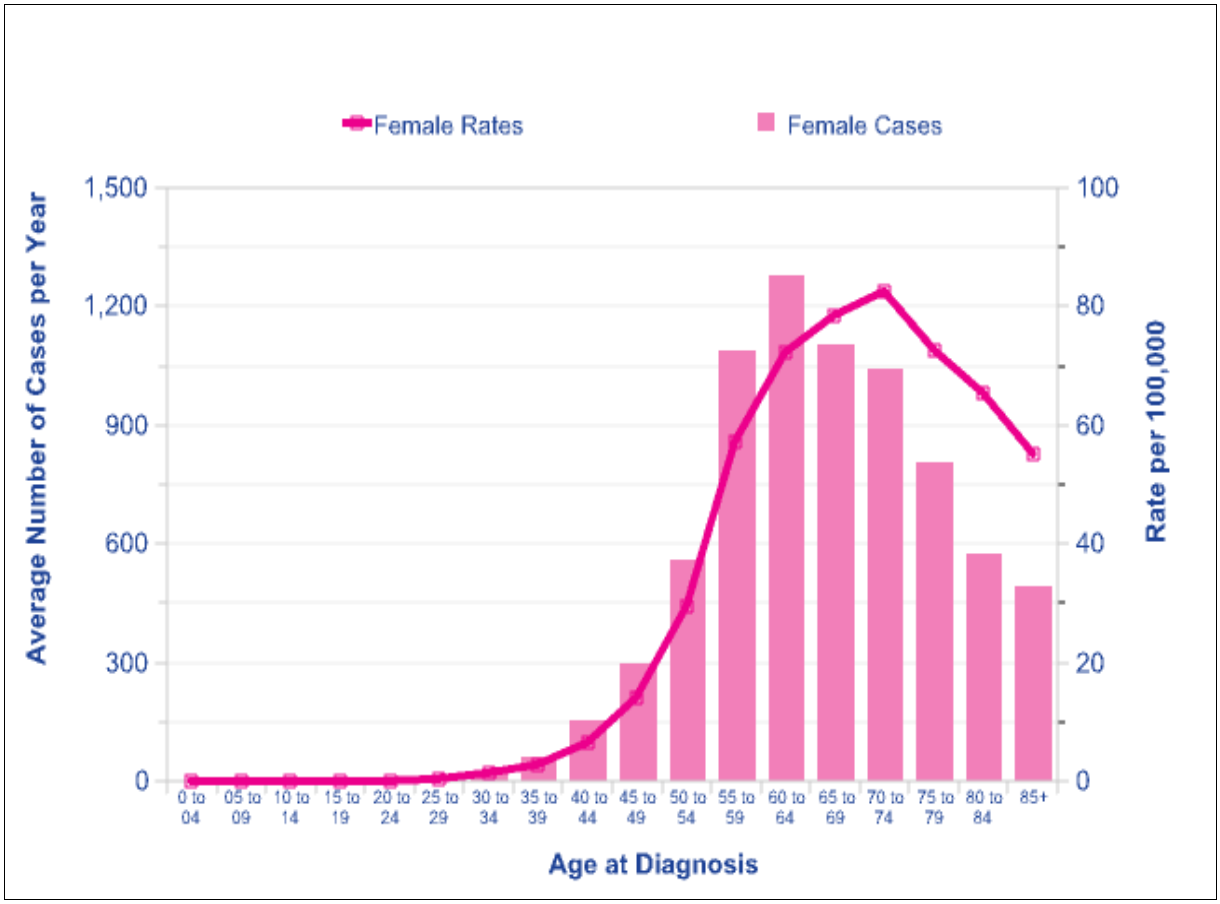
Табл.1. Ендометриален карцином (C54-C55), брой на нови случаи във Великобритания, възрастово стандартизирани (ВС) нива на заболеваемост на 100,000 жени, UK, 2013

	Англия	**Уелс**	**Шотландия**	**Северна Ирландия**	**Обединено кралство**
Случаи	**6,351**	**483**	**653**	**216**	**9,022**
Ниво	24.3	31.6	24.5	23.9	24.7
ВС ниво	**19.2**	**22.8**	**18.5**	**21.7**	**19.4**
ВС ниво - 95% LCL*	18.7	20.8	17.0	18.8	18.9
ВС ниво - 95% UCL*	19.7	24.9	19.9	24.6	19.8

Възрастовото разпределение на новозаболелите във Великобритания показва, че по-голямата част (93%) от случаите на рак на матката са диагностицирани при жени на възраст 50 години или повече. Като пикът на заболеваемостта или 83 заболели на 100 000 жени е в групата на жените между 70-74 години, а след тази възраст започва отново да намалява[20,30,32,45,74,90]. (Фиг. 3,Табл.3)

Табл.2. Карциноми на женските полови органи, брой на нови случаи във Великобритания, възрастово стандартизирани (ВС) нива на заболеваемост на 100,000 жени, UK, 2008

		2008
Шийка (C53)	**Случаи**	2,938
	ВС ниво	8.7
Яйчник (C56-C57)	**Случаи**	6,537
	ВС ниво	16.2
Матка (C54-C55)	**Случаи**	7,703
	ВС ниво	19.4
Вагина (C52)	**Случаи**	258
	ВС ниво	0.6
Вулва (C51)	**Случаи**	1,157
	ВС ниво	2.5



Фиг. 3. Рак на матката (C54-C55), Среден брой новозаболели във Великобритания за година по възрасти и честота в проценти на 100,000 жени, UK

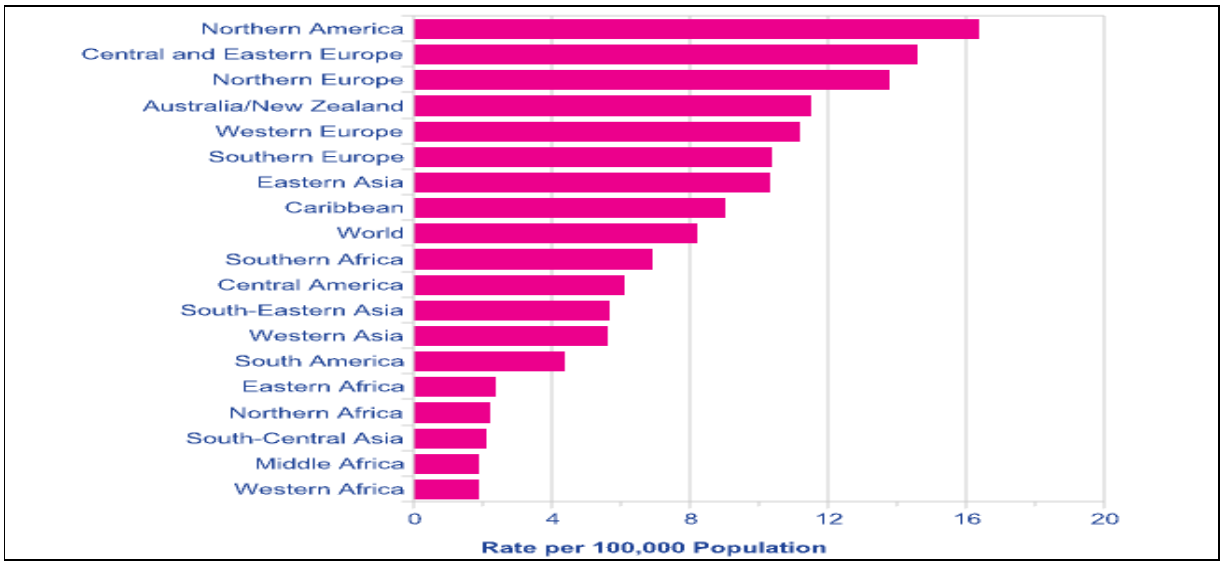
Табл.3. Рак на матката (C54-C55), Среден брой новозаболели във Великобритания за година по възрасти и честота в проценти на 100,000 жени, UK

Среден брой новозаболели за година по възрасти и честота в проценти на 100,000 жени, UK		
Възраст	**Случаи**	**Процент**
0 до 04	0	0
05 до 09	0	0
10 до 14	0	0
15 до 19	0	0
20 до 24	3	0,2
25 до 29	7	0,4
30 до 34	27	1,4
35 до 39	61	2,7
40 до 44	152	6,4
45 до 49	300	13,9
50 до 54	560	29,6
55 до 59	1 090	57
60 до 64	1 278	72,3
65 до 69	1 106	78,4
70 до 74	1 044	82,7
75 до 79	807	72,6
80 до 84	577	65,3
85+	492	55,2
Всички възрасти	7 504	24,2

Ракът на тялото на матката (C54) е преди всичко рак на развития свят с честота два пъти по-висока от същата в по-слабо развитите държави. От друга страна, в развиващите се страни честотата на рака на маточната шийка е около три пъти по-висока от тази при рака на маточното тяло. В Северна Америка, Австралия и много европейски страни, случаите на рак на маточната шийка са намалели с въвеждането на масов скрининг и имунизация за HPV и затова рака на корпуса на матката е вече най-често диагностициран гинекологичен рак. Коефициентът на заболеваемост за рак на матката е най-висок в Северна Америка; до осем пъти по-висока, отколкото в някои части на Африка [32] (Фиг. 4, Табл. 4).

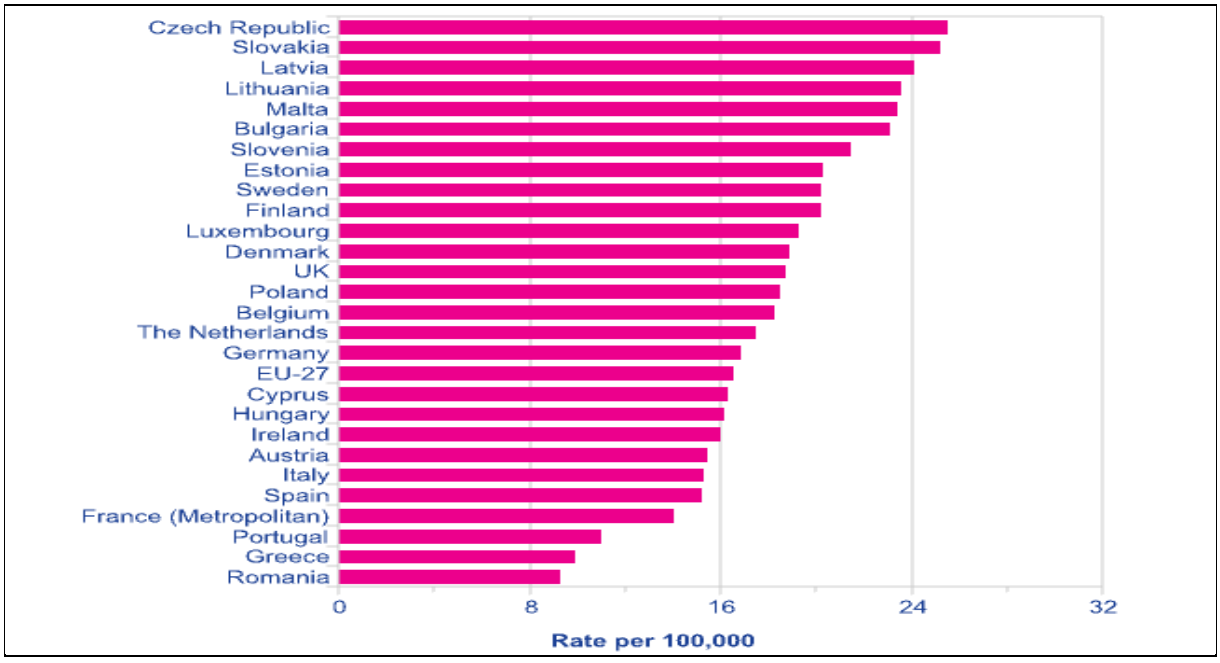
Табл.4. Рак на ендометриума (C54), честота на заболели с ендометриален карцином за различни райони на Света на 100,000 жени

Регион	Заболели
Северна Америка	16,4
Централна и Източна Европа	14,6
Северна Европа	13,8
Австралия/Нова Зеландия	11,5
Западна Европа	11,2
Южна Европа	10,4
Източна Азия	10,3
Кариби	9
Свят	8,2
Южна Африка	6,9
Централна Америка	6,1
Юго-Източна Азия	5,7
Западна Азия	5,6
Южна Америка	4,4
Източна Африка	2,4
Северна Африка	2,2
Asia Южна-Централна Азия	2,1
Централна Африка	1,9
Западна Африка	1,9



Фиг 4. Рак на ендометриума (C54), честота на заболели с ендометриален карцином за различни райони на Света на 100,000 жени

Честотата на рака на ендометриума (C54) в Обединеното кралство е близка до средната за Европейския съюз (ЕС-27), а най-високите нива на заболеваемост в ЕС са регистрирани в Чехия, Словакия и Латвия [20].(Табл. 5,Фиг. 5)



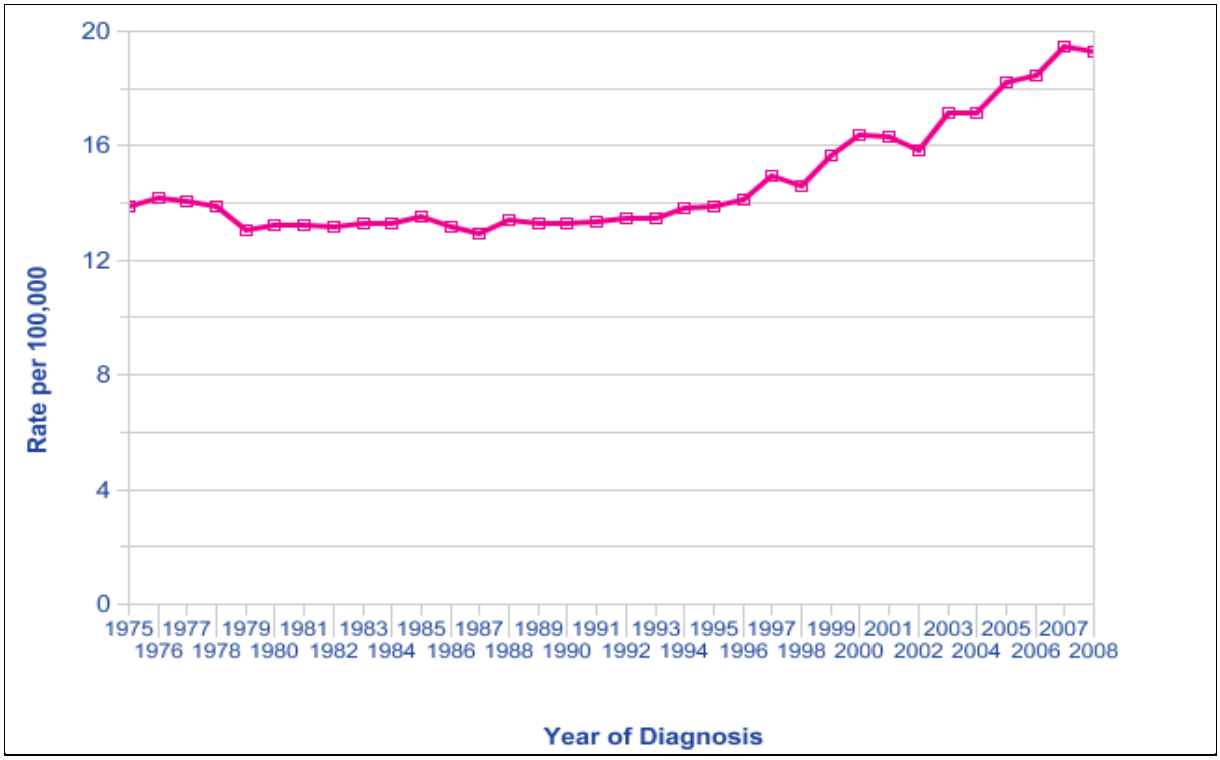
Фиг. 5. Рак на ендометриума (C54), Заболеваемост от карцином на ендометриума в Европейския съюз,EU27 на 100,000 жени

Табл.5. Рак на ендометриума (C54), Заболеваемост от карцином на ендометриума в Европейския съюз, EU27 на 100,000 жени

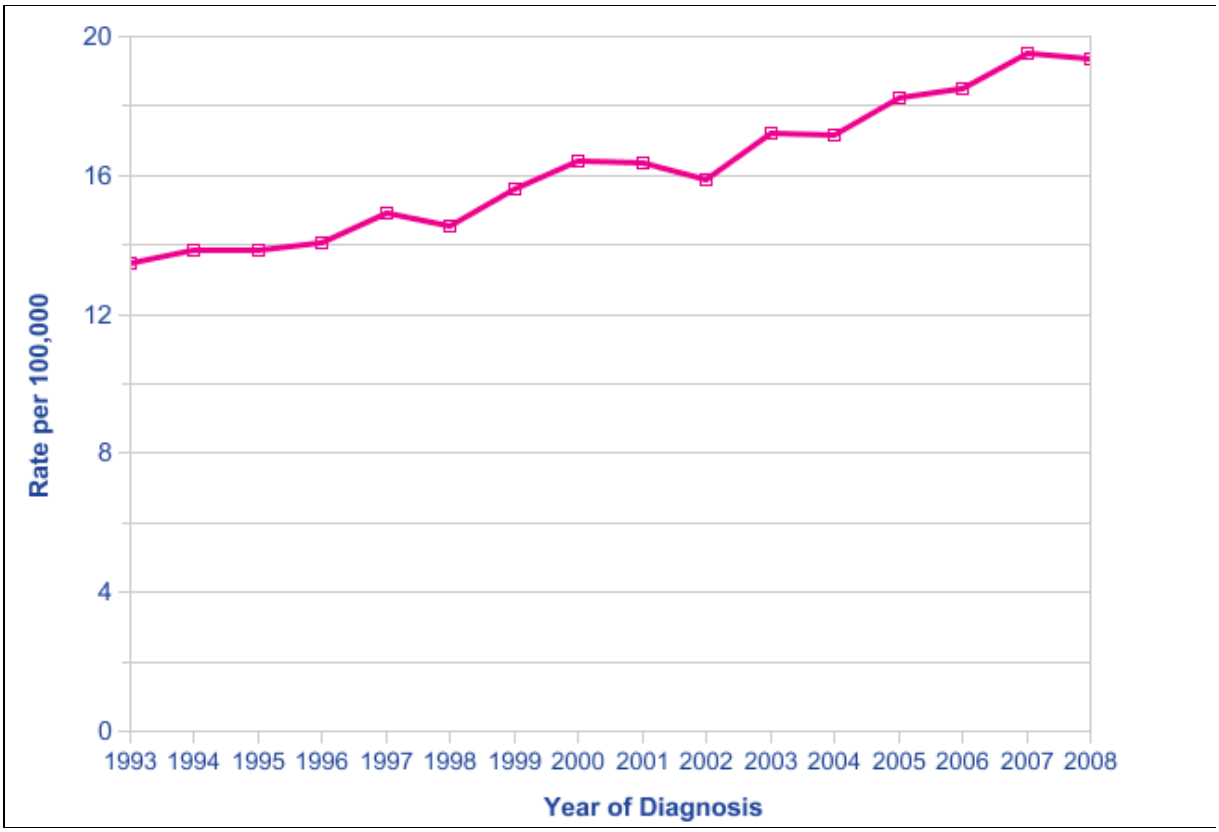
Държава	Заболели
Чешка република	25,5
Словакия	25,2
Латвия	24,1
Литва	23,5
Малта	23,4
България	23,1
Словения	21,5
Естония	20,3
Швеция	20,2
Финландия	20,2
Люксембург	19,2
Дания	18,9
Великобритания	18,7
Плоша	18,5
Белгия	18,3
Холандия	17,5
Германия	16,8
EU-27(средно)	16,6
Кипър	16,3
Унгария	16,1
Ирландия	16
Австрия	15,5
Италия	15,3
Испания	15,2
Франция	14
Португалия	11
Гърция	9,9
Румъния	9,3

Данните за заболеваемостта в САЩ показват важни етнически и расови различия, като честотата на рака на матката е значително по-висока при белите жени в сравнение с тази при чернокожите (24.8 срещу 20.9 на 100 000 жени в периода 2004-2008 г.) [89,187] .

Изследването на заболеваемостта от карцином на ендометриума през последните десетилетия във Великобритания сочи, че тя е останала стабилна между средата на 1970 и началото на 1990-те години, за съжаление обаче след това същата се е повишила с около 40% (Фиг. 6). Тези данни в известна степен приличат и на цитираната по-горе заболеваемост по години за България. Сходни с тези са и данните за средната заболеваемост в Европа по периоди20]. (Фиг. 7)

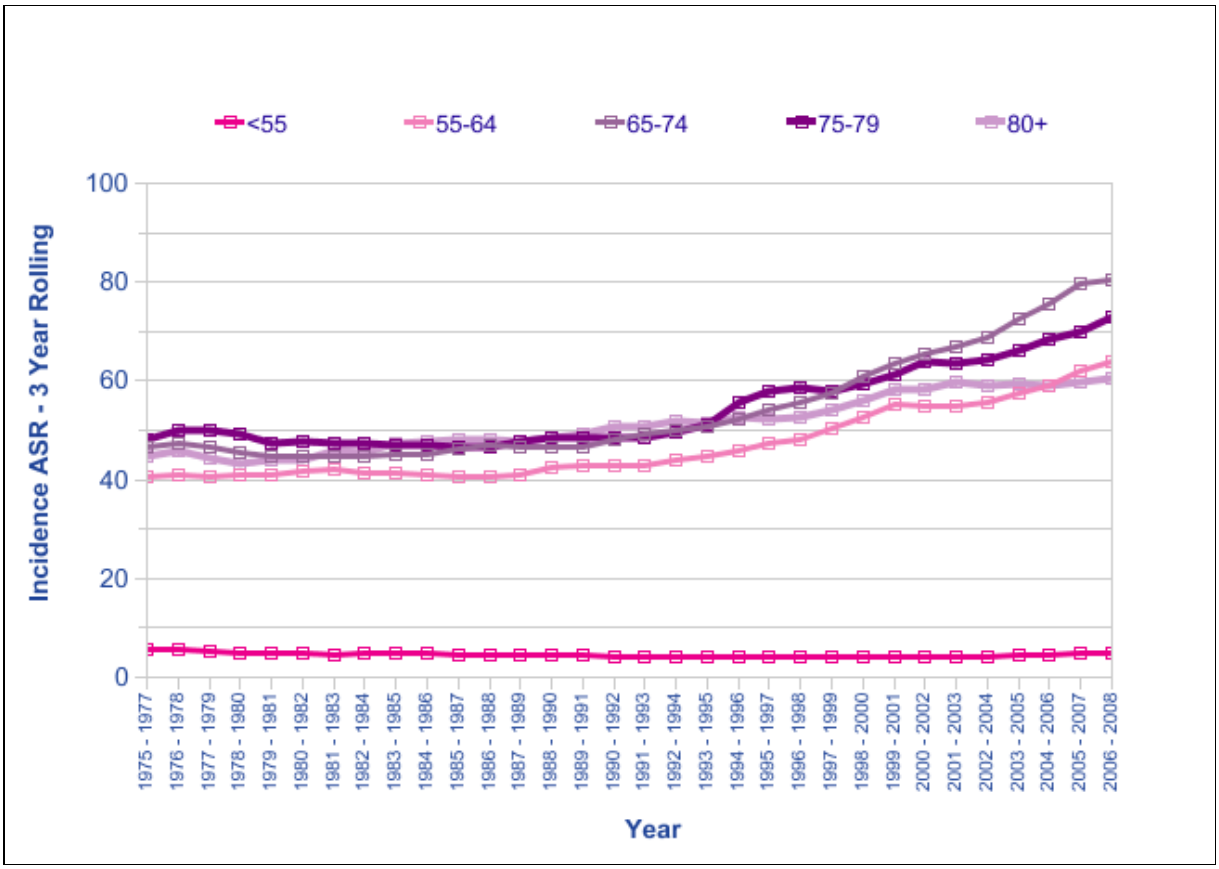


Фиг. 6. Рак на матката (C54-C55), средна заболеваемост за Европа по години, UK, 1993-2008



Фиг. 7. Рак на матката (C54-C55), средна заболеваемост за Европа по години, UK, 1993-2008

Налице са съществени различия в заболеваемостта от рак на матката по периоди и възраст. Най-голямо увеличение на заболеваемостта в проценти през последните десетилетия се наблюдават при възрастовата група между 65 и 74 години, която се е увеличила от 45 заболели жени на всеки 100,000 в средата на 1970 г. до 80 на всеки 100 000 през 2006-2008 г . За групата на жените във възрастта под 55 честотата като цяло е останала стабилна20,163,178]. (Фиг. 8) ***Очакваната заболеваемост за 2016 за САЩ е 60 050, като очакваната смъртност е 10 470, т.е. всеки 5-ти заболял ще загине.***



Фиг. 8. Заболеваемост от рак на матката (C54-C55) във Великобритания за периода 1975-2008

За съжаление, все още не е известна точната причина възникването на ендометриалния карцином. Понастоящем съществуват няколко хипотези за възникването му. Преобладава становището, че **трайното покачване на женските полови хормони естрогени** без периодичната секреция на прогестерон, в един момент води до продължителното и непрекъснато им действие върху нормалният ендометриум, който неминуемо хиперплазира (жлезистокистозна хиперплазия) [9,99]. След определен период от време е възможно хиперплазията на епитела да се превърне в атипична хиперплазия, която е първата крачка към развитието на ендометриалния карцином. Тази теза се подкрепя и от факта, че сравнително често в анамнезата на заболелите има относителна или абсолютна хиперестрогенемия и липса на овулация, а също и дисфункционални маточни кръвотечения на базата на ендометриална хиперплазия, синдром на Stein-Lowental, полипоза на ендометриума и др.[26,73]. Доказан е и факта, че по време на менопаузата се установява усилено изъчване на фоликулостимулиращ хормон от предния дял на хипофизата. Този хормон предизвиква гонадотропна стимулация и от theca interna на някои атретични яйчникови фоликули се отделят т.нар. нестандартни фенол-стероиди-естрогени, за които се предполага, че имат директно

канцерогенно действие върху ендометриума [81]. При много от заболелите жени е доказана повишената активност на хипоталамуса и повишената гонадотропна продукция на FSH [26,81].

Важно е да се отбележи, че описаните процеси на хиперплазия са обратими и невинаги от тях се развива карцином. В действителност, само много малка част от тях ще малигнизират 35]. Кое кара хиперплазията в едни случаи да се превръща в атипична, а в други да персистира в продължение на години и никога да не атипизира за съжаление към настоящия момент не е установено [58]. Това е и причината хормоналната генеза да бъде определяна само, като хипотеза, но не и като доказан етиологичен фактор на заболяването.

Втората по популярност теория за възникването на ендометриалния карцином е генетична. Според нея, заболяването е резултат от повишен риск дължащ се на наличие на промени в някои гени, предаващи се по наследство и водещи до по-голяма чувствителност на ендометриума към естрогени. В потвърждение на тази теория е и факта, че често могат да бъдат наблюдавани фамилии, при които заболяването се среща в няколко поколения [51]. Друг факт в потвърждение на наследствената теория е свързания с наследствения рак на дебелото черво nonpolyposis (HNPCC) - синдромът е наследствено заболяване, доказано причинено от промени в даден ген. Жените, които имат HNPCC синдром имат много по-висок риск от развитие на рак на ендометриума, отколкото при жените, които нямат HNPCC синдром [20].

За съжаление, към момента няма научнодостоверно доказан точно определен ген отговорен за развитие на карцином на ендометриума и това е причина генетичната теория да се приема само, като евентуална хипотеза за възникване на болестта, но не и за сигурен етиологичен фактор [45].

За разлика от липсата на доказана етиологична теория при ендометриалния карцином можем със сигурност да говорим за доказани **рискови фактори**, т.е. това са състояния, субстанции и действия директно или индиректно спомагащи, или потенциращи израждането на ендометриума. Като основни рискови фактори за развитието на рак на тялото на матката днес се приемат: възраст (над 50 години), ендометриална хиперплазия, затлъстяване, наследственост, неправилната употреба на хормонални контрацептиви, ановулаторни цикли, поликистоза на яйчниците, хормонпродуциращи тумори на яйчниците, жени със сериозни менструални проблеми в менопауза, географско разположение – засяга предимно жените в развитите страни [2,187]. Причините за определянето на изброените фактори, като рискови са строго

индивидуални и трябва да бъдат разгледани поотделно за всеки един от тях, както следва:

Възраст – както бе споменато по-горе карцинома на ендометриума засяга предимно жени над 50 годишна възраст, причините за това могат да бъдат търсени в променения хормонален фон в женския организъм в периодите на климакса, пре- и менопаузата [16].

Ендометриална хиперплазия – доказано е, че рискът от появата на рак на ендометриума е повишен при жени с ендометриална хиперплазия [99].

Наднормено тегло – в мастната тъкан на организма прехормон на надбъбречната жлеза се превръща в естрон – един от хормоните на яйчника. Степента на превръщане корелира със степента на затлъстяване; Именно поради това, повишените нива на естрогени в организма са характерни за жени с наднормено тегло. Смята се, че високите нива на естогени са основна причина за по-високата заболеваемост при жени с наднормено тегло. Според проведени по проблема проучвания при телесна маса от 12,5 кг. до 22,5 кг над нормата, има 3 пъти по-висок риск, а при телесна маса с 50 кг. над нормата – 9 пъти по-висок риск за развитие на рак на ендуметриума. Въпреки огромния брой на разгледаните от нас литературни източници и изследвания свързани с рака на ендометриума никъде не открихме научно доказано изнесени данни за това дали загубата на тегло, намалява риска от рак на ендометриума30,45].

Наследственост – редица изследвания доказват в пъти по-големия риск от развитие на ендометриалния карцином при жени с наследствена обремененост в сравнение с такива, при които такава не се установява [134].

Неправилна употреба на **Хормонозаместителна терапия** (ХЗТ) – клинично доказано е, че жените приемащи естрогени без прогестерон са с по-висок риск за развитие на рак на ендометриума [9]. Хормонозаместителната терапия повишава риска от рак на ендометриума, показаха резултатите от проучването Million Women Study, публикувани през април 2005 в Lancet (10,11), според които естрогените и tibolone увеличават риска от рак на ендометриума. Рискът се увеличава още повече, ако приемът на естроген е дългосрочен. Както бе казано по-горе в хормоналната хипотеза за етиологията на заболяването, постоянната естрогенна стимулация на ендометриума при липсата на прогестеронова промяна води до хиперплазия, а в последсвие и до рак на ендометриума [7,8,9].

В мащабно проучване от 1996 година Million Women Study са включени 320 953 жени, използвали ХЗТ: от които 69 577 (22%) са вземали непрекъсната комбинирана

терапия естроген/прогестоген; 145 486 (45%) са използвали циклична комбинирана терапия (естроген/прогестоген за 10-14 дни в месеца); 28028 (9%) са вземали tibolone и 14 204 (4%) – само естроген [87,90]. Основни изводи от проучването са: При пациентки употребявали естрогени самостоятелно се наблюдава нарастване на риска от ендометриален рак, в сравнение с жени, които не са употребявали ХЗТ. При пациентки употребявали продължителна комбинирана естроген/прогестоген ХЗТ (когато прогестогенът се взема всеки ден) се наблюдава намаляване на риска от ендометриален рак в сравнение с тези, които не са употребявали ХЗТ. При пациентки употребявали непрекъсната или циклична комбинирана естроген/прогестоген хормонозаместителна терапия (когато прогестогенът се взема 10-14 дни в рамките на всеки месец) не се наблюдава увеличение на риска от ендометриален рак в сравнение с тези, които не са употребявали ХЗТ. При пациентки употребявали хормонозаместителния продукт tibolone, съчетаващ естрогенни, прогестагенни и слаби андрогенни свойства, има нарастване на риска от ендометриален рак при продължителна употреба [9].

Поради изброените по-горе рискове редица специалисти споделят мнението, че в никакъв случай не е оправдано прилагането на хормонозаместителна терапия само и единствено с козметична цел [7,8].

В нашата страна, изпълнителната агенция по лекарствата (ИАЛ) е на мнение, че ХЗТ е подходяща за жени, които страдат от тежки менопаузални симптоми, нарушаващи качеството на живот на пациентките [9]. Препоръчва се използването на минимално ефективна доза за възможно най-кратък период на действие [8,9]. Пациентките трябва да бъдат запознати с рисковете на лечението от лекуващия лекар и най-малко веднъж годишно да се прави преоценка на баланса риск/полза от продължаването на терапията. При постменопаузални пациентки, показващи повишен риск от фрактури, ХЗТ може да бъде използвана само като средство на втори избор на профилактиката на остеопорозата. [MD 4, 2005]

При всички положения хормонозаместителната терапия трябва да се съпровожда с чести профилактични прегледи за да бъдем сигурни, че при евентуална поява на карцином на матката, той ще бъде диагностициран в ранен стадий [88].

Продължително излагане на женския организъм **на естрогени** също се счита за рисков фактор. В тази група, поради по-дългото излагане на естрогени попадат жени с настъпване на първа менструация в по-ранна възраст или такива, които са навлезли късно в менопауза, както и нереждали жени [99].

Поставянето на **поликистозата на яйчниците**, **произвеждащите хормони тумори на яйчниците** и **ановулаторните цикли** в групата на рисковите фактори се дължи на един и същи факт а именно – повишените естрогенни нива, до които водят /или с които са свързани/ тези състояния [2].

Считаме, че редица автори неправилно вписват географското разположение, като рисков фактор . Само по себе си то не оказва никакво влияние върху риска от развитие на ендометриален карцином. Причината да бъде споменавано, като рисков фактор също е малко дискутабилна и не покрива точно понятието 'географско разположение', а именно както бе споменато по-горе ракът на ендометриума засяга предимно жените в развитите страни. Не е правилно и да се каже, че в тези страни общия брой на заболелите с карцином на ендометриума е по висок в сравнение със същия в развиващите се страни. В страните с развито здравеопазване, към която група се числят първите е сведена до много ниски стойности заболеваемостта от карцином на маточната шийка и на практика тя е по ниска от заболеваемостта от ендометриален карцином. Затова по-правилно е да се твърди, не че по принцип рискът от развитие на ендометриален карцином в индустриалните държави е по-висок от същия в нискоразвитите, а че този риск в развитите държави е по-висок от риска за развитие на карцином на маточната шийка. Това се дължи на единствено на доброто ниво на здравеопазване и всеобхватния скрининг в тези държави и няма абсолютно никакво значение на каква географска ширина се намират те. Затова е по-правилно вместо географско разположение, като рисков фактор да се дефинира **степен на развитие на системата на здравеопазване в дадена държава.**

Диабет и **хипертония** – сами по себе си тези сериозни заболявания по никакъв начин не могат да предизвикат карцином на ендометриума. Причината да бъдат поставени сред рисковите фактори са много често корелиращите с тях затлъстяване и възраст над 50 години, които всъщност увеличават риска за развитие на ендометриален карцином [2].

Раса – редица проучвания, касаещи епидемиологията на заболяването показват, че ракът на ендуметриума е по-широко разпространен при жени от европеидната раса. Не са ни известни проучвания върху влияние на **етноса** върху заболеваемостта от ендометриален карцином [2,93,187].

Медикаменти - Тамоксифен (Tamoxifen) Тамоксифенът е медикамент от група, наречени селективни естроген рецепторни модулатори, или SERMs. Тамоксифенът действа като естроген върху някои тъкани в тялото, като матката, но блокира

действието на естрогена върху други тъкани, като гърдата [98]. Клинични проучвания показаха, че tamoxifen, използван за намаление на риска от рак на гърдата, в същото време увеличава честотата на ендометриален карцином при лекувани с хормонална терапия пациентки [116]. Този риск е по-голям при жени в постменопауза [216]. Рискът се свързва най-вече с естрогенния ефект върху матката. Поради това има значителен интерес към намирането на хормонален препарат, който да е алтернатива на tamoxifen и който да намалява риска от вторична малигненост [86]. Това определя необходимостта от това че жени, приемащи Тамоксифен задължително трябва да бъдат следени за появата на симптоми на рак на ендуметриума. Според изследвания, ползите от приема на Тамоксифен за лечение на рак на гърдата надвишават риска от развитие на други карциноми. Въпреки това, лекарството не трябва да се приема без сериозен (поне ехографски) контрол на състоянието на маточната лигавица [96].

Препаратът **Raloxifene** също е SERM. Той се използва за предотвратяване на костна слабост при жени в постменопауза. Той не разполага с естроген-подобни ефекти върху матката и не е доказано, че увеличава риска от рак на ендометриума [22]. Публикувани по-рано проучвания сочат, че raloxifen (Evista), който не стимулира ендометриалните естрогенни рецептори, може да е потенциална алтернатива, подобни са и резултатите от рандомизираното клинично проучване STAR. Подкрепа за raloxifen дава и проучване на Demichele и сътр., в което са включени 547 пациентки с ендометриален карцином, сравнени с контролна група от 1412 жени. Резултатите показват, че в сравнение с пациентките, които не са получавали нито един от медикаментите, лекуваните с raloxifen са имали три пъти по-малък риск от развитие на ендометриален карцином (odds ratio - OR 0.5 срещу 1.5), в сравнение с тези, получавали tamoxifen26]. Допълнително намаление в честотата на ендометриалния карцином е наблюдавано при приемащите raloxifen за период до три години [20,89].

Колоректален карцином – според направени от американски учени изследвания, жени с колоректален карцином са застрашени в по-голяма степен и от появата на маточен карцином [90].

Освен рисковите фактори са известни и т.н **защитни фактори**, това са вещества, състояния и др. за които е доказано, че със сигурност имат положителен превантивен ефект по отношение на карцинома на ендометриума и могат да понижат значително рисковете от заболяване [42]. Сред най-спряганите защитни фактори са:

Прием на комбинирани перорални контрацептиви (контрацептиви, които съчетават естроген и прогестин) – доказано е, че при редовното им приемане рискът от

възникване на карцином на ендометриума се намалява с около 54%. Защитният ефект на комбинирани перорални контрацептиви се увеличава с продължителността на времето, за което те се използват и може да продължи години след спирането им [9].

Адекватна физическа активност - според проучване проведено в Холандия през деветдесетте години на двадесети век, рискът от възникване на карцином на ендометриума при работещите интензивна физическа работа и редовно спортуващите жени е около три пъти по-нисък в сравнение с групата на жените с малка двигателна активност, при равни други условия [141].

Рационално хранене - диета с ниско съдържание на наситени мазнини и високо съдържание на плодове и зеленчуци може да намали риска от рак на ендометриума. Рискът може да бъде понижен и от редовният прием на соеви храни [152].

Съвременните **класификации** на ендометриалния карцином са няколко:

А. Според хистологичния вариант:

- Аденокарцином – най-честият(59%) рак на маточното тяло и с най-благоприятна прогноза – изграден е от неправилни жлези с атипични клетки и нарушаване целостта на базалната мембрана. Жлезите са разположени на гъсто, стромата е оскъдна.
- Аденосквамозен карцином – плоскоклетъчна метаплазия с данни за атипизъм
- Аденоакантом – наблюдава се и плоскоклетъчна метаплазия, но няма данни за атипизъм.
- Папиларен серозен карцином
- Плоскоклетъчен карцином

Б. Според степента на диференциация:

- високодиференциран (G1) – с най-благоприятна прогноза
- умеренодиференциран (G2)
- нискодиференциран (G3)
- анапластичен – силно злокачествен

В. Според стадия Международната федерация по гинекология и акушерство (FIGO – International Federation of Gynecology and Obstetrics) дефинира следните стадии в развитието на ендометриалния карцином:

I стадий – Злокачественият процес е ограничен само в пределите на ендометриума. Carcinoma in situ.

II стадий –

а) Злокачествения тумор инфилтрира и миометриума до половината от неговата дебелина.

б) Злокачественият тумор е излязъл извън пределите на матката и инфилтрира параметралното пространство - едностранно или двустранно, но инфилтратът не достига тазовата стена.

в) Злокачественият тумор навлиза в цервикалния канал.

III стадий –

а) Злокачественият тумор инфилтрира миометриума в цялата му дебелина и достига до серозата на матката.

б) Злокачественият тумор инфилтрира параметриума и преминава върху тазовата стена, но не засяга съседни органи.

в) Налице са метастази в регионалните лимфни възли, аднексите или влагалището.

IV стадий –

а) Злокачественият тумор прораства в съседни органи - пикочен мехур, ректум, сигма.

б) Налице са карцинома на ендометриума и далечни метастази

Трябва да се отбележи, че точното определяне на стадиите на заболяването се установява едва по време на операцията, а още по-точно – след завършване на хистологичното изследване от екстирпираните тъкани.

Г. Според патоморфологията:

а) ограничена форма - туморът е с полиповиден строеж и е ограничен върху малък участък от ендометриума. Раковата тъкан расте екзофитно, като може да изпълни цялата маточна кухина.

б) дифузна форма - карциномът обхваща цялата или почти цялата повърхност на ендометриума. Като маточната кухина е с неравна повърхност. На места се набелязват некрози и разпад. В ранните стадий карциномата обхваща само лигавицата на маточната кухина, в последствие инфилтрира мускулатурата и даже серозата на матката.

Ендометриалните карциноми се разделят основно в две категории:

Тип I – Ендометроиден тип, хормонозависим. Нормално се предшества от ендометриална хиперплазия. Има по-бавно развитие и по-добра прогноза.

Тип II – Светлоклетъчен, серозен и др. типове. Не е хормонозависим, развива се на фона на атрофичен ендометриум. По-агресивен е, метастазира по-рано и има по-лоша прогноза.

Както много други злокачествени заболявания и карцинома на ендометриума започва скрито и без ранни изяви, което е най-сериозния диагностичен проблем. За щастие, по-голямата част от случаите на рак на ендометриума се диагностицират в ранен стадий поради симптома на постменопаузално кървене. [96] Затова всички жени трябва да бъдат насърчавани да съобщават всяко неочаквано и необичайно кървене. Не са редки обаче и случаите, при които **симптомите** на заболяването се появяват едва в стадий, в който съвременната медицина не може да осигури дефинитивно излекуване [89,134].

Основен и най-чест симптом при рак на ендометриума е **гениталното кръвотечение** от метрорагичен тип - серозно или кръвенисто. Особено алармиращи са кръвотеченията в менопаузата. Кървенето е в резултат на некроза и разпад на туморната маса. Проявява се, като прекомерно кръвотечение от влагалището по време на месечния цикъл или извън него (хиперменорея, метрорагия и менорагия) може да се появи и, като пременопаузно кръвотечение, както и кръвотечение в постменопаузата [20]. Най-често кървенето започва като воднисто течение с примеси на кръв и постепенно се насища с повече кръв. В кървенето могат да бъдат открити и парченца туморна маса, но може и да бъде и като „мито месо", което е по-характерно за рака на шийката на матката. Колкото по-късно в менопаузата се появи метрорагията, толкова по-често тя е израз на ендометриален карцином. Именно поради това, жените, навлизащи в менопауза, не бива да приемат подобно извънменструално кървене като част от симптомите на менопаузата. При рецидивираща и терапевтично резистентна; metropathia haemorragica klimakterica в диференциално-диагностичен план винаги трябва да се мисли и за рак на ендометриума [59].

Друг характерен симптом, който се проявява в напреднал стадий е **болката**. Тя има пристъпен характер и се появява, когато маточната кухина се изпълни с туморни маси, които матката се стреми да изгони [2]. По тази причина тези болки могат да бъдат спастични и да наподобяват маточни контракции (Симпсонови болки). Постоянните пелвични болки се появяват след туморна инфилтрация на аднексите, пикочния мехур и нервните оплетения в малкия таз [22].

Флуор със зловонна миризма се появява значително по-късно и се дължи на некротичните промени в тумора. Към разпадните процеси в маточната кухина, може да

се добави и инфекция. В такива случаи през цервикалния канал на порции се експулсира гнойно течение с неприятна миризма. При смутен дренаж (напр. Стеноза на цервикалния канал) маточната кухина може да се изпълни с гной [22,98].

При напреднал ендометриален рак клиниката може да се допълни с поява на усложнения, като **затруднения или болка и смущения в микцията, болка при полов акт, анемия, кахексия, повишена температура**, **отпадналост**, **смущения в дефикацията**, както и симптоми от органите, засегнати от метастази (напр. кашлица, хемоптое и пр. при белодробни метастази).

Не винаги наличието на тези симптоми е показателно за появата на рак на ендометриума, но подобна симптоматика задължително налага преглед при специалист гинеколог за определяне на състоянието.

Пътища на разпространение на раковия процес. Карциномът на маточното тяло има сравнително бавен растеж, (в сравнение напр. с цервикалния и овариалния карцином) 98]. Той остава значително дълго време ограничен само в маточната кухина. Вероятно за това способства мощният миометриум. Едва когато раковият инфилтрат проникне дълбоко в маточната мускулатура или инфилтрира надолу маточната шийка, настъпва пропагация на карцинома извън матката [5,22].

Карциномът на ендометриум се разпространява по съседство чрез депортация на ракови клетки по лимфен път и много рядко – по кръвен път. Когато карцинома е разположен към дъното на матката, първите метастази са в парааорталните лумбални лимфни възли. Колкото туморът е разположен по-близо до цервикалния канал, толкова по-често първите метастази са (както и при карциномата на шийката) в илиачните лимфни възли [187]. Близките органни метастази са в аднексите (тръбите и яйчниците), а далечните - в белия дроб, черния дроб, мозъка и костите [20].

Диагнозата рак на ендометриума се поставя на базата на резултатите от редица изследвания. Методите за диагноза трябва да отговарят на редица условия – да са точни за откриване на заболяването, да са евтини и да не причиняват усложнения [16, 22]. В съвременната медицинска практика се прилагат следните изследвания:

Гинекологичен преглед – започва със щателна анамнеза и събиране на данни за всички неправилни маточни кръвотечения. По класическият начин се преглеждат вагината, матката, пикочния мехур и ректума за наличие на „бучки" или изменения във формата и размера им. С помощта на спекулум се изследват горната част на вагината и шийката на матката [5]. Прегледът няма особено значение за поставяне на диагноза, тъй като често матката е с нормални размери и правилна форма [16, 22].

Сепарирано абразио – класически метод за диагнозата на ендометриалната карцинома е сепарирано пробно абразио на маточната кухина и цервикалния канал. Извършва се под анестезия и е стандартно изследване за определяне не само на обема и разположението на тумора но и за разпространението на злокачествения процес, към цервикалния канал [98]. Взема се и материал за хистология. От особена важност е абразиото да бъде „тотално" – т.е. да се кюретира и изпрати за изследване по възможност цялата лигавица. Въпреки тоталното абразио в около 5 % от случаите е възможно малки карциноми в областта на кантовете на матката или в тубарните ъгли да бъдат пропуснати. Затова при негативен резултат от абразиото, но продължаваща метрорагия е необходимо абразиото да се повтори [20].

Цитологично изследване – вземане на материал от цервикалния канал и от portio vaginalis colli uteri. По този начин не може да се открие рак на ендометриума, но се изключва рак на шийката на матката, като причина за оплакванията [5,22];

Цитологичното изследване чрез jet-wash техника може да се използва като скринингов диагностичен метод при жени с повишен риск за ендометриална карцинома [22].

Аспирационен кюртаж – точността на диагнозата е до 97%. Предимството на този метод е, че се прилага в амбулаторни условия, без приложението на анестезия [20,45,89];

Хистероскопия – ендоскопски метод за оглед на маточната лигавица. При този метод маточната кухина се оглежда директно визуално, като същевременно чрез флексибилна биопсична щипка се взима прицелна биопсия от най-суспективните участъци на ендометриума [45].

Хистерография – Помощен диагностичен метод за оглед на формата и големината на маточната кухина, когато ще се провеждат интракавитарно лечение [22,98]. Дава възможност да се определи отношението на тумора и разположението му спрямо цервикалния канал;

Трансвагинален ултразвук – чрез трансвагинална ехография се оглеждат женските репродуктивни органи – матката, яйчници, шийката на матката и вагина. Дебелина под 4мм при постменопаузални жени практически изключва карцином на ендометриума [1,7].

След поставянето на диагноза *ендометриален карцином*, от съществено значение за планиране на лечението е определянето на стадия на заболяването [76]. Определянето на клиничния стадий в развитието на ендометриалния рак е сравнително

трудно и често неточно поради това, че злокачественият процес се развива в недостъпна за директен оглед кухина [76,83]. Стадирането има за цел да определи, дали ракът се е разпространил до други органи на тялото. С цел определяне на стадия на тумора, пациентите се подлагат на някои от следните изследвания – рентгенография (на бял дроб), компютърна томография, ултразвук, ядрено-магнитен резонанс, колоноскопия, урография (за доказване на метастатичен процес и засягане на съседни структури), цистоскопия (оглед на лигавицата на пикочният мехур) и други изследвания по лекарска преценка [187].

Най-сигурният начин за определянето на стадия на карцинома е премахването на матката (хистеректомия). След като органът е премахнат могат да се видят точните зони на инвазия на рака. Освен това, могат да се изследват лимфните възли и/или останалите достъпни по време на операцията органи за оглеждане и при необходимост вземане на хистологичен препарат [59,85,94].

В **диференциално диагностичен план** ракът на ендометриума трябва да се разграничи от всички заболявания, при които се откриват неправилни менструални кръвотечения като: миома, ендометриален полип, ендометриална хиперплазия, нарушена бременност и аборти, неоплазми, травми, сарком, аденомиоза, рак на шийката на матката, хормонпродуциращи тумори на яйчниците и др. Повечето от изброените диагнози не са животозастрашаващи и трябва да бъдат поставяни само след сигурно изключване на карцинома на ендометриума като възможност за кървенето [71,84]. След менопаузата диференциална диагноза трябва да се прави с атрофичен вагинит и ендометриална атрофия. Като извънгенитални диференциални диагнози можем да споменем полип на уретрата и хемороиди [84].

Лечението на рака на ендометриума е подобно на лечението на останалите злокачествени тумори, и тук терапията трябва да се извършва с повишено внимание от екип от специалисти! [108] Изборът на терапия зависи от размера на тумора, стадия на заболяването, взаимозависимостта му и степента на диференциация [22,108]. Влияние оказват още и други фактори, като възраст на пациентката и общо здравословно състояние, както и желанието на жената за бъдеща бременност (при нераждали пациентки в ранен стадий) [22,108,187].

При възможност е препоръчително да се поиска второ мнение от онко-гинеколог, който да потвърди диагнозата, фазата на заболяването и планираното лечение, но това в никакъв случай не бива да бъде свързано със забавяне на терапията, тъй като всяко забавяне или грешка в лечението може да бъде фатално [105].

Преди започване на лечението трябва да бъдат уточнени: вида на ендометриалния карцином, разпространението и стадия му (има ли метастази), необходими ли са допълнителни изследвания с цел откриване на метастази, каква е степента на диференциация на тумора, какви са опциите за лечение, какви са очакваните ползи от различните видове лечение, какви са рисковете и възможните странични ефекти на различните видове лечение, както и цената на лечението [43].

Централно място в терапията на карцинома на ендометриума заема **оперативното лечение** – обичайният обем на операцията е тотална хистеректомия с двустранна аднексектомия [31,48]. Карциномът на ендометриума е операбилен до III стадий включително. Ако инфилтрацията навлиза в цервикалния канал, трябва да се направи радикална хистеректомия с лимфна дисекция и екстирпация на пелвичните лимфни възли, както това се прави при карцинома на шийката на матката [48]. Допълнително при ниско диференциран рак и при разпространението му извън маточното тяло следоперативно може да се направи и адювантно **лъчелечение.** Когато туморът не инфилтрира миометриума (I стадий), не е необходимо да се провежда следоперативно лъчелечение. Във II и III стадий следоперативното лъчелечение е задължително [31]. Общата огнищна доза за малкия таз е 60 Gy (6000rd).

При пациентки с много висок оперативен риск (много възрастни или с тежки екстрагенитални заболявания) се пристъпва към предоперативно лъчелечение. То се състои в апликация в маточната кухина на радиоактивни перли до получаване на обща интракавитална доза 80 Gy (8000 rd). След отстраняване на перлите, органите в малкия таз се облъчват перкутанно до обща огнищна доза 60 Gy (6000 rd). Оперативната интервенция се предприема 3 седмици след лъчетарапията [31].

Според начина на приложение разглеждаме два вида лъчетерапия за лечение на рак на ендометриума [48]:

Външна лъчетерапия - източника на радиация се намира извън тялото. При процедурата се налага хоспитализиране. Терапията се провежда 5 дни в седмицата в продължение на няколко седмици.

Вътрешна лъчетерапия, вагинално имплантиране на радиоактивен източник - импланти, съдържащи радиоактивно вещество се поставят в близост до тумора. При процедурата се налага хоспитализиране, тъй като имплантът остава в тялото на пациента няколко дни. Този метод позволява насочена ирадиация и бидейки по-малко радикален, той причинява по-малко увреждания в здравите тъкани.

Някои пациенти се нуждаят от **комбинирана лъчетерапия** - вътрешна и външна. Освен в гореописаните случаи лъчетерапията се прилага и при пациенти, при които операция не може да бъде извършена – с палиативна цел [29].

Тъй като туморът е хормоночувствителен се провежда и хормонотерапия по преценка на лекуващия лекар. **Хормоналната терапия** се състои в приемането на медикаменти, целящи предотвратяването на възможността раковите клетки да използват хормони, необходими за растежа им [45]. Хормоналната терапия постига резултати, чрез забавяне или дори спиране растежа на раковите клетки. Тя се използва при пациентки с метастази [73]. Тя, също така, представя една възможност за жените в ранен етап на болестта, които все още искат да забременеят преди матките им да бъдат отстранени хирургически [8]. Преди започването на терапията се назначават изследвания на хормоналните рецептори [9]. Резултатите от лабораторните тестове на тъканта на матката спомагат да се установи, дали съществуват естрогенови или прогестеронови рецептори в туморните клетки. Ако те съществуват, вероятността пациентката да се повлияе от терапията е голяма. Диференцираните аденокарциноми на ендометриума се влияят добре от хормонално лечение с гестагенни препарати. Мощната децидуализация на стромата причинява некротични промени в жлезната съставка на тумора. Обикновено при хормоналната терапия под формата на лекарствен препарат се приема прогестеронов препарат напр. Hormofort – от 500 до 1000 *mg* два пъти седмично мускулно [45]. Често прилагани са и препаратите Медроксипрогестеронацетат в доза 500 мг два пъти седмично или Provera в доза 200 мг на ден [187]. Хормоналната терапия е системен тип терапия, тъй като повлиява раковите клетки в цялото тяло, т.е повлияват се и метастазите, ако има такива и ако те притежават хормонални рецептори. Наблюдавани са регресивни изменения в белодробни метастази под влияние па гестационното лечение [99]. Обикновено хормонотерапията се прилага, като допълнителен метод към оперативното лечение. Изключение правят случаите с пациентки, при които операцията и лъчетерапията не са приложими. Назначава се още в случаи на метастази на карцинома в белия дроб или други отдалечен органи и рецидиви [98].

Резултати от японско проучване, което акцентира върху качеството на живот и преживяемостта, показват клиничното приложение на високи дози прогестерон като метод за избягване на хистеректомия при млади жени със стадий IA ендометриален карцином или атипична хиперплазия, които обикновено се лекуват оперативно [96]. Цел на проучването е било да се определят терапевтичните възможности за запазване

на фертилитета. С перорален medroxyprogesterone (600 мг/ден) и ниски дози aspirin, за период от максимум 26 седмици са лекувани 41 пациентки. Данните показват отговор на приложената терапия при 60% от жените (44% с ендометриален карцином и 82% с ендометриална хиперплазия). В групата са документирани девет бременности и четири нормално родени деца. При 40% от пациентките заболяването е прогресирало между 7-22 месец. Те са получили повторна терапия с medroxyprogesterone или са били подложени на хистеректомия. Лечението е понесено сравнително добре, като най-честият страничен ефект е бил наддаване на тегло. Резултатите от проучването подкрепят използването на тази стратегия при млади жени с нисък риск от ендометриален карцином с цел запазване на фертилитета [86].

Химиотерапията е метод към който се прибягва най-често в напредналите случаи [21]. Методът се използва, когато вероятността от метастази е вече висока. По-добре се повлияват нискодиференцираните тумори [24]. Използваните вещества се разпространяват в тялото и убиват също и ракови клетки извън матката [39]. Това действие върху целия организъм обаче е източникът на странични ефекти, които обикновено изчезват след приключване на терапията [37]. Прилагането на цитотоксична химиотерапия (например cisplatin/doxurubicine) показа наскоро по-добра преживяемост, в сравнение с използването на абдоминално лъчелечение при ендометриален карцином в стадий III. Според японско проучване, химиотерапията може да се прилага като алтернатива на лъчетерапията при лечение на по-локализирано заболяване с интермедиерен риск. В изследването 425 пациентки с ендометриален карцином с >50% инвазия в миометриума са разделени в две групи: терапия с cisplatin/doxorubicin/ cyclophosphamide или тазова лъчетерапия. Резултатите не показват съществена разлика между двете групи по отношение на честотата на локален рецидив (15% срещу 16%) и преживяемостта [9,199]. Въпреки ефекта от химиотерапията с cisplatin/doxorubicin при напреднал, метастатичен и рецидивиращ ендометриален карцином, съществува загриженост за токсичността на тази комбинация. Това се отнася най-вече за възрастни пациентки, повечето от които вече са получили тазова лъчетерапия, преди да бъдат преценени за цитотоксична химиотерапия. Възможна алтернатива може да е комбинацията от carboplatin и paclitaxel. В ретроспективен анализ на опита им с тази комбинация при ендометриален карцином, учени от Sloan-Kettering Cancer Center в New York са установили среден период без прогресия на заболяването от 4.2 месеца и период на преживяемост от 11 месеца. Резултатите

показват, че carboplatin/paclitaxel може да се прилага при напреднал ендометриален карцином [86].

За повишаване на ефикасността от лечението се използва комбинативна терапия от две или повече лечения [27]. Типичен пример за комбиниране на терапевтични методи е лечението на папиларният серозен ендометриален карцином – рядка, но агресивна форма с висок риск за метастазиране. Оптималната терапия за ранния му стадий е неясна, но повечето изследователи смятат, че само оперативно лечение не е достатъчно. Според ретроспективен анализ на учени от Yale University School of Medicine, в следоперативния период трябва да се добави химиотерапия с локална лъчетерапия. В изследване на 21 жени в стадий IA на заболяването, при нито една от седемте пациентки, които са получили адювантна химио- и лъчетерапия, не е настъпил рецидив в сравнение с 43% рецидив (6 от 14 пациентки) в групата без такова лечение. В групата в стадий IB не е имало рецидив при всичките (12) пациентки, в сравнение с 59% рецидив (10 от 17) в групата без такова лечение. Недостатък на проучването е малкият брой участнички и ретроспективният му характер. Въпреки това, резултатите подкрепят други нерандомизирани проучвания, според които химио- и лъчетерапията могат да са от полза за подобряване на преживяемостта [86].

За съжаление нито един от изброените методи за лечение на карцинома на ендометриума не е без нежелани **странични ефекти**. Страничните ефекти зависят от множество фактори, включващи вида на лечението и неговата продължителност и варират при всеки отделен пациент и при всяка последваща лечебна процедура [36].

Обикновено след хистеректомия се появяват симптоми като прекомерна умора и болка, които отминават в период от 4 до 8 седмици след операцията [36,68]. Съпътстващите симптоми включват още – гадене, повръщане, подуване на корема и проблеми с пикочния мехур [36]. Именно поради това, в някои от случаите в постоперативния период е оправдан за кратко прием само на течности и постепенно захранване [68].

При премахването на яйчниците менопаузата настъпва мигновено и типичните за нея симптоми като горещи вълни са по осезаеми в сравнение с естествената менопауза [49, 84]. Обикновено за облекчаване на симптомите на менопаузата се назначава хормонозаместителна терапия, но има лекари против тази практика, тъй като се счита, че допълнителният прием на естроген е рисков фактор, който може да предизвика рецидив на заболяването [141].

Жени, претърпели хистеректомия, често се измъчват от съмнения относно своята сексуална пълноценност. Чувството на загуба води до затруднения в половия живот и промени в либидото. Споделянето на тези чувства с партньора спомага за възвръщане на самочувствието и връщане към нормален начин на живот [103].

Страничните ефекти на лъчетерапията са зависими преди всичко от дозата и третираната част на тялото [80]. Чести странични ефекти на лечението са – суха, зачервена кожа; загуба на окосмяване в третираната област; загуба на апетит; прекомерна умора. При някои жени се появяват сухост, сърбеж, чувствителност и парене във вагината. Възможно е още лъчетерапията да причини диария или често и дискомфортно уриниране. Намаляването на броя на белите кръвни клетки по време на лъчевата терапия увеличава риска от инфекции [93].

Препоръчително е по време на терапията пациентите да се въздържат от полови контакти. При повечето пациенти възвръщането към обичаен полов живот е няколко седмици след приключване на лечението [187]. Съществуват медикаменти за облекчаване на вагиналния дискомфорт, свързан с лечението [22].

Хормоналната терапия може да причини множество странични ефекти. Жените приемащи прогестерон често задържат течности, имат повишен апетит и повишават теглото си [28]. При пациенти, които все още имат менструация се наблюдават промени в менструалните цикли [84].

Лечението на карцинома на ендометриума е фундаментален проблем в съвременната онкогинекология от решението, на който зависи спасяването на човешки живот. В тази насока в най-развитите в здравеопазването страни се инвестират огромни средства за извършване на нови изследвания и създаване на нови медикаменти за борба със заболяването. Същите тези високоикономически и здравно развити страни отдавна са разбрали, че лечението на карцинома на ендометриума е само едната половина от борбата със заболяването, а другата е неговата профилактика, централно място в която заемат скриинингът и ранно откриване. За голяма част от тези здравноусигурителни системи приоритет в борбата с карцинома на ендометриума е изобщо да не се допусне разболяване на жената [98,99]. Огромните средства там се дават основно за скриининг и профилактика на заболяването. Тези средства са и една добра инвестиция за здравноосигурителните системи, защото доказано намаляват заболеваемостта и спестяват в пъти по-големи разходи, които биха били похарчени за лечение на същите жени. За съжаление, в нашата страна скринингът (не само на това социалнозначимо) заболяване не е приоритет!

Според American National Cancer Institute фундаменталните въпроси в профилактиката на карцинома на ендометриума трябва да бъдат:

- Намаляване на влиянието на рисковите фактори.
- Ограничаване употребата на хормонални препарати без лекарски контрол
- Ранно и адекватно лечение на атипичната хиперплазия
- Скрининг на всички жени в менопауза.

Поради зачестяването на предраковите и раковите заболявания на женските гениталии все по-голяма става необходимостта от изработването и въвеждането на скринингови програми за ранно откриване за постигане на ефективно лечение. [5] За съжаление, ефикасен ранен скрининг при онкогинекологичните заболявания с изключение на рака на маточната шийка днес не е известен. При предрака и рака на ендометриума има ограничен (опортюнистичен скрининг) при жените от някои основни рискови групи като хипертония, затлъстяване и диабет. Комбинираното прилагане на прогестеронов тест и трансвагинална сонография при ДЕ (дебелина на ендометриума от 4 mm) е начин за ранно откриване и скриниране на предрака и рака на ендометриума. [5]

Правилата за **скрийнинг на рака на ендометриума** налагат, всички жени в менопауза да бъдат информирани за риска от заболяването, както и за симптомите му; жените трябва да бъдат силно насърчавани да съобщават на лекарите си всеки случай на кървене или наличие зацапване с кръв [78]. При всички жени с висок риск за наследствен неполипозен рак на дебелото черво след 35-годишна възраст трябва да бъде осъществяван ежегоден скрийнинг за рак на ендометриума чрез вземане на биопсия от ендометриума [73].

Важно е и правилно да бъдат определени и жените, които попадат във високорисковите групи. За да се намали *заболяемостта* е необходимо високорисковите групи да бъдат диспансеризирани [78], да се ограничат употребата на естрогени без лекарски контрол, да се осъществява адекватно лечение на преканцерозите на матката. Да се изследват всички жени през менопаузата, като се прави ултразвуково изследване на дебелината на ендометриума, а в някои случаи се взема и материал за биопсия [54].

За да намалим заболеваемостта от ендометриален карцином е необходимо при рисковите групи да се намали действието на факторите, които водят до хиперплазия на

ендометриума [82]. За целта своевременно трябва да се уточнява причината за атипични генитални кръвотечения, да се ограничи употребата на естрогенни препарати при жените с висок риск, а при диагностицирана атипична хиперплазия на ендометриума, тя да се лекува адекватно [83]. Лечението на затлъстяването също има своето значение [67]. При жените, които не попадат във високорисковите групи също трябва да се вземат необходимите (макар и по-леки) профилактични мерки, като поддържане на нормално телесно тегло, както и използването на комбинативна хормонална терапия. [144] Поддържането на нормално телесно тегло, предпазва от високи нива на естроген, корелиращи с повече мастна тъкан. Редовната физическа активност намалява наполовина риска. Бедната на мазнини, особено от животински произход, диета също така намалява опасността от развитие на рак на ендометриума [87,90].

Ползването на контрацептивни таблетки може да намали вероятността от рак на ендометриума в течение на десет години след приемането на последната таблетка [38].

Нови указания за профилактичен скрининг на рака на ендометриума и маточната шийка публикува в края на 2005 Американското дружество за лечение на рака (American Cancer Society – ACS, http://www.cancer.org) [16]. Относно скрининга за рак на ендометриума през 2001 ACS публикува обзор, според който няма достатъчно данни, за да бъде препоръчван рутинен скрининг за ендометриален карцином при жени с умерен или повишен риск (терапия с естрогени, tamoxifen, късна менопауза, затлъстяване, диабет, хипертония, нераждали, наличие на инфертилитет или липса на овулация,).

ACS препоръчва жените с умерен или повишен риск да бъдат информирани в началото на менопаузата за симптомите на ендометриалния рак и да се консултират със специалист при патологично кървене.

ACS също застъпва тезата, че жени с висок риск за рак на ендометриума, поради наличие на определени генни мутации, фамилна анамнеза за заболяването (възможно носителство на мутация) или липса на генетично изследване при фамилии с вероятност за наличие на автозомна доминантна предиспозиция за рак на дебелото черво, трябва да се подлагат на преглед всяка година, след навършването на 35 години.

Биопсията на ендометриума е най-често използваната техника и въпреки разработването на други методи, хистологичното изследване е златен стандарт за диагнозата. Пациентките трябва да бъдат информирани за ползите и рисковете на изследването при диагностиката на ранния ендометриален рак. [8,9,16]

Важно е да бъде обърнато внимание и на психологичните аспекти на проблема. От съществена важност е раково болните пациенти да бъдат подробно информирани и запознати със заболяването, както и с опциите за лечение. След първите тежки емоционални моменти, при съобщаване на диагнозата, изключително важно е болният да не остава сам и да не губи надежда. Често шокът и стресът не дават възможност на пациента да зададе на специалиста всички интересуващи го въпроси. Именно поради това, се препоръчва подкрепата на други членове на семейството, които да присъстват на прегледите на онкоболната жена [98,99]. Добрата психологическа нагласа на пациента за борба с тежкото заболяване трябва да бъде подкрепяна както от медицинския персонал така и от близките [97].

ИЗВОДИ ОТ ЛИТЕРАТУРНИЯ ОБЗОР

На базата на задълбочения литературен обзор правим следните по-важни ИЗВОДИ:

1. Въпреки, че карциномът на ендометриума е сред най-разпространените злокачествени заболявания на женските полови органи, редица проблеми свързани с неговата етиопатогенеза и терапия остават дискутабилни. Скрининг програмите са ограничени само за пациенти с Lynch синдром.

2. Заболеваемостта и смъртността от карцином на ендометриума в България е по-висока от средната за Европа и по този показател страната ни заема едно от челните места в Европейския съюз.

3. Не открихме в достъпната ни литература мащабни, научно значими проучвания, проведени в България, анализиращи проблемите свързани със скрининга на карцинома на ендометриума, пряко зависими от информираността на българските жени върху заболяването.

4. Налага се необходимостта от проучване и анализ на причините и факторите, влияещи върху информираността на българските жени относно възможностите за профилактика и своевременна диагноза на карцинома на ендометриума, за намаляване на заболеваемостта и съответно подобряване на прогнозата му.

5. Налага се извода, че повишаването на здравната култура, информираността и мотивацията на българските жени за участие в скринингови програми ще доведе до поведение, което неминуемо би свалило България от челните места в класациите по заболеваемост и смъртност.

В резултат на констатациите, произлизащи от прегледа на литературата, се мотивира в най-висока степен потребността от настоящото проучване, което би допълнило, разширило и задълбочило публикуваните проучвания върху етичните и социално-медицинските проблеми, свързани със скрининга на карцинома на ендометриума.

ГЛАВА 2: ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДОЛОГИЯ НА ПРОУЧВАНЕТО

2.1. ЦЕЛ И ЗАДАЧИ

Целта и задачите на настоящото изследване свързано със скрининга на карцинома на ендометриума бяха определени ясно и точно още в началото на това първо по рода си проучване в страната.

Цел: Да се анализират етичните и организационни пробеми, свързани със скрининга за карцинома на ендометриума.

Задачи:

1. Да се изследва отношението на анкетираните към профилактиката на онкологичните заболявания на женските полови органи.
   1.1. Да се проучат нагласите на анкетираните за провеждане на общи профилактични прегледи
   1.2. Да се проучи честота на профилактичните прегледи на женските полови органи сред анкетираните жени
   1.3. Да се проучат най-чести причини за посещение при гинеколог от анкетираните
2. Да се изследват познанията на анкетираните за карцинома на ендометриума
   2.1. Да се определи отношението на анкетирираните към симптома ‘извънменструално маточно кървене’
   2.2. Да се проучи фамилната обремененост на анкетираните с карцином на ендометриума
   2.3. Да се изследват познанията на анкетираните относно риска от развитие и методите за намаляване на риска от развитие на карцином на ендометриума
   2.4. Да се проучат познания на анкетираните относно терапията на ендометриалния карцином
   2.5. Да се изследва мнението на анкетираните за шансовете за излекуване от карцином на ендометриума и средствата за повишаване на тези шансове

3. Да се проучат познанията на българските жени за методите за профилактика на ендометриалния карцином
   3.1. Да се определи запознатостта на анкетираните с възможностите за профилактика на ендометриалния карцином
   3.2. Да се изследват източниците на информация за възможностите за профилактика на ендометриалния карцином
   3.3. Да се определи влиянието на икономически фактори върху профилактиката на ендометриалния карцином, както и времето, което анкетираните желаят да отделят за профилактични прегледи
   3.4. Да се проучи запознатост на анкетираните с възможностите за скрининг за ендометриален карцином в България.
4. На базата на придобитите данни, да се обобщят предложения към държавните институции, които да подобрят ранната диагностика на карцинома на ендометриума с цел намаляване инвалидизацията и смъртността от заболяването.

2.2. МЕТОДОЛОГИЯ НА ПРОУЧВАНЕТО

По същество е приложен **социологичен метод,** със своята двустранна роля – от една страна да се установят факторите и пътищата на въздействие на медицината върху обществото и неговите подсистеми, а от друга – как обществото и неговите подсистеми оказват влияние върху развитието на медицината. Кръгът на социологически проблеми, разглеждани и анализирани в дисертационния труд са: здравна култура и здравно възпитание, специфична профилактика, мотиви свързани с опазване на здравето, социални проблеми свързани с медицинското обслужване в първичната здравна помощ, проблеми с медицинската квалитология.

Провеждане на научното изследване

По своя характер нашето научно наблюдение е гнездово и изчерпателно - обхваща жени във възрастта между 18 и 78 години в градовете София, Пловдив, Варна, Хасково, Стара Загора, Пазарджик и Първомай. По същество то е **ретроспективно (анкетно) .**

Оформихме целесъобразно и преднамерено следните две групи за проучване :

- първа група: анкетирани жени, на възраст над 18 год.
- втора група: майки на анкетираните жени;

Място на проучването

За **технически единици** избрахме: МБАЛ „Св. Екатерина“ в гр. Пазарджик, ДКЦ 18 – гр. София, МБАЛ „Свети Мина” гр. Пловдив, ОДОЗ гр. Пловдив, ДКЦ 1 в гр. Хасково, УМБАЛ в гр. Стара Загора, ДКЦ 3 в гр. Варна и МБАЛ – Първомай, поради големия относителен дял на изследвания контингент в съответните медицински практики.

Органи на наблюдението са, преминали предварително обучение: лекари, медицински сестри и акушерки, предварително запознати с целите и задачите на изследването и обучени да събират данни, да инструктират ясно анкетираните, да попълват правилно анкетните карти.

Логическа единица: всяка жена на възраст над 18 години, посетила съответните здравни заведения в периода на изследването /01.06.2013 – 01.06.2015 г./, проявила желание да участва доброволно в проучването.

За определяне на необходимия брой участници в проучването беше използван двуетапния метод на Schein. В първия етап на проучването направихме микроизвадка от 39 жени. На базата на 1 количествен признак /възраст/ и 1 качествен признак /образование/, беше изчислен необходимия брой единици, гарантиращ достоверност на резултатите при уровен 95%. Броят е **576**, но при проучването се събра и допълнителна информация от общо 762 единици, след отпадане на 18 /непълно попълнени анкетни карти – 3, неспособни да дадат отговор на над 50% от въпросите/.

Събраната информация изяснява отношението на анкетираните жени към проблемите свързани със скрининга на карцинома на ендометриума и техните майки, които са определени като втора група.

Анкетната карта /вж.Приложение 1/, по която се проведе проучването, съдържа 57 въпроса (закрити,открити и смесени), които са групирани в два раздела:

I. Обща част – Социална характеристика на изследваната група;

II. Специална част, включваща разделите:

1. Въпроси за нивото на разпространеност на скрнининга на карцинома на ендометриума;
2. Въпроси за информираността и мнението на жените по отношение на методите и средствата за профилактика на онкогинекологични заболявания и в частност на ендометриален карцином;
3. Фамилна анамнеза на анкетираната жена;

4. Въпроси, изследващи запознатостта на жените с методите и средствата за лечение на карцинома на ендометриума;
5. Въпроси, целящи да изяснят факторите оказващи влияние върху информираността на българските жени относно средствата и методите за ранно откриване на ендометриалния карцином;

Анамнестичното проучване се проведе със социологична методика. Интервюто ангажира пряко и непосредствено анкетираните и анкетиращите за по-пълното разясняване на въпросите на анкетираните и води до по-голяма точност при анализирането на получените резултати.

Признаците, по които наблюдаваме изследвания контингент, групирахме в две групи:

1. **Резултативни признаци:** цитонамазки, извънменструални маточни кървения, брой бременности, данни за здравословен статус на майката на анкетираната жена, свързани с фамилна обремененост;
2. **Факториални признаци** – възраст; семейно положение; етническо самоопределение и образование

Статистическа обработка на данните

Анализирането на събраните данни се осъществи посредством следните видове статистически анализи:

1. Алтернативен анализ – използва се за обработка на качествените данни.
2. Вариационен анализ – за представяне на базовите количествени показатели като: брой бременности, брой извънменстуални кървения, брой цитонамазки, брой годишни профилактични прегледи.
3. Непараметричен анализ за тестване на хипотези – критерия на съгласие на Pearson, Критерия на Колмогоров – Смирнов.
4. Графичен анализ - за онагледяване на установените закономерности и явления.
5. За обработването на получената информация използвахме софтуерния пакет за статистически данни SPSS ver. 11.0.

2.3. ХАРАКТЕРИСТИКА НА КОНТИНГЕНТА

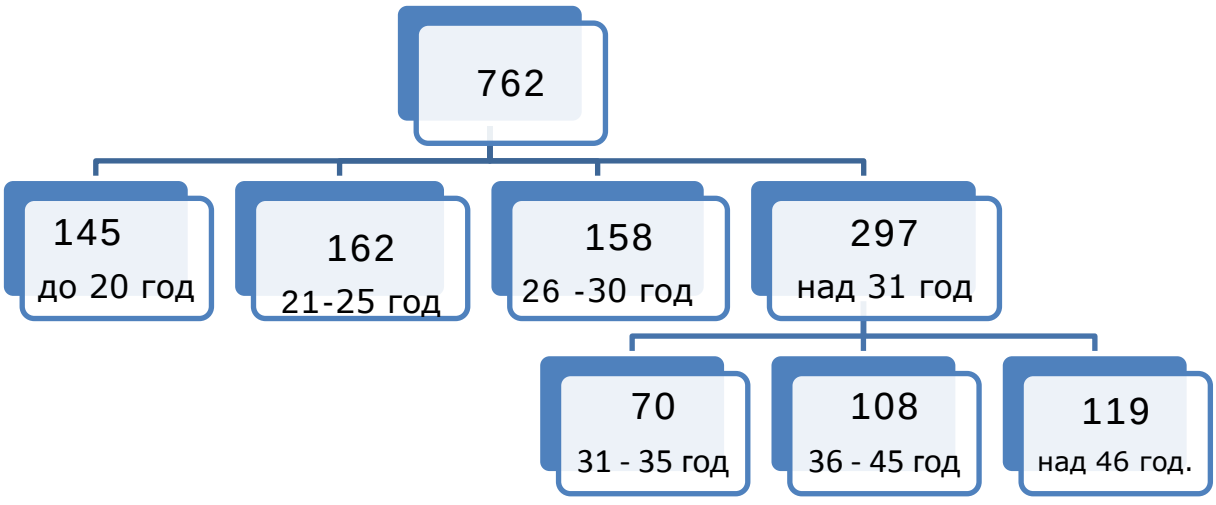
Включващи критерии:

Жени на възраст над 18 години, съгласни да отговорят на всички, включените в анкетата въпроси

Изключващи критерии:

1. Възраст < 18 години
2. Нежелание и/или невъзможност за отговор на всички включени в анкетата въпроси

Характеристика на контингента, според възраст, образование, етнос и доходи (Диаграма 1, Табл.6*, Табл.7, Табл.8, Табл.9)



Диаграма 1. Характеристика на контингента, според възрастта

Табл. 7. Характеристика на контингента, според образование

Образовател на степен	**Брой**	**%**	**Sp**
Основно	123	16.14	1.33
Средно	267	35.04	1.73
Висше	372	48.82	1.81
Общо	762	100.00	

Табл. 8. Характеристика на контингента, според посочения от анкетираната етнос

Етнос	**Брой**	**%**	**Sp**
Българи	625	82.02	1.39
Туркци	58	7.61	0.98
Роми	79	10.37	1.09
Общо	762	100.00	

Табл. 9. Характеристика на контингента, според посочения от анкетираната месечен доход

Доход/месец	**Брой**	**%**	**Sp**
До 500 лв.	412	54.07	1.81
501 – 1000 лв.	266	34.91	0.73
Над 1000 лв.	84	11.02	0.13
Общо	762	100.00	

ГЛАВА 3: РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

3.1. АНАЛИЗ И ОЦЕНКА НА ОТНОШЕНИЕТО НА АНКЕТИРАНИТЕ КЪМ ПРОФИЛАКТИКАТА НА ОНКОЛОГИЧНИТЕ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ЖЕНСКИТЕ ПОЛОВИ ОРГАНИ.

Задача №1 /Да се изследва отношението на анкетираните към профилактиката на онкологичните заболявания на женските полови органи./

3.1.1. Честота на проведените общо профилактични прегледи от анкетираните жени

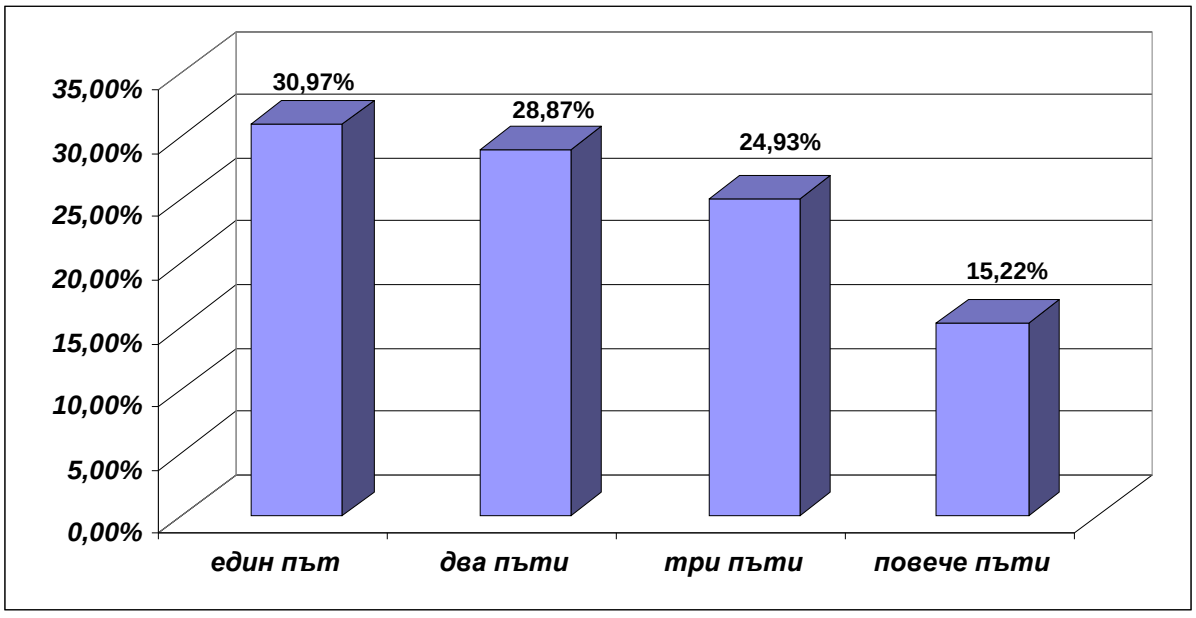
Преди да се спрем на резултатите от проучването, касаещи популярността на профилактичните гинекологични прегледи и скрининга на карцинома на ендометриума решихме да изследваме до каква степен, като цяло е разпространена профилактиката сред българските жени. Според нас, само добрата популярност на общопрофилактичните прегледи би корелирала и с достатъчна масовост на профилактичните прегледи на женските полови органи. Не бихме могли да очакваме, че българските жени ще нехаят за здравето си като цяло и в същото време ще са силно загрижени за гинекологичното си здраве.

На въпроса ‘Колко пъти годишно посещавате лекар/медицински специалист/с профилактична цел?’ най-голяма част от анкетираните отговарят с ‘един път’ - 34,12±1.72%, следвани от тези които се срещат с медицински специалист ‘по-рядко от един път годишно’ – 19,02±1.42%. Не е малък и делът на жените, които заявяват, че от години не са ходили при лекар – 7,08±0.92% (Фиг. 9). С други думи, българските жени не спазват даже задължителните профилактични прегледи, независимо практиката за налагане на глоби от работодателите. Процесът на ежегодишни профилактични прегледи, наложен в Европейския съюз от десетилетия, все още не важи за българското население. Може би, причината за това е че в болшинството от случаите, профилактичните прегледи се извършват кампанийно и набързо.



Фиг. 9. Брой годишни посещения при лекар/медицински специалист с цел профилактика.

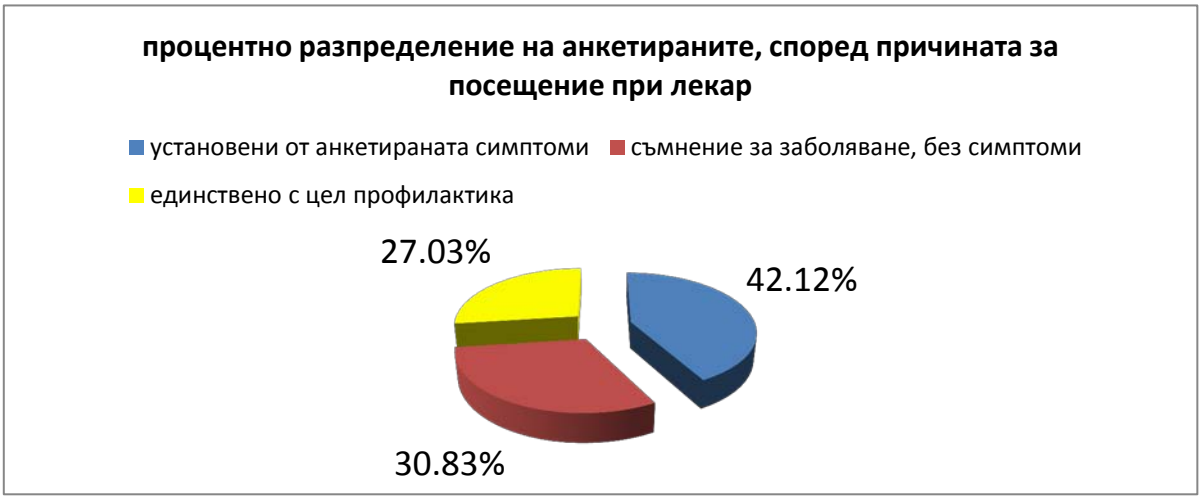
Още по-тревожни са данните от проучването на броя общо профилактични прегледа, които анкетираните жени имат през последните пет години. Установихме, че най-голямата част от тях имат само ‘един’ – 30,97±1.68%, следвани от групата на жените, които са ходили два пъти на профилактичен преглед 28,87±1.64%. За съжаление, само 15.22±1.98 са спазили здравословните изисквания за превенция на заболяванията (Фиг. 10).



Фиг. 10. Честота на извършените общопрофилактични прегледи от анкетираните жени през последните пет години.

Изследвайки най-честите поводи за консултация с медицински специалист сред анкетираните се установи, че най-голяма част (42.12±1.79%) от тях посещават здравно

заведение едва след вече установени от самите тях болестни симптоми. Едва една трета (30.83±1.68%) от жените в проучването съобщават, че търсят консултация със специалист само при съмнение за налично заболяване, без да са налице болестни симптоми. Най - малък е броят при които посещенията при лекар са свързани само и единствено с цел профилактика (27.03±1.61%). (Фиг. 11)



Фиг. 11. Най-чести поводи за посещение при лекар сред анкетираните

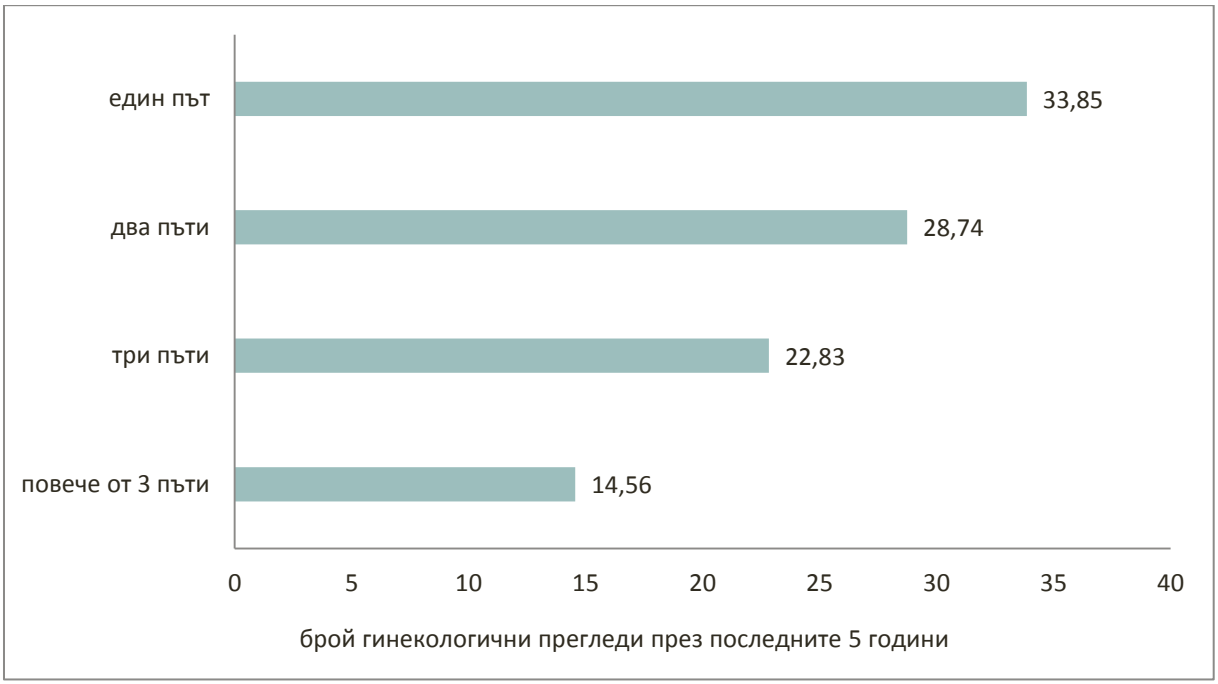
Изводите, които можем да направим от анализа на данните е, че българките не знаят или не желаят да посещават лекар за профилактичен преглед. Спекулативно можем да предположим, че те не знаят ползите от профилактичен преглед, не знаят рисковете от закъсняла диагноза, не вярват на качеството на прегледа, не искат да чакат с часове при личен лекар. Едно е ясно – колко назад сме по отношение на масовата профилактика в сравнение с останалите страни в Европейския съюз.

Изводи :

1. Само почти една трета част от анкетираните посещават лекар/медицински специалист с профилактична цел един път годишно.
2. Почти една трета от анкетираните жени имат само един профилактичен преглед за последните пет години.
3. Не е малък и делът на жените, които заявяват, че от години не са ходили при лекар с цел профилактика.
4. Най-голяма част от изследваните жени посещават здравно заведение едва след установени вече от самите тях болестни симптоми.
5. Малък е броят на българките, при които най-честите посещения при лекар са свързани само и единствено с цел профилактика, независимо от възможностите които предлага НРД.

3.1.2. Честота на профилактичните прегледи на женските полови органи

След като установихме до каква степен е разпространена общата профилактика сред българските жени преминахме към същността на нашето изследване, започвайки с проучване на отношението на българските жени към профилактичните прегледи на женските полови органи. Първо решихме да проверим колко профилактични прегледа на женските полови органи са имали анкетираните през последните пет години. Установихме, че най-голяма част от анкетираните са провели ‘един преглед’ - 33,85±1.72%. На второ място са жените които са провели два прегледа – 28,74±1.64%, следвани от тези, които заявяват, че са провели поне три профилактични прегледа през последните пет години – 22,83±1.52% (Фиг. 12).

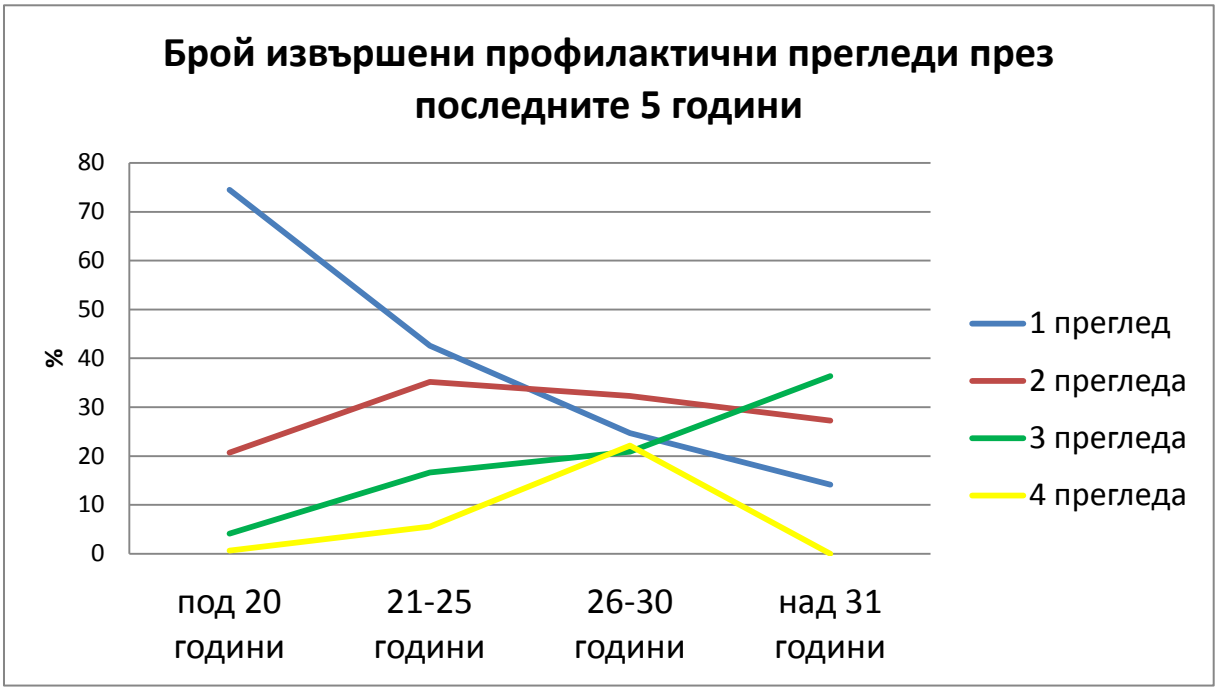


Фиг. 12. Честота на извършените профилактични прегледи при гинеколог от анкетираните жени през последните пет години.

Установи се влияние на **възрастта** на анкетираните върху изследвания показател. При възрастовата група до 20 години, групата на извършвалите един профилактичен гинекологичен преглед през последните пет години е била 74.48±3.64%. При 21-25 годишните този процент става - 42.59±3.89% . С увеличаване на възрастта (26-30 годишни) същите стават 24.68±3.44%. При най-високата възрастова група - жените над 31 години, този процент е най-нисък - 14.14±2.02% (Табл.10, Фиг. 13.)

Табл.10. Влияние на възрастта на анкетираните върху честотата на провежданите от тях профилактични гинекологични прегледи през последните 5 години.

	1 преглед		2 прегледа		3 прегледа		4 прегледа		брой	%	Sp
възраст	брой	%	брой	%	брой	%	брой	%			
18-20 год.	108	74.48	30	20.68	6	4.13	1	0.68	145	19.03	1.42
21-25 год.	69	42.59	57	35.18	27	16.66	9	5.55	162	21.26	1.48
26-30 год.	39	24.68	51	32.27	33	20.88	35	22.15	158	20.79	1.46
> 31 год.	42	14.14	81	27.27	108	36.36	66	22.22	297	38.98	1.77
общо	258	100.00	219	100.00	174	100.00	111	100.00	762	100.00	



Фиг. 13. Влияние на възрастта на анкетираните върху честотата на провежданите от тях профилактични гинекологични прегледи през последните 5 години.

Установява се ясна корелация между броя профилактични прегледи на ЖПО през последните 5 години и възрастта. Колкото по-голяма е възрастта, толкова по-чести са профилактичните прегледи.

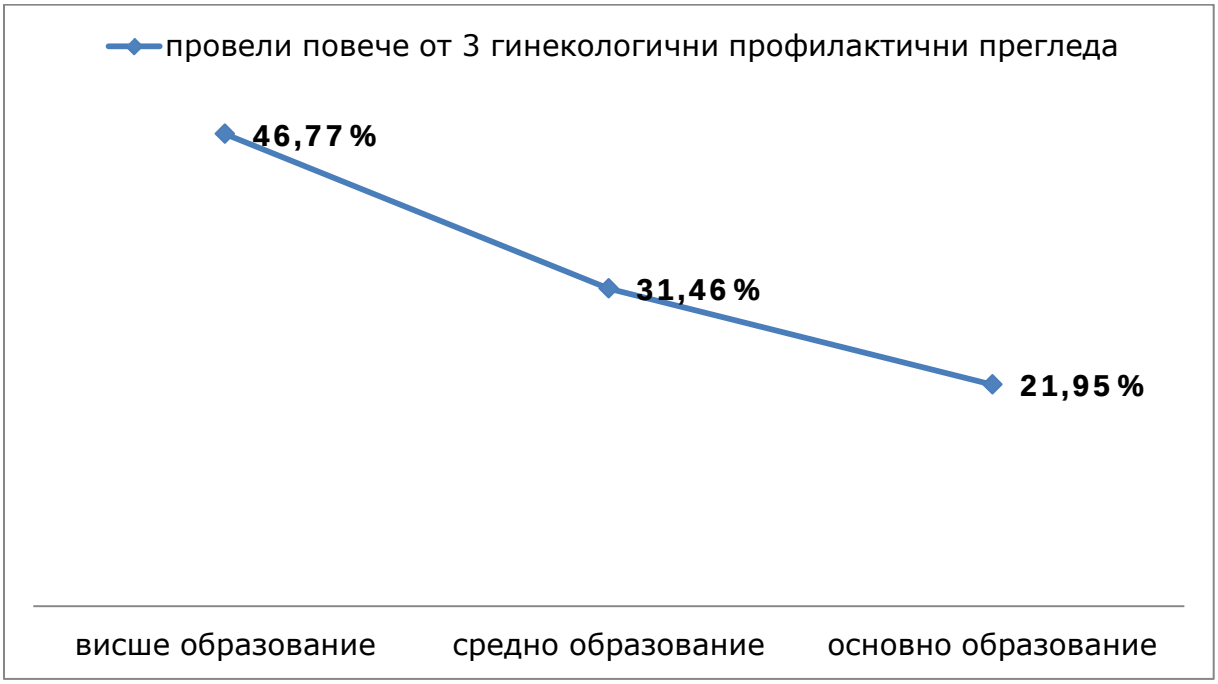
Съпоставяйки честотата на извършваните профилактични прегледи от анкетираните с техния **етнически произход**, също може да бъдат установени статистически значими различия. При българките броят на извършвалите три и повече профилактични прегледа през последните години е най-висок – 39.84%.±1.60%. При жените самоопределили се като туркини, процентът на провелите три или повече профилактични гинекологични прегледа е по-нисък – 37.93±6.37%. Най-малък е процентът в групата на самоопределилите се като роми – само 17.72±1.32% от тях са заявили за проведени такива. Явно, българките и туркините имат по-правилно отношение към профилактичните прегледи на ЖПО, сравнени с ромките (Фиг. 14)



Фиг. 14. Влияние на етническия произход на анкетираните върху честотата на провежданите от тях профилактични гинекологични прегледи / 3 и над 3 броя/ през последните 5 години.

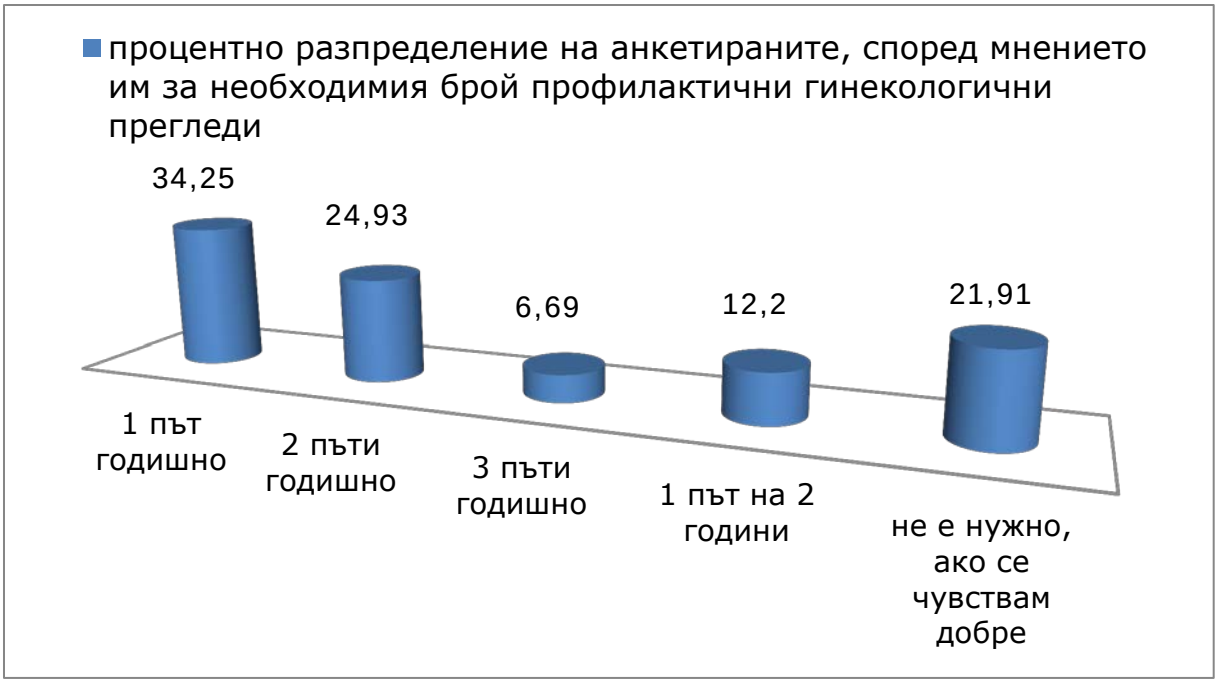
Друг фактор, оказващ влияние върху поведението на анкетираните свързано с честотата на гинекологичната онкопрофилактика е тяхното **образование**. С повишаване на образоваността на изследваните жени се повишава както броят, така и относителният дял на жените, които редовно провеждат профилактични гинекологични прегледи. При анкетираните с основно образование, процентът на жените подлагали се на профилактични гинекологични прегледи три и повече пъти през последните пет години е относително нисък – 21,95%. При жените със средно образование той

нараства на 31,46%. Най-висок е делът на жени посещавали гинеколог с профилактична цел над три пъти през последните пет години (46,77%) при най-образованите жени – тези с висше образование. (Фиг. 15.)



Фиг. 15. Влияние на степента на образование на анкетираните върху честотата на провежданите от тях профилактични гинекологични прегледи / 3 и повече/ през последните 5 години

След като изследвахме реалната честота на профилактичните гинекологични прегледи при анкетираните решихме да проучим и мнението им по въпроса ‘Колко често според Вас трябва да се прави профилактичен гинекологичен преглед?’. От анализирането на отговорите по този въпрос можем да стигнем до два важни извода. Първият е до каква степен реално са запознати българските жени със съвременните изисквания и норми за добра онкопрофилактика (на женските полови органи). Вторият извод, който трябва да направим е до каква степен реалното поведение на жените съвпада с познанията им, след като съпоставяме получените резултати по този и по предходния въпрос. От получените данни установихме, че по-голяма част от анкетираните са на мнение, че би трябвало да провеждат профилактичен гинекологичен преглед един път годишно – 34,25±1.44%, следвани от групата на жените които са на мнение, че би трябвало да ходят на гинеколог с профилактична цел два пъти годишно – 24,93±1.57%. За съжаление, не е малък и процентът на жените, които са на мнение, че щом се чувстват добре не е нужно да ходят на профилактични прегледи (21,91±1.5%). (Фиг. 16).



Фиг. 16. Разпределение на анкетираните, според мнението им за честотата на гинекологичните профилактични прегледа.

Въпреки, че няма директно отношение към скрининга на карцинома на ендометриума решихме да изследваме и отношението към приложимостта на цитонамазки сред анкетираните за да проверим предварително застъпваното от нас мнение, че цитонамазката е неразделна част от профилактичния онкогинекологичен преглед.



Фиг. 17. Разпределение на анкетираните, според броя цитонамазки, които са им били направени по желание през последните пет години.

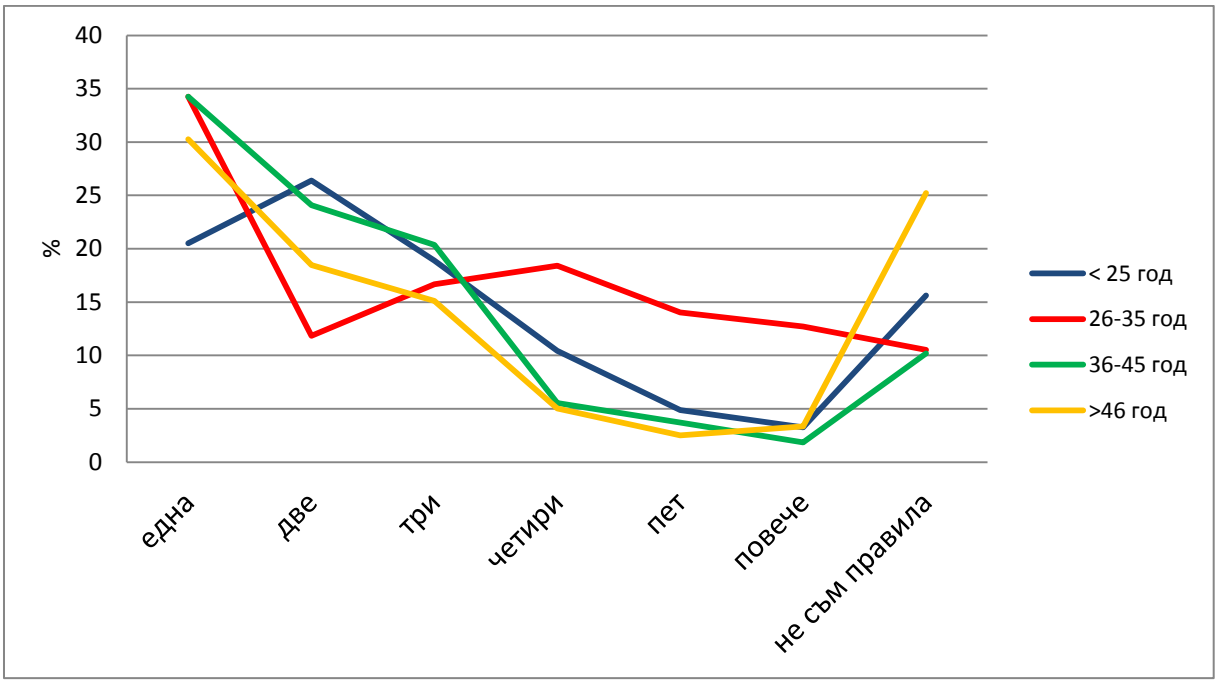
Анализът на резултатите и по този въпрос също буди тревога. Най-много от анкетираните жени са заявили, че са направили само една цитонамазка през последните пет години– 22,57%. Следват ги жените, които за същия период са правили само две цитонамазки – 20,47%. За съжаление, само малка част от жените са правили пет (7,08±0.92%) и повече цитонамазки (5,90±0.68%) в последните пет години, т.е. само 12,98% са имали правилно поведение. Още по-тревожно звучи фактът, че цели 14,82±1.29% от анкетираните български жени са заявили, че не са правили нито една цитонамазка за същия период. (Фиг. 17). За съжаление в двадесет и първи век, в страна от Европейския съюз все още има жени необхванати от онкогинекологичен скрининг. Анализирайки факторите оказващи влияние върху честотата на изследвания показател установихме, че той се повлиява от възрастта, образованието и етническа принадлежност на изследваните жени. Освен от тях, извършването на цитонамазки сред анкетираните е в зависимост и от социалния им статус, респ. от размера на доходите и характера на здравното заведение, в което са били анкетирани (държавно,частно). При анкетираните под двадесет и петгодишна възраст е най-голям процентът на жените (26.38%), които са направили две цитонамазки през последните пет години. Във възрастовата група между двадесет и шест и тридесет и пет години най-висок е процента на тези с четири цитонамазки (19,63±2.73%). При жените на възраст между тридесет и шест и четиридесет и пет години преобладава броя на тези, които са направили само една цитонамазка през последните пет години – 38,14±4.93%. С увеличаване на възрастта се повишава и броя на жените, които съобщават, че изобщо не са правили цитонамазки през последните години (Табл.11,Фиг. 18).

Табл. 11. Зависимост на проведените по желание брой цитонамазки в последните 5 години и възрастта на анкетираните.

Брой цито-намазки	възраст														
	До 25 год.			26-35 год.			36-45 год.			Над 45 год.			Общо		
	N	%	Sp	N	%	Sp	N	%	Sp	N	%	Sp	N	%	Sp
1	63	24.32	2.68	36	36.80	2.57	37	38.14	4.93	36	40.45	5.19	172	22.58	1.70
2	81	31.27	2.87	27	12.62	2.30	26	26.50	4.51	22	24.72	4.59	156	20.47	1.66
3	58	22.39	2.57	38	17.75	2.63	22	22.68	4.27	18	20.22	4.24	136	17,84	1.56
4	32	12.36	2.02	42	19.63	2.73	6	6.19	2.41	6	6.75	2.70	86	11,28	1.31
5	15	5.79	1.48	32	14.95	2.44	4	4.12	*	3	3.37	*	54	7,08	1.06
6 и >	10	3.86	1.21	29	13.55	2.30	2	2.06	*	4	4.49	*	45	5,91	0.99
0	48	15,63	1.87	24	10,52	2.15	11	10,18	2.67	30	25,21	4.63	113	61,54	1.87
всичко	307	100.00		228	100		108	100		119	100		762	100	

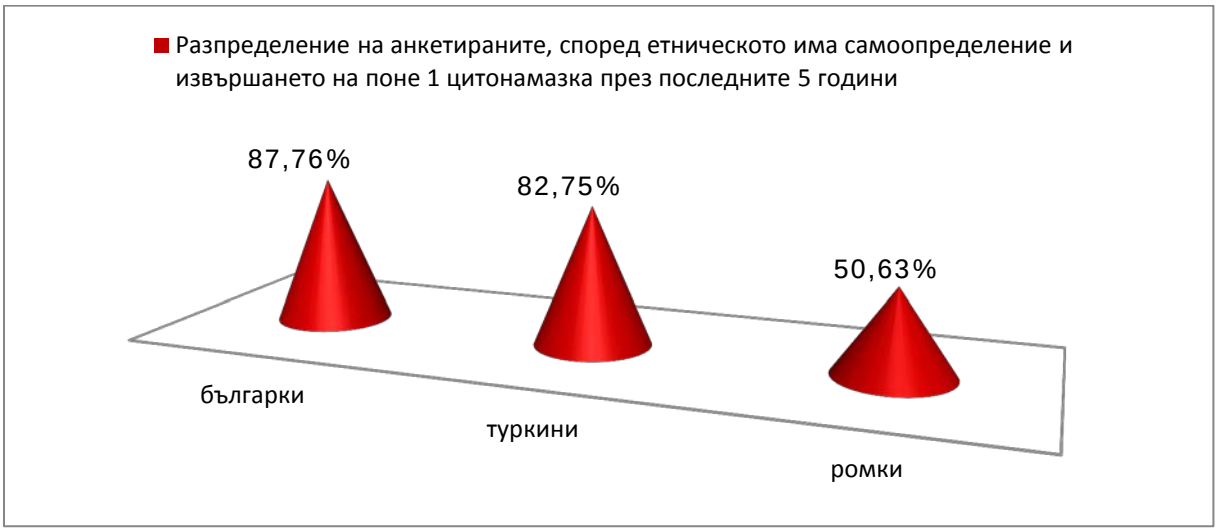
Забележка *означава малък брой случаи

Изчисленият критерий на Pearson посочва съществуването на изразена зависимост на броя ненаправили цитонамазка от възрастта на анкетираните P<0,001; χ^2=43.72). Изчисленият коефициент на корелация r_{xy} =-0,84, т.е. с увеличаване на възрастта нараства броя на жените с по-малък брой цитонамазки



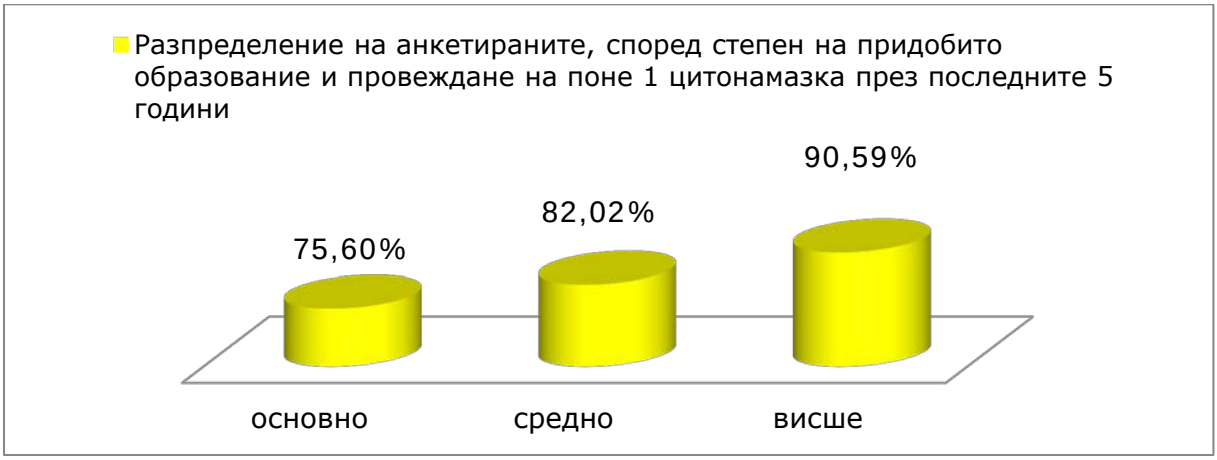
Фиг. 18. Влияние на възрастта на анкетираните върху броя на взетите от тях цитонамазки през последните пет години.

Факторът **етническа принадлежност** също играе роля по отношение на показателя. Най-много направени цитонамазки през последните пет години се съобщават при българките (89,76%), следвани от туркините – 82,75%. Най-малко са извършените цитонамазки сред ромските жени - само 50,63% . (Фиг. 19.)



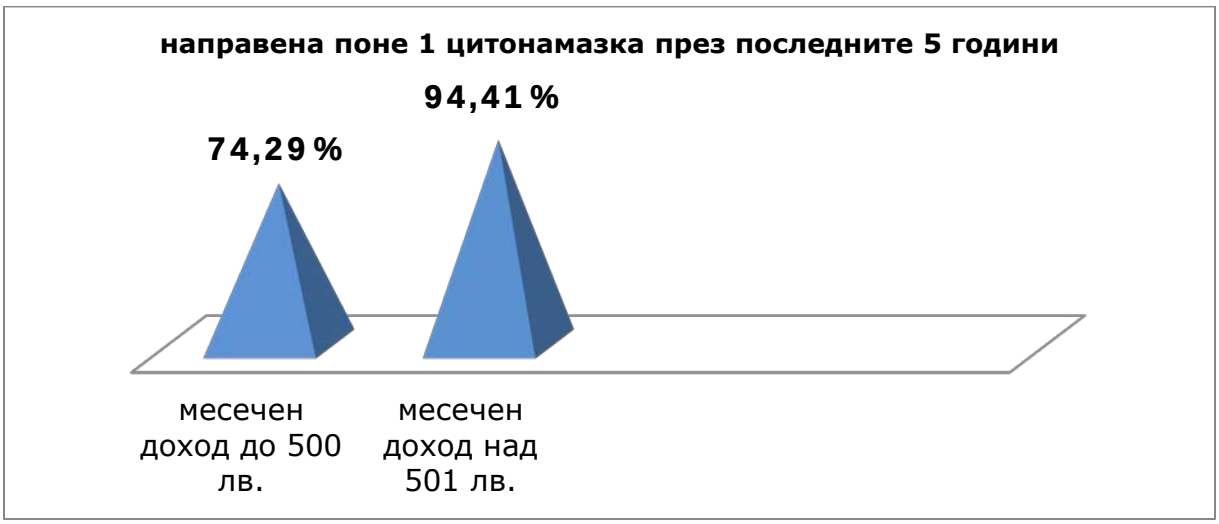
Фиг. 19. Влияние на етническата принадлежност на анкетираните върху извършването на поне 1 цитонамазки през последните 5 години.

Повишаването на **образователната степен** на анкетираните също е фактор, който оказва положително влияние върху честотата на проведените от тях цитонамазки (Фиг.20). Най-често през последните години са правили цитонамазки жените от групата на висшистките, а най-малко – тези с основно или по-ниско образование – $P<0.001$ ($\chi^2=11.27$). Разликата е статистически значима, като потвърждава алтернативната хипотеза.



Фиг. 20. Влияние на образованието на анкетираните върху показателя – проведени по желание цитонамазка през последните пет години.

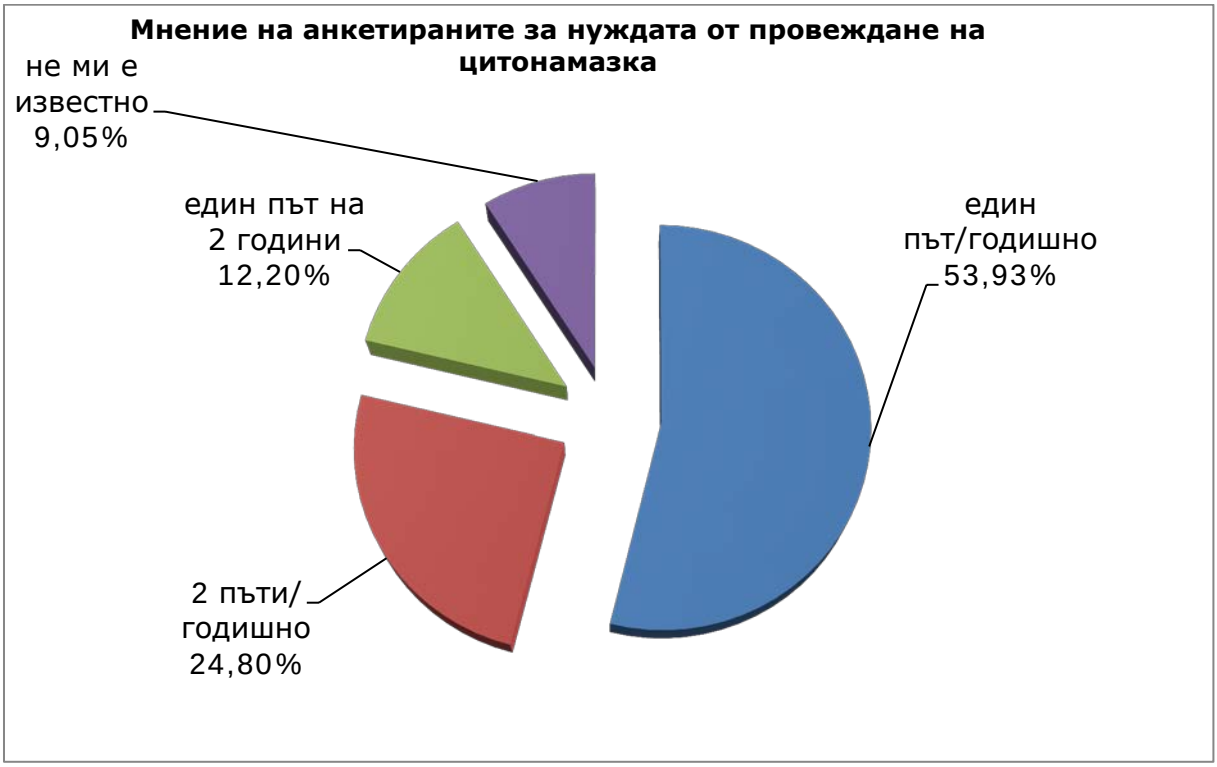
Друг фактор, оказващ влияние върху показателя е **социалния статус** на анкетираните. Приехме, че добър социален статус имат жени с месечен доход над 500 лв/месечно. При жените с добър социален статус, направените цитонамазки са със значимо по-висок относителен дял - $P<0.001$ ($t=3.658$). Анкетираните с месечни доходи под 500 лв./мес. са с най-малко проведени цитонамазки през последните пет години (Фиг. 21).



Фиг. 21. Влияние на размера на доходите на анкетираните върху броя на взетите от тях цитонамазки през последните пет години.

Може би добрия социален статус определя и мястото на провеждане на гинекологичния преглед – при жените от частните клиники броят на цитонамазките е по-висока.

Освен реалната честота на извършените цитонамазки при анкетираните решихме да проучим и мнението им по въпроса ‘Колко често, според Вас, трябва да се прави цитонамазка?’. Анализът на отговорите ни дава възможност да преценим до каква степен реалното поведение на жените съвпада с познанията им, след като съпоставяме получените резултати по този и по предходния въпрос. Установихме, че най-много от анкетираните са на мнение, че би трябвало да си правят цитонамазка един път годишно – 53,93±1.81%. Втора по големина е групата на жените, които са на мнение, че би трябвало да им бъде вземана цитонамазка два пъти годишно – 24,80±1.57%. Не е за подценяване и факта, че 9,05±1.04% от жените са декларирали, че изобщо не са запознати с това колко често би трябвало да бъде правено изследването $P < 0.001$ ($t=55.71$). От посочените отговори става ясно, че само половината от анкетираните са наясно с истинската необходимост от провеждане на цитонамазка. Отговорите на останалата половина ни кара да мислим, че българките не разбират нуждата от провеждане на цитонамазка и ползите от нея (Фиг. 22).



Фиг. 22. Разпределение на анкетираните, според мнението им по въпроса, колко често би трябвало да им бъдат правени цитонамазки.

Изводи:

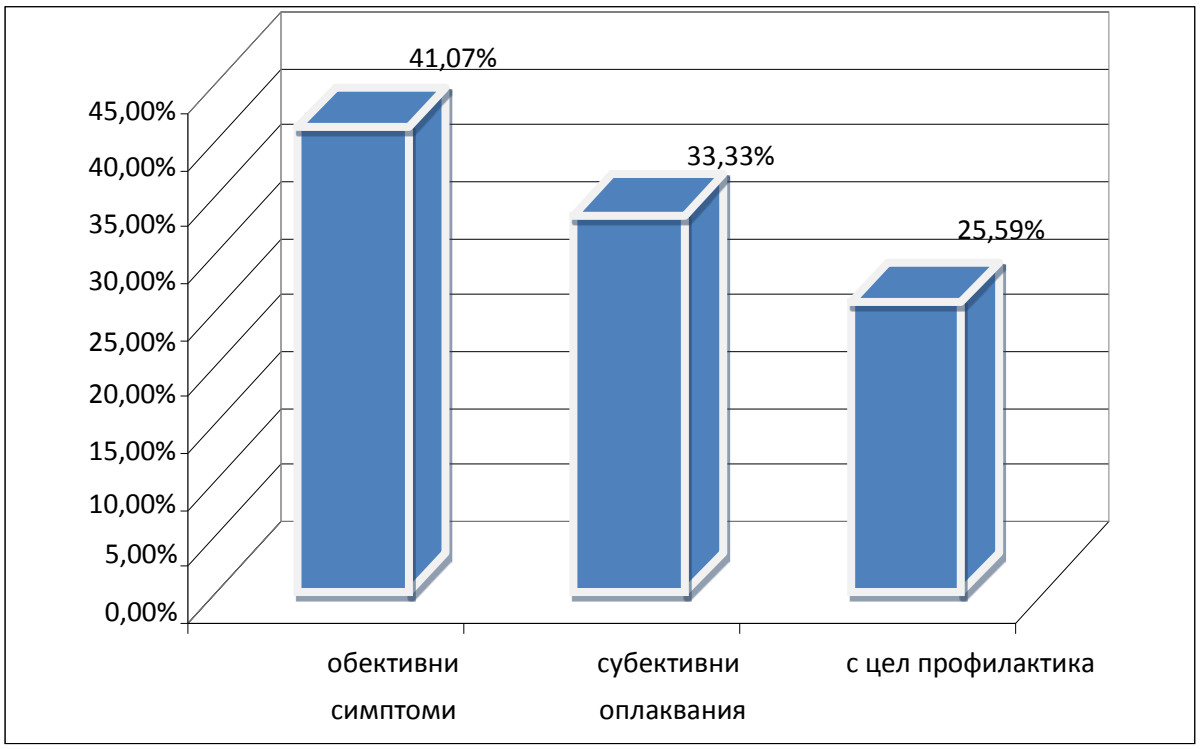
1. Степента на запознатост на българските жени със съвременните изисквания и норми за добра онкопрофилактика на женските полови органи не е на необходимото ниво. Най-голяма част от анкетираните са провели само един профилактичен преглед на женските полови органи за последните пет години.
2. По-младите, по-образованите, самоопределящи се като бургарки с добър социален статус жени, разбират по-добре необходимостта от профилактични онкогинекологични прегледи с вземане на цитонамазка.
3. Вниманието на медиците трябва да трябва да бъде насочено към оформилите се групи, които не разбират необходимостта и ползите от профилактични прегледи – жени над 46 год, жени от малцинствена етническа принадлежност, жени с нисък социален статус и жени с основно или по-ниско образование.

3.1.3. Причини за посещение при гинеколог от анкетираните

Анализът на най-честите причини за посещение при гинеколог, дава косвени данни до каква степен профилактичното мислене и нагласата за превенция са залегнали в съзнанието на българските жени. За наше улеснение и прегледност разделихме всички възможни отговори на въпроса,‘Какви са причините, които най-често Ви водят на преглед при гинеколог?’, в три възможни групи, а именно, ‘*обективни симптоми*’– като обективни приемаме симптомите, които пациентката сама може да определи, като например кървене, течения и др., ‘*субективни оплаквания*’ – тук спадат симптомите, които пациентката може само да усети, но не и да дефинира, примери за такива симптоми са коремната болка и гаденето, последната група отговори са тези на жените посетили гинеколог ‘*с цел профилактика*’.

Анализирайки получените данни, установяваме следните стойности: за 41,07±1.78% от анкетираните най-честата причина да посетят гинеколог са обективните оплаквания, а за 33.34±1.70% това са чисто субективни симптоми. Около една четвърт от анкетираните – 25.59±1.39% споделят, че най-честите им срещи с медицински специалисти са изцяло с профилактична насоченост и не са резултат от появата на симптоми (Фиг. 23). Това е и групата която най-много ни интересува или именно да разберем, за каква част от българките профилактиката е приоритет. На фона на предварителните ни очаквания намираме този резултат, като задоволителен имайки предвид настоящата организация на здравеопазването у нас, не особено заинтересована

за превенция на здравето и здравна профилактика. Съпоставяйки резултатите на този показател обаче с данните от литературния обзор за нивото и степента на развитие на профилактиката в европейските държави можем да бъдем силно обезпокоени [123].

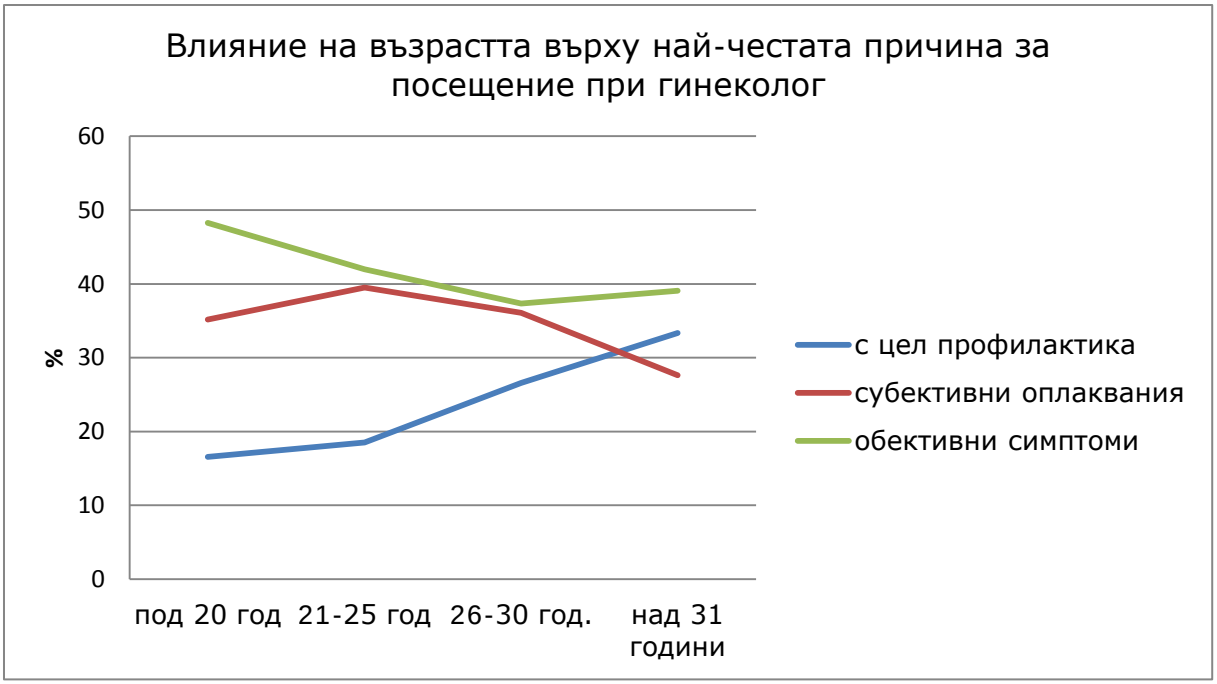


Фиг. 23. Разпределение на анкетираните жени, според най-честите причини за посещение при гинеколог.

Установихме влияние на **възрастта** на анкетираните върху мнението и поведението им по настоящия въпрос. При възрастовата група до 20 години профилактиката е най-честата цел на посещенията при гинеколог за 16,55±3.12%. При 21-25 годишните, този процент нараства на 18,51±3.08%. С увеличаване на възрастта (26-30 годишни), жените отдаващи приоритетно значение на профилактиката стават 26,58±3.53%. Най-високи стойности този показател достига в най-високата възрастова група / жени над 31 години/ и достига 33,33±2.73% (Табл. 12, Фиг. 24). Изчисленият u критерий потвърждава алтернативната хипотеза, при уровен на значимост 99.99% – P<0.001 (u=4.04). Това потвърждава, че различието между двете сравнявани групи – до 20 годишна възраст и над 31 год. възраст е силно изразено P<0.001 (u=4.04).

Табл.12. Влияние на възрастта върху най-честите причини за посещение при гинеколог.

възраст	Обективни симптоми			Субективни оплаквания			С цел профилактика			общо	
	N	%	Sp	N	%	Sp	N	%	Sp	N	%
До 20 г.	70	48.27	4.15	51	35.17	3.96	24	16.56	3.12	145	100.00
21-25	68	41.96	3.88	64	39.51	3.85	30	18.51	3.08	162	100.00
26-30	59	37.34	3.84	57	36.08	3.82	42	26.58	3.53	158	100.00
Над 31 г.	116	39.06	2.83	82	27.61	2.61	99	33.33	2.73	297	100.00
Всичко	313	41.08	1.78	254	33.33	1.70	195	25.59	1.59	762	100.00



Фиг. 24. Най-честите причини за посещение при гинеколог, според възрастта

Съпоставяйки получените от анкетираните жени отговори с техния **етнически** произход отново констатираме статистически значими различия. Най-високи са различията между ромки и българки – P <0.001 (t=8.646). Сравнявайки двете най-близки групи, според стойностите на относителните дялове – българки и туркини също откриваме статистически значима разлика P <0.001 (t=3.467). При ромките - броят на жените, отдаващи значение на профилактиката и посещаващи гинекологична консултация на първо място, само и единствено с превантивна насоченост е най-нисък – 6,32±2.67%. При жените от турски етнически произход, процентът посещаващи гинеколог с цел профилактика е 24.13±5.61%. Най-много анкетирани заявили, че приоритет при посещенията им при гинеколог е профилактиката се откриват сред българките – 28.16±1.8% (Табл. 13, Фиг. 25*).

Табл.13. Влияние на етническият произход на анкетираните върху най-честите причини за посещение при гинеколог.

	Обективни симптоми			Субективни оплаквания			С цел профилактика			общо	
	N	%	Sp	N	%	Sp	N	%	Sp	N	%
българки	260	41.60	1.97	189	30.24	1.83	176	28.16	1.80	625	100.00
туркини	21	36.20	6.30	23	39.65	6.43	14	24.13	5.61	58	100.00
ромки	32	40.50	5.53	42	53.16	5.61	5	6.32	2.67	79	100.00
всичко	313	41.08	1.78	254	33.33	1.70	195	25.59	1.59	762	100.00

Друг факториален признак, оказващ влияние върху мнението на изследваните, е степента на тяхното **образование.** С повишаване на образоваността на анкетираните жени се увеличава и относителният дял на жените посещаващи гинеколог предимно с

цел профилактика. При анкетираните с основно образование, процентът на жените, съобщаващи, че най-честата причина да посетят гинекологичен кабинет основно с цел профилактика е относително нисък – 12,19±2.93%. При жените със средно образование същия процент нараства на 23,97±2.57%. Най-много жени, поставящи профилактиката, като основен мотив на посещението си при гинеколог откриваме сред най-образованите жени – висшистките (31,18±2.40%). (Табл.14, Фиг. 26*)

Табл.14. Влияние на образованието върху честотата на причините за посещение при гинеколог.

образование	Обективни симптоми			Субективни оплаквания			С цел профилактика			общо	
	N	%	Sp	N	%	Sp	N	%	Sp	N	%
основно	58	47.15	4.50	50	40.65	4.43	15	12.20	2.93	123	100.00
средно	107	40.07	3.00	96	35.95	2.94	64	23.97	2.61	267	100.00
висше	148	39.78	2.54	108	29.03	2.35	116	31.18	2.40	372	100.00
всичко	313	41.08	1.78	254	33.33	1.70	195	25.59	1.59	762	100.00

Социалният статус на анкетираните също оказва влияние върху честотата на причините за посещение при гинеколог. При жените с по-високи доходи броят на тези, посещаващи гинеколог с превантивна цел е по-висок. Анкетираните с месечни доходи под 500 лв. са заявили, че най-често посещават здравно заведение при поява на субективни или обективни симптоми. Съпоставен с общите резултати, тук е по-малък и броят на жените поставящи на първо място профилактиката. При групата на жените получаващи между 501 и 1000 лв. месечно се наблюдава известно повишение на същия процент, което е най-силно изразено при жените с доходи над 1001 лв. (Табл.15, Фиг. 27*)

Табл. 15. Влияние на размера на месечния доход върху причините за посещение при гинеколог.

	Обективни симптоми			Субективни оплаквания			С цел профилактика			общо	
	N	%	Sp	N	%	Sp	N	%	Sp	N	%
До 500 лв	199	48.30	2.69	129	31.32	2.28	84	20.38	1.97	412	100.00
501-1000	85	31.95	2.86	100	37.59	2.98	81	30.46	2.81	266	100.00
Над 1001	29	34.52	5.17	25	29.76	5.00	30	35.72	5.24	84	100.00
всичко	313	41.08	1.78	254	33.33	1.70	195	25.59	1.59	762	100.00

Подобна тенденция, макар и по-слабо изразена се наблюдава и при анализа на получените данни във вида на здравното заведение, от което са били събирани данните. При групата на жените предпочитащи (анкетирани в) частните медицински структури, броят на тези посещаващи здравни заведения предимно с превантивна цел е по-висок в сравнение със същия в групата на анкетираните в държавни болници (Табл.16,Фиг. 28*).

Табл.16. Разпределение на анкетираните, според вида на финансиране на здравното заведение, където са били анкетирани (частно или държавно) и причината за посещение при гинеколог

Причина за посещение при гинеколог	Държавна болница			Частна болница			общо	
	N	%	Sp	N	%	Sp	N	%
Обективни симптоми	199	48.30	2,46	85	31,95	2,86	484	100.00
Субективни симптоми	129	31,31	2,28	100	37,59	2,98	229	
С цел профилактика	84	20,39	1,97	81	30,46	2,81	165	100.00
всичко	412	100,00		266	100,00		762	100.00

Изчисленият λ критерий на Колмогоров Смирнов показва, че съществуват статистически значими различия в причината за посещение от вида на здравното заведение – $P<0.001$ ($\lambda=3.68$). Анкетираните посещават държавните заведения предимно при обективни симптоми (48.30±2.46%) и само в 20,39±1,97% за профилактика, докато всяка трета анкетирана в частно заведение е била там с цел профилактика (30.46±2,81%).

След като анализирахме най-честите причини за гинекологичен преглед сред българските жени, решихме да проучим и какви са били конкретните причини довели ги в здравното заведение към момента на анкетата. От анализа на отговорите по този въпрос и съпоставката им с резултатите от предходния бихме могли да съдим и до каква степен в действителност поведението на анкетираните се препокрива с тяхното предварително мислене и нагласа за превенция. Възможни отговори на въпроса '*С какъв проблем е свързано настоящото Ви посещение в здравното заведение?*', бяха разделени в следните групи, а именно, '*акушерски'* – тук спадат всички жени анкетирани в акушерски отделения и тези посетили АГ центрове с цел женска консултация, '*гинекологични*', – в тази група попадат по-голямата част от анкетираните, поради числения превес на техническите единици на изследването, които се занимават изцяло с гинекологична дейност /виж.'Материал и Методи/. Поради широкообхватността на провежданото проучване и идеята то да обхване по-голям брой пациентки (т.е. възможно е да бъдат анкетирани и жени не само в АГ и не само с конкретни акушерски или гинекологични проблеми), включихме и отговорът '*други проблеми*'. Последният възможен отговор бе 'с цел профилактика'. Всички възможни отговори могат да бъдат систематизирани в две големи групи: 'жени посетили здравното заведение в момента на проучването с конкретен клиничен /акушерски,гинекологичен или друг проблем/' и 'жени посетили здравното заведение в момента на проучването с цел профилактика'

Резултатите от получените данни са със следните стойности: при 23,88±1.55% от анкетираните конкретната причина да попаднат в здравното заведение към момента на проучването са били акушерски проблеми, за 60,23±1.77% това са били гинекологични оплаквания. Само 9,84±1.09% от жените са заявили, че конкретния повод да са в здравното заведение е именно с цел профилактика. Това е групата която най-много ни интересува или именно да разберем, за каква част от анкетираните пациентки профилактиката е приоритет. Малка част от анкетираните – 6,03±0.86% са били с други клинични проблеми (вече споменахме каква е причината те да попаднат в изследването).(Фиг. 29)



Фиг. 29. Разпределение на анкетираните жени, според причините, довели ги в здравното заведение по време на настоящото научно проучване.

Съпоставяйки получените резултати по този въпрос с тези от предходния, забелязваме значителен спад на процента на жените, които в действителност са на профилактичен преглед по време на проучването в сравнение с броя на заявилите, че приоритетно посещават здравно заведение с цел профилактика. (Фиг. 30)



Фиг. 30. Посещение при гинеколог с цел профилактика в момента на анкетирането.

Разбира се, тези сравнения не бива да бъдат абсолютизирани, тъй като трябва да се има предвид и характера на здравните заведения, в които е провеждано анкетното проучване т.е. по-голямата част от тях са за болнична помощ и е логично пациентките анкетирани там да са постъпили с конкретен проблем, а не с цел профилактика и това неминуемо оказва влияние на резултатите.

Изводи :

1. За около една трета от анкетираните най-честата причина да посетят своя гинеколог са обективните оплаквания.
2. Около една четвърт от анкетираните, за сметка на българско самоопределяне, висше образование, възраст над 31 години и висок социален статус споделят, че най-честите им срещи с гинеколог са изцяло с профилактична насоченост и не са резултат от появата на каквито и да било симптоми.
3. Най-застрашени от късно диагностициране на болест на ЖПО, поради неосъзнаване на нуждата от профилактика са групите анкетирани, които принадлежат към следните факториани признаци – възраст под 25 год., ромски етнос, основно образование, ниски месечни доходи.

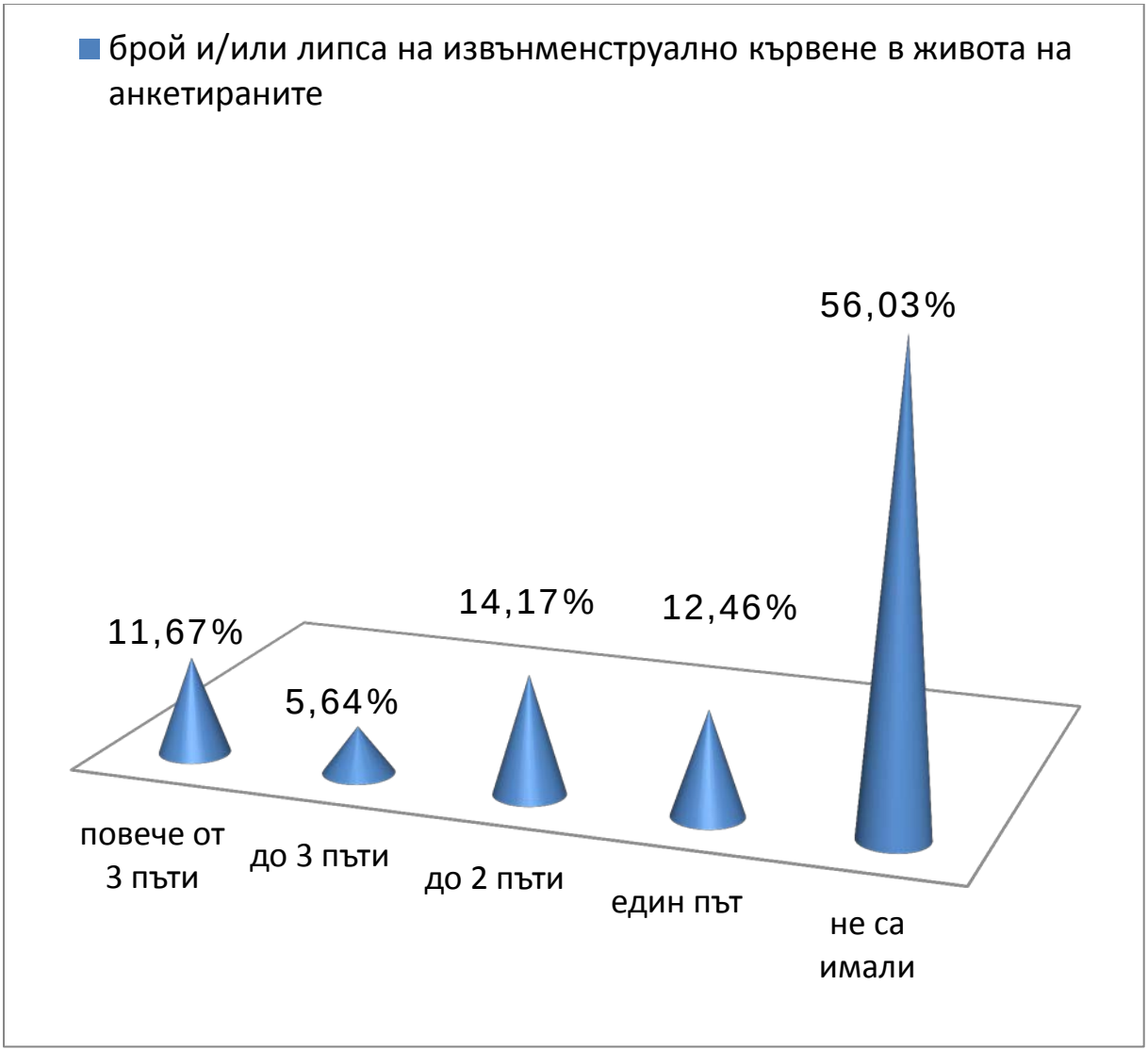
3.2. ИЗСЛЕДВАНЕ НА ПОЗНАНИЯТА НА АНКЕТИРАНИТЕ ВЪРХУ КАРЦИНОМА НА ЕНДОМЕТРИУМА

Задача № 2. /Изследване на познанията на анкетираните върху карцинома на ендометриума/

3.2.1. Отношение на анкетрираните към симптома ‘извънменструално маточно кървене’

Безспорно най-сигнификантния и алармиращ симптом при карцинома на ендометриума е извънменструалното маточно кървене. Прекомерните кръвотечения от влагалището по време на месечния цикъл (хиперменорея) също не трябва да бъдат неглежирани. Ранното пробно абразио на всички жени със симптома маточно кървене (особено на тези в менопаузата) е една от основните задачи на скрининга на ендометриалния карцином. Първият въпрос, който зададохме на анкетираните във връзка със симптома бе: ‘Получавали ли сте извънменструално маточно кървене през живота си, ако да колко пъти?’ Целта ни бе да установим до каква степен и колко от жените са се срещали с проблема. Според получените резултати, анкетираните

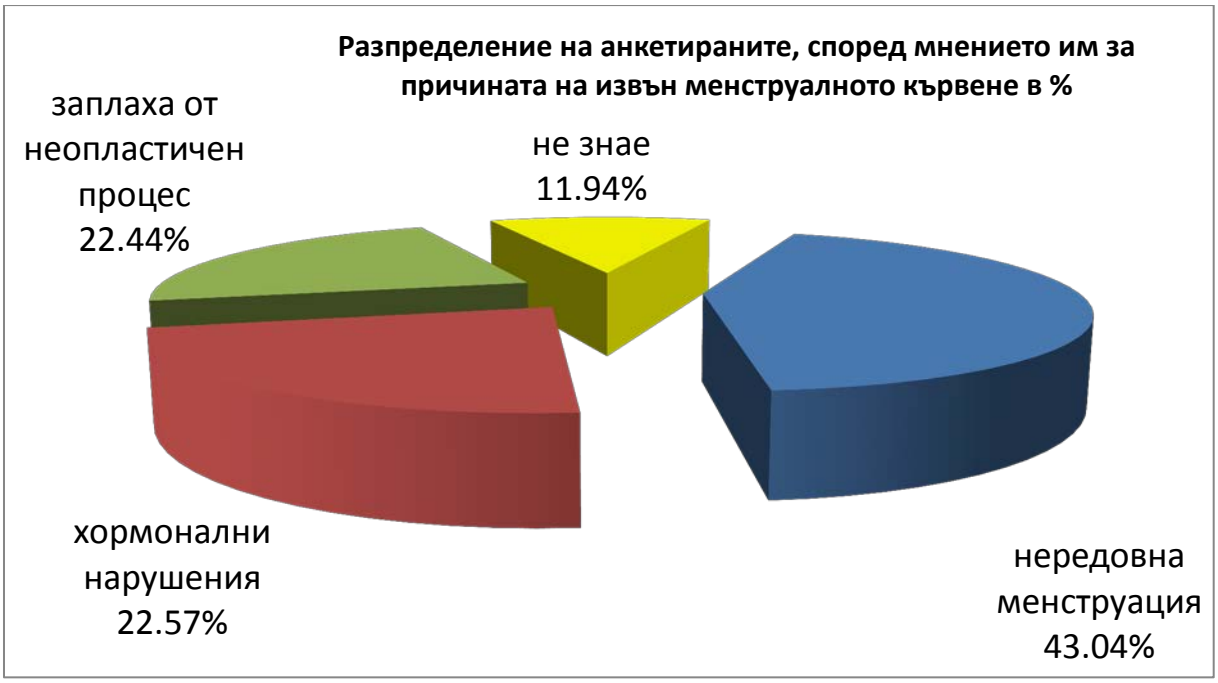
пациентки бяха разпределени в пет групи: жени, които не са получавали „извън менструално кървене – 56,05±1.8%; веднъж – 12,46±1.18%; два пъти – 14,18±1.26%; 5,64±0.08% – три пъти; 11,67±1.17% – повече (колко). (Фиг. 31)



Фиг. 31. Разпределение на анкетираните, според наличието или липсата на епизоди през живота им, в които са имали извънменструално маточно кървене.

След като проучихме каква част от анкетираните жени са имали през живота си извънменструално кървене решихме да разберем до каква степен те отдават значение на симптома и до каква степен го свързват със заплаха от ендометриален карцином. Получените данни събрахме с въпроса: ‘С какво най-често свързвате симптома извънменструално генитално кървене?’. Оказа се, че за по-голяма част от тях (43,04%) извънменструалното кървене на първо място е признак за нередовна менструация. Според 22,57% от анкетираните гениталното кървене извън дните на менструация е свързвано главно с хормонални нарушения. Истинска значимост на симптома отдават

само 22,44% от жените, които са на мнение, че при всяко едно прокървяване от гениталиите трябва на първо място да се мисли за неопластичен процес, докато не бъде доказана друга причина (Фиг. 32). Тези резултати ни карат да мислим, че трябва да се работи много сериозно в насока към популяризиране важността и сериозността на симптома извънменструалното генитално кървене, сред българските жени.



Фиг. 32. Разпределение на анкетираните, според евентуалните причини с които свързват симптома извънменструално маточно кървене.

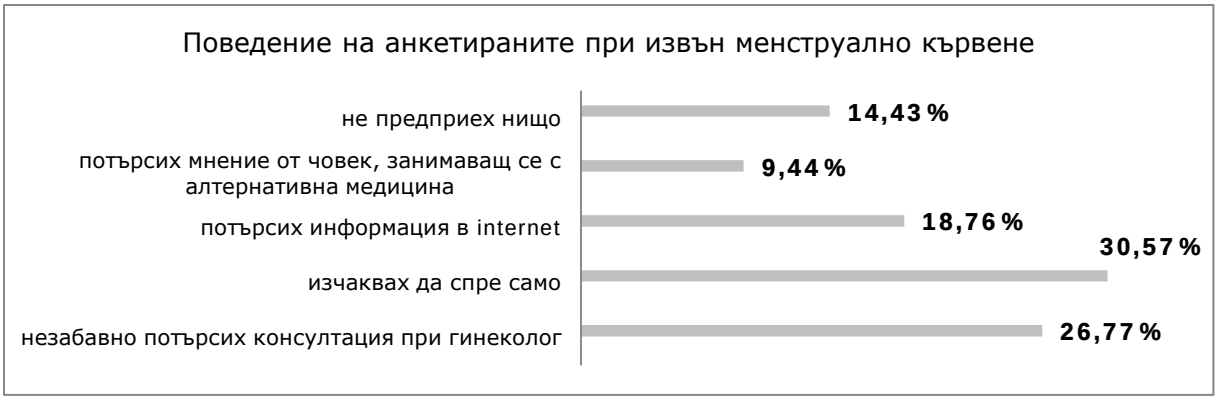
Установихме влияние на **възрастта** на анкетираните върху мнението им по този въпрос. При възрастовата група до 25 години, извънменструалното генитално кървене се свързва от по-голямата част от жените (54,72%±2,75) главно с нередовна менструация. При 26-35 годишните също преобладават жените, които свързват симптома с менструални (42,98%±3,28) и с хормонални нарушения (27,63%±3,28). С увеличаване на възрастта (36-45 годишни) се наблюдава нарастване на процента на жените, които свързват извънменструалното кървене със заплаха от ендометриален карцином – 47,22%±4,80. Най-високи стойности този показател достига в най-високата възрастова група - при жените над 45 години той нараства на 57,98%±4,52 . (Табл.17,Фиг. 33*)

Табл. 17. Влияние на възрастта върху мнението на анкетираните относно възможните причини за симптома извънменструално генитално кървене.

	Нередовна менструация			Хормонални наришения			Заплаха от нео пластичен процес			Не могат да преценят			общо	
Възраст	N	%	Sp	N	%	Sp	N	%	Sp	N	%	Sp	N	%
<25 г.	168	54.72	2.75	78	25.40	2.51	15	4.88	0.26	46	14.98	2.07	307	40.28
26-35 г.	98	42.98	3.28	63	27.63	3.28	36	15.78	2.43	31	13.59	2.30	228	29.92
36-45 г.	25	23.14	4.15	20	18.51	3.77	51	47.22	4.80	12	11.11	3.01	108	14.17
>46 г.	37	31.09	4.24	11	9.24	2.62	69	57.98	4.52	2	1.68	*	119	15.62
всичко	328	43.62	1.81	172	22.87	1.53	171	22.73	1.52	91	12.00	1.19	762	100

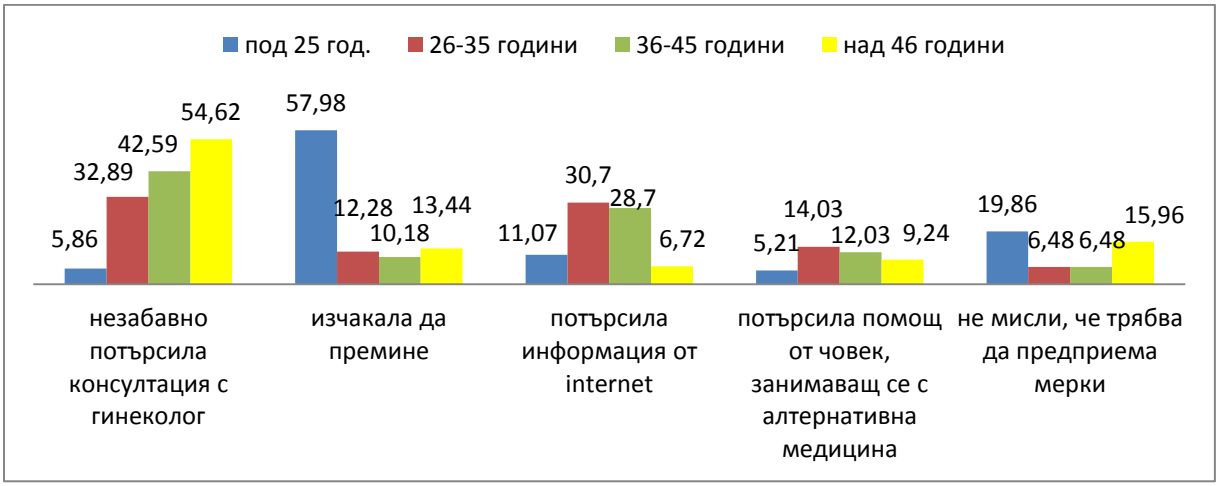
Изчисленият критерий на Pearson показва, че възрастта на анкетираните оказва силно изразено влияние върху тяхното становище $P<0.001$ ($\chi^2=185.91$).

Наред с анализа на мнението и познанията на анкетираните за възможните причини предизвикващи извънменструалното генитално кървене решихме да анализираме и поведението им свързано с появата на симптома. На въпроса ‘Какво направихте при получено маточно кървене?’, 18,76±1.49% от анкетираните жени са отговорили, че са потърсили информация в интернет. За съжаление, цели 30,57±1.69% съобщават, че са изчакали за да видят дали няма да спре от само себе си и само 26,77±1.62% отговарят ‘потърсих незабавно консултация при гинеколог’. Тревожно звучи фактът, че 9,44±1.06% са потърсили консултация при човек занимаващ се с алтернативни медицински методи, не лекар. Според нас, такова поведение е недопустимо във времената, в които съвременната медицина е медицина на доказателствата, много спорно е и изобщо допускането на такива 'лечители' на пазара на медицински услуги. И ако в много случаи обикновено срещата на пациентите с тях най-често е свързана само с финасово ощетяване на 'лекуваните', в конкретния случай с извънменструално маточно кървене може да бъде загубено много ценно време, което после да се окаже фатално. Най-тревожен обаче е фактът, че все още има и жени (14,43%) които при получено маточно кървене не приемат абсолютно никакви мерки (Фиг. 34).



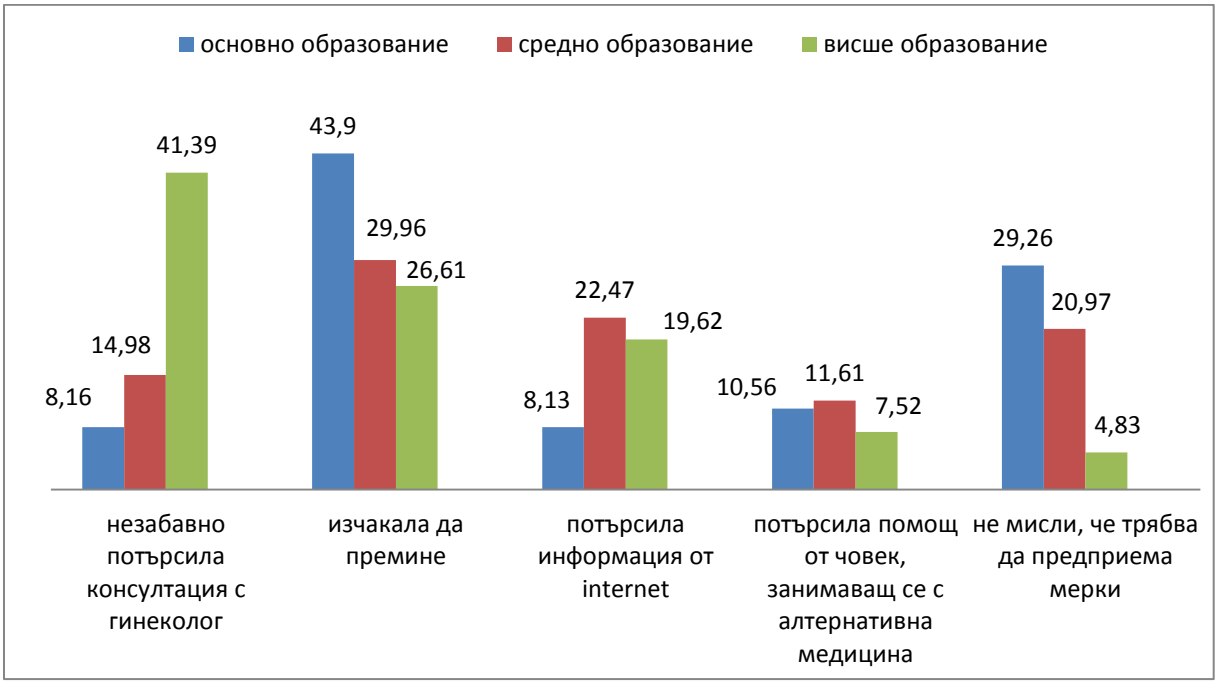
Фиг. 34. Разпределение на анкетираните, според поведението им при извънменструално маточно кървене.

Установихме определено влияние на **възрастта** на анкетираните върху поведението им при получаване извънменструално маточно кървене. При анкетираните под двадесет и пет годишна възраст преобладават жени, които са отговорили, че са изчакали за да видят дали кървенето няма да спре от самосебе си – 57,98±2.86%. При 26-35 годишните най-висок е процента на жените, които при поява на симптома са потърсили информация в интернет, или общо 30,70±3.06% от тях биха предприели това, като поведение на първи избор. С увеличаване на възрастта (в групата на 36-45 годишните) започва да се повишава процентът на жените, които са потърсили консултация от лекар специалист – 42,59±4.76%. Този процент става най-голям при най-високата възрастова група, жените над четиридесет и пет годишна възраст – 54,62±4.56%. (Табл.18*,Фиг. 35). Възрастта оказва статистическо значимо влияние върху поведението на участниците в проучването. Изчисленият коефициент на достоверност, потвърждава алтернатвната хипотеза при уровен на значимост 99.99% – $P<0.001$ ($\chi^2 = 139.55$).



Фиг. 35. Влияние на възрастта върху поведението на анкетираните при поява на симптома извънменструално генитално кървене.

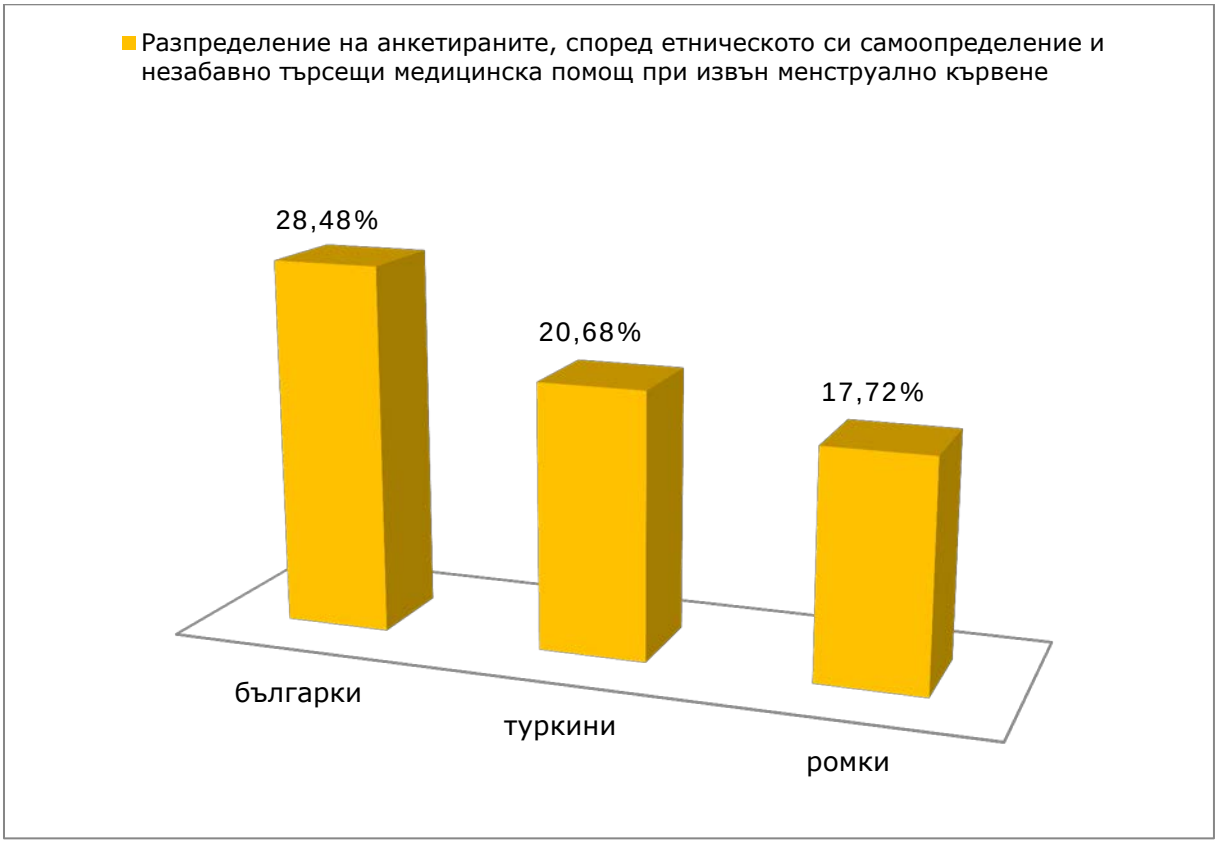
Друг фактор, оказващ влияние върху познанията на изследваните, е тяхното **образование**. С повишаване на степента на образование на анкетираните жени се повишава и относителният дял на жените, които съобщават, че при получено кървене първо биха потърсили лекарска помощ. При анкетираните с основно образование процентът на жените които не биха предприели никакви мерки е най-висок – 29,26±4.09%. При жените със средно образование същия процент намалява на 20,97±2.49% за сметка на този на жените, които не биха предприели мерки. Най-много жени, които веднага биха потърсили специализирана медицинска помощ веднага след получено кървене се срещат в групата на висшистките (41,39±2.55%). (Табл.19*,Фиг. 36). Степента на придобито образование оказва статистическо значимо влияние върху поведението на участниците в проучването. Изчисленият коефициент на достоверност, потвърждава алтернатвната хипотеза при уровен на значимост 99.99% - P<0.001 (χ^2 = 139.55).



Фиг. 36. Влияние на образованието върху поведението на анкетираните при поява на симптома извънменструално генитално кървене.

Установихме влияние и на **етноса** на анкетираните върху поведението им при извънменструално кървене. При българките броят на жените, които търсят специализирана медицинска помощ при изява на симптома е най-висок – 28,48±1.80%. При жените, декларирали турски етнически произход този процент е по-нисък – 20,68±5.35%. Най-рядко към консултация със специалист при получено кървене се обръщат ромските жени, или само 17,72±4.32% от тях са заявили това (Фиг. 37).

Съпоставяйки поведението на анкетираните с техния етнически произход също може да бъдат намерени статистически значими различия. Такива откриваме, сравнявайки всяка етническа група с всяка от другите две групи. Най-висока статистическа разлика съществува между българки и ромки P <0.001(t=13.25). Дори при най-близките стойности на относителни дялове на туркини и ромки съществува статистически значима разлика P <0.001(t=2.00).



Фиг. 37. Влияние на етническия произход върху поведението на анкетираните при поява на симптома извънменструално генитално кървене.

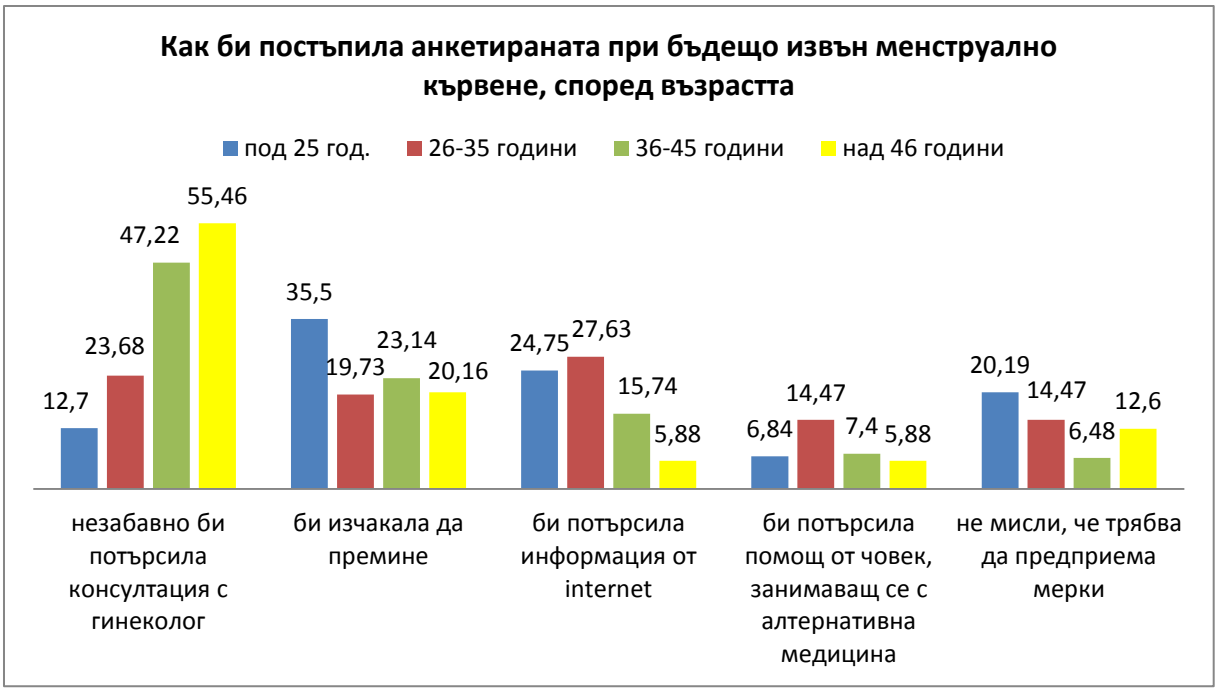
След като изследвахме реалното поведение на анкетираните жени при получено извънменструално маточно кървене, решихме да проучим и намеренията и нагласите им по отношение на евентуалното им поведение при поява на този симптом в бъдеще. От анализа на получените резултати можем косвено да съдим за медицинската култура на българските жени, както и да направим изводи за работата, която трябва да бъде свършена от нас лекарите в тази насока.

На въпроса ‘Какво бихте направили ако получите маточно кървене?’ най-голямата част от жените (27,55±1.63%) отговарят, че биха ‘потърсили незабавно консултация при гинеколог’. За съжаление, отново не са малко и тези които съобщават, че биха изчакали за да видят дали няма да спре от само себе си (26,64±1.61%). (Фиг. 38).



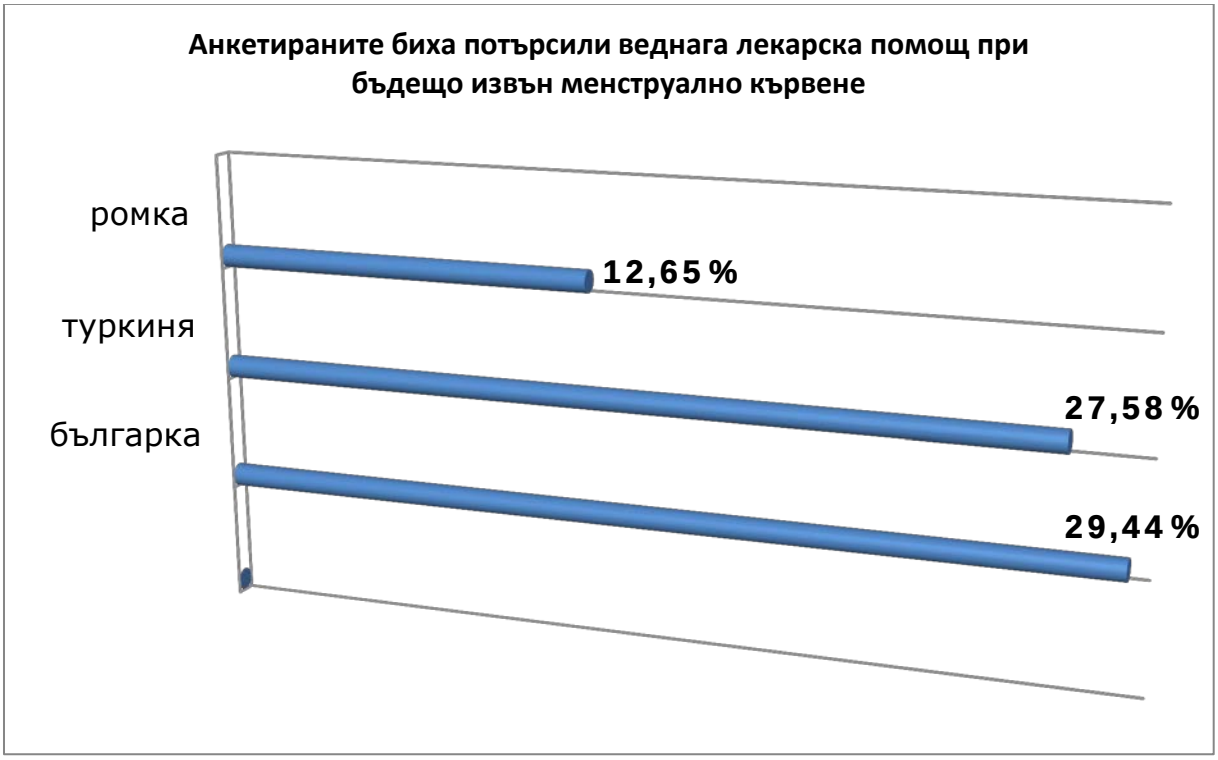
Фиг. 38. Разпределение на анкетираните, според поведението, което биха предприели ако получат извънменструално маточно кървене.

Влиянието на **възрастта** на анкетираните жени върху мнението им по въпроса е категорично: при анкетираните до 25 годишна възраст най-висок е (35,50%±2,75) процентът на жените, които биха изчакали, а също и на жените, които не биха предприели нищо (20,19%±2,28) или на тези, които единствено биха потърсили информация за проблема в глобалната мрежа (24,75%±2,47). При 26-35 годишните започва да нараства броят на жените, които незабавно биха се консултирали с гинеколог. С увеличаване на възрастта (36-45 годишни) намалява и процента на жените, които съобщават, че не биха предприели никакви мерки при получено кървене. При жените от най-високата възрастова група, тези над 46 години този процент отново леко се повишава до 12,60%±1,18 (Табл.20*, Фиг. 39).



Фиг. 39. Влияние на възрастта върху поведението, което анкетираните биха предприели ако в бъдеще получат извънменструално маточно кървене.

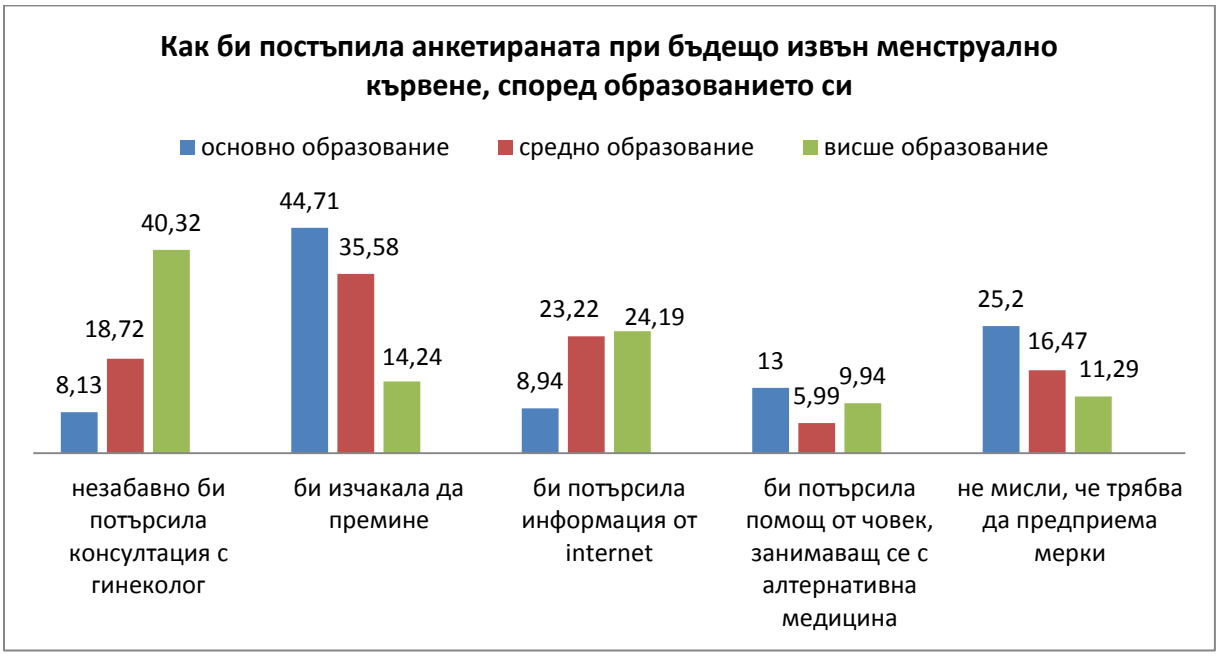
Чрез съпоставяне мненията на анкетираните с техния **етнос** също могат да се установят статистически значими различия на ромките спрямо българките и туркините, съответно P < 0.001 (t=7.083), и P < 0.001 (t=6.248). Липсва статистически значима разлика по този показател между българки и туркини P > 0.05 (t=0.775). При българките, броят на тези които имат намерение веднага след получено кървене да потърсят специализирана медицинска помощ е най-висок – 29,44±1.82%. Същият показател е малко по-нисък при жените, декларирали турски етнически произход – 27,58±5.9%. Най-малко жени, имащи намерение да потърсят лекар ако 'изкървят', могат да бъдат открити сред жените от ромската етническа група – 12,65±3.78%. (Фиг. 40)



Фиг. 40. Влияние на етническата самоопределеност върху поведението, което анкетираните биха предприели /консултация с лекар/, ако в бъдеще получат извънменструално маточно кървене.

Друг важен фактор, влияещ върху мнението на анкетираните е тяхното **образование.** Повишаването на степента на образование на изследваните жени води до увеличаване на относителния дял на тези, които биха потърсили специализирана помощ при алармиращ симптом, като извънменструалното маточно кървене. Най-много анкетирани, които не биха предприели никакви мерки (25,20±3,9%) и такива, които биха чакали кървенето им да премине от само себе си (44,71±4,4%) се срещат в групата на жените с основно образование. При жените със средно образование, процентът спада съответно на 16,47±2,24% и 35,58±2,4%. Най-висок относителен дял декларирали, че

ако получат кървене веднага биха се обърнали към лекар може да бъде открит при висшистките – 40,32±2,54%. (Фиг. 41,Табл.21*)



Фиг. 41. Влияние на образованието върху поведението, което анкетираните биха предприели ако в бъдеще получат извънменструално маточно кървене.

Единственото нещо, което може да се равнява по значимост в борбата с ендометриалния карцином с поведението на пациентките е поведението на другата страна в борбата – медицинските специалисти. Затова решихме да проучим не само, какво мислят и какво биха направили нашите пациентки ако получат генитално кървене, но и как са били лекувани тези от тях, които вече са имали този симптом.

От получените данни установихме следните резултати: най-голяма част от анкетираните веднага са били абразирани (34.02±1.72%), което и според нас е най-правилното поведение в случая (Фиг. 42). 7.16±0.92% от пациентките споделят, че им е била направена хистероскопия (най-вероятно е била взет хистологичен материал за изследване). За опасна считаме практиката, за която са споделили 25.97±1.59% от жените, а именно – били са само и единствено прегледани с ултразвук, след което най-вероятно специалистът е преценил, че 'няма нищо страшно' от това което е видял и не е предприел никакви допълнителни изследвания. Известно е, че ултразвукова диагностика в случая може да има само насочващ характер и в никакъв случай с него не бива да бъдат поставяни диагнози или вземани дефинитивни решения. Задължително, ехографията трябва да бъде последвана от друго изследване с инвазивен характер и висока степен на достоверност. Така и е било подходено при 17,91±1.39% от жените, при които 'са били предприети повече от един от споменатите методи'.



Фиг. 42. Разпределение на анкетираните жени, според вида на медицинската помощ, която им е била указана при получено от тях маточно кървене.

За съжаление, макар и в отделни случаи, все още съществува порочната практика да се опитва да се спре кървенето само с медикаменти, без да се предприемат други изследвания за изясняване на произхода му. За такъв опит споделят 8.35% жените. Още повече, че все още има лекари, които не предприемат нищо при съобщено от пациентките кървене, а ги съветват ‘да изчакат и да видят дали кървенето ще се повтори’ (5,07±0.79%). Намираме последните два вида поведение за неуместно. Когато при предходните въпроси коментирахме поведението на пациентките, споделящи че при получено кървене не биха направили нищо можехме да имаме известна снизходителност към тези жени и да кажем, че вината не е в тях и че трябва да се работи повече от нас в насока на промоцията и превенцията на здравето, то тук може да коментираме неточното поведение на лекари, които подминават един от най-сериозните симптоми в акушерството.

Изводи :

1. За по-голяма част от анкетираните, извънменструалното кървене на първо място е признак за нередовна менструация.
2. Почти една четвърта от жените не считат за необходимо да предприемат „никакви мерки“ при преживяно или при евентуално бъдещо извън менструално маточно кървене и изчакват за да видят дали няма да спре от само себе си. Това

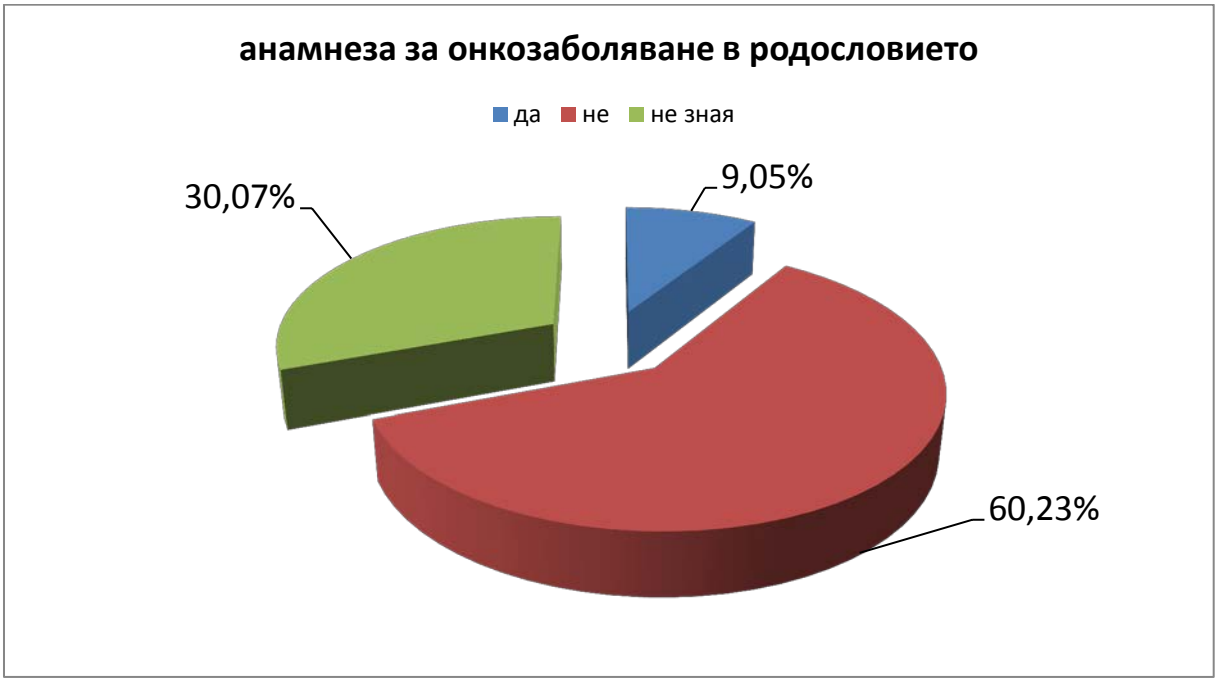
са предимно анкетирани под 25 год. възраст, жени с основно образование и жени принадлежащи към ромския етнос.

3. Косвените резултати за адекватно лекарско поведение показват, че всяка трета е била абразирана. Все още има пациентки към които е предприемано изчаквателно поведение, което показва че са необходими разяснявания и на ниво общопрактикуващи лекари.

3.2.2. Фамилна анамнеза за карцином на ендометриума

Както бе споменато в литературния обзор, редица проучвания доказват в пъти по-големия риск от развитие на ендометриалния карцином при жени с наследствена обремененост [134]. Затова, решихме в проучването ни да изследваме фамилната анамнеза по отношение на онкологично заболяване. Разбира се, трябва да отворим скобата, че всички данни тук са събирани само от пациентките и евентуално тяхно незнание по въпросите (напълно е възможно една жена да не знае от какво точно е боледувала баба й, която е починала преди тридесет години) би могло да се отрази на достоверността на крайните резултати.

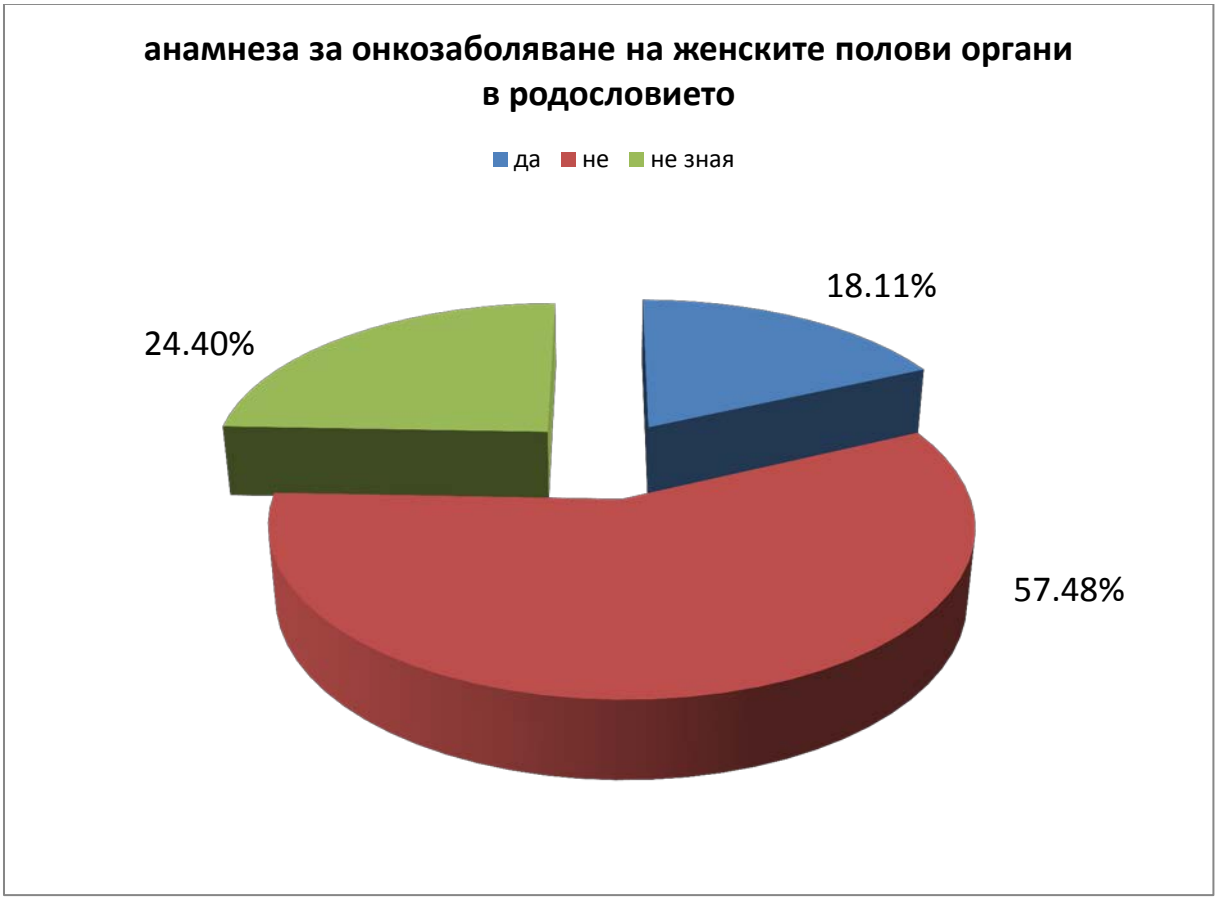
Първият въпрос, който бе зададен на анкетираните беше ‘Имате ли в рода си /известни ли са Ви/ преки роднини, които да са боледували от онкологични заболявания?’ . Получените резултати са отразени на Фиг. 43.



Фиг. 43. Разпределение на анкетираните жени, според данните за наличие на онкологични заболявания в рода им.

Както и се очаква, най-голям е делът на анкетираните без онкологично заболяване в родословното си дърво /60.23%/, а най-нисък – 9.05% с роднина онкоболен, от които 18.11% съобщават за онкологично заболяване на ЖПО в родословието си.

Логично следващият въпрос, който бе зададен на анкетираните пациентки бе: ‘Имате ли в рода си /известни ли са Ви/ преки роднини, които да са боледували от онкологични заболявания на женските полови органи?’ (Фиг. 44). От получените резултати можем не само да съдим за разпространеността на онкологичните заболявания на женската полова система сред българските жени, но и да се опитаме да разберем до каква степен на анкетираните им е известна подобна информация.



Фиг. 44. Разпределение на анкетираните жени, според данните за наличие на онкологични заболявания на женските полови органи в рода им.

Въпросът, чийто данни ни бяха най-важни за настоящото проучване бе: ‘Имате ли в рода си /известни ли са Ви/ преки роднини, които да са боледували от карцином на ендометриума?’ (Фиг. 45). По-късно в настоящото изследване ще се опитаме да съпоставим получените резултати по този въпрос с поведението по отношение на профилактиката на ендометриалния карцином, което имат фамилно обременените жени.



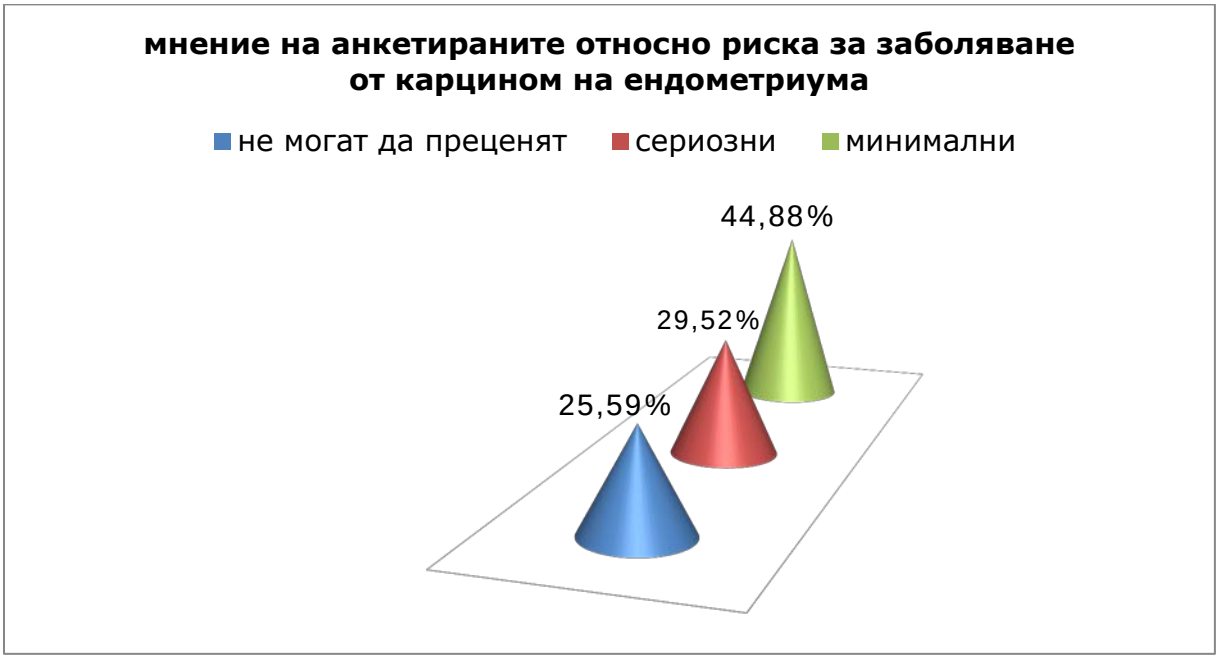
Фиг. 45. Разпределение на анкетираните, според анамнезата за онкологични заболявания в родословието

Резултатите ни не съвпадат с посочените в достъпната ни литература, в която процента на фамилно обременените с онкозаболяване е значително по-висок. Не установихме също и анкетирана с фамилна обремененост за карцином на дебелото черво, въпреки известното съчетание на карцином на ендометриума с карцином на дебелото черво.

3.2.3 Изследване на познанията на анкетираните относно риска от развитие и методите за намаляване на риска от развитие на карцином на ендометриума

Познанията на анкетираните относно риска от развитие на ендометриален карцином са отправна точка в настоящото изследване. Изследвайки отношението на пациентките към тези рискове, можем да правим изводи до каква степен те осъзнават важността на проблема. Преди да започнем да проучваме до каква степен пациентките са запознати с начините на превенция и ранно откриване на ендометриалния карцином трябва да знаем до каква степен те приемат, че са застрашени от заболяването. Не бихме могли да очакваме от жени, които не са запознати или намират риска от развитие на ендометриален карцином за нищожен да са добре информирани относно възможностите за превенция и ранно откриване на заболяването. Затова, първият въпрос с който започнахме бе: ‘Какви са според Вас рисковете за заболяване от

карцином на ендометриума?’. На анкетираните бяха дадени три възможни отговора: ‘минимални рискове’, ‘рискове сериозни до толкова, че заслужават ежегодна профилактика’ и ‘не мога да преценя’, събраната информация, от които ни е напълно достатъчна за постигане на гореспоменатата цел. От получените отговори прави впечатление високия процент на жените заявяващи, че не могат да преценят какви са за тях рисковете от развитие на заболяването – 44,88±1.80%. Според 25,59±1.59% пък тези рискове са минимални (Фиг. 46). Намираме броят на жените (29,52±1.66%) отговорили с единствения, според нас верен отговор за незадоволителен. С други думи, почти половината от анкетираните жени попадат в групата на незапознатите. Тревожни са резултатите за това, че в двадесет и първи век почти всяка втора пациентка не осъзнава сериозността на риска от развитие на ендометриален карцином.



Фиг. 46. Разпределение на анкетираните, според мнението им относно рисковете за заболяване от карцином на ендометриума

И тук факториалните признаци – **възраст** и образование оказват най-голямо влияние върху познанията на изследваните жени. При анкетираните под двадесетгодишна възраст е изключително трудно да се намери девойка, заявяваща че познава добре рисковете от развитие на карцином на ендометриума. 86,89±1.79% от всички анкетирани в тази възрастова група са споделили, че не познават тези рискове. С увеличаване на възрастта, във възрастовата група между 21 и 30 години, се повишава и делът на жените, намиращи риска от развитие на ендометриален карцином за сериозен и заслужаващ ежегодна профилактика. Този дял става най-висок при жените над тридесетгодишна възраст. (Табл.22, Фиг. 47*)

Табл. 22. Влияние на възрастта върху мнението на жените относно рисковете от развитие на ендометриален карцином

Риск	До 20 години			21 – 30 год.			Над 31 год.			общо		
	Брой	%	Sp	Брой	%	Sp	Брой	%	Sp	Брой	%	Sp
Не могат да преценят	126	86.90	2.79	153	47.81	2.79	63	21.21	2.36	342	44.88	1.80
Сериозен	4	2.75	*	81	25.31	2.42	140	47.14	2.90	225	29.53	1.66
Минимален	15	10.35	2.49	86	26.88	2.48	94	31.65	2.71	195	25.59	1.41
всичко	145	100.00		320	100.00		297	100.00		762	100.00	

Възрастта на участничките в проучването е базов фактор, влияещ върху преценката на риска от заболяване от карцином на ендометриума $P<0.001$ ($\chi^2=87.53$). Най-висок е процентът на тези които не могат да преценят при анкетираните под 20 години, а най-малък % при тези над 31 год. Обратна е тенденцията при оценка „сериозни“ – едва 2,75% при тези под 20 год., а 47,14±2,90% при анкетираните над 31 год.

Степента на **образование** на анкетираните също е фактор, който оказва влияние върху познанията им относно рисковете от развитие на ендометриален карцином. Най-много жени, познаващи тези рискове, се срещат в групата на висшистките, а най-малко – при жените с основно образование. (Фиг. 48*,Табл.23)

Табл. 23. Влияние на образованието върху информираността на жените относно рисковете от развитие на ендометриален карцином

Риск	Основно образование			средно образование			висше образование			общо		
	Брой	%	Sp	Брой	%	Sp	Брой	%	Sp	Брой	%	Sp
Не могат да преценят	105	85.36	3.22	135	50.56	3.06	102	27.42	2.30	342	44.88	1.80
Сериозен	9	7.32	2.30	64	23.98	2.61	152	40.86	2.55	225	29.53	1.66
Минимален	9	7.32	2.30	68	25.46	2.65	118	31.72	2.42	195	25.59	1.41
всичко	123	100.00		267	100.00		372	100.00		762	100.00	

Образованието е фактор, който оказва съществено влияние върху информативността на жените за рисковете от възникване на карцином на ендометриума – $P<0.001$ ($\chi^2=130.05$). Алтернативната хипотеза се определя от: **1)** най-високия относителен дял (85,36%±3,22) на жените с основно образование, които „не могат да преценят“от една страна и най-малък % на посочилите „минимален риск“ и **2)** при висшистките алтернативната хипотеза се определя от по-високия процент на оценка „сериозни“, сравнение с анкетираните с основно образования, както и при оценка „минимален риск“ – най-ниска при анкетирани с основно образование, а най-висока при тези с висше.

Друг фактор, оказващ влияние върху сериозността, с която анкетираните приемат риска от развитието на ендометриален карцином е наличието на **онкологични**

заболявания във фамилната им анамнеза. По-рано в настоящото проучване, установихме каква част от анкетираните имат в рода си онкологични заболявания, каква част от тях са онкологични заболявания на женските полови органи и при колко от жените има конкретно карцином на ендометриума във фамилната анамнеза. Оказа се, че при жените с преки роднини боледували от онкологични заболявания процентът на тези, осъзнаващи сериозността на рисковете от развитие на ендометриален карцином е по-висок в сравнение със същия за всички останали анкетирани жени (Фиг. 49*,Табл.24).

Табл. 24. Разпределение на анкетираните жени с данните за наличие на онкологични заболявания в рода си, според мнението им относно риска от карцином на ендометриума, сравнени със същите данни за всички анкетирани .

Риск	Жени с онкоболни роднини			Жени без онкоболни роднини			t	P
	брой	%	Sp	брой	%	Sp		
Не могат да преценят	57	41.31	4.19	285	45.67	2.00	0.93	>0.05
Сериозен	63	45.65	4.24	162	25.96	1.76	4.29	<0.001
Минимален	18	13.04	2.86	177	28.36	1.80	4.56	<0.001
общо	138	100.00		624	100.00			

Проведената вътрегрупова съпоставка показва, че по критерия „не мога да преценя“ не се констатира статистическо изразено различие – $P > 0.05$ ($t=0.93$), докато при оценка „сериозен“ и „минимален“ се установява статистически значима разлика. Анкетираните с онкоболни във фамилната си анамнеза вече от опит знаят че риска е сериозен. Изводът е подкрепен от непараметричен анализ $P < 0.001(\lambda=9.79)$.

Наблюдаваната тенденция е още по-силно изразена ако сравним групата на жените имащи в рода си онкологични заболявания на женските полови органи с общите данни получени по същия въпрос. (Фиг. 50*,Табл.25). Най-много жени намиращи като сериозни рисковете от развитие на ендометриален карцином се срещат в групата на жените, имащи същото заболяване във фамилната си анамнеза (Фиг. 51*,Табл.26).

Табл.25. Разпределение на анкетираните жени с анамнеза за онкологични заболявания на женските полови органи в рода си според мнението им относно риска от карцином на ендометриума, сравнени със същите данни за всички анкетирани .

Риск	Анкетирани с роднини с онкологични заболявания на ЖПО			Анкетирани без роднини с онкологични заболявания на ЖПО			t	P
	брой	%	Sp	брой	%	Sp		
Не могат да преценят	18	26.08	5.28	324	46.75	1.90	3.68	<0.001
Сериозен	39	56.53	5.96	186	26.84	1.72	4.79	<0.001
Минимален	12	17.39	4.17	183	26.41	1.66	2.00	<0.05
общо	69	100.00		693	100.00			

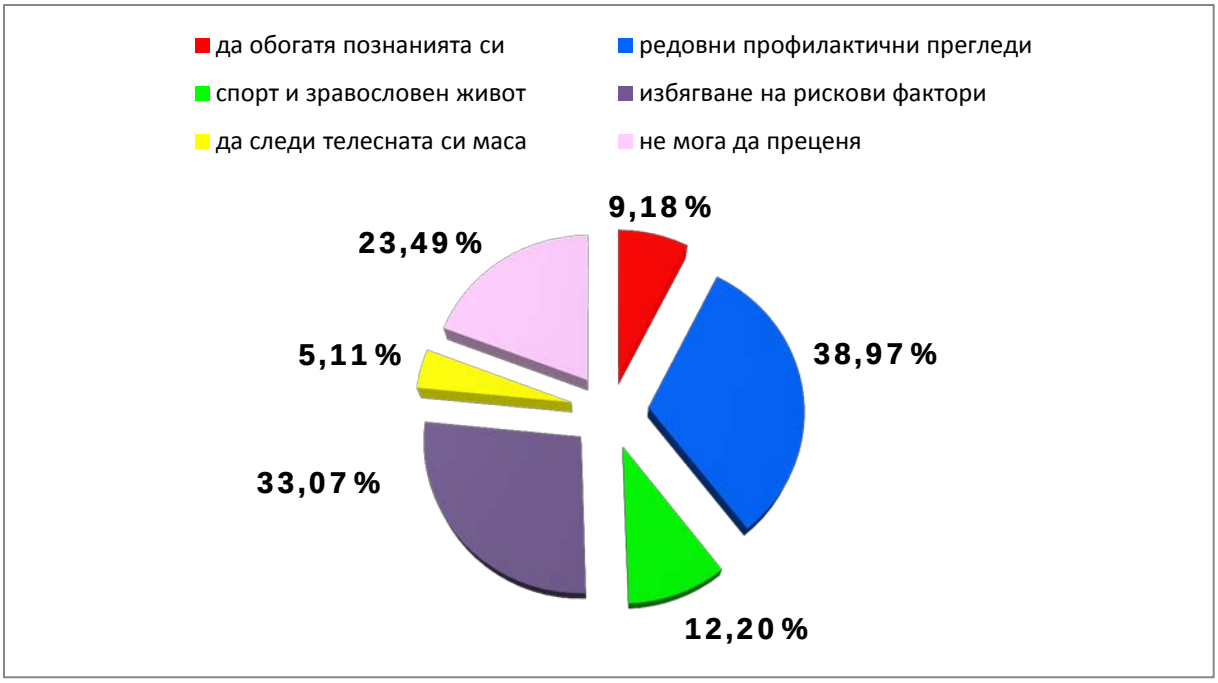
Проведените вътрегрупови съпоставки потвърждават алтернативната хипотеза – 0,05 > P < 0.001. Различията се определят от: **1)** по-малкия процент на анкетирани с роднини с онкологично заболяване на ЖПО, които „не могат да преценят“; **2)** почти 2 пъти по-голям % анкетирани с роднини с онкологично заболяване на ЖПО, които преценяват риска като „сериозен“.

Табл. 26. Разпределение на анкетираните жени с данните за наличие ендометриален карцином в рода си според мнението им относно риска от карцином на ендометриума, сравнени със същите данни за всички анкетирани.

Риск	Анкетирани с роднини с карцином на ендиметриума			Анкетирани без роднини с карцином на ендометриума		
	брой	%	Sp	брой	%	Sp
Не могат да преценят	8	19.51	6.25	334	46.32	1.86
Сериозен	30	73.17	6.93	195	27.05	1.65
Минимален	3	7.32	*	192	26.63	1.63
общо	41	100.00		721	100.00	

Логично, въпросът който бе зададен на анкетираните жени, след като бяха проучени познанията им относно сериозността на риска от развитие на ендометриален карцином бе: ‘Какво според Вас може да направи пациентката за да понижи тези рискове?’. Целта ни бе да разберем до каква степен жените, които са заявили, че са запознати с рисковете познават и начините да ги понижават, и по този начин да се предпазват от възникване на заболяване.

Участничките в анкетното проучване имаха право да посочват повече от едно твърдение, като правилен отговор и затова общия процент от всички отговори е по-голям от сто. Най-голяма част от анкетираните жени (38,97%) са на мнение, че чрез извършването на редовни профилактични прегледи най-добре биха се предпазили от развитие на ендометриален карцином. Второ по популярност (33,07%) е твърдението, че познаването и избягването на рисковите фактори е в основата на добрата профилактика и предпазване от заболяването. Следват отговорите ‘да спортува и води здравословен живот’ с 12,20% и ‘да дообогатява познанията си от медицинска литература и интернет’. За съжаление, само 5,11% от анкетираните намират наднорменото тегло, като рисков фактор и свързват понижаването му с понижаване на риска от развитие на карцином на ендометриума. Като най-голям проблем намираме факта, че 23,49% от анкетираните нямат ясна идея за това как биха могли да се предпазват от развитието на ендометриален карцином (Фиг. 52).



Фиг. 52. Разпределение на анкетираните жени, според мнението им относно начините да понижат риска от развитие на карцином на ендометриума.

Според получените отговори, разделихме анкетираните в две групи. Първата е на тези, които имат мнение и познания по въпроса т.е. посочили са един или повече от възможните отговори за верни. Втората е на тези, които нямат мнение и са отговорили само с ‘не мога да преценя’.

Изследвайки влиянието на **образованието** върху тези групи установихме, че с повишаването му числеността на групата жени нямащи мнение за това как да се предпазват от карцином на ендометриума се понижава (Табл.27,Фиг. 53*).

Табл. 27. Влияние на образованието върху познанията на анкетираните, свързани с начините за понижение на риска от развитие на карцином на ендометриума.

Образование	имат мнение			без мнение			всичко	
	брой	%	Sp	брой	%	Sp	брой	%
Основно	65	52.84	4.50	58	47.16	4.50	123	100.00
Средно	203	76.03	2.60	64	23.97	2.60	267	100.00
Висше	315	84.67	1.85	57	15.32	1.85	372	100.00
общо	583	76.51	1.53	179	23.49	1.53	762	100.00

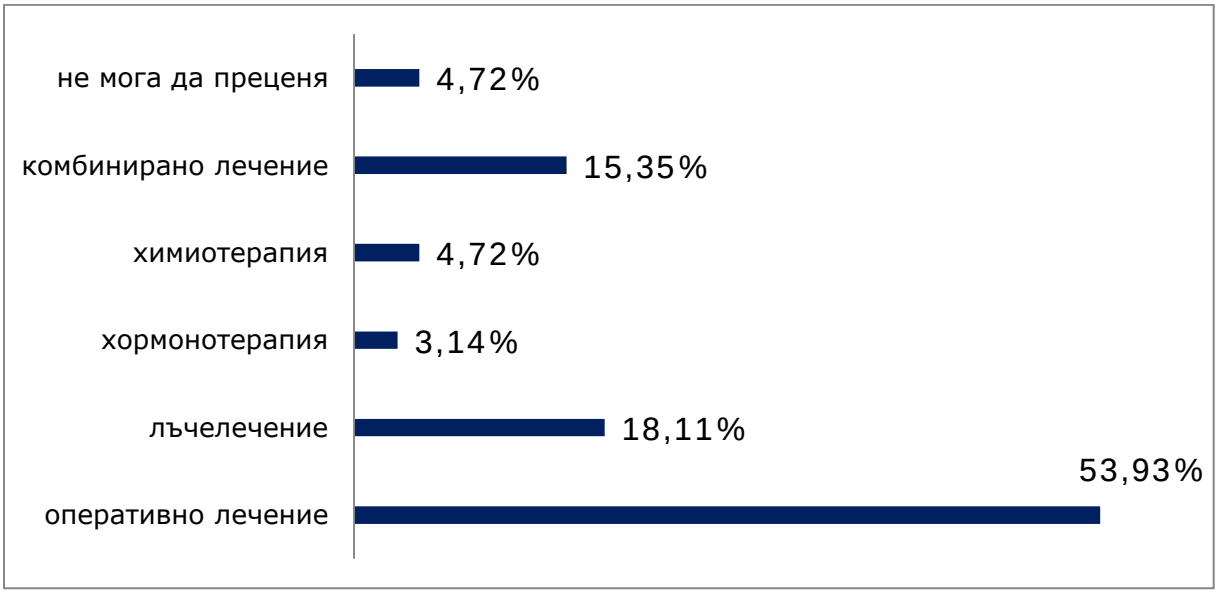
Алтернативната хипотеза се определя от нарастването на относителните дялове на жените имащи мнение със степента на образованието – най-малък % при тези с основно образование, а най-голям при тези с висше образование. Напълно логично е тенденцията на анкетираните които нямат мнение по въпроса. Най-висок % при основно образование, а най-нисък при висше – $P < 0{,}001$; $\chi^2=68.48$.

Изводи:

1. Голяма част от изследваните жени не могат да преценят какви са за тях рисковете от развитие на карцином на ендометриума, като факториалните признаци – възраст, степен на образованост, наличие на онкологични заболявания във фамилната им анамнеза оказва положително влияние върху сериозността, с която те приемат риска от развитието на ендометриален карцином.

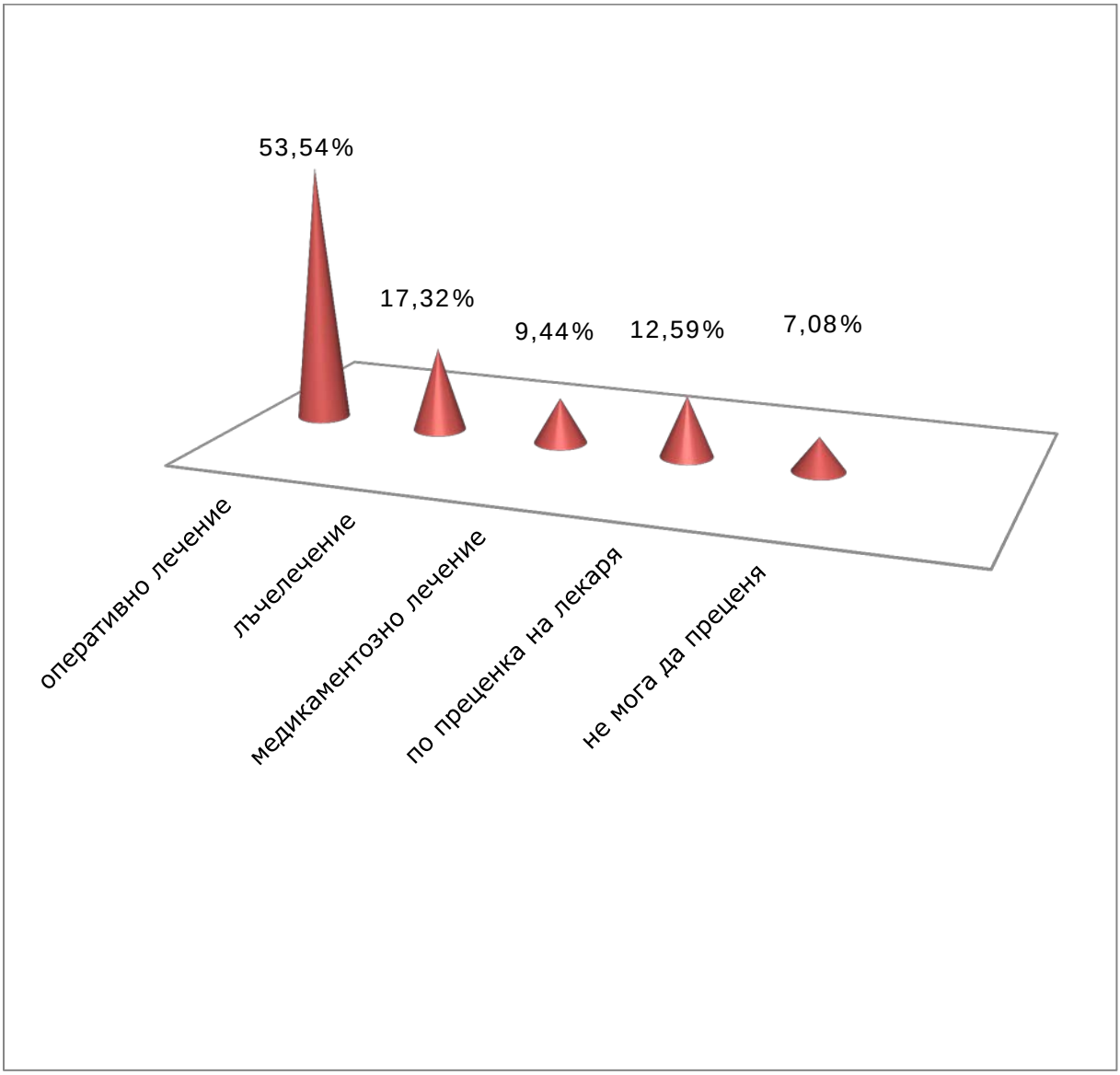
3.2.4. Проучване на познанията на анкетираните относно терапията на ендометриалния карцином

За да дообогатим настоящото проучване и получим още по-пълна представа относно нагласите на анкетираните към проблема 'Карцином на ендометриума' проучихме и техните познания относно средствата и възможностите за терапия на заболяването. Логично, най-важния въпрос с който започнахме изследването бе: 'Каква според Вас е оптимално добрата терапия при 'карцином на ендометриума'?' Най-голяма част от анкетираните са на мнение, че водещ метод в лечението на карцинома на ендометриума трябва да бъде оперативното лечение – 53,93±1.81%, следвани от жените, според които лъчелечението е оптималното средство на първи избор (18,11±1.39%). Според 15,35±1.29% от участничките в проучването, лечението на заболяването трябва да бъде комбинирано - съчетание на повече от един от посочените в анкетата методи (Фиг. 54).



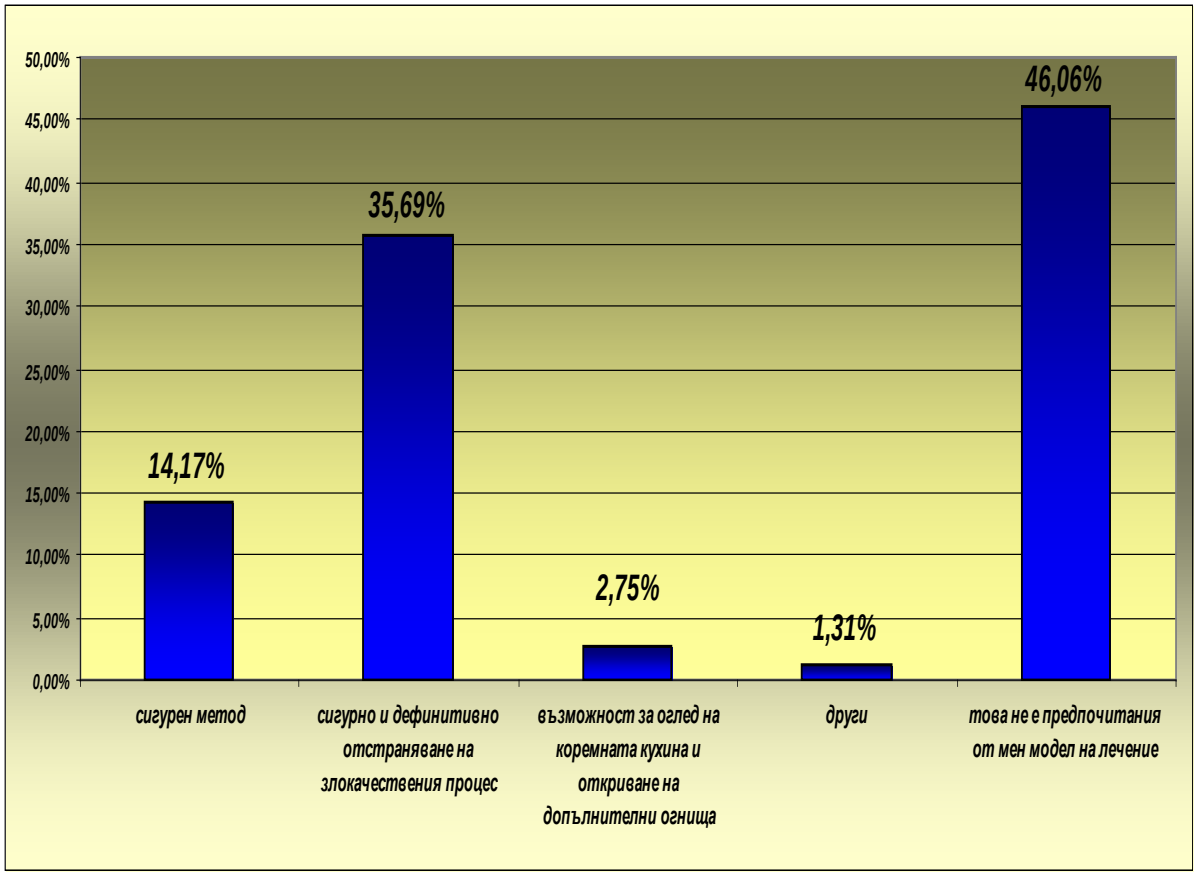
Фиг. 54. Мнение на анкетираните, относно оптимално добрата терапия при карцином на ендометриума.

Отговорите на жените по този въпрос до голяма степен съвпадат с отговорите им на въпроса 'Ако би Ви се наложило да избирате алтернативни начини на лечение, като пациент, кой от изброените методи бихте предпочели ?' (Фиг. 55).



Фиг. 55. Продентно разпределение на анкетираните, според предпочитания модел на лечение, ако им се наложи да се лекуват от карцином на ендометриума

Оперативният метод на лечение е предпочетен от 411 анкетирани, но за съжаление в същото време 351 жени не го предпочитат, т.е. почти половината нямат представа как се лекува карцином на ендометриума. Според жените намиращи оперативното лечение като най-сигурен метод в лечението на карцинома на ендометриума основните причини за това са, че то е свързано със 'сигурно и дефинитивно отстраняване на злокачествения процес' – 35,69±2.38% и е 'сигурен метод' – 14,17±1.71% (Фиг. 56).



Фиг. 56. Разпределение на анкетираните, според мнението им за оперативния метод на лечение на карцинома на ендометриума.

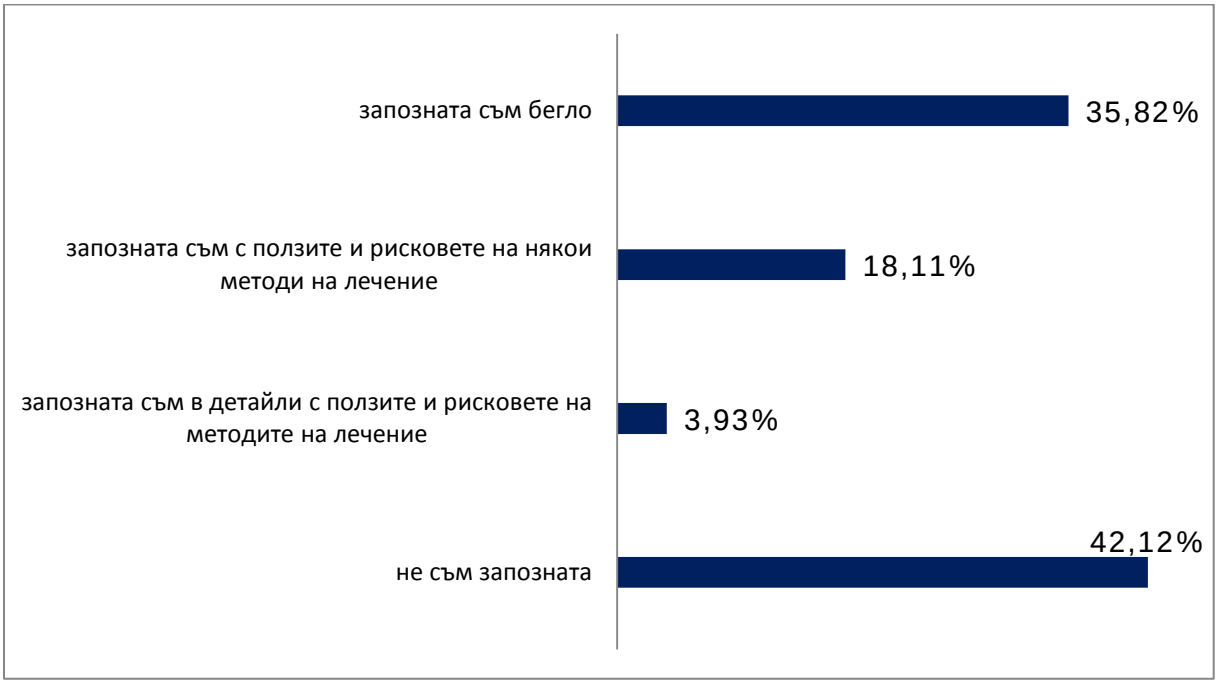
На въпроса за това кой е според тях правилния оперативен метод при карцином на ендометриума най-голяма част от анкетираните (23,62±1.61%) заявяват, че биха се доверили на преценката на лекуващия си лекар, каквато и да е тя. 16,14±1.81% посочват, като оптимален метод лапаротомията, а 9,84±1.48% нямат мнение (Фиг. 57).



Фиг. 57. Предпочитани от анкетираните оперативни методи

Процентът анкетирани, които оставят лекаря да прецени – единствения верен отговор, е само 23.62%. Това буди тревога и показва косвено колко е спаднало доверието в българските лекари.

В друг дял на настоящото проучване се опитахме да установим запознатостта на българските жени с предимствата и недостатъците на възможните методи за лечение на карцинома на ендометриума. Въпреки, че не намираме познаването на методите за лечение на ендометриалния карцином, като значим фактор повлияващ отношението на пациентките към профилактиката все пак сме на мнение, че двете са в тясна корелация. Именно това твърдение решихме да проверим. Анализирайки получените резултати установяваме, че цели 42,12±1.79% от участничките в проучването, са заявили, че изобщо не са запознати. Втора по численост е групата на тези, които са заявили, че познават само бегло с възможните методи за лечение на ендометриалния карцином (35,82±1.87%), 18,11±1.39% от анкетираните са запознати само с позитивите и негативите на някои отделни методи. Само 3,93±0.71% от анкетираните български жени заявяват, че са добре запознати в детайли, както с възможностите за лечение, така и с ползите и рисковете от тях (Фиг. 58).



Фиг. 58. Запознатост на българските жени с предимствата и недостатъците на възможните методи за лечение на карцинома на ендометриума.

Анализирайки факторите, които оказват влияние върху познанията на анкетираните по отношение на предимствата и недостатъците на възможностите за терапия при ендометриалния карцином установихме влияние на степента на

образованост, фамилната им анамнеза, както и от етноса им. Влиянието на **образованието** върху познанията на анкетираните може да бъде категорично демонстрирано при съпоставяне на трите групи (основно, средно, висше) с тяхното мнение по въпроса. В групата на анкетираните с основно и по - ниско образование преобладават жените, които заявяват че не познават никой от възможните методи за лечение на карцинома на ендометриума. Броят на жените от тази група заявили, че познават в детайли начините на лечение е значително по малък от същия в групите на жените с по високо образование (Табл.28, Фиг. 59*). С повишаване на образоваността на изследваните жени, се повишава и процентът на тези познаващи, както плюсовете и минусите на отделни методи, така и на тези заявили, че познават в детайли всички методи (колкото и малко да са те, като цяло), като наблюдаваната тенденция важи, както при жените със средно така и при тези с висше образование.

Табл.28. Влияние на образованието на анкетираните жени върху запознатостта им с предимствата и недостатъците на възможните методи за лечение на карцинома на ендометриума.

Ниво на познание	Основно образование			Средно образование			Висше образование			общо		
	Брой	%	Sp	Брой	%	Sp	Брой	%	Sp	Брой	%	Sp
Запозната бегло	41	33.33	4.24	110	41.19	3.01	122	32.79	2.44	273	35.83	1.74
Запозната в детайли	1	0.81	*	9	3.37	1.20	20	5.37	1.13	30	3.94	0.71
Запозната само с отделни методи	9	7.31	2.30	47	17.60	2.35	82	22.04	2.15	138	18.11	1.39
незапозната	72	58.53	4.43	101	37.82	2.95	148	39.78	2.54	321	42.12	1.79
всичко	123	99.98		267	99.98		372	99.98		762	100.00	

$P<0.001$ ($\chi^2= 32.78$) Направеният непараметричен анализ потвърждава алтернативната хипотеза, т.е. силно изразено различие между отделните образователни степени.

Друг фактор, оказващ влияние върху мнението на анкетираните относно възможностите за лечение на ендометриалния карцином е наличието на онкологични заболявания в рода им. При анализа на данните отново решихме да разделим анкетираните в две групи. Първата е тази на жените, които нямат (или са отговорили, че не знаят да имат) данни във фамилната си анамнеза за роднини с онкологични заболявания на женските полови органи. Във втората са жените, съобщаващи за фамилна обремененост, тази група от своя страна бе разделена на две подгрупи: жени съобщаващи за техни роднини, боледували от карцином на ендометриума и жени с

други онкологични заболявания на женските полови органи във фамилната си анамнеза.

Установи се, че при жените имащи преки роднини, боледували от онкологични заболявания процентът на тези, които заявяват, че са запознати в детайли с възможностите за лечение на ендометриалния карцином е значително по-висок в сравнение със същия за групата на анкетираните жени без фамилна обремененост (Фиг. 60*,Табл.29). По същия начин, по-нисък е и процентът на незапознатите в групата на фамилнообременените.

Табл.29. Влияние на фамилната обремененост на анкетираните жени върху запознатостта им с предимствата и недостатъците на възможните методи за лечение на карцинома на ендометриума.

Ниво на познание	фамилна обремененост			без фамилна обремененост			общо		
	брой	%	Sp	брой	%	Sp	брой	%	Sp
Запозната бегло	53	38.40	4.13	220	35.25	1.91	273	35.83	1.74
Запозната в детайли	10	7.24	2.17	20	3.20	0.68	30	3.94	0.71
Запозната само с отделни методи	42	30.43	3.90	96	15.38	1.43	138	18.11	1.39
незапозната	33	23.91	3.64	288	46.15	2.00	321	42.12	1.79
всичко	138	99.98		624	99.98		762	100.00	

Изчисленият λ на Комогоров Смирнов потвърждава алтернативната хипотеза $P<0.001$ ($\lambda=7.03$).

Наблюдаваната тенденция е още по-силно изразена ако сравним двете подгрупи на жените имащи в рода си онкологични заболявания. Най-много жени добре запознати с методите за лечение на заболяването се срещат в групата на жените, имащи карцином на ендометриума във фамилната си анамнеза (Фиг. 61*, Табл.30).

Табл.30. Влияние на наличие на карцином на ендометриума във фамилната анамнеза на анкетираните жени върху запознатостта им с предимствата и недостатъците на възможните методи за лечение на карцинома на ендометриума

Ниво на познание	фамилна обремененост с карцином на ендометриума			без фамилна обремененост за карцином на ендометриума			общо		
	Брой	%	Sp	Брой	%	Sp	Брой	%	Sp
Запозната бегло	9	21.95	6.47	264	36.61	1.80	273	35.83	1.74
Запозната в детайли	15	36.58	7.54	15	2.08	0.52	30	3.94	0.71
Запозната само с отделни методи	14	34.14	7.40	124	17.19	1.40	138	18.11	1.39
незапозната	3	7.31	*	318	44.10	1.85	321	42.12	1.79
всичко	41	99.98		721	99.98		762	100.00	

Алтернативната хипотеза се определя от статистически значимите различия в познанията на жените, определящи се от техния статус – P<0.001 (χ^2=192.86). Най-значими незапознати са констатирани при жените без фамилност за карцином на ендометриума – 44.10±1.85%, докато при тези с карицином процентът на незапознатите е само 7.31%.

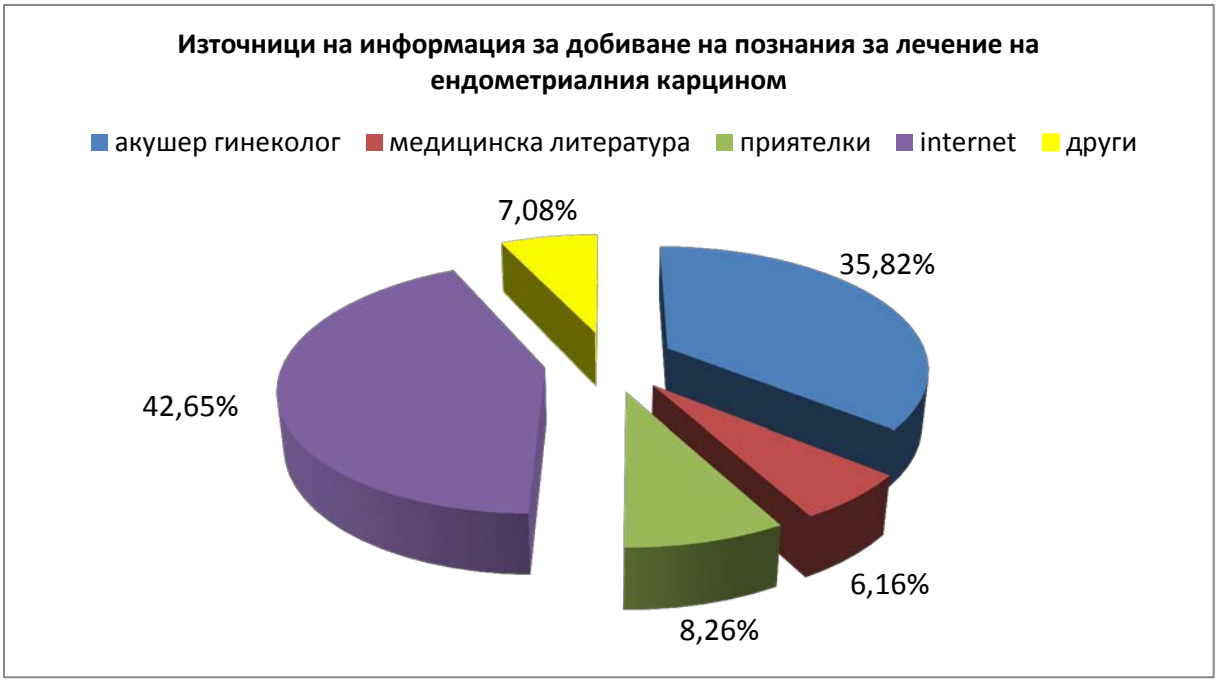
Съпоставяйки познанията на анкетираните по въпроса с техния **етнически произход** също може да бъдат намерени статистически значими различия. При българките и туркините, доста по-често могат да бъдат открити такива, които са добре запознати поне с някои възможности за терапия на ендометриални карцином, в сравнение със същите данни за представителките на ромския етнос. При българките също е най-висок и процентът на анкетираните, които заявяват че познават в детайли предимствата и недостатъците на основните методи за лечение на карцинома не ендометриума. (Табл.31, Фиг. 62*)

Табл. 31. Влияние на етническата принадлежност на анкетираните върху запознатостта им с предимствата и недостатъците на възможните методи за лечение на карцинома на ендометриума.

Ниво на познание	българки			туркини			ромки			общо		
	Брой	%	Sp	Брой	%	Sp	Брой	%	Sp	Брой	%	Sp
Запозната бегло	247	39.52	2.00	18	31.03	6.07	8	10.12	3.38	273	35.83	1.74
Запозната в детайли	26	4.16	0.78	3	5.17	*	1	1.26	*	30	3.94	0.71
Запозната само с отделни методи	120	19.20	1.57	10	17.24	2.86	8	10.12	3.38	138	18.11	1.39
незапозната	232	37.12	1.93	27	46.55	6.55	62	78.48	4.66	321	42.12	1.79
всичко	625	99.98		58	99.98		79	99.98		762	100.00	

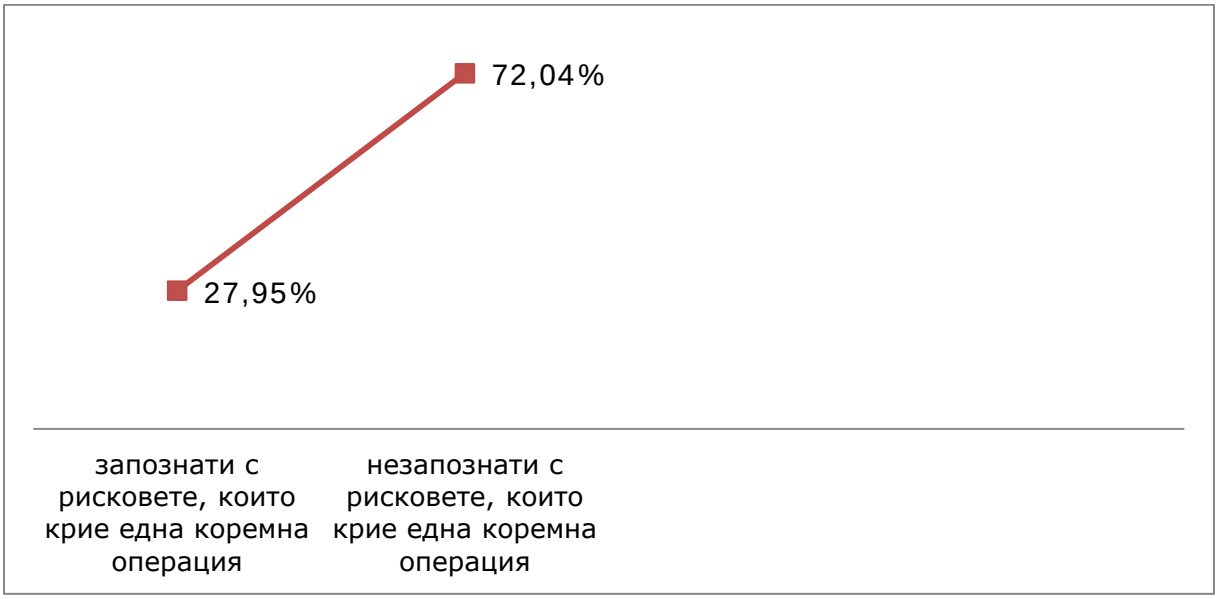
Факториалният признак етнос оказва статистическо значимо влияние върху познанията на анкетираните за методите на лечение – (P<0,001; χ^2=97.63). Основна роля играе структурата на разпределение на признака „незапознати“ от една страна и „запознати бегло“ от друга. Докато при българките „незапознати“ са 37.12±1.93%, то при ромките те са двойно повече – 78.48±4.66%

Според анкетираните жени, най-честият източник на информация, повишаващ запознатостта им с предимствата и недостатъците на възможните методи за лечение на карцинома на ендометриума е интернет (42,65±1.80%). Значително по-малка част от участничките в проучването посочват като основен фактор повишаващ информираността им по въпроса личния си акушер-гинеколог – 35,82±1.74% (Фиг. 63).



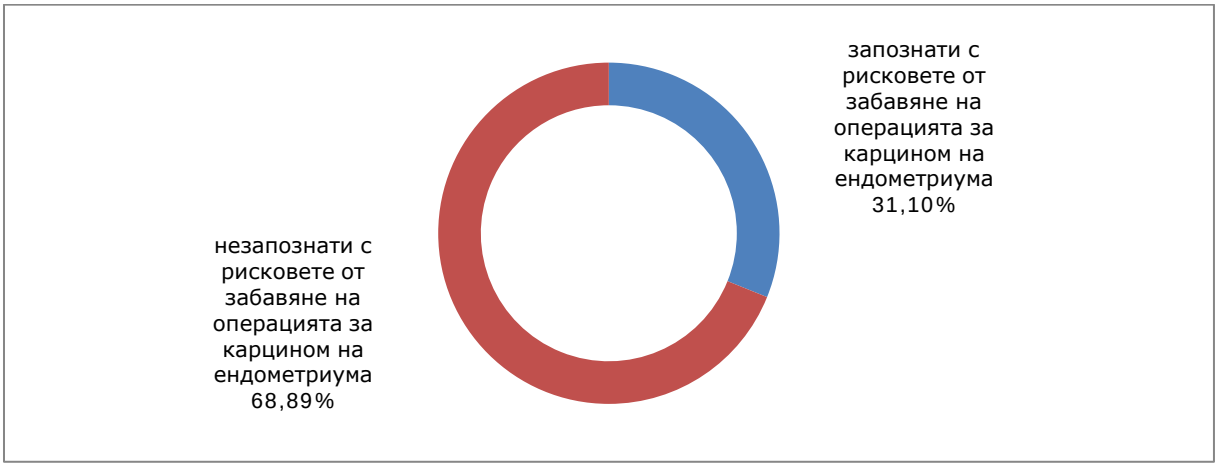
Фиг. 63. Най-чести източници повишаващи запознатостта анкетираните жени с предимствата и недостатъците на възможните методи за лечение на карцинома на ендометриума.

Изследвахме запознатостта на анкетираните по отношение на рисковете, които крие всяка една коремна операция и установихме, че по голямата част от тях (72,04±1.63%) не са запознати. (Фиг. 64). Изчисленият u критерий за нормално разпределение показва, че различието между „познава“ и „непознава“ е много голямо – $P < 0.001$ ($u=19.08$).



Фиг. 64. Запознатост на анкетираните с рисковете, които крие една коремна операция

За съжаление, установихме че голяма част от анкетираните не са запознати и с рисковете, които крие забавянето на оперативното лечение на карцинома на ендометриума (Фиг. 65).



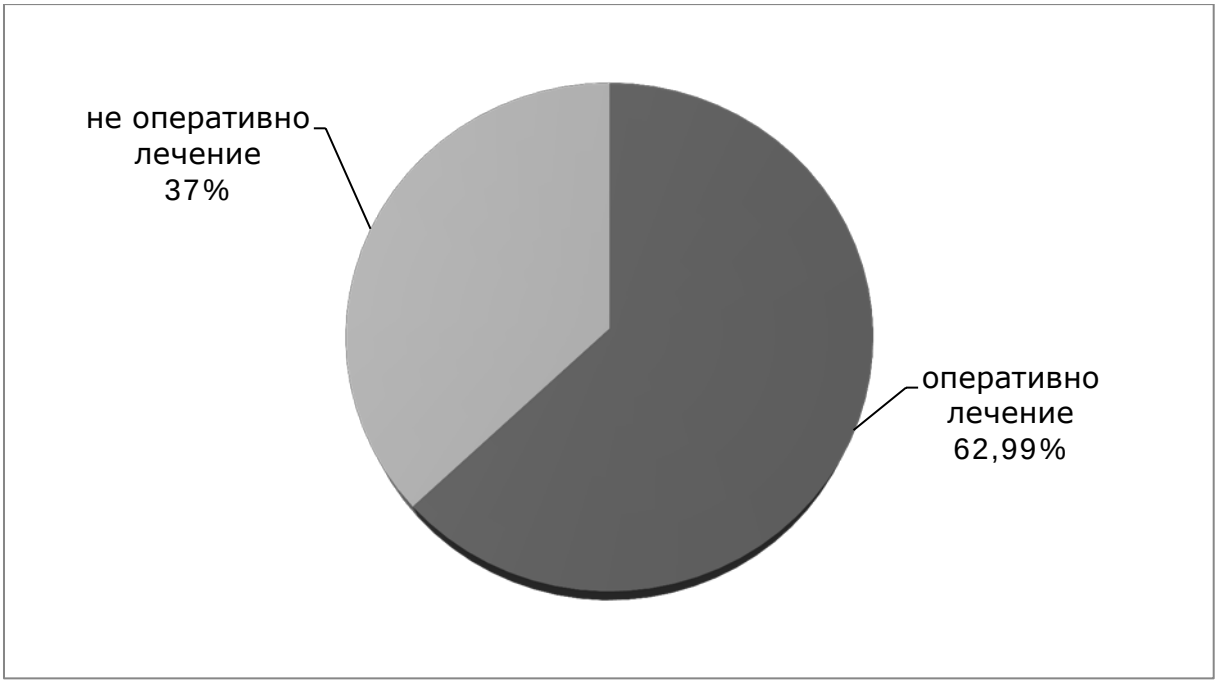
Фиг. 65. Запознатост на анкетираните с рисковете които крие забавянето на оперативното лечение на карцинома на ендометриума

С повишаването на образоваността на анкетираните жени се повишава и броя на тези, които са запознати с рисковете, свързани със забавянето на оперативното лечение на карцинома на ендометриума. В групата на анкетираните с основно и по-ниско образование преобладават жените, заявявили че не познават тези рискове. При изследваните жени с по-високо образование броят на запознатите значително нараства. Вътрегруповата съпоставка по образователно ниво показва и при трите образователни степени значително по-големия процент на „незапознатите“ – $P < 0.001$ (Табл.32, Фиг. 66*). Критерият на Колмогоров-Смирнов потвърждават алтернативната хипотеза – $P < 0.001$ ($\lambda=1.72$), която се определя от намаляване % на „незапознатите“ с увеличаване на образователната степен. Независимо от различията в запознатостта между различно образованите анкетирани жени, остава общият голям % на „незапознати“ за всички анкетирани (68.90%) – Табл.32.

Табл. 32. Влияние на образованието на анкетираните жени върху запознатостта им с рисковете, свързани със забавянето на оперативното лечение на карцинома на ендометриума.

	Незапознати			Запознати			Общо брой	u	p
	Брой	%	Sp	Брой	%	Sp			
Основно образование	97	78.86	3.67	26	21.14	3.67	123	11.13	<0.001
Средно образование	189	70.78	3.30	78	29.21	3.30	267	8.90	<0.001
Висше образование	239	64.26	2.49	133	35.75	2.49	372	8.10	<0.001
всичко	525	68.90		237	31.10		762		

Проучихме и мнението на анкетираните по отношение на сигурността и рисковете свързани с лечението на ендометриалния карцином. От получените данни установихме, че българските жени намират за по-рискови оперативните методи – 63.00±1.75% (Фиг. 67), но в същото време са и на мнение, че оперативните методи са свързани с по-сигурно излекуване на заболяването – 78.09±1.50% (Фиг. 68).

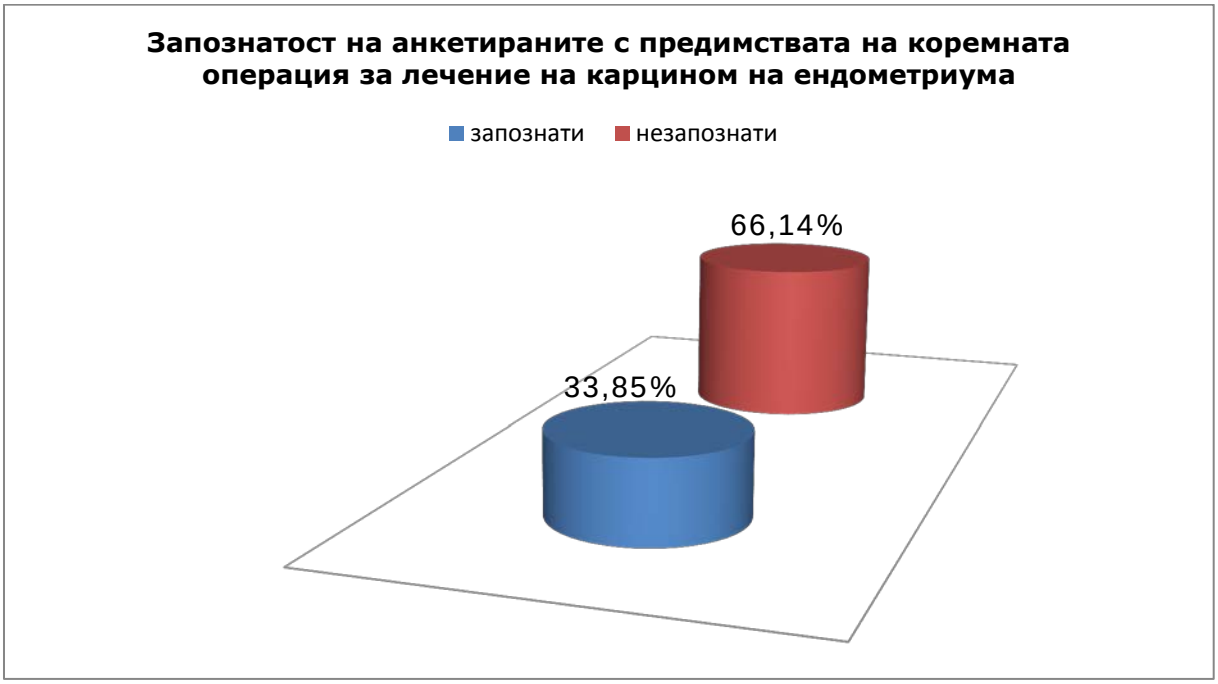


Фиг. 67. Мнение на анкетираните по въпроса, кои от методите на лечение на карцинома на ендометриума считат за по-рискови.



Фиг. 68. Мнение на анкетираните за сигурността на вида лечение.

Въпреки, че намират оперативното лечение, като по-сигурен начин за излекуване, по-голямата част от анкетираните (66,14±1.72%) заявяват, че не знаят какви са предимствата на една коремна операция (Фиг. 69).



Фиг. 69. Запознатост на анкетираните с предимствата, които има една коремна операция за лечение на ендометриалния карцином

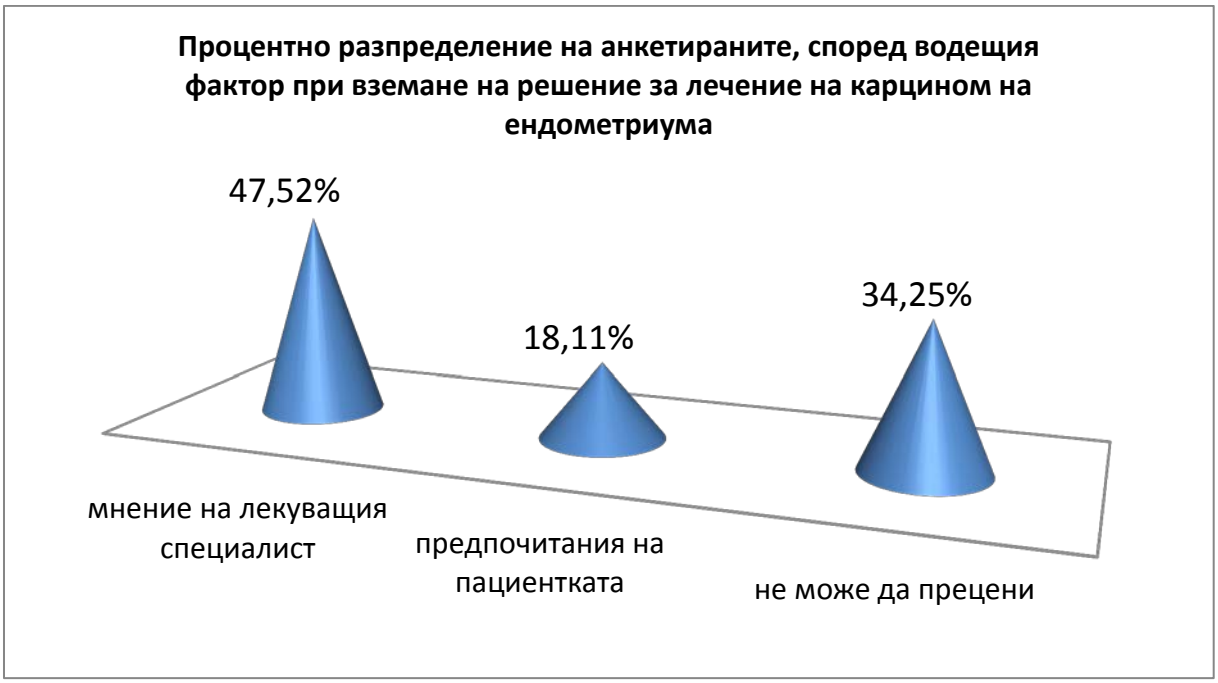
Също така, малък е и процентът на жените (17,32±1.36%), които са споделили, че са добре запознати с предимствата на неоперативните методи за лечение на карцинома на ендометриума. (Фиг. 70).



Фиг. 70. Запознатост на анкетираните с предимствата които имат неоперативните методи за лечение на карцином на ендометриума

След като разбрахме, че анкетираните не са запознати с методите на лечение за карцином на ендометриума, както и с техните усложнения, решихме да проучим мнението на анкетираните по въпроса 'Кое трябва да бъде водещо при определяне

(избор) на метода на лечение при карцинома на ендометриума'. Според по-голямата част от тях (47,63±1.81%), водещо трябва да бъде мнението на лекуващия специалист. Значително по-малко са жените поставящи на първо място предпочитанията на пациентката. (Фиг. 71).



Фиг. 71. Мнение на анкетираните по въпроса за това кое трябва да бъде водещо при определяне (избор) на метода на лечение за карцинома на ендометриума.

Съпоставяйки мненията на анкетираните с техния **етнически произход**, установихме статистически значими различия. При българките могат да бъдат открити най-много жени (19.36±1.57%) на мнение, че водещо трябва да бъде желанието на пациентката в сравнение със същите данни при туркините и ромките. При жените декларирали турски етнически произход, процентът на мислещите, че водещо в избора на лечение при карцинома на ендометриума трябва да бъде мнението на лекаря специалист е най висок – 56,89±6.50%. В групата на ромските жени пък преобладават анкетираните без мнение. (Фиг. 72*, Табл.33)

Табл. 33. Влияние на етническия произход на анкетираните върху мнението им по въпроса за това кое трябва да бъде водещо при определяне (избор) на метода на лечение.

	Българки			Туркини			Ромки			общо		
	брой	%	Sp	брой	%	Sp	брой	%	Sp	брой	%	Sp
Мнение на специалист	322	51.52	2.00	33	56.89	6.60	8	10.13	3.38	363	47.64	1.81
Мнение на болната	121	19.36	1.57	9	15.52	4.81	8	10.13	3.38	138	18.11	1.39
Без мнение	182	29.12	1.82	16	27.59	5.90	63	79.74	4.58	261	34.25	1.58
всичко	625	100.00		58	100.00		79	100.00		762	100.00	

Етоносът оказва изразено влияние върху мнението на участниците в проучването жени върху мнението им водещия фактор при избор на евентуално лечение – P < 0.001 (χ^2=35.04). Най-голям процент без мнение има при ромките (79.74±4.58%). Съпоставката на българки и туркини не показва изразено различие. Учудващо е, че едва половината от анкетираните българки и туркини биха се доверили на мнението на специалист, а при ромките доверието в специалиста е още по-ниско – едва 10,13±3,38%. Посочените цифри могат спекулативно да се интерпретират, че доверието в българските специалисти намалява. Докато при българките и туркините може би това е обяснението, то при ромите най-вероятно причината може да се крие в необразоваността на този етнос в България.

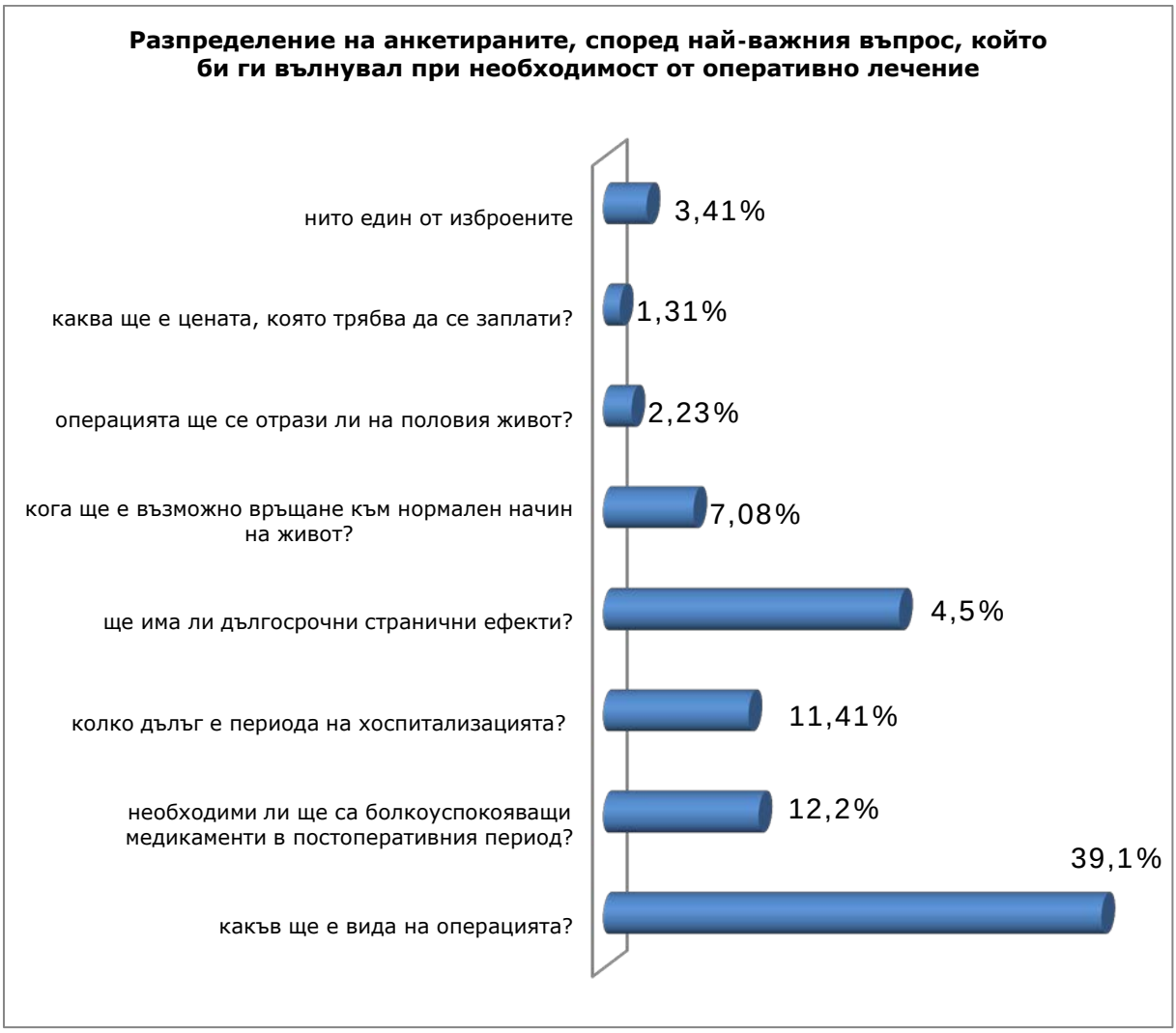
Друг фактор, оказващ влияние върху мнението на анкетираните по въпроса е тяхното образование – P < 0.001 (χ^2=23.35). С повишаване на образоваността на изследваните жени се повишава и относителният дял на жените, които споделят мнението, че определящ фактор при избора на терапия би трябвало да бъде мнението на пациента. При анкетираните с основно образование, процентът на жените без мнение по въпроса е най-висок – 56,10±4.48%. При жените със средно образование същият намалява на 37,07±2.95%, а най-нисък дял на жени нямащи мнение по въпроса (25,00±2.75%) се открива сред най-образованите жени – висшистките. (Фиг. 73*, Табл.34)

Табл. 34. Влияние на образованието на анкетираните върху мнението им по въпроса за това кое трябва да бъде водещо при определяне (избор) на метода на лечение при CaE.

	Основно образование			Средно образование			Висше образование			общо		
	брой	%	Sp	брой	%	Sp	брой	%	Sp	брой	%	Sp
Мнение на специалист	44	35.77	4.33	115	43.07	3.03	204	54.83	2.58	363	47.64	1.81
Мнение на болната	10	8.13	2.45	53	19.86	2.45	75	20.16	2.07	138	18.11	1.39
Без мнение	69	56.10	4.46	99	37.07	2.95	93	25.01	2.25	261	34.25	1.58
всичко	123	100.00		267	100.00		372	100.00		762	100.00	

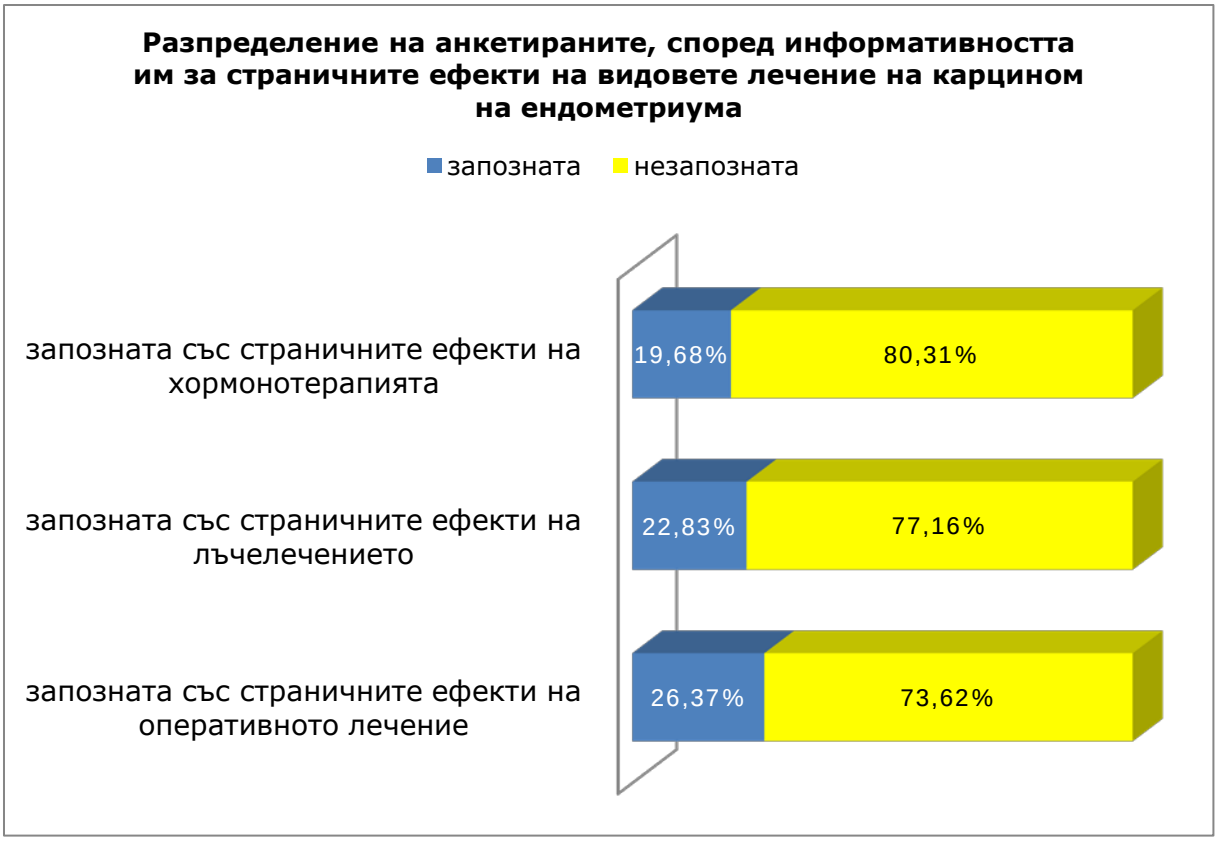
Друг въпрос, по който решихме да проучим мнението на анкетрираните бе ‘Ако би Ви се наложило да се оперирате, кой от изброените въпроси би Ви вълнувал най-много?', като възможните отговори бяха: ‘*какъв ще е вида на операцията?','необходими ли ще са болкоуспокояващи медикаменти в постоперативния период?',’колко дълъг ще е периода на хоспитализация (болничният престой)?',’ще съществуват ли дългосрочни странични ефекти от операцията?',’кога ще е възможно връщането към нормалния*

начин на живот?','операцията ще се отрази ли на половата активност?','каква ще е цената, която трябва да заплатя за операцията' и *'нито един от изброените.* Оказа се, че най-голяма част от изследваните жени се интересуват от вида на операцията – 39,10±1.52% и възможните странични ефекти от нея – 23,22±1.52%. (Фиг. 74)



Фиг. 74. Мнение на анкетрираните по въпроса 'Ако би Ви се наложило да се оперирате, кой от изброените въпроси би Ви вълнувал най-много?'

В настоящото изследване се опитахме да проучим и установим познанията на анкетираните по отношение на страничните ефекти свързани с лечението на карцинома на ендометриума. В тази връзка изследвахме познанията им по отношение на страничните ефекти от оперативното лечение, лъчелечението и хормоналната терапия. От анализа на получените резултати установихме, че по-голяма част от участвалите в проучването (73,62±1.69%) не познават страничните ефекти свързани с оперативното лечение на заболяването (Фиг. 75).



Фиг. 75. Запознатост на анкетираните със страничните ефекти при оперативно, лъчелечение и хормонално лечение при карцинома на ендометриума

Още по-голям е делът на анкетираните български жени незапознати със страничните ефекти от лъчелечението. Най-малко популярни сред пациентките се оказват възможните странични ефекти вследствие на евентуална хормонална терапия (Фиг. 75). Оказа се, че наличието на онкологични заболявания във фамилната анамнеза на анкетираните е единственият фактор повлияващ познанията им по настоящите въпроси. При анализа на данните, анкетираните отново бяха разделени на две групи. Едната са жените, които нямат данни във фамилната си анамнеза за роднини с онкологични заболявания на женските полови органи. Другата група са жените съобщаващи за фамилна обремененост, тази група отново разделихме на две подгрупи: жени съобщаващи за техни роднини боледували от карцином на ендометриума и жени с други онкологични заболявания на женските полови органи във фамилната си анамнеза. Установи се, че при жените имащи преки роднини боледували от онкологични заболявания процентът на непознаващите възможните странични ефекти от оперативното лечение на ендометриалния карцином е значително по-нисък в сравнение със същия за групата на анкетираните жени без фамилна обремененост (Фиг. 76, Табл.35).

Табл. 35. Влияние на фамилната обремененост на анкетираните върху запознатостта им по отношение възможните странични ефекти при оперативно лечение на карцином на ендометриума.

	Анкетирани с фамилна обремененост			Анкетирани без фамилна обремененост			общо	
	брой	%	Sp	брой	%	Sp	брой	%
Незапознати	72	52.17	4.25	4.89	78.37	1.66	561	73.62
Запознати	66	47.83	4.25	135	21.63	1.66	201	26.38
всичко	138	99.99		624	100.00		762	100.00

Фамилната обремененост оказва влияние върху познанията на анкетираните в тази група на възможни странични ефекти. Това е довело до почти равностойно представяне на двете разновидности „непознаващи“ и „познаващи“. Нулевата хипотеза е потвърдена при уровен на значимост 95% – P>0.05 (u=0.75). При жените без фамилна обремененост ¾ от анкетираните не познават страничните ефекти. Алтернативната хипотеза се потвърждава със силно изразено различие „непознаващи“ към „познаващи“ – P < 0.001 (u=24.29)

Табл. 36. Влияние на фамилната обремененост на анкетираните върху запознатостта им по отношение възможните странични ефекти при лъчелечение на карцином на ендометриума.

	Анкетирани с фамилна обремененост			Анкетирани без фамилна обремененост			общо	
	брой	%	Sp	брой	%	Sp	брой	%
запознати	58	42.03	4.20	116	18.59	1.57	174	22.83
незапознати	80	57.97	4.20	508	81.41	1.57	588	77.17
всичко	138	100.00		624	100.00		762	100.00

Фамилната обремененост оказва влияние върху познанията на анкетираните за възможни странични ефекти от лъчетарпията. Това е довело до значимо различие между „непознаващи“ и „познаващи“. Анкетираните с фамилна обремененост са по-запознати P < 0.001 (u=10.68), а тези без фамилна обремененост са по-незапознати P < 0.001 (u=3.95). По същия начин, по-нисък е и процента на жените от групата на фамилно обременените, които са заявили, че не познават страничните ефекти от лъчелечението (Табл.36, Фиг. 76) и хормонотерапията (Табл.37, Фиг. 76).

Табл. 37. Влияние на фамилната обремененост на анкетираните върху запознатостта им по отношение възможните странични ефекти при хормонално лечение на карцином на ендометриума.

	Анкетирани с фамилна обремененост			Анкетирани без фамилна обремененост				
	Брой	%	Sp	Брой	%	Sp	u	p
Запознати	51	36.96	4.11	99	15.87	2.15	4.54	P<0=001
Незапознати	87	63.04	4.11	525	84.13	2.15	4.53	P<0=001
всичко	138	100.00		624	100.00			

Статистически значимо по-голяма е запознатостта при жените с фамилна обремененост – P<0.001 (u=4.47). Различията при тези без обремененост е многократно по-голямо, определящо се от факта, че непознаващи странични ефекти са 84.13±2.15% при жените без фамилна обремененост, а познаващите са едва 15.87±2.15%. Резултатите от алтернативния анализ са подкрепени и от непараметричния анализ - P <0.001 (χ^2=318.25).



Фиг. 76. Влияние на фамилната обремененост на анкетираните върху запознатостта им по отношение възможните странични ефекти при оперативно, лъчелечение и хормонално лечение на карцином на ендометриума.

Изводи:

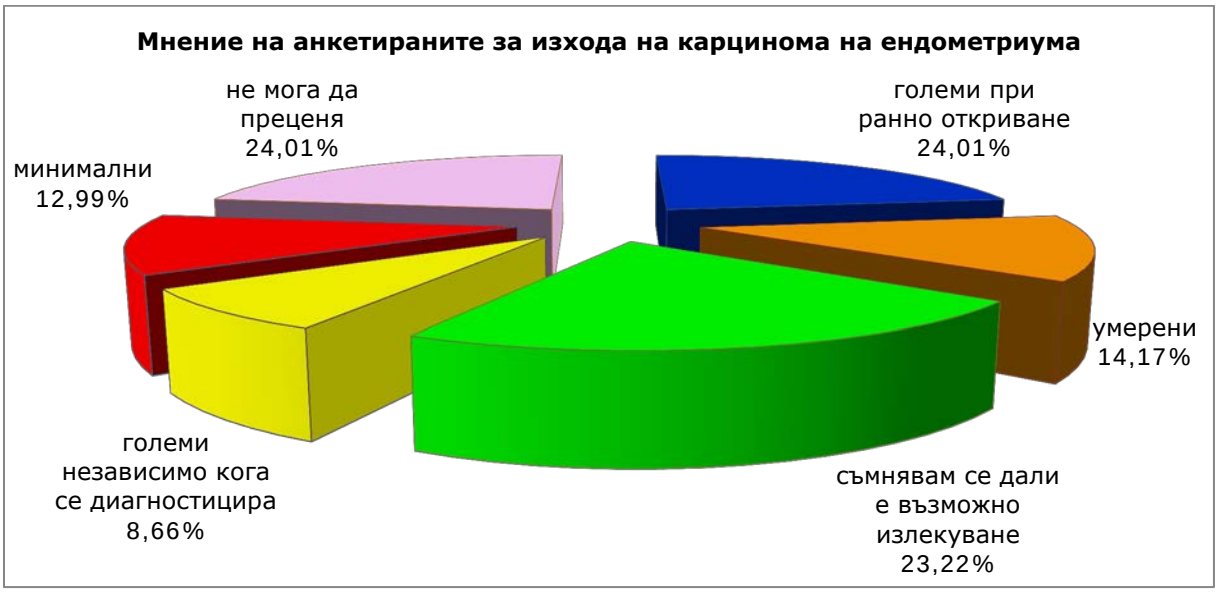
1. По-голяма част от анкетираните не са запознати и с рисковете, които крие забавянето на оперативното лечение на карцинома на ендометриума. С повишаването на образоваността на анкетираните жени се повишава и броя на тези, които са запознати с рисковете, свързани със забавянето на оперативното лечение на карцинома на ендометриума.
2. Най-голяма част от анкетираните са на мнение, че водещ метод в лечението на карцинома на ендометриума трябва да бъде оперативното лечение и биха се доверили за правилния оперативен метод на преценката на лекуващия си лекар.
3. По-голямата част от участничките в проучването не са запознати с позитивите и негативите на методи за лечение на карцином на едометриума, като това са жени с основно образование или представителки на ромския етнос.

4. При жените имащи преки роднини боледували от онкологични заболявания процентът на тези, които заявяват, че са запознати в детайли с възможностите за лечение на ендометриалния карцином е значително по-висок в сравнение със същия за групата на анкетираните жени без фамилна обремененост .

5. Според анкетираните жени, най-честият източник на информация повишаващ информативността им с предимствата и недостатъците на възможните методи за лечение на карцинома на ендометриума е интернет.

3.2.5. Изследване на мнението на анкетираните за шансовете за излекуване от карцином на ендометриума и средствата за повишаване на тези шансове

Следващият показател, който проучихме бе мнението относно възможностите заболяването да бъде излекувано, данни за което получихме от въпроса: ‘Какви са според Вас шансовете за успешно/пълно излекуване от карцином на ендометриума?’. Целта ни бе да разберем до каква степен анкетираните жени отдават значимост на заболяването. Най-голяма е групата на анкетираните жени, които са на мнение, че шансовете за пълно излекуване са ‘големи при ранно откриване на заболяването’ (24,01±1.55%). Не е малка, обаче и групата на тези, които се съмняват дали е възможно пълно излекуване (23,22±1.52%). Тревога буди факта, че 8,66±1.04% от жените са на мнение, че шансовете за излекуване са ‘големи без значение кога е диагностицирано’ (Фиг. 77). И тук участничките в проучването имаха право да посочват повече от едно твърдение.



Фиг. 77. Разпределение на анкетираните жени, според мнението им относно възможностите за пълно излекуване от карцином на ендометриума.

Открихме влияние на **образованието** върху мнението на анкетираните. В групата на анкетираните с основно и по ниско образование преобладават жените, които заявяват че не могат да преценят или нямат ясно мнение по въпроса. Броят на жените от тази група имащи мнение или дали конкретни отговори е значително по малък от същия в групите на жените с по високо образование (Табл.38, Фиг.78*). С повишаване на образоваността на изследваните жени се повишава и процентът на тези имащи мнение по въпроса, или отговарящи с конкретни отговори, като наблюдаваната тенденция важи, както при жените със средно така и при тези с висше образование.

Табл. 38. Влияние на образованието на анкетираните върху мнението им относно възможностите за пълно излекуване от карцином на ендометриума.

Шансове за оздравяване	Основно образование			Средно образование			Висше образование			общо	
	брой	%	Sp	брой	%	Sp	брой	%	Sp	брой	%
Големи при ранно откриване	30	24.39	3.85	72	26.96	2.72	81	21.77	2.15	183	24.02
Големи, без значение от времето на диагноза	15	12.19	2.93	33	12.35	1.99	18	4.83	1.23	66	8.66
Умерени	3	2.43		24	8.98	1.75	81	21.77	2.15	108	14.17
Минимални	15	12.19	2.93	30	11.23	1.91	54	14.51	1.85	99	12.99
Съмнявам се възможно ли е излекуване	18	14.63	3.22	63	23.59	2.61	96	25.80	2.27	177	23.23
Не мога да преценя	42	34.15	4.27	45	16.85	2.30	42	11.29	1.62	129	16.93
всичко	123	99.97		267	100.00		372	100.00		762	100.00

Друг фактор оказващ влияние върху мнението на анкетираните относно възможностите за пълно излекуване от ендометриален карцином е наличието на онкологични заболявания в рода им. При анализа на данните анкетираните бяха разделени на две групи. Първата са жените, които нямат данни във фамилната си анамнеза за роднини с онкологични заболявания на женските полови органи. Втората са жените съобщаващи за фамилна обремененост, тази група бе разделена на две подгрупи: жени съобщаващи за техни роднини боледували от карцином на ендометриума и жени с други онкологични заболявания на женските полови органи във фамилната си анамнеза.

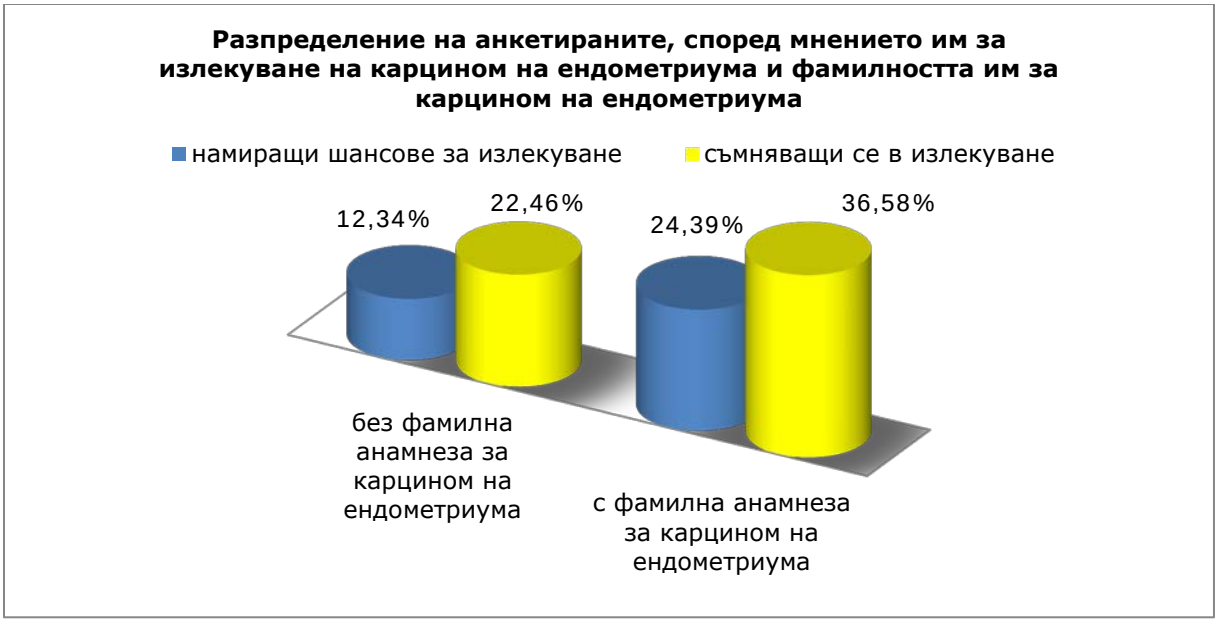
Бе установено, че при жените имащи преки роднини боледували от онкологични заболявания процентът на тези, които са на мнение, че шансовете за пълно излекуване от ендометриален карцином без значение кога е диагностициран е значително по-нисък в сравнение със същия за групата на анкетираните жени без фамилна обремененост

(Фиг. 79). По същия начин по-нисък е и процентът на жените от групата на фамилнообременените, които са на мнение, че шансовете за пълно излекуване от заболяването са големи дори при ранно откриване. За сметка на това, в същата група е по-висок процентът на жените намиращи тези шансове за 'умерени' и 'минимални', както и на тези, които 'се съмняват дали е възможно пълно излекуване'.



Фиг. 79. Влияние на фамилната обремененост на анкетираните върху мнението им по отношение възможностите за пълно излекуване от карцином на ендометриума.

Наблюдаваната тенденция е още по-силно изразена ако сравним двете подгрупи на жените имащи в рода си онкологични заболявания. Най-много жени намиращи като 'минимални' шансовете за пълно излекуване, и такива, които 'се съмняват дали е възможно пълно излекуване' се срещат в групата на жените имащи карцином на ендометриума във фамилната си анамнеза (Фиг. 80).



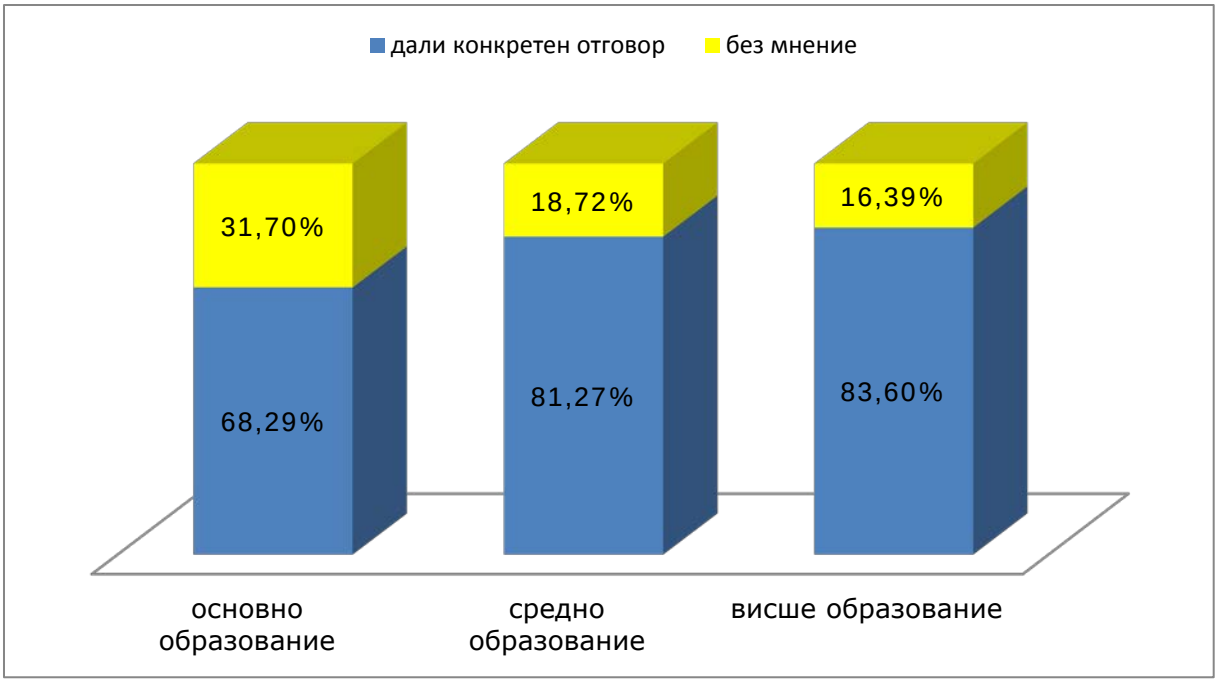
Фиг. 80. Разпределение на анкетираните жени с фамилна обремененост за онкологични заболявания, според мнението им за възможностите за пълно излекуване от карцином на ендометриума, сравнени със същите данни на всички анкетирани.

Логично, след като проучихме мнението на анкетираните относно шансовете за излекуване при карцином на ендометриума, решихме да изследваме и до каква степен те са запознати с това какво би трябвало да се направи за да бъдат повишени тези шансове. На въпроса ‘Какво според Вас може да направи пациентката за да повиши тези шансове?’ най-голяма част от анкетираните (32,67±1.70%) са на мнение, че жената трябва ‘да следи сама състоянието си и алармира и за най-малки отклонения’ и ‘да извършва редовни профилактични прегледи’ (18,11±1.39%). За 12,20±1.18% от изследваните жени водещи са избягването на рисковите фактори. Тези резултати надхвърлят нашите предварителни очаквания и могат да бъдат разтълкувани безспорно, като положителен факт. Групата на жените нямащи мнение по въпроса (19,68±1.45%) е почти сходна по численост със същата на тези нямали мнение и по предходния въпрос (Фиг. 81).



Фиг. 81. Мнение на анкетираните жени относно възможностите да бъдат повишени шансовете за пълно излекуване от карцином на ендометриума.

И при този въпрос групата на жените нямащи мнение по въпроса е най-многочислена сред анкетираните с най-ниско образование (Фиг. 82)



Фиг. 82. Влияние на образованието на анкетираните жени върху мнението им относно възможностите за повишаване на шансовете за пълно излекуване от карцином на ендометриума.

Изводи:

1. Най-голяма част от анкетираните жени са на мнение, че чрез извършването на редовни профилактични прегледи най-добре биха се предпазили от развитие на ендометриален карцином, т.е. че шансовете за пълно излекуване са ‘големи при ранно откриване на заболяването’
2. Най-слабо запознати с начините за профилактика на карцинома на ендометриума са жени без фамилна обремененост за онкологично заболяване и анкетирани само с основно образование.

3.3. ПРОУЧВАНЕ НА ПОЗНАНИЯТА НА БЪЛГАРСКИТЕ ЖЕНИ ЗА МЕТОДИТЕ ЗА ПРОФИЛАКТИКА НА ЕНДОМЕТРИАЛНИЯ КАРЦИНОМ

Задача №3. /Проучване на познанията на българските жени за методите за профилактика на ендометриалния карцином/

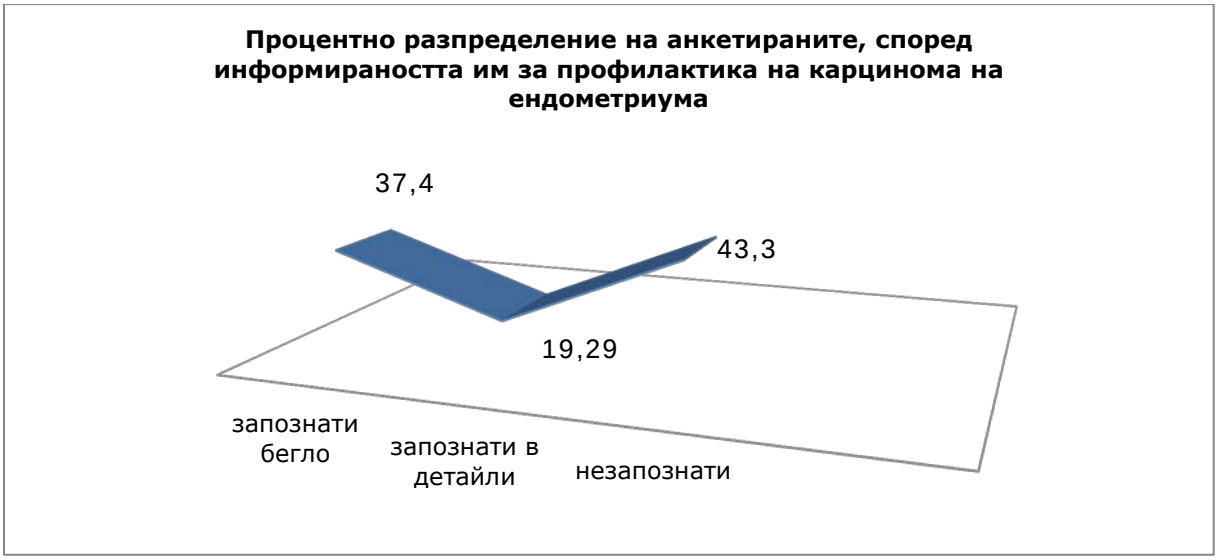
3.3.1. Запознатост на анкетираните с възможностите за профилактика на ендометриалния карцином

Изследването на запознатостта на анкетираните със средствата и начините за профилактика на ендометриалния карцином е една от най-важните задачи на

настоящото проучване. Познаването на съвременните възможности на профилактиката на заболяването несъмнено би се отразило позитивно върху популярността и ефективността й.

На анкетираните бе зададен въпроса 'Запозната ли сте с начините за профилактика на карцинома на ендометриума и предимствата от тях?'. При анализа на получените резултати установихме, че по-голямата част от жените участвали в проучването (43,30±1.79%) са заявили, че изобщо не са запознати. Не са малко и анкетираните (37,40±1.75%), които са заявили, че познават само бегло възможностите, от които могат да се възползват с цел профилактика на ендометриалния карцином. Само 19,30±1.42% от проучваните пациентки са заявили, че са добре запознати в детайли, както с възможностите за профилактика, така и с ползите от тях (Фиг. 83). Направената вътрегрупова съпоставка с критерия на Student Fischer, показва че водещ е отговора „незапозната“ – P<0.01(t=2,59) в сравнение с „бегло запозната“. Съпоставката и на горните групи с „запозната“ потвърждава алтернативната хипотеза - P<0.001 (t=3,45) – при съпоставка на „незапознати“ със „запознати“ и P<0.001 (t=2.89) при съпоставка на „бегло запознати“ със „запознати“.

Анализирайки факторите, които оказват влияние върху познанията на анкетираните по отношение на възможностите за профилактика установихме влияние, от образованието на анкетираните, от етноса им, както и от фамилната им анамнеза.



Фиг. 83. Разпределение на анкетираните, според познанията им по отношение на профилактиката на карцинома на ендометриума

С повишаване на образованието на анкетираните жени се повишава и броя на добре запознатите с възможностите за профилактика на ендометриалния карцином. В

групата на жените с основно образование преобладават отговорите 'не съм запозната“ – 52.03±4.50%' и 'запозната съм бегло' – 41.46±4.43%. При жените със средно образование резултатите не се различават съществено (Фиг.84*, Табл.37). При висшистките, обаче е значително по-висок процентът на жените, които са заявили, че познават добре възможните начини за профилактика, както и ползите, свързани с тях.

Безспорно, образоваността на участвалите в проучването жени е един от основните фактори, оказващи съществено влияние върху здравната им култура, познанията и отношението им към превенцията на здравето. Анализът на резултатите от този и другите въпроси, свързани с влиянието на образованието трябва да ни послужат, като основа при изграждането на препоръките от настоящия труд.

Табл. 37. Влияние на образованието на анкетираните върху познанията им по отношение на профилактиката на карцинома на ендометриума

	Основно образование			Средно образование			Висше образование			Общо		
	Брой	%	Sp	Брой	%	Sp	Брой	%	Sp	Брой	%	Sp
Запозната бегло	51	41.46	4.43	114	42.69	3.03	120	32.25	2.42	285	37.40	1.75
Запозната в детайли	8	6.50	2.30	31	11.61	1.99	108	29.03	2.35	147	19.29	1.42
Незапозната	64	52.03	4.50	122	45.69	3.05	144	38.70	2.53	330	43.31	1.79
Общо	123			267			372			762	100.00	

Образованието е фактор, оказващ съществено влияние върху познанията на анкетираните за профилактиката на карцинома на ендометриума – $P<0.001$ ($\chi^2 = 64.10$). Високото ниво на уровен на значимост се определя от:

Най-високото ниво на „незапознати“ при жените с основно образование;

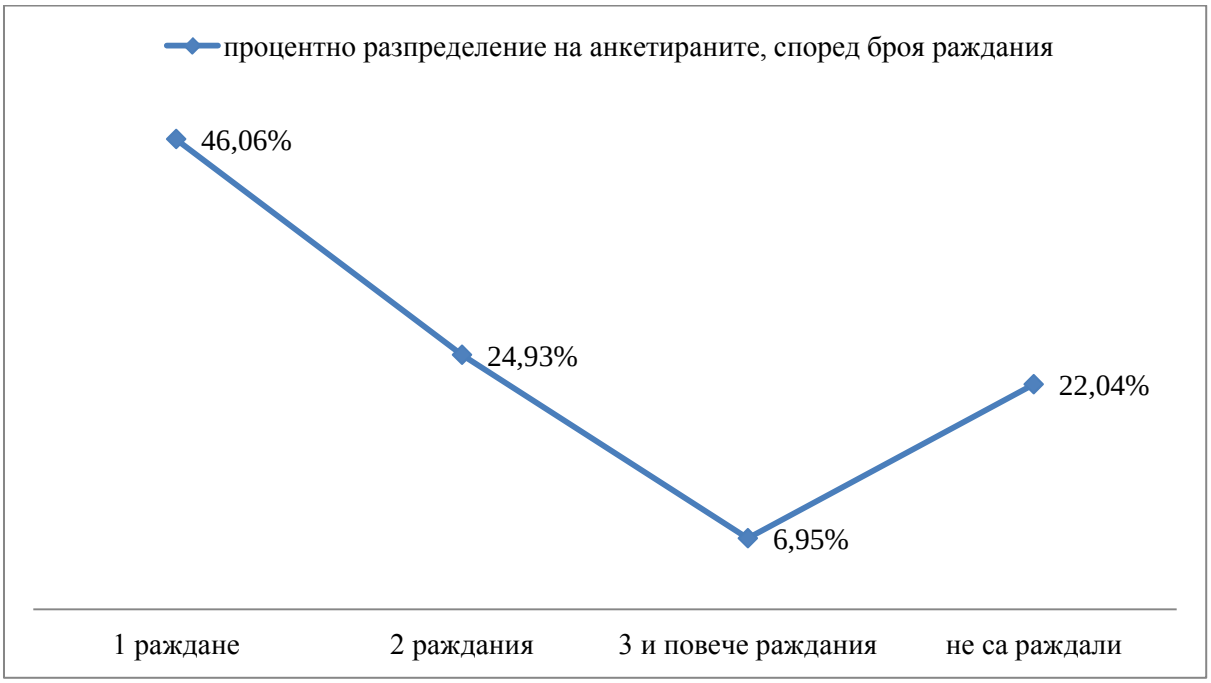
Най-ниско „запознати“ в детайли при анкетирани с основно образование;

Най-високо ниво „запознати с детайли“ при жени с висше образование.

3.3.2. Проучване на предпазващите от развитие на карцином на ендометриума - бременности сред изследваната група

С цел да установим дали грамотността на пациентките ни по отношение на семейното планиране и оптималния за семейството брой родени деца корелират с познанията им по отношение на профилактиката на карцинома на ендометриума включихме в проучването и въпроси относно броя на раждания и абортите, които те са имали. Известно е, че всяка бременност води до намаляване на риска от карцином на ендометриума. От анализа на получените резултати установихме, че по-голяма част от

анкетираните жени имат по едно родено дете – 46,06 ±1.81%. С две деца са били 24,93±1.81% от пациентките, попаднали в изследването, а 22,05±1.5% все още не са раждали. Относително малък е броят на жените, родили по три и повече деца – 6,95±0.92% (Фиг. 85). Най-вероятно голяма част от анкетираните не са завършили репродуктивните си планове към момента на проучването и затова получените резултати не бива да бъдат абсолютизирани, нито по тях да се правят изводи за раждаемостта в България, като цяло.



Фиг. 85. Данни за броя раждания сред анкетираните жени.

Изследвайки връзката между грамотността на пациентките ни по отношение на семейното планиране и познанията им по отношение на профилактиката на карцинома на ендометриума трябва да уточним и броя на абортите, които те са имали. Анализирайки резултати от направената анкета установяваме, че по - голямата част от анкетираните не са съобщили за направени аборти. Сравнително малко са тези с аборт по желание – 15,72±1.33%. По-голямата част от жените правили аборти имат по един такъв – 8,26±0.98% от всички анкетирани (Фиг. 86). И тук резултатите не следва да бъдат абсолютизирани, както и от тях да се правят обобщени изводи за честотата на аборта по желание у нас. Тази част от проучването е нужна за косвено определяне на употребата на контрацепцията при анкетираните, тъй като медикаментозната контрацепция намалява риска от развитие на карцином на ендометриума.



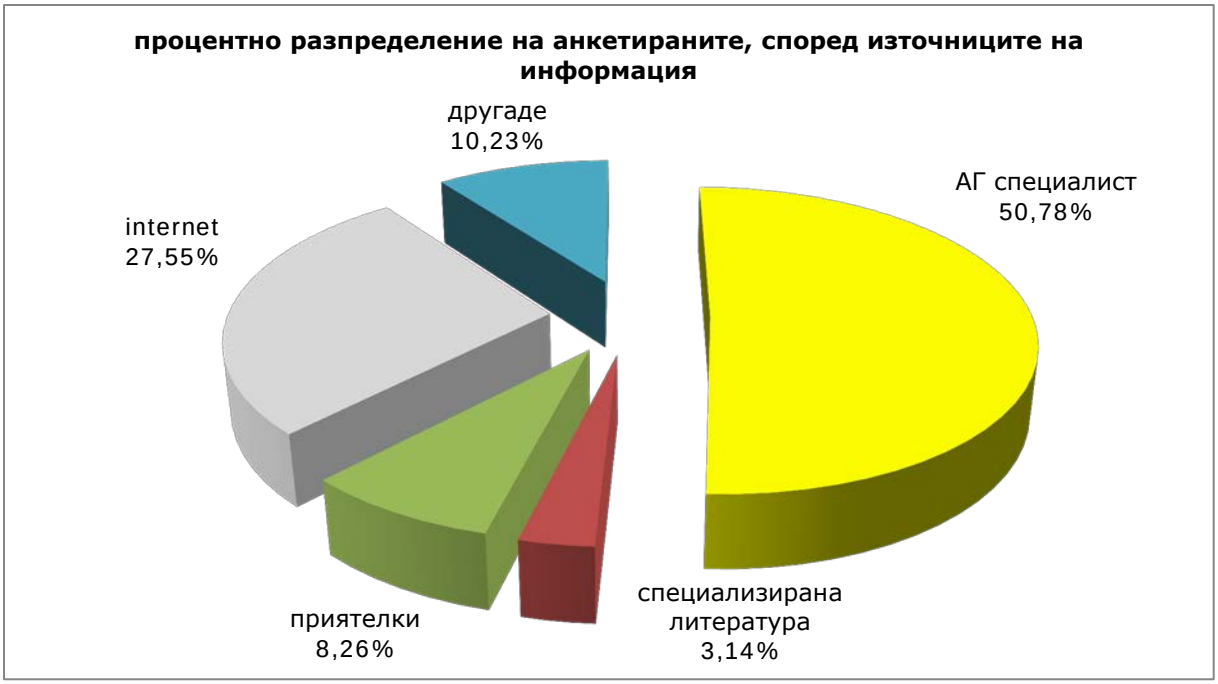
Фиг. 86. Данни за броя аборти по желание сред анкетираните жени.

Изводи:

1. Нисък е процентът на многораждалите и тези с аборт по желание, фактори които намаляват риска от карцином на ендометриума.

3.3.3. Проучване източниците на информация за възможностите за профилактика на ендометриалния карцином

Опитахме се да установим и кой е най-честият източник на информация повишаващ запознатостта на анкетираните със средствата и начините за профилактика на ендометриалния карцином. Най-голяма част от тях, посочват личния си акушер-гинеколог, като основен фактор повишаващ информираността им по въпроса– 50.78%. Втори по значимост фактор се оказва глобалната мрежа, посочена от 27.55% от анкетираните (Фиг. 87).



Фиг. 87. Основни фактори повишаващи информираността на анкетираните, относно средствата и начините за профилактика на ендометриалния карцином.

Изводи:

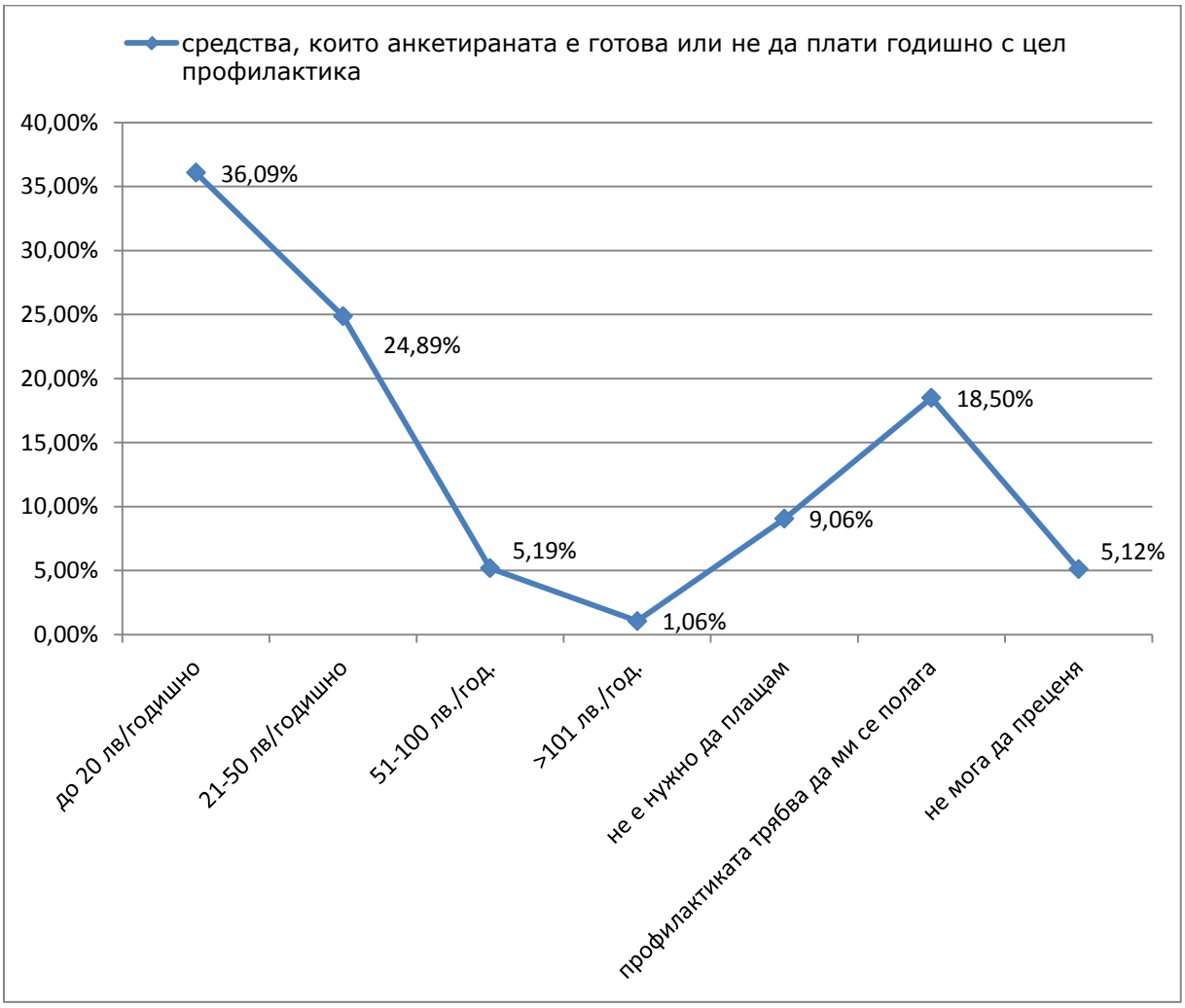
1. По-голямата част от жените участвали в проучването са заявили, че изобщо не са запознати с начините за профилактика на карцинома на ендометриума и предимствата от тях.
2. Повече от една трета от анкетираните заявяват, че познават само бегло възможностите, от които могат да се възползват с цел профилактика на ендометриалния карцином.
3. Само 19,29% от проучваните пациентки са заявили, че са добре запознати в детайли, както с възможностите за профилактика, така и с ползите от тях.
4. С повишаване на образованието на анкетираните жени се повишава и броя на добре запознатите с възможностите за профилактика на ендометриалния карцином.
5. Най-честият източник на информация повишаващ запознатостта на анкетираните със средствата и начините за профилактика на ендометриалния карцином е личния акушер-гинеколог, следван от данни на глобалната мрежа.

3.3.4. Проучване на влиянието на икономическите фактори и времето което анкетираните желаят да отделят за профилактичен преглед върху профилактиката на ендометриалния карцином

Считаме че икономически фактори, като финансово-материално състояние на анкетираните, икономическо положение в страната, ниво на финансиране на системата на здравеопазването, размер на средствата за здравеопазване, отделяни за превантивна медицина и др. имат пряко влияние върху профилактиката на онкологичните заболявания и в частност върху тази на карцинома на ендометриума. Изброените по-горе фактори са взаимно свързани и промяната на един от тях почти винаги е свързана или причинена от промяна от друг фактор, или пък от своя страна би довела до промяна на някой от другите фактори. Обобщено, всичко рефлектира върху пациентите, върху качеството и броя на медицинските услуги, които получават, или не успяват да получат. Затова решихме да започнем проучването именно с изследване на размера на средства, които биха отделили анкетираните за профилактика на ендометриалния карцином. Анализирането на посочените резултати може да ни отговори на два важни въпроса, първият е ‘До каква степен имат възможност българските жени да отделят средства за профилактика?’, а втория ‘До каква степен отдават значимост на превенцията?’

Въпросът, който бе зададен на анкетираните жени бе: ‘колко средства бихте отделили годишно за профилактика?’. Най-голям дял от анкетираните, 36,08±1.74% заявяват, че са готови да отделят само до двадесет лева годишно за профилактика, следвани от жените, които са готови да отделят между 21 и 50 лева годишно (Фиг. 88). Не са малко и жените, които са на мнение, че след като са здравно осигурени, профилактиката би трябвало да им се полага безплатно (18,50±1.42%). От една страна, бихме могли да укорим анкетираните за подценяване важността на превенцията в съвременната медицина, от друга обаче няма как да не се съгласим с тези, които са на мнение, че здравноосигурителната система трябва да отдели необходимото за профилактика и след като те са си плащали редовно осигурителните вноски всичко това им се полага без доплащане. Сравнително големият брой на жени заявили, че биха отделили малко средства за профилактика може да са и следствие от недоброто финансово-икономическо положение в страната и ниския материален стандарт при който живеят голяма част от хората у нас. Това също е важна особеност, която не трябва да пропускаме при анализа на получените резултати. Като наистина тревожни

бихме определили само данните, според които 9,05±1.04% не считат, че изобщо е необходимо да бъдат отделяни средства за профилактика.



Фиг. 88. Разпределение на анкетираните жени, според размера на средствата, които биха отделили годишно за профилактика.

Съпоставяйки **възрастта** на анкетираните с мнението им по въпроса установяваме следните резултати. Във възрастовата група до 20 години е най-голям процента на анкетираните, които считат че не е нужно да отделят средства за профилактика (15,86±3.04%). При 21-30-годишните този процент е – 6.25±1.33%. С увеличаване на възрастта (жените над 31 години) се повишава и броя на анкетираните, които биха отделяли между 21-50 лв. годишно за профилактика – 30.30±2.66%. (Табл.38, Фиг. 89*)

Табл. 38. Влияние на възрастта на анкетираните върху размера на средствата, които са готови да отделят за профилактика годишно

Количество средства за ежегодишна профилактика	До 20 год			21-30 години			Над 31 год.			общо		
	брой	%	Sp	брой	%	Sp	брой	%	Sp	брой	%	Sp
До 20 лв	75	51.72	4.15	93	29.06	2.54	107	36.02	2.78	275	36.09	1.74
21-50 лв	22	15.72	2.97	73	22.81	2.35	90	30.30	2.66	185	24.98	1.55
51-100 лв	7	4.82	1.81	12	3.75	1.10	26	8.75	1.66	45	5.19	0.86
>101 лв	-	0		3	0.93	*	5	1.68	*	8	1.06	*
Не е необходимо да плащам за профилактика	23	15.86	3.04	20	6.25	1.33	26	8.75	1.66	69	9.06	1.04
Профилактиката трябва да ми се полага безплатно	7	4.82	1.81	101	31.56	2.61	33	11.11	1.82	141	18.50	1.42
Не мога да преценя	11	7.58	2.25	18	5.62	1.33	10	3.36	0.99	39	5.12	0.79
всичко	145	99.97		320	99.98		297	99.97		762	100%	

Съпоставяйки мненията на анкетираните с техния **етнически произход** също може да бъдат намерени статистически значими различия. При българките и туркините доста по-често могат да бъдат открити анкетирани, готови да отделят средства за профилактика в сравнение със същите данни за представителките на ромския етнос. При българките също е по-висок и процента на анкетираните, които са на мнение, че профилактиката им се полага безплатно, след като са здравно осигурени. (Табл. 39, Фиг. 90*)

Табл. 39. Влияние на етническата принадлежност върху размера на средствата, които анкетираните биха отделили за профилактика.

	българки			туркини			ромки			общо		
	Брой	%	Sp	Брой	%	Sp	Брой	%	Sp	Брой	%	Sp
До 20 лв	210	35.71	1.98	20	34.48	6.22	45	56.96	5.57	275	36.09	1.74
21-50 лв	166	28.23	1.85	12	20.68	5.35	7	8.86	3.22	185	24.08	1.55
51-100 лв	4	0.68		4	6.9		0			8	5.19	0.86
>101 лв	8	1.28%	*	0			0			8	1.06	*
Не е необходимо да плащам за профилактика	51	8.67	1.18	9	15.52	4.81	9	11.39	3.66	69	9.06	1.04
Профилактиката трябва да ми се полага безплатно	120	20.42	1.65	9	15.52	4.81	12	15.18	4.02	141	18.50	1.42
Не мога да преценя	29	4.93	0.9	4	6.90	*	6	7.59	3.05	39	5.12	0.79
всичко	588	100.00		58	100.00		79	100.00		762	100%	

Друг фактор, оказващ влияние върху мнението на анкетираните е тяхното **образование**. С повишаване на образоваността на изследваните жени се повишава и броя на тези, които са готови да отделят повече средства за профилактични изследвания. При анкетираните с основно образование, процентът на жените, които не считат, че е необходимо да отделят средства за профилактика е най-висок – 18.69±3.54%. При жените със средно образование, този показател спада на 9,36±1.75%, а при висшистките е само 5,64±1.23% (Табл.40). Най-висок дял анкетирани, готови да отделят между 51 и 100 лв., както и над 101 лв. за профилактика годишно установяваме сред най-образованите жени – тези с висше образование (Фиг. 91*, Табл.40).

Табл. 40. Влияние на образованието на анкетираните върху размера на средствата, които са готови да отделят за профилактика годишно

	Основно образование			Средно образование			Висше образование			общо		
	брой	%	Sp	брой	%	Sp	брой	%	Sp	брой	%	Sp
До 20 лв	54	43.90	4.48	103	38.57	2.98	118	31.72	2.42	275	36.09	1.74
21-50 лв	15	12.19	2.43	65	24.34	2.61	105	28.22	2.33	185	24.98	1.55
51-100 лв	5	4.06	1.76	15	5.61	1.45	25	6.72	1.32	45	5.19	0.86
>101 лв	-			3	1.12	*	5	1.34	*	8	1.06	*
Не е нужно да плащам	23	18.69	3.39	25	9.36	1.75	21	5.64	1.23	69	9.06	1.04
трябва да ми се полага без доплащане	9	7.31	2.30	49	18.35	2.35	83	22.31	2.14	141	18.50	1.42
Не мога да преценя	17	13.82	3.13	7	2.62	1.04	15	4.03	1.02	39	5.12	0.79
всичко	123	100.00		267	100.00		372	100.00		762	100%	

Друг фактор, оказващ влияние върху размера на средствата, които анкетираните са готови да отделят за профилактика годишно е техният **социален статус**. При жените с по-високи доходи е по-голям и делът на тези, които са готови да отделят повече средства за профилактика. Сред анкетираните с месечни доходи под 500 лв., процентът на жените, готови да отделят само до двадесет лева годишно е най-висок в сравнение със същия при другите две анкетирани групи. В тази група са най-многобройни и жените, които не са готови да отделят изобщо никакви средства с профилактична цел. Много по-голяма част от получаващите между 501 и 1000 лв./месечно заявяват, че биха дали между 51 и 100 лв. за профилактика, което е още по-силно изразено при жените с доходи над 1001 лв.(Фиг. 92*, Табл. 41)

Табл. 41. Влияние на размера доходите на анкетираните върху средствата които биха отделили за профилактика годишно

	Под 500 лв./мес			501-1000 лв./мес			Над 1001 лв./мес			общо		
	брой	%	Sp	брой	%	Sp	брой	%	Sp	брой	%	Sp
До 20 лв	141	40.28	2.62	120	36.58	2.67	14	16.66	4.10	275	36.09	1.74
21-50 лв	51	14.57	1.91	93	28.35	2.48	41	28.80	5.45	185	24.98	1.55
51-100 лв	5	1.42	*	31	9.45	1.58	9	10.71	3.41	45	5.19	0.86
>101 лв	-			1	0.30	*	7	8.33	*	8	1.06	2.96
Не е необходимо да плащам за профилактика	46	13.14	1.80	20	6.09	1.31	3	3.57	*	69	9.06	1.04
Профилактика та трябва да ми се полага безплатно	87	24.85	2.31	46	14.02	1.92	8	9.52	3.27	141	18.50	1.42
Не мога да преценя	20	5.71	1.27	17	5.18	1.20	2	2.38	*	39	5.12	0.79
всичко	350	100.00		328	100.00		84	100.00		762	100%	

По същия начин стоят нещата и с вида на здравното заведение, от което са били събирани данните. Жените анкетирани (и явно предпочитащи) частните клиники също са готови в по-голяма степен да отделят средства за профилактика (Фиг. 93*,Табл.42).

Табл. 42. Съпоставка между вида на здравното заведение, в което са анкетирани жените и размера на средствата, който са готови да отделят за профилактика.

	Анкетирани в държавна клиника			Анкетирани в частна клиника			общо		
	Брой	%	Sp	Брой	%	Sp	Брой	%	Sp
До 20 лв.	175	38.20	2.27	100	32.89	2.70	275	36.09	1.74
21-50 лв.	111	24.23	2.00	74	24.34	2.45	185	24.98	1.55
51-100 лв.	20	4.36	0.92	25	8.22	1.56	45	5.19	0.86
>100 лв.	3	0.65	*	5	1.64	*	8	1.06	2.96
Не е необходимо да плащам за профилактика	39	8.51	1.34	30	9.86	1.72	69	9.06	1.04
Профилактиката трябва да ми се полага безплатно	89	19.43	1.83	52	17.10	2.15	141	18.50	1.42
Не мога да преценя	21	4.58	1.13	18	5.92	1.36	39	5.12	0.79
всичко	458	100.00		304	100.00		762	100%	

По-горе споменахме защо размерът на средствата, които анкетираните са готови да отделят за профилактика не бива да бъде показател за отношението им към важността на проблема. Същите причини обаче не могат да бъдат спрягани, като фактор оказващ влияние върху показателя 'време което анкетираните са готови да отделят годишно за профилактика'. Затова считаме, че той би бил доста по достоверен при определянето на отношението (сериозността) на пациентките към профилактиката. При изследване на този показател установихме, че най-голяма част от анкетираните са готови да отделят само един ден годишно за профилактика и профилактични изследвания (Фиг. 94). Тези резултати намираме за крайно неудовлетворителни.



Фиг. 94. Разпределение на анкетираните, според времето, което са готови да отделят за профилактични прегледи и изследвания/годишно.

Още по-тревожен е фактът, че никак не са малко и жените (8,26%), които са заявили, че 'не считат за необходимо да отделят време за профилактика'. Ако при изследването на размера на средствата, които анкетираните са готови да отделят бихме могли да говорим за влияние на материално-икономическото състояние на жените върху отношението им към важността на профилактиката то при изследване на показателя отделено време няма как да търсим оправдание за същото.

Установихме, че върху продължителността на времето, което анкетираните са готови да отделят за профилактика годишно оказват влияние факторите възраст, образование и етнически произход.

Изследвайки влиянието на **възрастта** на анкетираните върху мнението им по въпроса установихме, че при възрастовата група до 20 години е най-голям процента на анкетираните, считащи че не е необходимо да се отделя време за профилактика (19,31±2.21%), както и на тези, които са заявили, че не могат да преценят. При 21-25-годишните, същите проценти отново са високи, но в сравнение с предходната група бележат известен спад. С увеличаване на възрастта (жените между 26 и 30 години) се повишава и броя на анкетираните, които са готови да отделят време 'колкото е необходимо'. При жените над 31 годишна възраст могат да бъдат открити най-много анкетирани готови да отделят достатъчно време за профилактика (Табл.43,Фиг. 95*).

Табл. 43. Влияние на възрастта на анкетираните върху времето, което са готови да отделят за профилактика

	До 20 годишна възраст			21-25 години			26-30 години			Над 31 годишна възраст			общо		
	Брой	%	Sp	Брой	%	Sp	Брой	%	Sp	Брой	%	Sp	Брой	%	Sp
Няколко часа	35	24.13	3.54	42	25.92	3.45	49	31.01	3.68	57	19.19	2.21	183	24.02	1.55
1 ден	42	28.96	3.77	78	48.14	3.93	69	43.67	3.95	132	44.44	2.03	321	42.12	1.79
2 дни	7	4.82	1.81	5	3.08	*	7	4.43	1.56	20	6.73	1.28	39	5.12	0.79
Колкото е необходимо	9	6.20	1.97	12	7.40	2.00	15	9.49	2.28	57	19.19	2.21	93	12.20	1.18
Не е необходимо	28	19.31	5.26	18	11.11	2.46	8	5.06	1.73	9	3.03	0.99	63	8.27	0.98
Не мога да преценя	24	16.55		7	4.32		10	6.32		22	7.40		63	8.27	0.98
всичко	145			162			158			297			762	100.00	

При съпоставяне продължителността на времето, което анкетираните са готови да отделят годишно за профилактика с техния **етнически произход** също може да бъдат намерени статистически значими разлики. Установиха се, високи степени на статистическа значимост между българките и съответно туркините и ромките P < 0,001(t=5.874). В групата на българките най-голям е процентът на тези, които са готови да отделят за профилактичен преглед и изследвания колкото време е необходимо в сравнение с представителките на другите две етнически групи, обхванати в изследването. Най-малко време за профилактични прегледи и изследвания, отделят представителките на ромската етническа група, което явно не се дължи на работна заетост, а на неразбиране на необходимостта от профилактичен преглед. (Табл. 44, Фиг. 96*)

Табл. 44. Влияние на етническата принадлежност на анкетираните върху времето, което са готови да отделят за профилактичен преглед и изследвания/годишно.

	българки			туркини			ромки			общо		
	брой	%	Sp	брой	%	Sp	брой	%	Sp	брой	%	Sp
Няколко часа	144	23.04	1.68	18	31.03	6.07	21	26.58	4.99	183	24.02	1.55
1 ден	273	43.68	1.99	21	36.20	6.30	27	34.17	5.33	321	42.12	1.79
2 дни	32	5.12	0.87	6	10.34	1.94	1	1.26	*	39	5.12	0.79
Колкото е необходимо	86	13.76	1.39	3	5.17	*	4	5.06	*	93	12.20	1.18
Не е необходимо	47	7.52	1.09	6	10.34	1.94	10	12.65	3.78	63	8.27	0.98
Не мога да преценя	43	6.88	1.02	4	6.89	*	16	20.25	4.50	63	8.27	0.98
всичко	625			58			79			762	100.00	

Забележка * означава малък брой анкетирани и не подлежи на анализ

Другият фактор, оказващ влияние върху времето, което анкетираните са готови да отделят за профилактичен преглед/годишно, е тяхното **образование**. Установи се, че в групата на по-образованите жени е по-висок и броят на тези, които са готови да отделят повече време за профилактични изследвания. При жените с основно образование, процентът на тези които не считат, че е нужно да отделят време за профилактика е най-висок в сравнение с другите две групи – 17,07%. При жените със средно образование, същият показател спада на 6,74%, а при висшистките е 6,45. Най-висок дял анкетирани, готови да отделят толкова време, колкото е необходимо за профилактика годишно установяваме сред най-образованите жени – висшистките. (Табл.45, Фиг. 97*)

Табл. 45. Влияние на образованието на анкетираните върху времето, което са годови да отделят за профилактика

	Основно образование			Средно образование			Висше образование			общо		
	Брой	%	Sp	Брой	%	Sp	Брой	%	Sp	Брой	%	Sp
Няколко часа	52	42.27	4.45	81	30.33	2.80	50	13.44	1.74	183	24.02	1.55
1 ден	16	13.00	3.03	100	37.45	3.14	205	55.10	2.58	321	42.12	1.79
2 дни	5	4.06	1.77	15	5.61	1.45	19	5.10	1.13	39	5.12	0.79
Колкото е необходимо	10	8.13	2.45	33	12.35	2.11	50	13.44	1.74	93	12.20	1.18
Не е необходимо	21	17.07	3.39	18	6.74	1.56	24	6.45	1.23	63	8.27	0.98
Не мога да преценя	19	15.44	3.22	20	7.49	1.61	24	6.45	1.23	63	8.27	0.98
всичко	123			267			372			762	100.00	

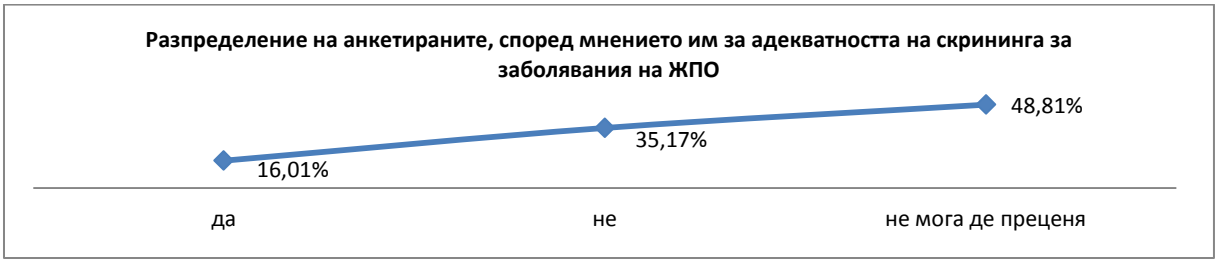
Изводи:

1. Най-голям дял от анкетираните са готови да отделят само до двадесет лева годишно за профилактика, като могат да отделят един ден годишно за това.
2. С повишаване на образоваността на изследваните жени се повишава броя на тези, които са готови да отделят повече средства за профилактични изследвания.
3. При българките и туркините доста по-често могат да бъдат открити представителки, готови да отделят финансови средства за профилактика в сравнение с жените от ромския етнос.
4. При българките е по-висок процентът на анкетираните, които са на мнение, че профилактиката им се полага без доплащане, след като са здравно осигурени.
5. Във възрастовата група до 20 години е най-голям процентът на анкетираните, които считат, че не е нужно да бъдат отделяни средства за профилактика.
6. При жените с по-високи доходи, е по-голям делът на тези, които са готови да отделят повече средства за профилактика.
7. Най-голяма част от анкетираните са готови да отделят само един ден годишно за профилактика и изследвания.
8. С увеличаване на възрастта се повишава и броят на анкетираните, които са готови да отделят за профилактични прегледи и изследвания толкова време 'колкото е необходимо'.
9. В групата на българките е най-голям процентът на тези, които са готови да отделят за профилактика колкото време е необходимо в сравнение с представителките на другите две етнически групи, попаднали в изследването.
10. Най-малко време за профилактични прегледи и изследвания отделят представителките на ромската етническа група.
11. В групата на по-образованите жени е по-висок и броят на тези, които са готови да отделят повече време за профилактични изследвания.

3.3.5. Изследване на запознатостта на анкетираните с възможностите за скрининг на ендометриалния карцином в България

Счетохме за необходимо да проучим и мнението на анкетираните относно системата за скрининг на онкологичните заболявания в България. От получените резултати бихме могли да съдим, както за познанията им по въпроса, така и в известна степен за отношението им към онкологичния скрининг, като цяло.

Въпросът, с който бяха събирани данните бе: 'Считате ли, че в България понастоящем има добре развита система за скрининг на онкологичните заболявания на женските полови органи?'. По-голямата част от анкетираните са отговорили, че не могат да преценят (48,81±1.83%). Над една трета от всички жени (35,17±1.72%) пък определят системата за онкологичен скрининг на ЖПО у нас, като неефективна и недобре функционираща. Само 16,01±1.33% от участниците в проучването са на мнение, че въпросната система работи добре (Фиг. 98).



Фиг. 98. Разпределение на анкетираните жени, според мнението им по въпроса 'Считате ли че в България понастоящем има добре развита система за скрининг на онкологичните заболявания на женските полови органи?'

Факторите, оказващи влияние върху мнението на изследваните жени са образование и възраст. Най-много жени, намиращи системата за скрининг в България за неефективна, се срещат в групата на най-образованите. Значително по-малко жени в групите на тези със средно и основно образование споделят това мнение. (Фиг. 99*, Табл. 46)

Табл.46. Влияние на образованието върху мнението на анкетираните по въпроса 'Считате ли че в България понастоящем има добре развита система за скрининг на онкологичните заболявания на женските полови органи?'

	Основно образование			Средно образование			Висше образование			общо		
	брой	%	Sp	брой	%	Sp	брой	%	Sp	брой	%	Sp
Има	24	19.51	3.61	47	17.60	2.35	51	13.71	1.80	122	16.01	1.40
Няма	25	20.33	3.60	63	23.60	2.61	180	48.39	2.59	268	35.17	1.73
Без мнение	74	60.16	4.42	157	58.80	3.01	141	37.90	2.52	372	48.82	1.81
всичко	123	100.00		267	100.00		372	100.00		762	100.00	

Изчисленият критерий на Pearson – P<0.001 (χ^2=50.30). Основна причина, обуславяща хипотезата е мнението на анкетираните, че „В Б-я няма добре развита система за скрининг на заболявания на ЖПО“ – най-малък е процента при жените с основно образование, а най-добре запознати са тези с висше образование. Значими са също така и различията при отговора „нямам мнение“ – най-висок при основно образование и най-нисък при висше.

С увеличаване на възрастта, се понижава и броят на жените без мнение. При групата на анкетираните до двадесетгодишна възраст, по-голямата част заявяват, че не познават добре възможностите за скрининг на онкологичните заболявания в България. Цели 55,86% от всички анкетирани в тази възрастова група са споделили, че нямат мнение относно състоянието на системата за скрининг. Броят на запознатите става най-висок при жените над тридесет години. (Табл.47, Фиг. 100*).

Табл. 47. Влияние на възрастта на анкетираните върху мнението им по въпроса ‘Считате ли че в България понастоящем има добре развита система за скрининг на онкологичните заболявания на женските полови органи?

	До 20 год.			21-30 години			Над 31 години			общо		
	брой	%	Sp	брой	%	Sp	брой	%	Sp	брой	%	Sp
има	9	6.21	1.97	56	17.50	2.15	57	19.20	2.28	122	16.01	1.33
няма	55	37.93	4.03	103	32.19	2.61	110	37.03	2.80	268	35.17	1.73
Без мнение	81	55.86	4.12	161	50.31	2.80	130	43.77	2.88	372	48.82	1.81
всичко	145	100.00		320	100.00		297	100.00		762	100.00	

Възрастовата структура на участничните в проучването оказва определено влияние върху оценката на същетвуващата система за скрииниг – P < 0.05 (χ^2=13.05). Изводът се определя от една страна от плавното увеличение на относителните дялове с увеличаване на възрастта при посочилите че в България има добре развита система, а от друга на обратната тенденция при тези без мнение – най-много при най-младите , а най-малко при жените над 31 год.

Изводи:

1. По-голямата част от анкетираните са отговорили, че не могат да преценят дали в България понастоящем има добре развита система за скрининг на онкологичните заболявания на женските полови органи.
2. Над една трета от всички жени пък определят системата за онкологичен скрининг на ЖПО у нас, като неефективна и недобре функционираща и то в групата на най-образованите и в групата на жените над 31 год.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Настоящото проучване се опитва да обхване възможно най-пълно да анализира нивото на здравна култура на българските жени по отношение на методите и начините за профилактика и лечение на карцинома на ендометриума.

Анализират се факторите, оказващи влияние върху нивото на широкообхватност и популярност на профилактиката. Изследват се нагласите на анкетираните по отношение на размера средствата и времето, които биха отделили годишно за профилактика. Анализира се мнението на пациентките по отношение на това какви са според тях рисковете за заболяване от карцином на ендометриума, както и познанията им по въпроса какво може да направи анкетираната, за да понижи тези рискове.

Проучва се мнението на анкетираните по отношение на шансовете за успешно/пълно излекуване от карцином на ендометриума, а също и познанията им по отношение на това какво може сама да направи за да повиши тези шансове. Изучават се нивото на информираност и отношението на българските жени към рисковете и предимствата на отделните методи за лечение на карцинома на ендометриума. Друга част от проучването изследва и представя мнението и познанията на пациентките относно страничните ефекти свързани възможните методи за лечение на ендометриален карцином.

Настоящото изследване се опитва да установи и кой е оптималния модел за лечение на заболяването в очите на българските пациентки. Изучават се нивото на информираност и отношението на анкетираните жени към рисковете и предимствата, както на оперативните, така и на неоперативните методи. Интересни са и косвените данни които се получават за мнението на българските жени за българските гинеколози.

Всички тези данни дават стабилна основа за определяне на рискови групи, към които да бъде насочено особенно внимание, както и синтезиране на предложения към държавните структури с единствена цел – намаляване на заболеваемостта от карцином на ендометриума, ранната диагноза на заболяването, което подобрява крайната прогноза на заболелите.

ГЕНЕРАЛНИ ИЗВОДИ:

1. Тревожно малък е броят на българките, които посещават гинеколог само и единствено с цел профилактика, което е резултат от липсата на информация за необходимост от онкопрофилактика на женските полови органи (ЖПО) и нежелание да отделят „колкото е необходимо“ време за това.
2. По-голямата част от жените /80,61%/ участвали в проучването са заявили, че изобщо не са запознати с начините за профилактика на карцинома на ендометриума и предимствата от тях. За останалите, основен източник на информация е интернет.
3. За по-голяма част от анкетираните, извънменструалното кървене на първо място е признак за нередовна менструация и затова имат изчаквателно поведение, понякога подкрепено и от лекар.
4. Най-голяма част от анкетираните са на мнение, че водещ метод в лечението на карцинома на ендометриума трябва да бъде оперативното лечение и биха се доверили за правилния оперативен метод на преценката на лекуващия си лекар, но не са запознати с рисковете, които крие забавянето на оперативното лечение, страничните ефекти от лъчелечението и хормоналната терапия.
5. Анализирайки профила на анкетираните се оформя рискова група, която изисква отделяне на повече време от личния лекар за здравна беседа – жени под 25 и над 50 год., жени с ромско етническо самоопределение, жени с нисък социален статус, жени с основно образование, жени които имат онкологично заболяване в семейството.
6. Две трети от анкетираните са отговорили, че не могат да преценят дали в България понастоящем има добре развита система за скрининг на онкологичните заболявания на женските полови органи, а останалите я определят като неефективна и недобре функционираща и то в групата на най-образованите и в групата на жените над 30 год.
7. Нужни е организирана система за повишаване на познанията на българките за профилактиката на рака на ендометриума, която да започне с обучение на авторитетите – акушерки, учители, лични лекари, които да споделят знанията чрез беседи. МЗ да възложи на ФОЗ да изработи и разпространи образователни филми и брошури.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Най-голяма част от анкетираните посещават медицински специалист с профилактична цел само един път годишно. Не е малък и делът на жените, които заявяват, че от години не са ходили при лекар с цел профилактика. Най-голяма част от изследваните жени посещават здравно заведение едва след установени вече от самите тях болестни симптоми. Малък е броят на българките, при които най-честите посещения при лекар са свързани само и единствено с цел профилактика. Най-голяма част от анкетираните са провели само един профилактичен преглед на женските полови органи за последните пет години. Възрастта на анкетираните влияе върху честотата на извършените от тях профилактични прегледи. Най-често на профилактични прегледи на женските полови органи се подлагат жените от българската етническа група, а най-рядко ромките. Фактор, оказващ влияние върху поведението на анкетираните свързано с честотата на гинекологичната онкопрофилактика е тяхното образование.

Степента на запознатост на българските жени със съвременните изисквания и норми за добра онкопрофилактика на женските полови органи не е на необходимото ниво. Най-голяма част от анкетираните жени са заявили, че са направили само една цитонамазка през последните пет години.Факторите, които оказват влияние върху честотата на вземаните цитонамазки при анкетираните жени са: възраст, етнически произход, образование и социален статус.

За по-голяма част от анкетираните извънменструалното кървене на първо място е признак за нередовна менструация. При получено маточно кървене най-голяма част от анкетираните са потърсили незабавно консултация при гинеколог. Почти една четвърт от жените не предприемат никакви мерки при маточно кървене и изчакват за да видят дали няма да спре от само себе си. Факторите, които повличват поведението на жените при неменструално маточно кървене са: тяхната възраст, образование и етнически произход. Нагласите на анкетираните жени по отношение на евентуалното им поведение при поява на извънменструално маточно кървене в бъдеще до голяма степен съвпадат реалното им поведение при вече получено кървене. При получено извънменструално маточно кървене най-голяма част от анкетираните веднага са били абразирани.

Повече от половината от анкетираните жени нямат преки роднини, които са боледували от онкологични заболявания. Всяка пета от анкетираните съобщава за онкологично заболяване във фамилната си анамнеза. Една на почти всеки десет

анкетирани жени съобщава за наличие на онкологично заболяване на женските полови органи в рода си. Над пет процента от анкетираните са имали преки роднини боледували от карцином на ендометриума.

С увеличаване на възрастта броят на жените отдаващи приоритетно значение на профилактиката нараства. При ромките броят на жените, отдаващи значение на профилактиката и посещаващи гинекологична консултация на първо място и само и единствено с превантивна насоченост е най-нисък. С повишаване на образоваността на анкетираните жени се увеличава и относителният дял на жените посещаващи гинеколог предимно с цел профилактика. Социалният статус на анкетираните също оказва влияние върху честотата на причините караващи анкетираните да посещават гинеколог. Малка част от анкетираните са били в здравното заведение в момента на проучването само с цел профилактика.Най-голям дял от анкетираните, са готови да отделят само до двадесет лева годишно за профилактика.Във възрастовата група до 20 години е най-голям процента на анкетираните, които считат че не е необходимо да бъдат отделяни средства за профилактика.При българките и туркините доста по-често могат да бъдат открити представителки, готови да отделят финансови средства за профилактика в сравнение с жените от ромския етнос. При българките е по-висок процента на анкетираните, които са на мнение, че профилактиката им се полага безплатно, след като са здравно осигурени. С повишаване на образоваността на изследваните жени се повишава броя на тези, които са готови да отделят повече средства за профилактични изследвания. При жените с по-високи доходи е по-голям делът на тези, които са готови да отделят повече средства за профилактика. Жените предпочитащи частните клиники също са готови в по-голяма степен да отделят пари за профилактика. Най-голяма част от анкетираните са готови да отделят само един ден годишно за профилактика и изследвания.С увеличаване на възрастта се повишава и броя на анкетираните, които са готови да отделят за профилактични прегледи и изследвания толкова време 'колкото е необходимо'.В групата на българките е най-голям процента на тези, които са готови да отделят за профилактика колкото време е необходимо в сравнение с представителките на другите две етнически групи попаднали в изследването. Най-малко време за профилактични прегледи и изследвания отделят представителките на ромската етническа група.

В групата на по-образованите жени е по-висок и броя на тези, които са готови да отделят повече време за профилактични изследвания. По-голямата част от жените

участвали в проучването са заявили, че изобщо не са запознати с начините за профилактика на карцинома на ендометриума и предимствата от тях. Повече от една трета от анкетираните заявяват, че познават само бегло възможностите, от които могат да се възползват с цел профилактика на ендометриалния карцином. Само 19,29% от проучваните пациентки са заявили, че са добре запознати в детайли, както с възможностите за профилактика, така и с ползите от тях. С повишаване на образованието на анкетираните жени се повишава и броя на добре запознатите с възможностите за профилактика на ендометриалния карцином. Най-честият източник на информация повишаващ запознатостта на анкетираните със средствата и начините за профилактика на ендометриалния карцином е акушер-гинеколога.

Най-голяма част от анкетираните са на мнение, че водещ метод в лечението на карцинома на ендометриума трябва да бъде оперативното лечение. Най-голяма част от анкетираните заявяват, че при карцином на ендометриума биха се доверили за правилния оперативен метод на преценката на лекуващия си лекар, каквато и да е тя. По-голямата част от участничките в проучването не са запознати с позитивите и негативите на методи за лечение на карцином на едометриума. В групата на анкетираните с основно и по ниско образование преобладават жените, които заявяват че не познават никой от възможните методи за лечение на карцинома на ендометриума. При жените имащи преки роднини боледували от онкологични заболявания процентът на тези, които заявяват, че са запознати в детайли с възможностите за лечение на ендометриалния карцином е значително по-висок в сравнение със същия за групата на анкетираните жени без фамилна обремененост. При българките и туркините доста по-често могат да бъдат открити такива, които са добре запознати поне с някои възможности за терапия на ендометриални карцином, в сравнение със същите данни за представителките на ромския етнос. Според анкетираните жени, най-честият източник на информация повишаващ запознатостта им с предимствата и недостатъците на възможните методи за лечение на карцинома на ендометриума е интернет. По-голяма част от анкетираните не са запознати и с рисковете, които крие забавянето на оперативното лечение на карцинома на ендометриума. С повишаването на образоваността на анкетираните жени се повишава и броя на тези, които са запознати с рисковете, свързани със забавянето на оперативното лечение на карцинома на ендометриума.

По отношение на сигурността и рисковете свързани с лечението на ендометриалния карцином по-голяма част от българските жени намират за по-рискови оперативните методи, но в същото време са и на мнение, че оперативните методи са вързани с по-сигурно излекуване на заболяването.По-голяма част от анкетираните не знаят какви са предимствата на една коремна операция.

По-голяма част от анкетираните биха се доверили на мнението на лекуващия специалист при избор на лечение при карцинома на ендометриума. Ако би им се наложило да се оперират най-голяма част от изследваните жени биха се интересували от вида на операцията и възможните странични ефекти от нея.

По-голяма част от участвалите в проучването не познават страничните ефекти свързани с оперативно лечение на заболяването. Още по-голям е делът на анкетираните български жени незапознати със страничните ефекти от лъчелечението и хормоналната терапия.

По-голямата част от анкетираните са отговорили, че не могат да преценят дали в България понастоящем има добре развита система за скрининг на онкологичните заболявания на женските полови органи. Над една трета от всички жени пък определят системата за онкологичен скрининг на ЖПО у нас, като неефективна и недобре функционираща. Факторите оказващи влияние върху мнението на изследваните жени са образование и възраст. Най-много жени, намиращи системата за скрининг в България за неефективна, се срещат в групата на най-образованите. С увеличаване на възрастта се понижава и броя на жените нямащи мнение относно възможностите на скринига у нас.

ПРЕПОРЪКИ

Анализът на изводите и обобщенията, направени на базата на разработения дисертационен труд и чувството ни за отговорност към решаването на разглежданите проблеми, ни дават основание да направим препоръки към съответните органи и институции, които регламентират и регулират системата на здравна профилактика у нас. Считаме, че реализирането на направените препоръки и предложения би било от полза, както за жените, така и за гинеколозите, работещи в областта на онкогинекологията и би придало истински смисъл на направеното изследване. Така предлаганите от нас препоръки са следните:

Към Медицинските Университети и техните филиали и колежи:

- Осигуряване на адекватно обучение /достатъчно часове за преподаване/ на бъдещите професионалисти за ролята на профилактиката в медицината и конкретно за профилактика на онкологичните заболявания на ЖПО – на ниво студенти и специализиращи лекари, с особен акцент върху обучението на личните лекари.

Към профсъюзни организации и Камера на работодателите

1. В трудовите договори да съществува клауза за наказателни мерки при неосъществяване на задължителни профилактични прегледи с цел овладяване незаинтересоваността на българските жени.

Към МЗ, БЛС и Асоциацията на Българските акушер-гинеколози

1. Да се преосмислят и адаптират остойностяванията на манипулациите, свързани със скрининга на онкологичните заболявания на женските полови органи, които ще доведат до по-добър стимул за целенасочени действия от страна на лекарите.
2. Да се регламентира кога, в какви случаи и при какви условия правото на информиран избор на начина на лечение или отказ от него може да бъде давано в ръцете на самите пациенти, съобразено с етническото определяне на пациентките.
3. Ръководейки се от принципа “Всеки долар даден за профилактика спестява десет от лечение”, предлагаме решително и значително да се подобри организацията на системата на масов скрининг на онкологичните заболявания на женските полови органи, каквато в момента почти липсва у нас. За тази цел, Министерството на здравеопазването може да предложи на Факултетите по обществено здраве в София, Пловдив и Варна да разработят програми за прилагане.
4. Да се осигуряват или предлагат безплатни програми за обучение на българските жени по отношение на предимствата на ранното откриване на онкологичните заболявания на женските полови органи и гърдата.

5. Да се организират предавания по националните медии, за онкогинекологичните заболявания и последиците от забавяне на откриването им.
6. В ромските квартали да се създадат кабинети за повишаването на медицинската култура на ромското население.
7. Предлагаме да се разработи програма за прецизиране на риска от развитие на карцином на ендометриума на базата, на която да се определят рисковите групи и индивидуален план за скриниране.
8. Националния статистически институт да стимулира научни изследвания за методите на мотивация на българските жени да отделят време и средства за профилактика.

ПРИНОСИ

1. Анализирайки факторите, оказващи влияние върху нивото на информираност на българските жените по отношение на профилактика, рисковете и предимствата на ранното диагностициране, методите и начините на лечение на карцинома на ендометриума се правят изводи и се оформя таргетна група за насочено обучение /жени под 25 год. възраст, жени с основно образование, жени с нисък социален статус, жени с ромско етническо самоопределяне/.

2. Анализирайки източниците на информация и отношението на българските жени към скрининг и профилактика на карцинома на ендометриума се правят конкретни предложения с цел намаляване на заболеваемостта и подобряване на преживяемостта от карцином на ендометриума.

ПУБЛИКАЦИИ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

1. **К. Младенов**, П. Петров,
   Сравнителна честота на заболеваемостта от карцином на ендометриума по Света и в България, Съвременна медицинска наука, бр.1, 2014, 31-35

2. **К. Младенов**,
   Рискови фактори за развитие на карцинома на ендометриума, Съвременна медицинска наука, бр.7, година(4) 2013, 35-39

3. **К. Младенов**,
   Най-чести симптоми при карцином на ендометриума, Съвременна медицинска наука, бр.7, година(4) 2013, 38-42

4. **К. Младенов**,
   Честота на профилактичните прегледи на женската полова система, Съвременна медицинска наука, бр.8, година(4) 2013, 34-38

5. **К. Младенов**,
   Съвременни данни за честотатан акарцинома на ендометриума, Съвременна медицинска наука, бр.7, година(4) 2013, 44-47

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1. Анкетна карта

АНКЕТНА КАРТА №…….

Шифър

I. Обща част

1. Година на раждане……..... г. **Навършени години**……. г.

2. Настоящо тегло.....кг.

3. Ръст.....см.

4. Body mass index - килкграми/ръст х ръст .....

5. Първа редовна менструация настъпила на .....години.

6. Семейно положение:

а/омъжена;

б/самотна майка;

в/безбрачно съжителство;

г/разведена;

д/друго;

7. Образование:

а/основно или по ниско;

б/средно;

в/висше – бакалавър;

г/висше – магистър;

д/висше – магистър плюс защитена научна степен;

8. Професия :

а/работничка;

б/служаща;

в/своб.професия;

г/безработна;

д/домакиня;

е/друга.....

9. Етническа принадлежност:

а/българска;

б/ромска;

в/турска;

г/друга.....

10. Размер на доходите на месец:

а/под 500лв.;

б/500-1000лв.;

в/над 1000лв.;

11. Как оценявате материалното състояние на семейството си ?

а/Много добро;

б/Добро;

в/Лошо;

г/Много лошо;

12. Здравно заведение в което са анкетирани жените:

а/държавно(общинско)

б/частно

II. Специална част

13. Колко раждания имате:

а/едно;

б/две;

в/три и повече;

г/не съм раждала;

14. Имате ли аборти по желание , ако да колко:

а/нямам аборти;

б/един;

в/два;

г/три;

д/повече.....

15. Колко пъти годишно посещавате лекар/медицински специалист/ с профилактична цел?

а/един път;

б/два пъти;

в/три пъти;

г/повече.....

д/по-рядко от един път годишно

е/не съм ходила на лекар от години

16. Какви са най-честите причини, които Ви карат да се потърсите консултация с медицински специалист?

а/установени от самата мен болестни симптоми;

б/съмнение за налично заболяване без да са налице болестни симптоми;

в/само и единствено с цел профилактика;

17. Колко общопрофилактични прегледа имате през последните пет години?

а/един;

б/два;

в/три;

г/повече.....

18.Колко профилактични прегледа на женските полови органи имате през последните пет години?

а/един;

б/два;

в/три;

г/повече…….

19. Колко често сте си правили цитонамазка в последните пет години?

а/един път;

б/два пъти;

в/три пъти;

г/четири пъти;

д/пет пъти;

е/повече.....

ж/не съм правила цитонамазка през последните пет години;

з/никога не съм си правила цитонамазка;

20.Колко често според Вас трябва да се прави профилактичен гинекологичен преглед?

а/един път годишно;

б/два пъти годишно;

в/три пъти годишно;

г/един път на две години;

д/чувствам се добре и не е необходимо да ходя на профилактични прегледи;

21. Колко често според Вас трябва да се прави цитонамазка?

а/един път годишно;

б/два пъти годишно;

в/един път на две години;

г/не ми е известно

22. Какви са причините, които Ви доведоха на настоящия преглед /настоящото приемане в гинекологично отделение?

а/обективни симптоми;

б/субективни оплаквания

в/с цел профилактика

23. Получавали ли сте извънменструално маточно кървене през живота си,ако да колко пъти?

а/не никога

б/веднъж

в/два пъти

г/три пъти

д/повече пъти.....

24. Какво направихте при получено маточно кървене?

а/незабавно потърсих консултация при гинеколог;

б/изчаках за да видя дали няма да спре от самосебеси;

в/потърсих информация в интернет;

г/потърсих консултация при човек занимаващ се с алтернативни медицински методи, нелекар;

д/не предприех никакви мерки;

25. При получено маточно кървене и потърсена от Вас лекарска помощ, как бяхте третирана?

а/предписаха ми се медикаменти

б/не предприеха нищо и ми казаха да изчакам и да се следя за ново кървене

в/веднага ми беше направено пробно абразио(кюретаж)

г/бях прегледана на ултразвук;

д/направиха ми хистероскопия;

е/направиха ми аспирационен кюретаж

ж/бяха предприети повече от един от гореописаните методи;

26. Какво бихте направили ако получите маточно кървене?

а/незабавно бих потърсила консултация при гинеколог

б/бих изчакала за да видя дали няма да спре от самосебеси

в/бих потърсила информация в интернет

г/ бих потърсила консултация при човек занимаващ се с алтернативни медицински методи, нелекар.

д/не бих предприела никакви мерки

27. Имате ли в рода си /известни ли са Ви/ преки роднини (майка, баба, прабаба, дъщеря, внучка и др.) които да са боледували от онкологични заболявания?

а/да;

б/не;

в/не ми е известно;

28. Имате ли в рода си /известни ли са Ви/ преки роднини(майка, баба, прабаба, дъщеря, внучка), които да са боледували от онкологични заболявания на женските полови органи?

а/да;

б/не;

в/не ми е известно;

29. Имате ли в рода си /известни ли са Ви/ преки роднини(майка, баба, прабаба, дъщеря, внучка) които да са боледували от карцином на ендометриума?

а/да;

б/не;

в/не ми е известно;

30. Какви са според Вас рисковете за заболяване от карцином на ендометриума?

а/минимални;

б/сериозни до толкова, че заслужават ежегодна профилактика;

в/не мога да преценя;

31. Какво според Вас може да направи пациентката за да понижи тези рискове?

а/да дообогатява познанията си от медицинска литература и интернет;

б/да извършва редовни профилактични прегледи;

в/да спортува и води здравословен живот;

г/да избягва рискови фактори;

д/да следи редовно телесната си маса;

е/не мога да преценя;

32. Какви са според Вас шансовете за успешно/пълно излекуване от карцином на ендометриума?

а/големи при ранно откриване на заболяването;

б/големи без значение кога е диагностицирано;

в/умерени;

г/минимални;

д/съмнявам се дали е възможно пълно излекуване;

е/не мога да преценя;

33. Какво според Вас може да направи пациентката за да повиши тези шансове?

а/да следи сама състоянието си и алармира и за най-малки отклонения;

б/да извършва редовни профилактични прегледи;

в/да спортува и води здравословен живот;

г/да избягва рискови фактори;

д/да оказва пълно съдействие на лекарите, които следят състоянието й;

е/не мога да преценя;

34. Какви средства бихте отделили годишно за профилактика?

а/до двадесет лева;

б/20-50лв.;

в/50-100лв.;

г/над 100лв;

д/не считам, че е необходимо да отделям средства за профилактика;

е/профилактиката трябва да ми се полага безплатно;

ж/не мога да преценя;

35. Колко време бихте отделили годишно за профилактика?

а/няколко часа;

б/един ден;

в/два дни;

г/колкото е необходимо;

д/не считам, че е необходимо да отделям време за профилактика;

е/ не мога да преценя;

36. С какво най-често свързвате симптома извънменструално генитално кървене?

а/с нередовна менструация;

б/с хормонални нарушения;

в/със заплаха от неопластичен процес;

г/не мога да преценя;

37. С какъв проблем е свързано настоящото Ви посещение в здравното заведение?

а/акушерски;

б/гинекологичен;

в/друг

г/с цел профилактика

38. Каква според Вас е оптимално добрата терапия при 'карцином на ендометриума'?

а/оперативно лечение;

б/лъчелечение;

в/хормонотерапия;

г/химиотерапия.

д/комбинирано лечение

е/не мога да преценя

39. Ако оперативното лечение е методът, на който най-много бихте се доверили, кое Ви кара да го предпочитате ?

а/сигурен метод;

б/сигурно и дефинитивно отстраняване на злокачествения процес;

в/възможност за оглед на коремната кухина и откриване на допълнителни огнища;

г/други.....

д/това не е предпочитания от мен модел на лечение

40. Ако оперативното лечение е методът, на който най-много бихте се доверили, какъв вид операция предпочитате ?

а/лапароскопска – 'безкръвна';

б/лапаротомия;

в/бих се доверила на преценката на лекаря, каквато и да е тя;

г/нямам мнение;

д/това не е предпочитания от мен модел на лечение и не бих се съгласила да се оперирам;

41. Запозната ли сте с предимствата и недостатъците на възможните методи на лечение на карцинома на ендометриума.

а/запозната съм бегло;

б/запозната съм в детайли с ползите и негативите и на отделните методи;

в/запозната съм само с позитивите и негативите на някои методи;

г/не съм запозната;

42. Ако сте запозната от къде :

а/от моя акушер-гинеколог;

б/от специализирана литература;

в/от приятелки;

г/от интернет;

д/от другаде;

43. Запозната ли сте с начините за профилактиката на карцинома на ендометриума и предимствата от тях.

а/запозната съм бегло;

б/запозната съм в детайли с ползите на отделните начини;

в/не съм запозната;

44. Ако сте запозната от къде :

а/от моя акушер-гинеколог;

б/от специализирана литература;

в/от приятелки;

г/от интернет;

д/от другаде;

45. Знаете ли какви са рисковете които крие една коремна операция?

а/Да

б/Не

46. Знаете ли какви са рисковете които крие забавянето на оперативното лечение на карцинома на ендометриума?

а/Да ;

б/Не

47. Кои методи намирате за по-рискови?

а/оперативните;

б/неоперативните;

48. Кои методи намирате за по-сигурни?

а/оперативните;

б/неоперативните;

49. Знаете ли какви са предимствата на една коремна операция?

а/Да ;

б/Не

50. Знаете ли какви са предимствата на неоперативните методи за лечение на карцинома на ендометриума?

а/Да ;

б/Не ;

51. Кое трябва да бъде водещо при определяне(избор) на метода на лечение при карцинома на ендометриума:

а/мнението на лекуващия специалист;

б/предпочитанията на пациентката, въпреки, че е възможна грешка по-важно е правото на избор;

в/не мога да преценя;

52. Считате ли че в България понастоящем има добре развита система за скрининг на онкологичните заболявания на женските полови органи?

а/да;

б/не;

в/не мога да преценя;

53. Ако би Ви се наложило да се оперирате, кой от изброените въпроси би Ви вълнувал най-много?

а/Какъв ще е вида на операцията?

б/Необходими ли ще са болкоуспокояващи медикаменти в постоперативния период?

в/Колко дълъг ще е периода на хоспитализация(болничният престой)?

г/Ще съществуват ли дългосрочни странични ефекти от операцията?

д/Кога ще е възможно връщането към нормалния начин на живот?

е/Операцията ще се отрази ли на половата активност?

ж/каква ще е цената, която трябва да заплатя за операцията

з/нито един от изброените

54. Ако би Ви се наложило да избирате алтернативни начини на лечение, като пациент, кой от изброените методи бихте предпочели ?

а/оперативно лечение

б/медикаментозно лечение

в/лъчелечение

г/бих се доверила само е единствено на преценката на лекаря

д/не мога да преценя

55. Знаете ли какви са страничните ефекти при оперативно лечение на карцинома на ендометриума?

а/Да ;

б/Не ;

56. Знаете ли какви са страничните ефекти при лъчелечение?

а/Да ;

б/Не ;

57. Знаете ли какви са страничните ефекти при хормонално лечение на карцинома на ендометриума?

а/Да ;

б/Не ;

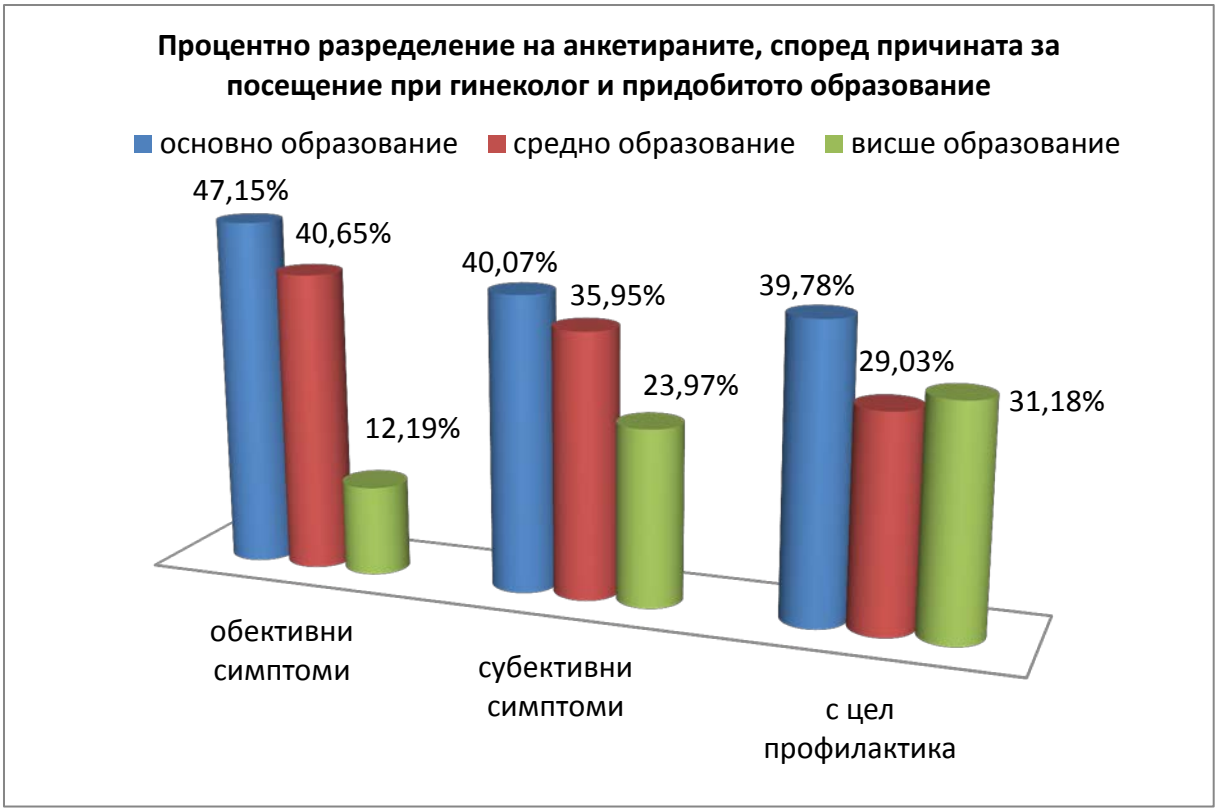
Приложение 2. Таблици и фигури /В текста № на съответната таблица или фигура е обозначено с *.

Табл. 6*. Характеристика на контингента, според възрастта

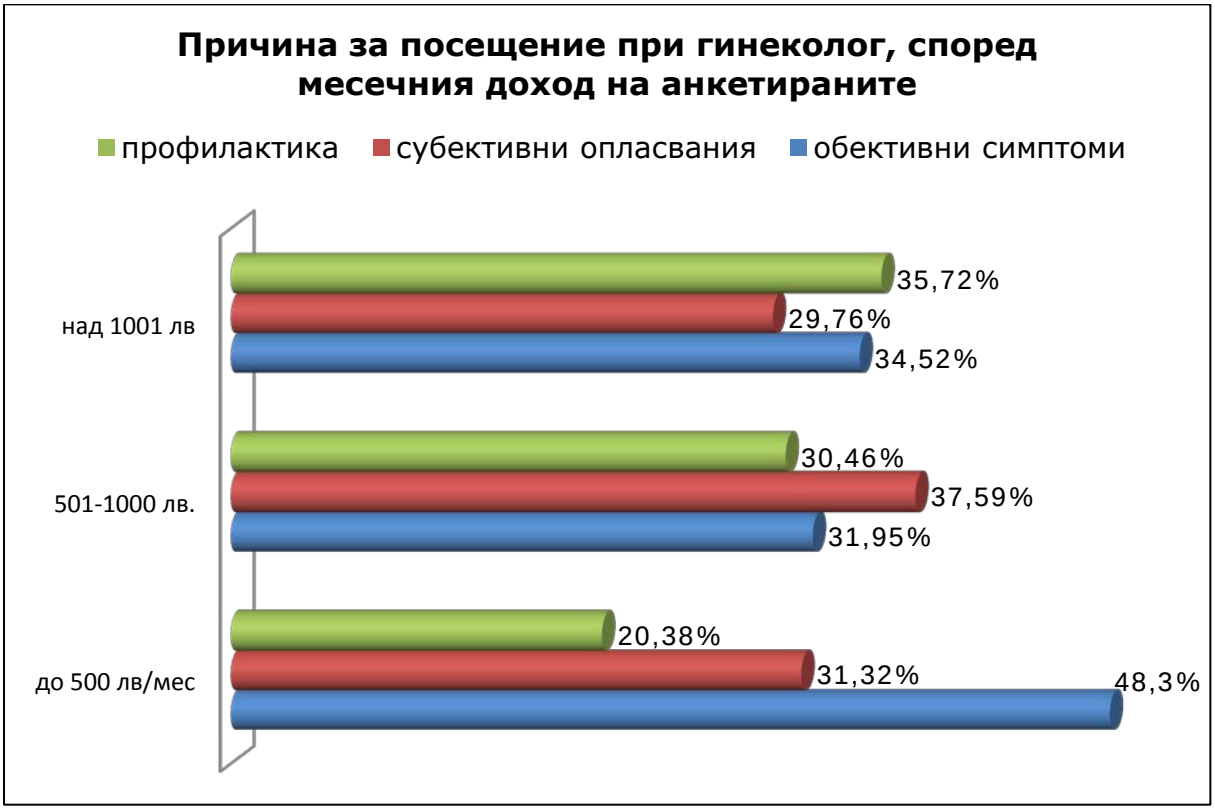
Възраст в год.	брой	%	Sp
18 - 20	145	19.03	1.42
21 - 25	162	21.26	1.49
26 - 30	158	20.73	1.48
над 31	297	38.98	1.72
Общо	762	100.00	



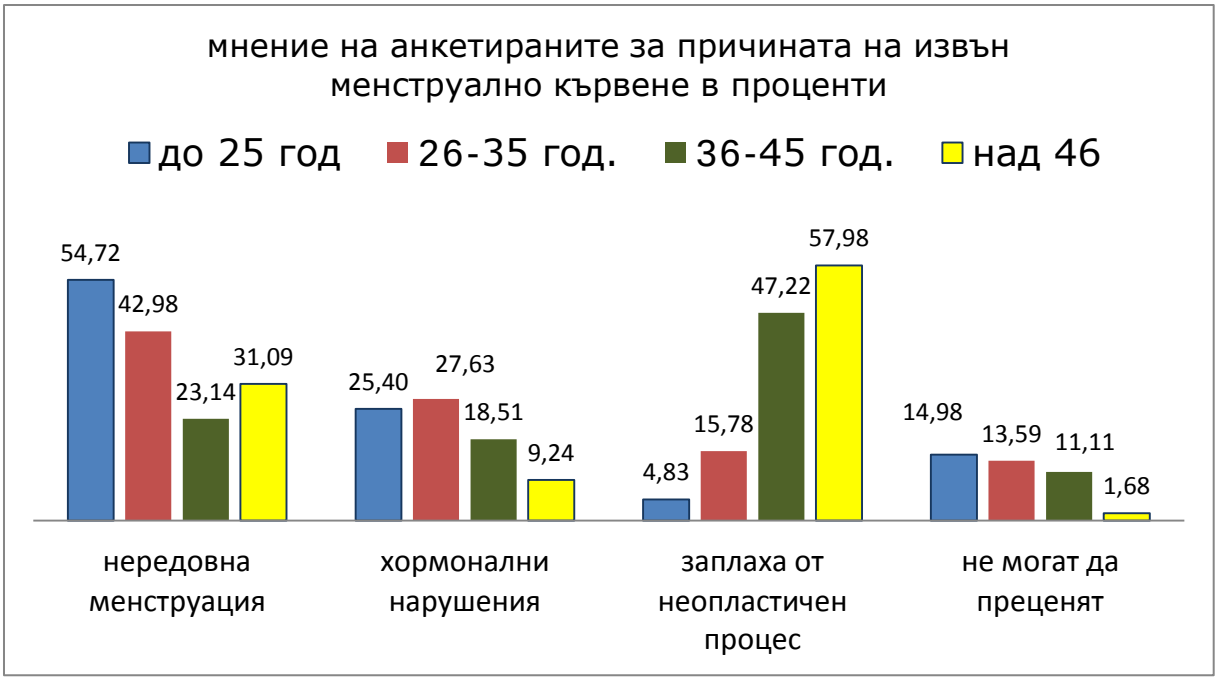
Фиг. 25*. Влияние на етническият произход на анкетираните върху най-честите причини за посещение при гинеколог



Фиг. 26*. Най-честата причина за посещение при гинеколог, според възрастта.



Фиг. 27*. Влияние на размера на доходите върху причините за посещение при гинеколог.



Фиг. 28*. Влияние на възрастта върху мнението на анкетираните относно възможните причини за симптома извънменструално генитално кървене.

Табл. 18*. Влияние на възрастта върху поведението на анкетираните при поява на симптома извънменструално генитално кървене.

Показател	Незабавно потърсили консултация при гинеколог			Изчакали кървенето да спре от само себе си			Потърсих информация в internet			Потърсих консултация, но не от лекар			Не предприех никакви мерки			Общо		
Възраст	N	%	Sp	N	%	Sp	N	%	Sp	N	%	Sp	N	%	Sp	N	%	Sp
< 25 год	18	5.86	1.36	178	57.98	2.82	34	11.07	1.79	16	5.21	1.24	61	19.86	2.28	307	40.28	
26-35 год.	75	32.89	3.11	28	12.28	2.15	70	30.70	3.06	32	14.03	2.30	23	10.08	1.99	228	29.92	
36-45 год.	46	42.59	4.76	11	10.18	2.89	31	28.70	4.37	13	12.03	3.13	7	6.48	2.29	108	14.17	
>46 год.	65	54.62	4.56	16	13.44	3.08	8	6.72	2.34	11	9.24	2.62	19	15.96	3.36	119	15.62	
всичко	204	26.77		233	30.58		143	18.79		72	9.45		110	14.43		762	100	

Табл. 19*. Влияние на образованието върху поведението на анкетираните при поява на симптома извънменструално генитално кървене.

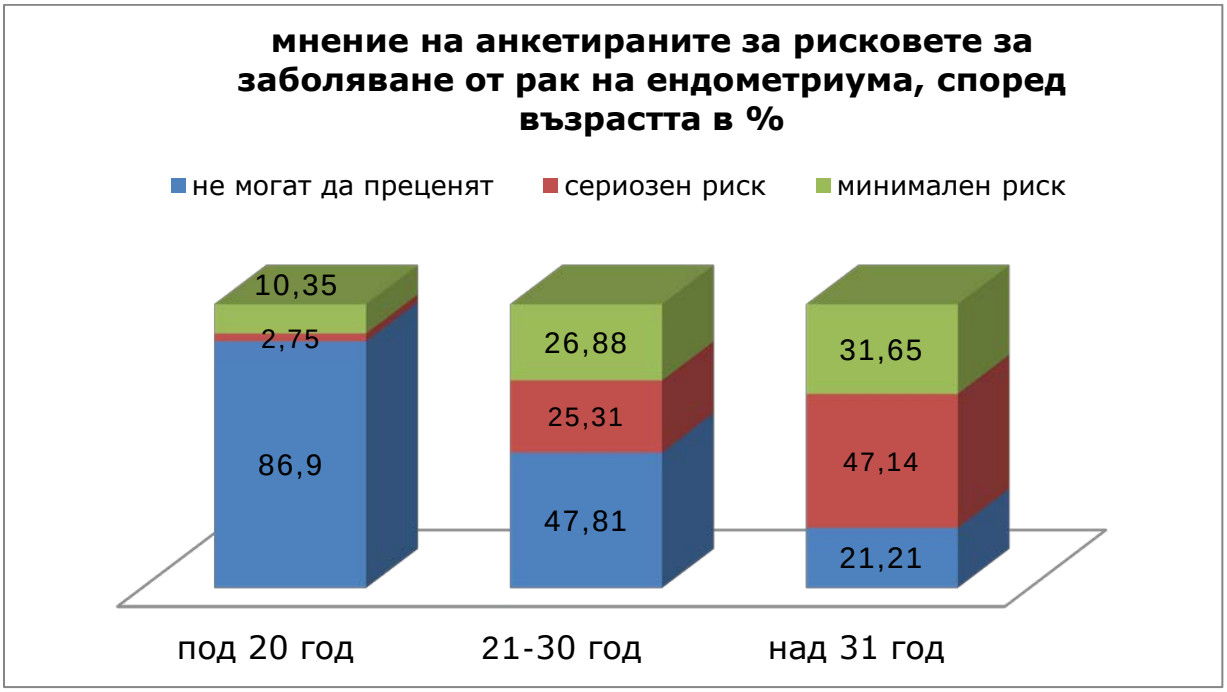
показател	Незабавно потърсили консултация при гинеколог			Изчакали кървенето да спре от само себе си			Потърсих информация в internet			Потърсих консултация, но не от лекар			Не предприех никакви мерки			общо	
образование	N	%	Sp	N	%	Sp	N	%	Sp	N	%	Sp	N	%	Sp	N	%
Висше	154	41.39		99	26.61		73	19.62		28	7.52		18	4.83		372	100.00
Средно	40	14.98		80	29.96		60	22.47		31	11.61		56	20.97		267	100.00
основно	10	8.13		54	43.90		10	8.13		13	10.56		35	29.26		123	100.00
всичко	204	26.76	1.61	233	30.58	1.68	143	18.77	1.42	72	9.45	1.04	110	14.44	3.26	762	100.00

Табл. 20*. Влияние на възрастта върху поведението, което анкетираните биха предприели ако в бъдеще получат извънменструално маточно кървене.

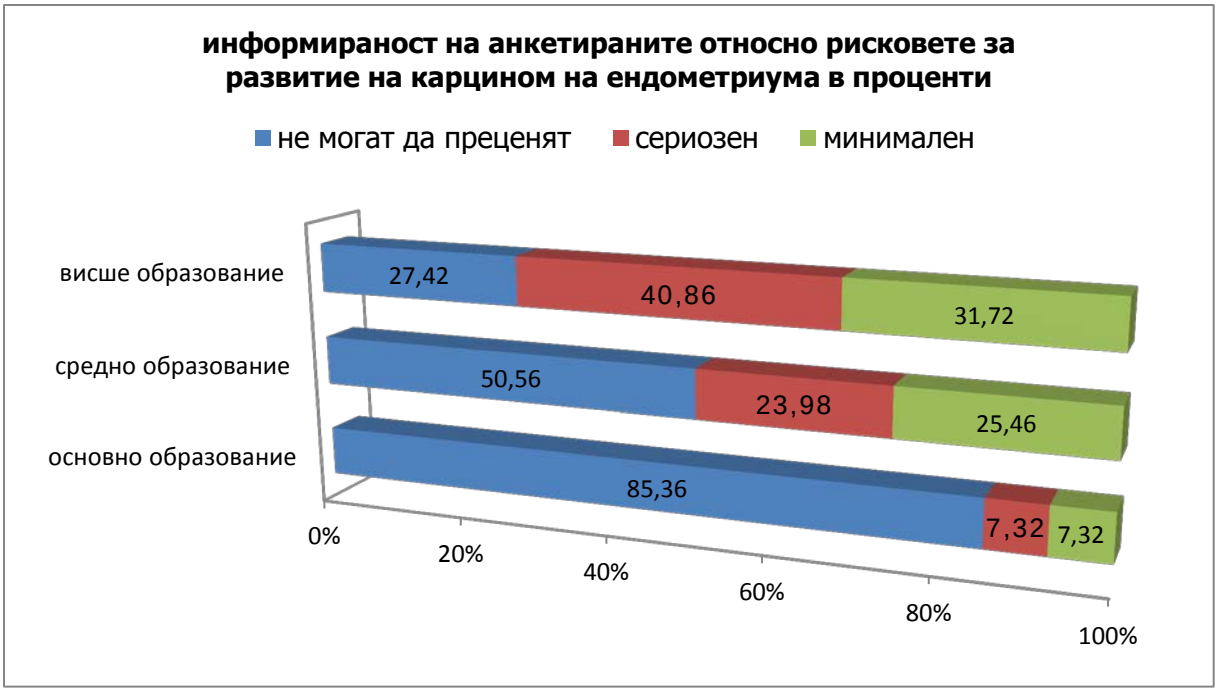
показател	Незабавно биха потърсили консултация при гинеколог			Биха изчакали кървенето да спре от самосебе си			Биха потърсили информация в internet			Биха потърсили консултация, но не от лекар			Не биха предприели някакви мерки			всичко	
Възраст	N	%	Sp	N	%	Sp	N	%	Sp	N	%	Sp	N	%	Sp	N	%
< 25 год	39	12.70	1.92	109	35.50	2.74	76	24.75	2.47	21	6.84	1.63	62	20.19	2.28	307	100
26-35 год.	54	23.68	2.88	45	19.73	2.65	63	27.63	2.47	33	14.47	2.30	33	14.47	2.30	228	100
36-45 год	51	47.22	3.44	25	23.14	4.8	17	15.74	3.53	8	7.40	2.46	7	6.48	2.28	108	100
>45 год	66	55.46	4.56	24	20.16	3.67	7	5.88	2.18	7	5.88	2.18	15	12.60	1.18	119	100
общо	210	27.56	1.63	203	26.64	1.61	163	21.39	1.48	69	9.06	1.04	117	15.35	1.29	762	100

Табл. 21*. Влияние на образованието върху поведението поведението, което анкетираните биха предприели ако в бъдеще получат извънменструално маточно кървене.

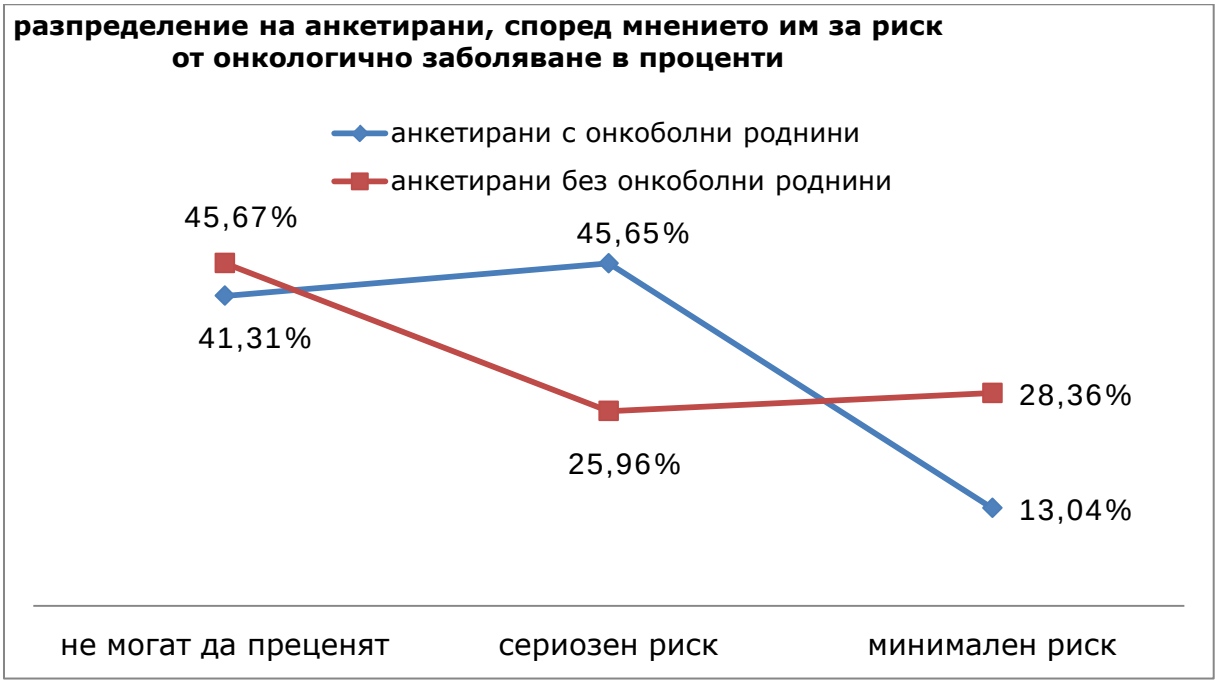
показател	Незабавно биха потърсили консултация при гинеколог			Биха изчакали кървенето да спре от само себе си			Биха потърсили информация в internet			Биха потърсили консултация, но не от лекар			Не биха предприели някакви мерки			всичко	
образование	N	%	Sp	N	%	Sp	N	%	Sp	N	%	Sp	N	%	Sp	N	%
Основно	10	8.13	2.45	55	44.71	4.49	11	8.94	2.58	16	13.00	3.03	31	25.20	3.9	123	100
Средно	50	18.72	2.4	90	35.58	2.44	62	23.22	2.58	16	5.99	1.45	44	16.47	2.24	267	100
висше	150	40.32	2.54	53	14.24	1.68	90	24.19	2.21	37	9.94	1.56	42	11.29	1.62	327	100
общо	210	27.56	1.63	203	26.64	1.61	163	21.39	1.48	69	9.06	1.04	117	15.35	1.29	762	100



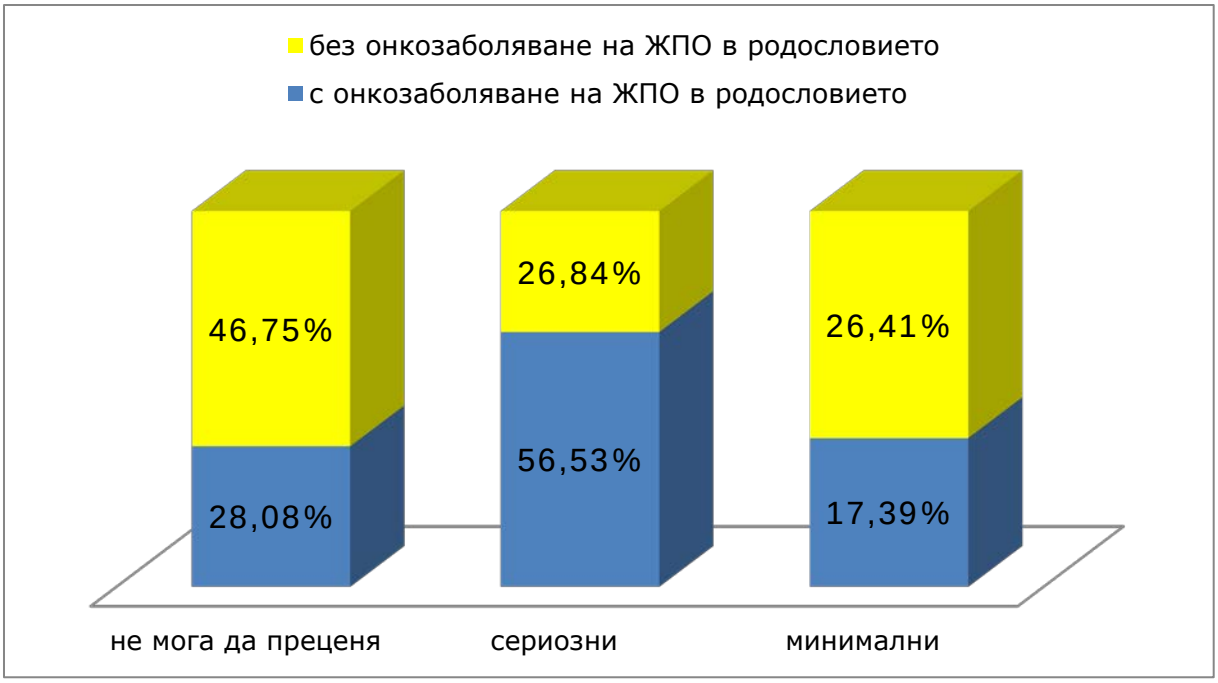
Фиг. 47*. Влияние на възрастта върху мнението на жените относно рисковете от развитие на ендометриален карцином



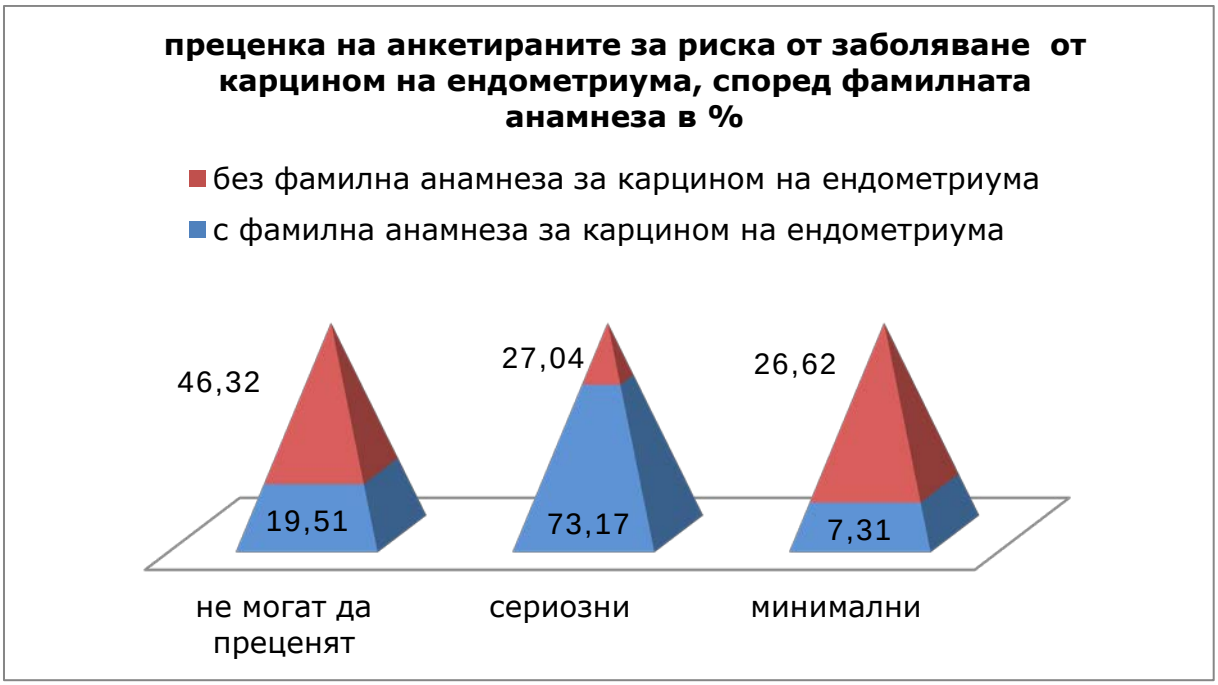
Фиг. 48*. Влияние на образованието върху информираността на жените относно рисковете от развитие на ендометриален карцином



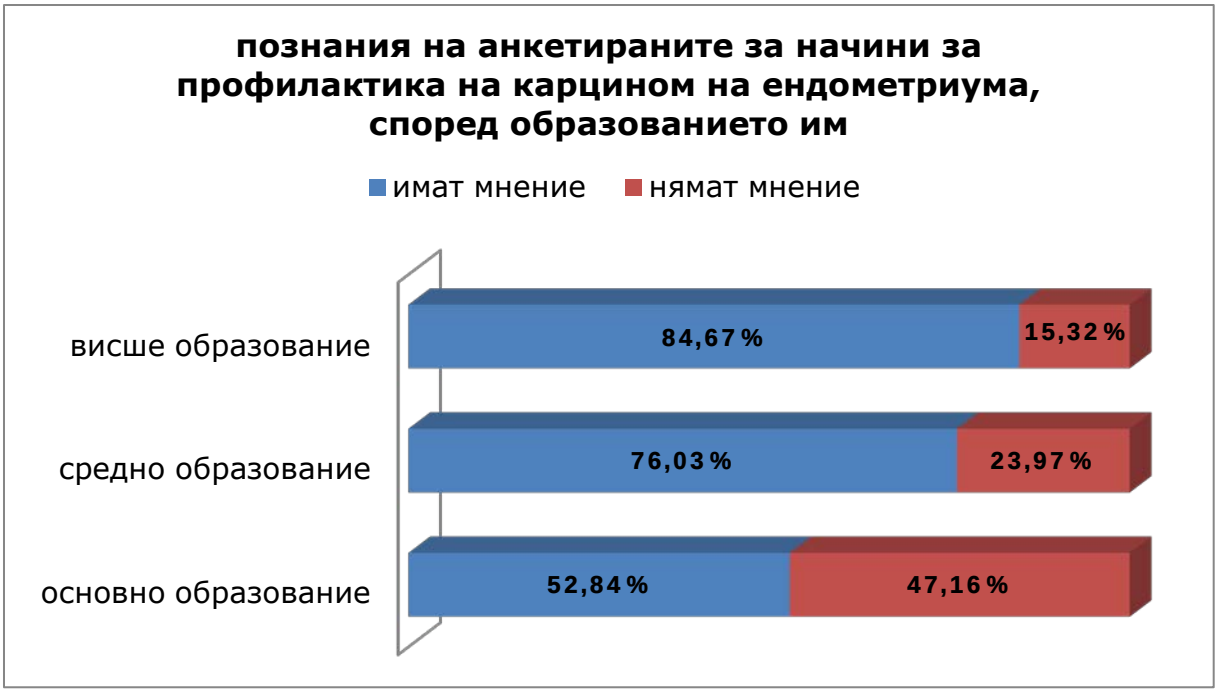
Фиг. 49*. Разпределение на анкетираните жени с онкологични заболявания в рода си, според мнението им относно риска от карцином на ендометриума, сравнени със същите данни за всички анкетирани .



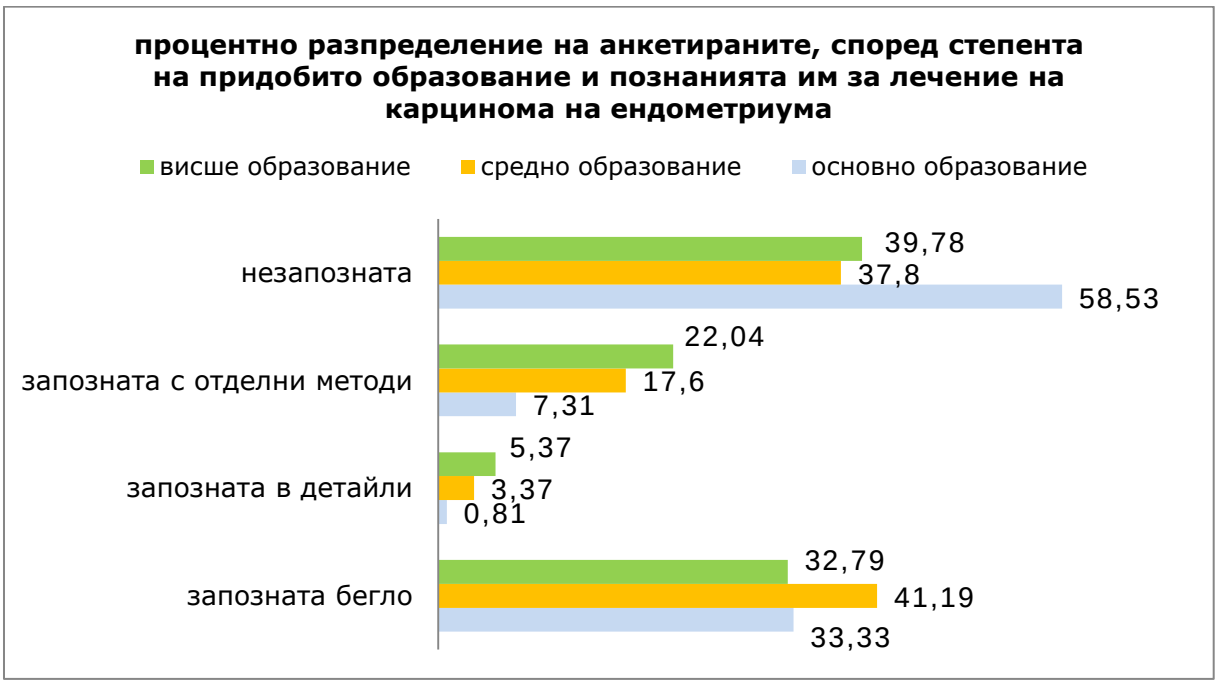
Фиг. 50*. Разпределение на анкетираните жени с онкологични заболявания на женските полови органи в рода си, според мнението им относно риска от карцином на ендометриума, сравнени със същите данни за всички анкетирани в проценти.



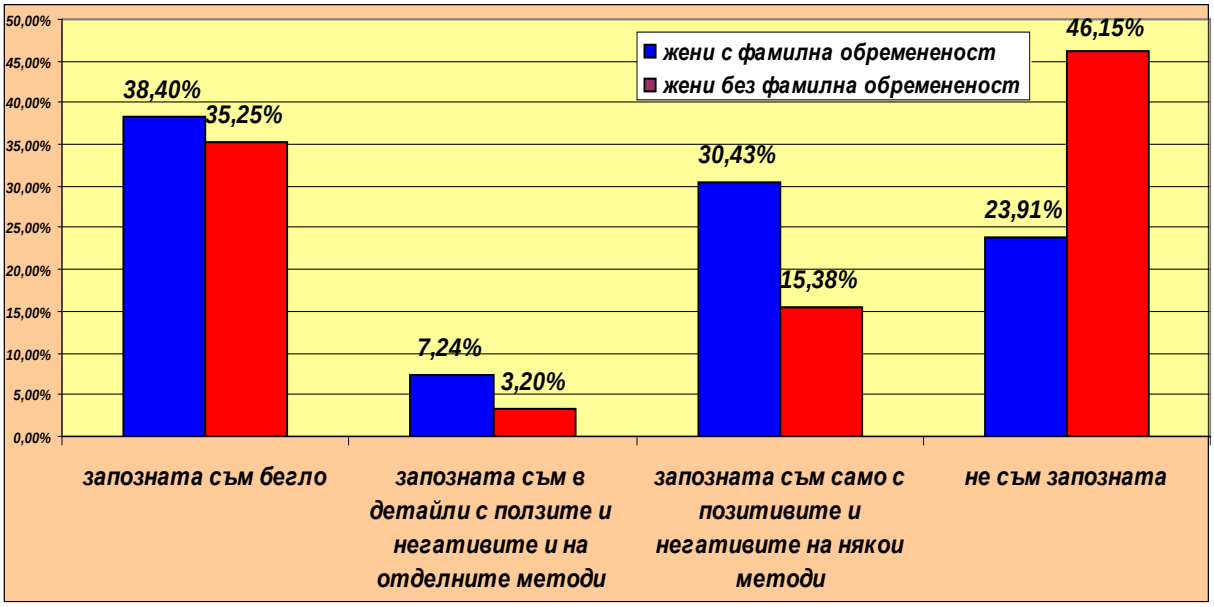
Фиг. 51*. Разпределение на анкетираните жени с ендометриален карцином в рода си, според мнението им относно риска от карцином на ендометриума, сравнени със същите данни за всички анкетирани .



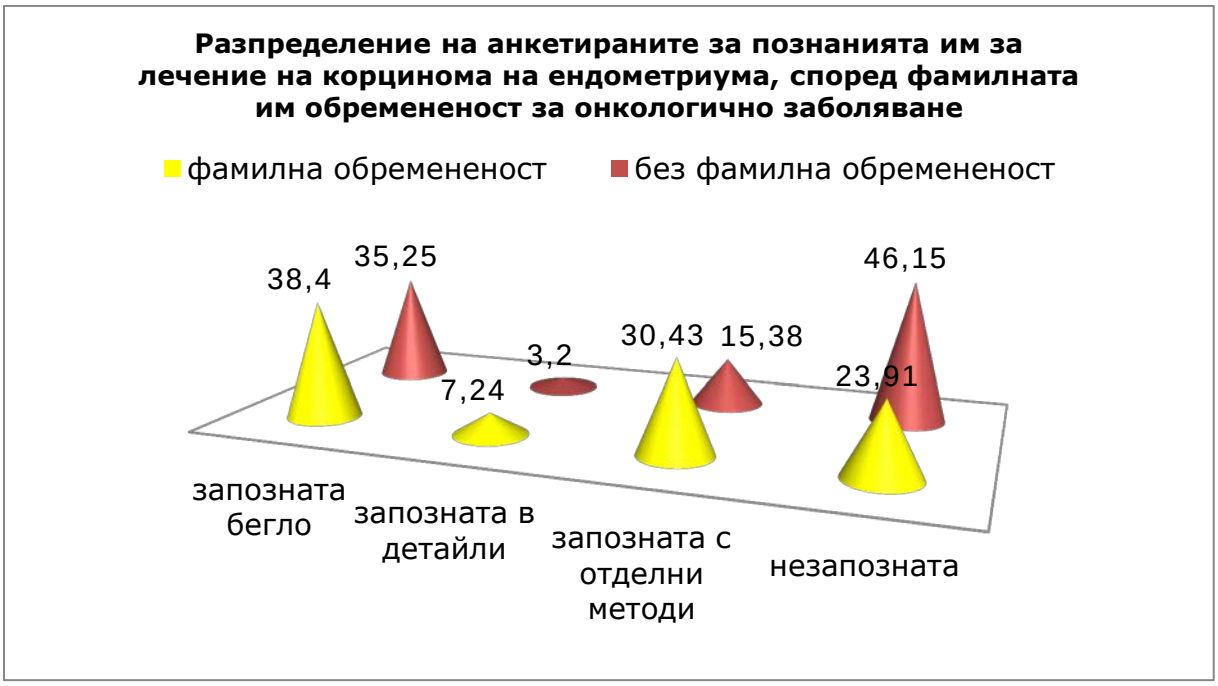
Фиг. 53*. Влияние на образованието върху познанията им свързани с начините за понижение на риска от развитие на карцином на ендометриума.



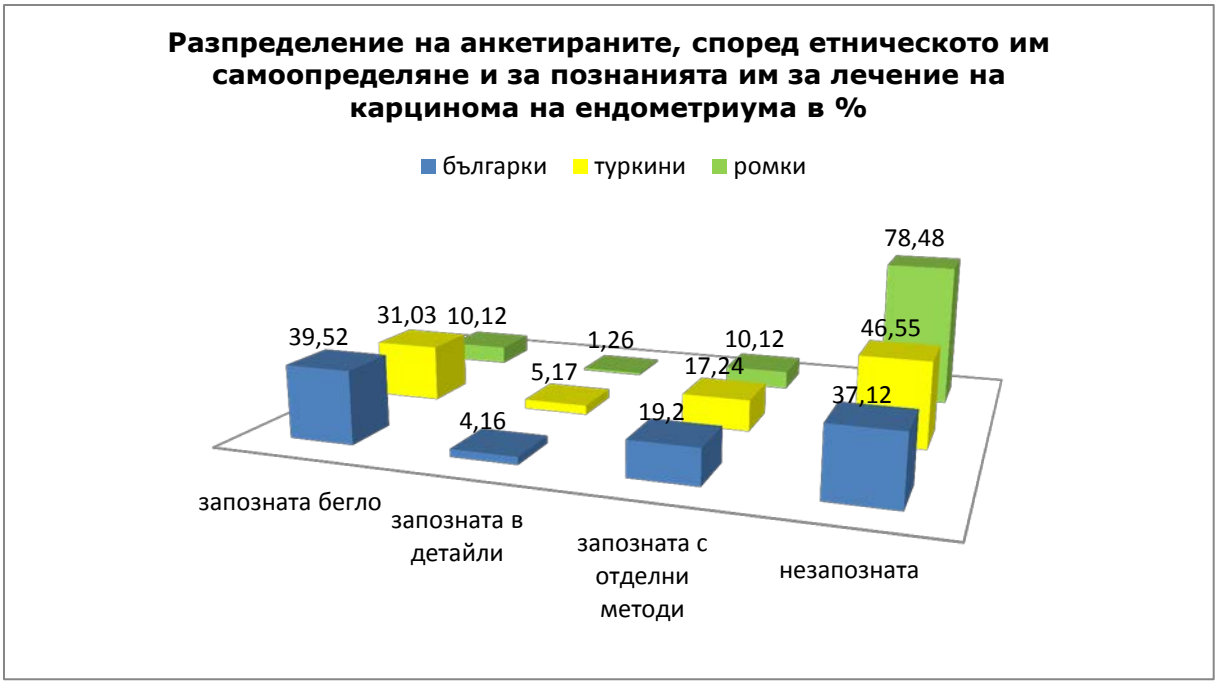
Фиг. 59*. Влияние на образованието на анкетираните жени върху запознатостта им с предимствата и недостатъците на възможните методи за лечение на карцинома на ендометриума.



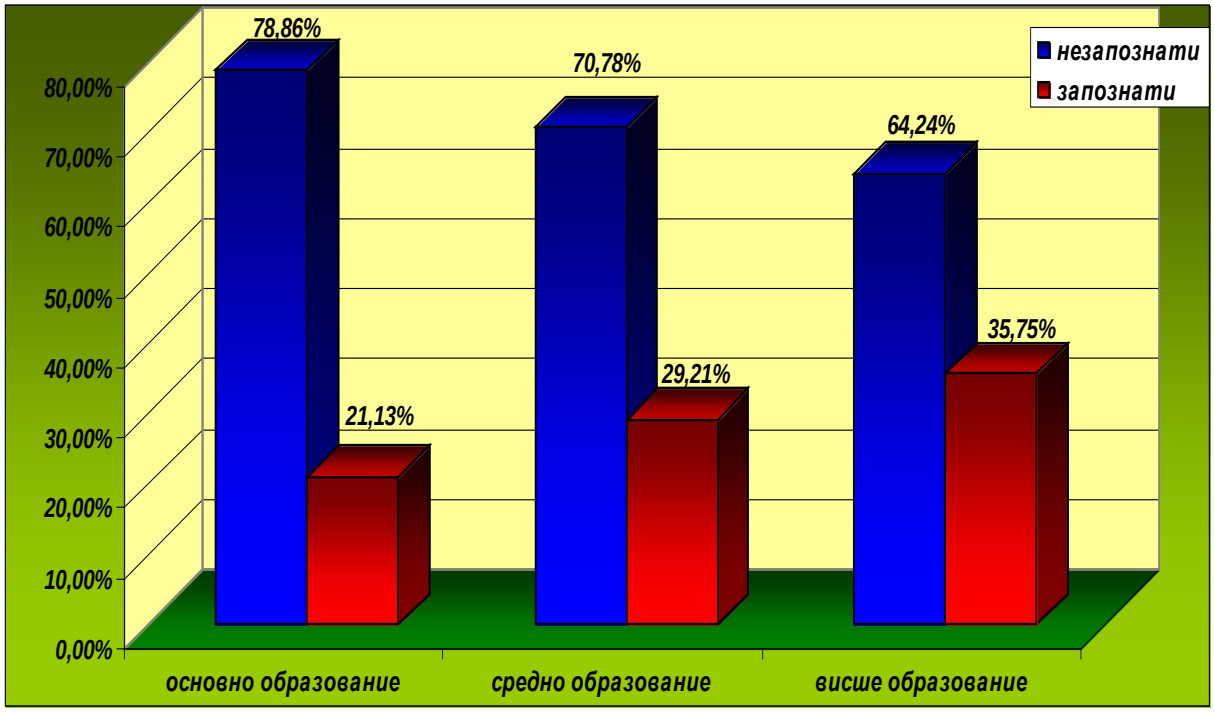
Фиг. 60*. Влияние на фамилната обремененост на анкетираните жени върху запознатостта им с предимствата и недостатъците на възможните методи за лечение на карцинома на ендометриума.



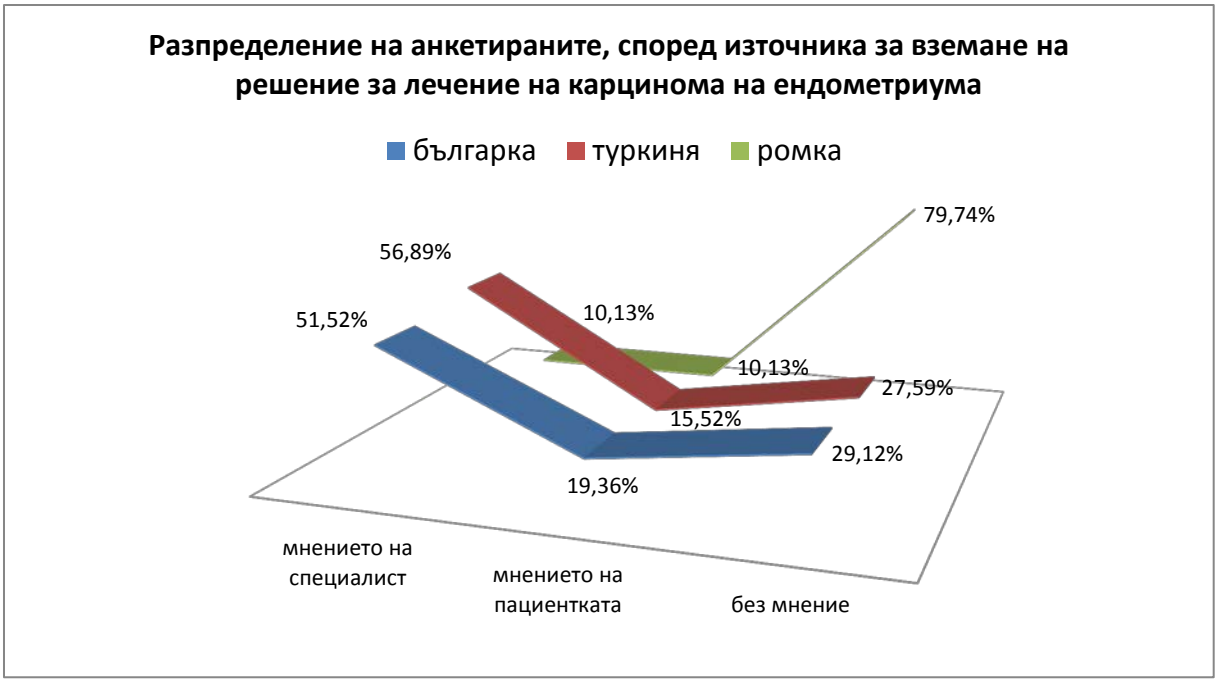
Фиг. 61*. Влияние на наличието на карцином на ендометриума във фамилната анамнеза на анкетираните жени върху запознатостта им с предимствата и недостатъците на възможните методи за лечение на карцинома на ендометриума.



Фиг. 62*. Влияние на етническата принадлежност на анкетираните върху запознатостта им с предимствата и недостатъците на възможните методи за лечение на карцинома на ендометриума



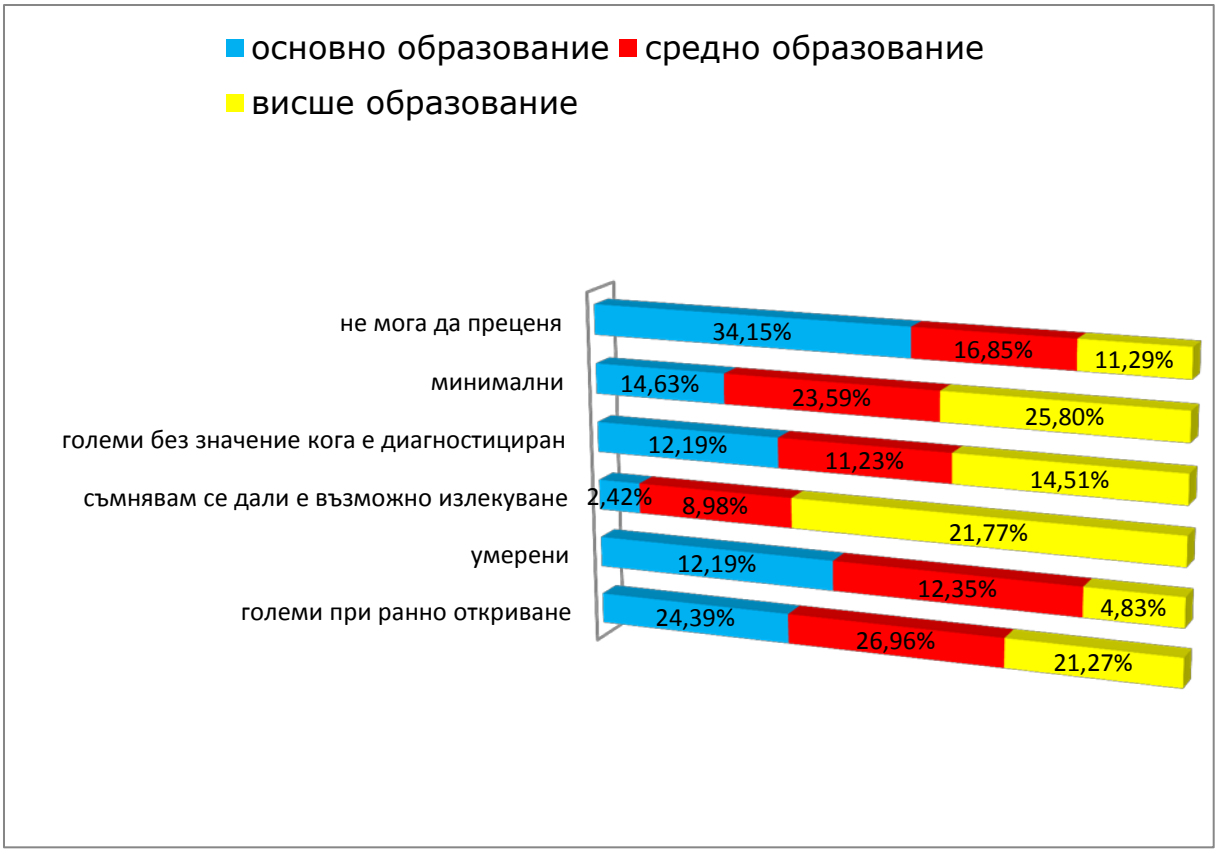
Фиг. 66*. Влияние на образованието на анкетираните жени върху запознатостта им с рисковете, свързани със забавянето на оперативното лечение за карцином на ендометриума.



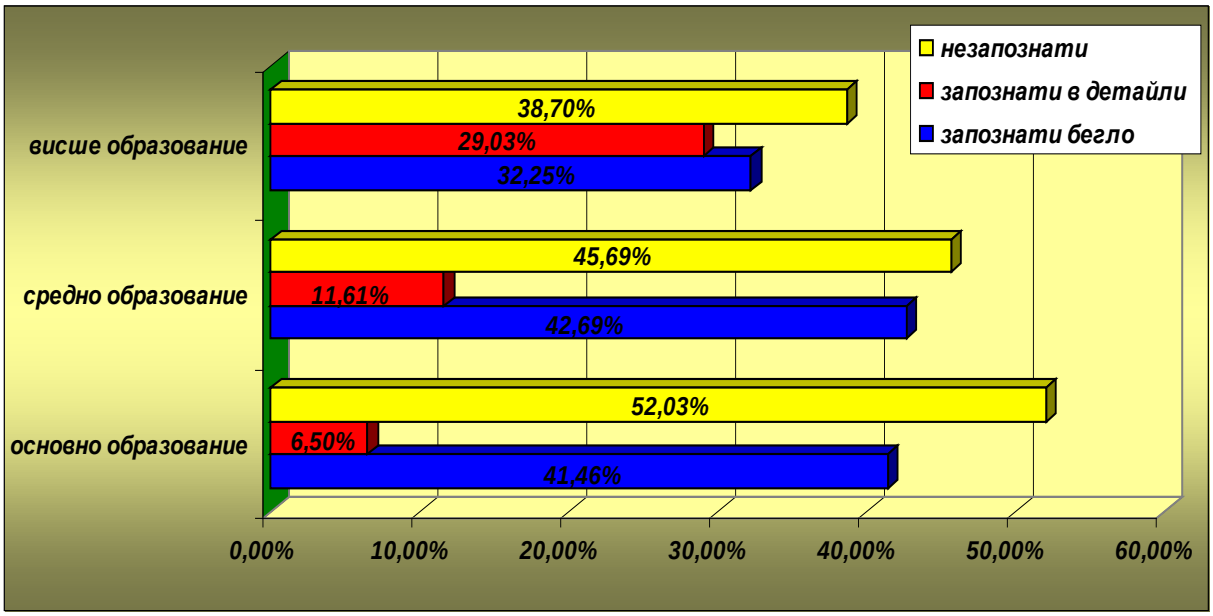
Фиг. 72*. Влияние на етническото самоопределяне на анкетираните върху мнението им по въпроса за това кое трябва да бъде водещо при определяне (избор) на метода на лечение при CaE.



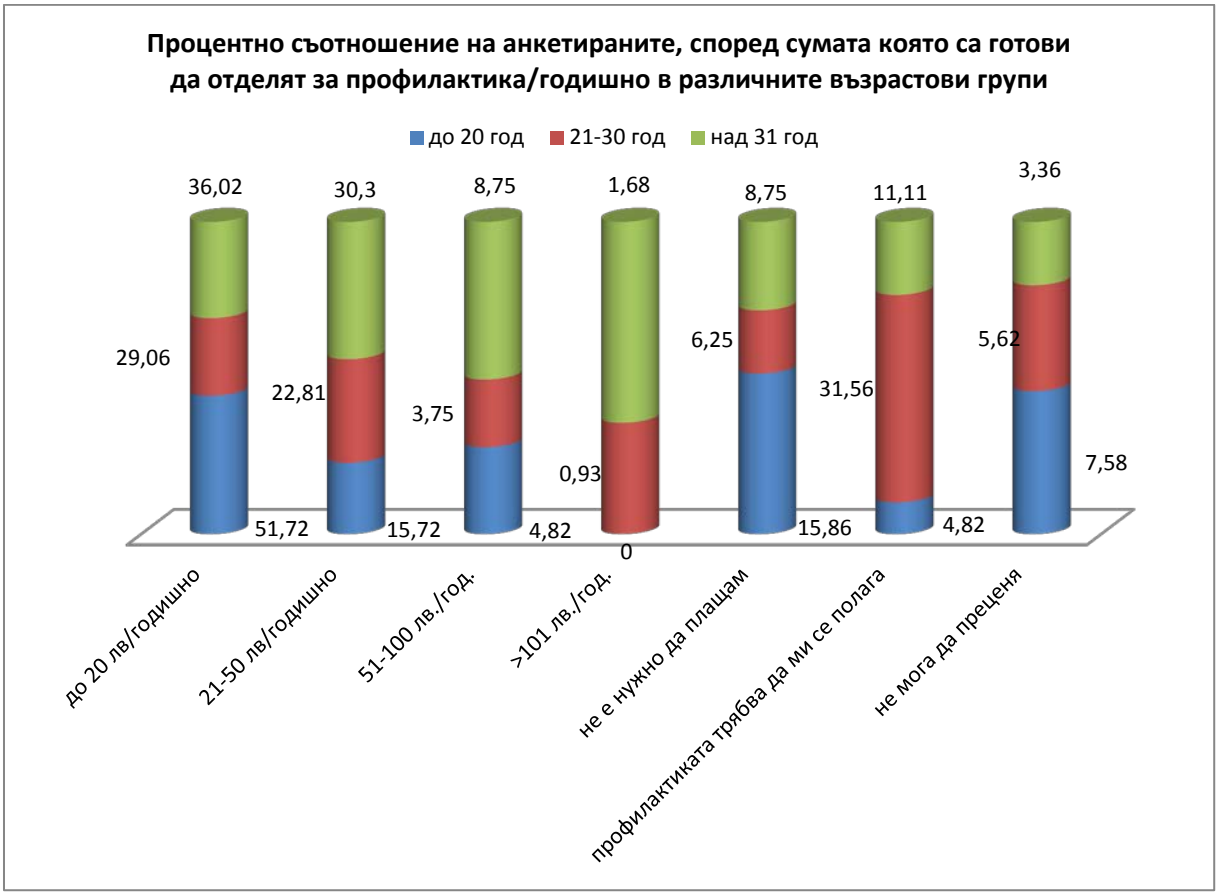
Фиг. 73*. Влияние на образованието на анкетираните върху мнението им по въпроса за това кое трябва да бъде водещо при определяне (избор) на метода на лечение при CaE.



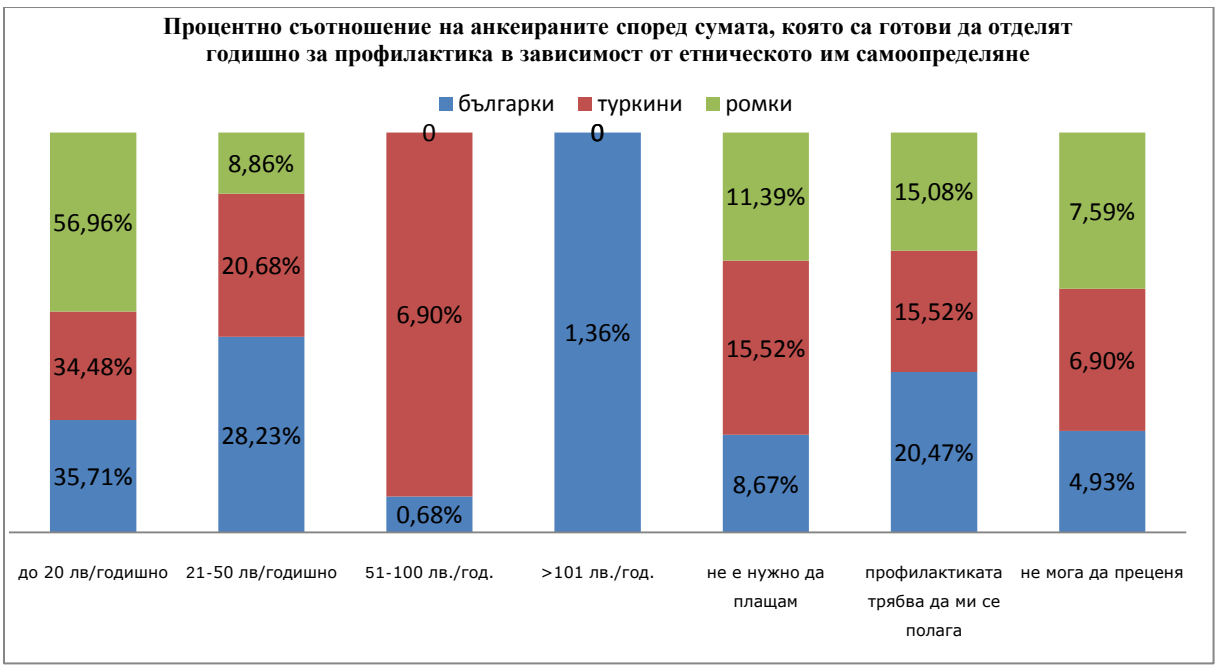
Фиг. 78*. Влияние на образованието на анкетираните жени върху мнението им относно възможностите за пълно излекуване от карцином на ендометриума.



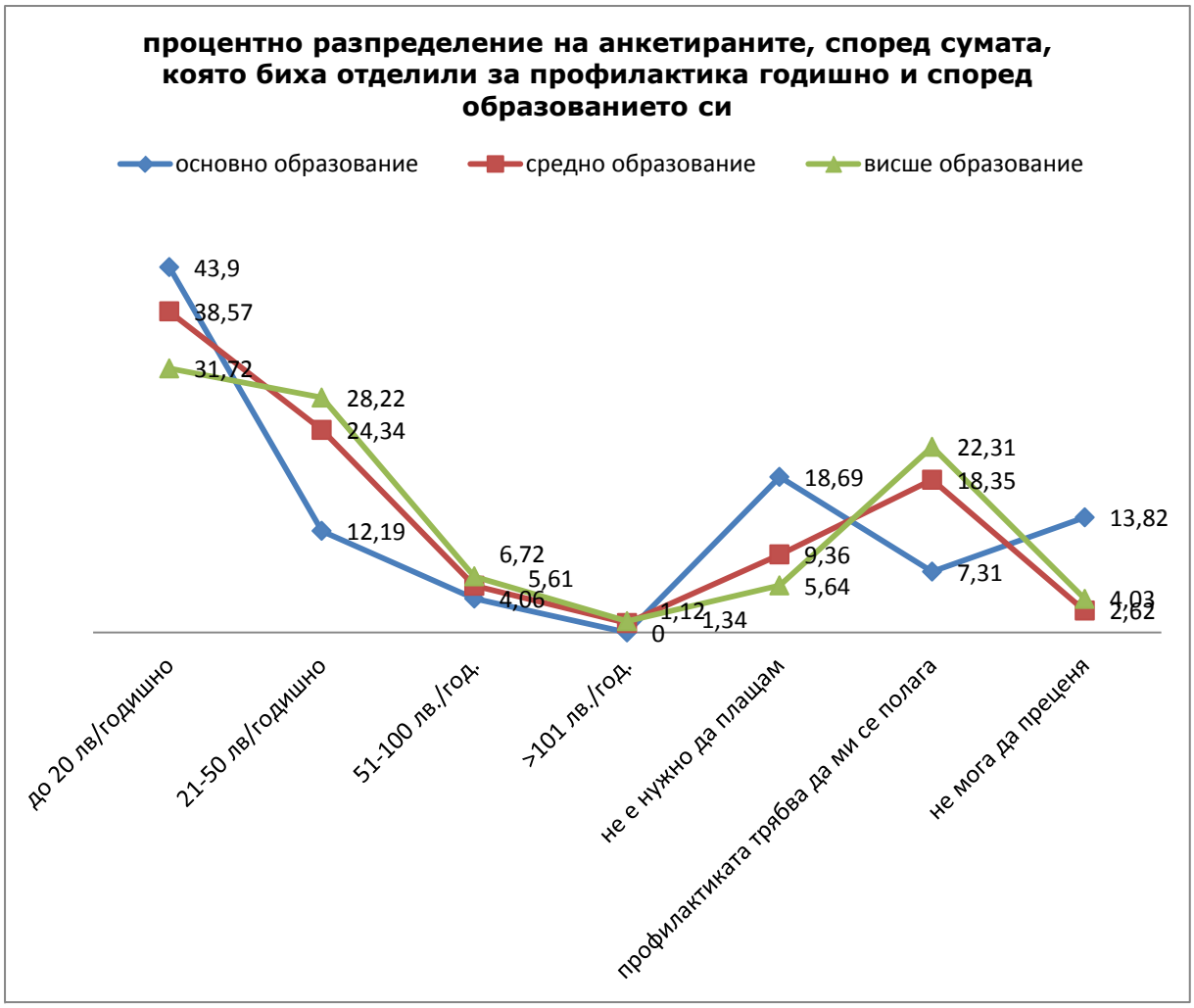
Фиг. 84*. Влияние на образованието на анкетираните върху познанията им по отношение на профилактиката на карцинома на ендометриума



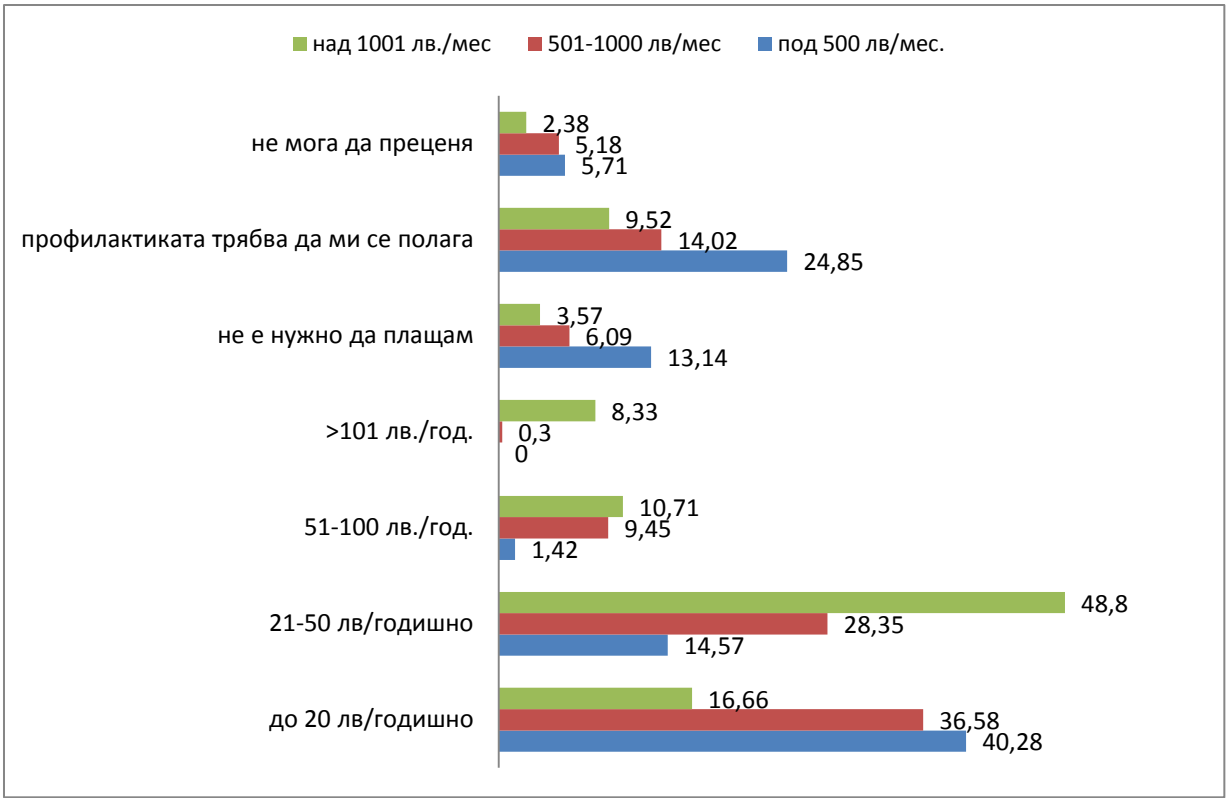
Фиг. 89*. Влияние на възрастта на анкетираните върху размера на средствата, които са готови да отделят за профилактика ежегодишно



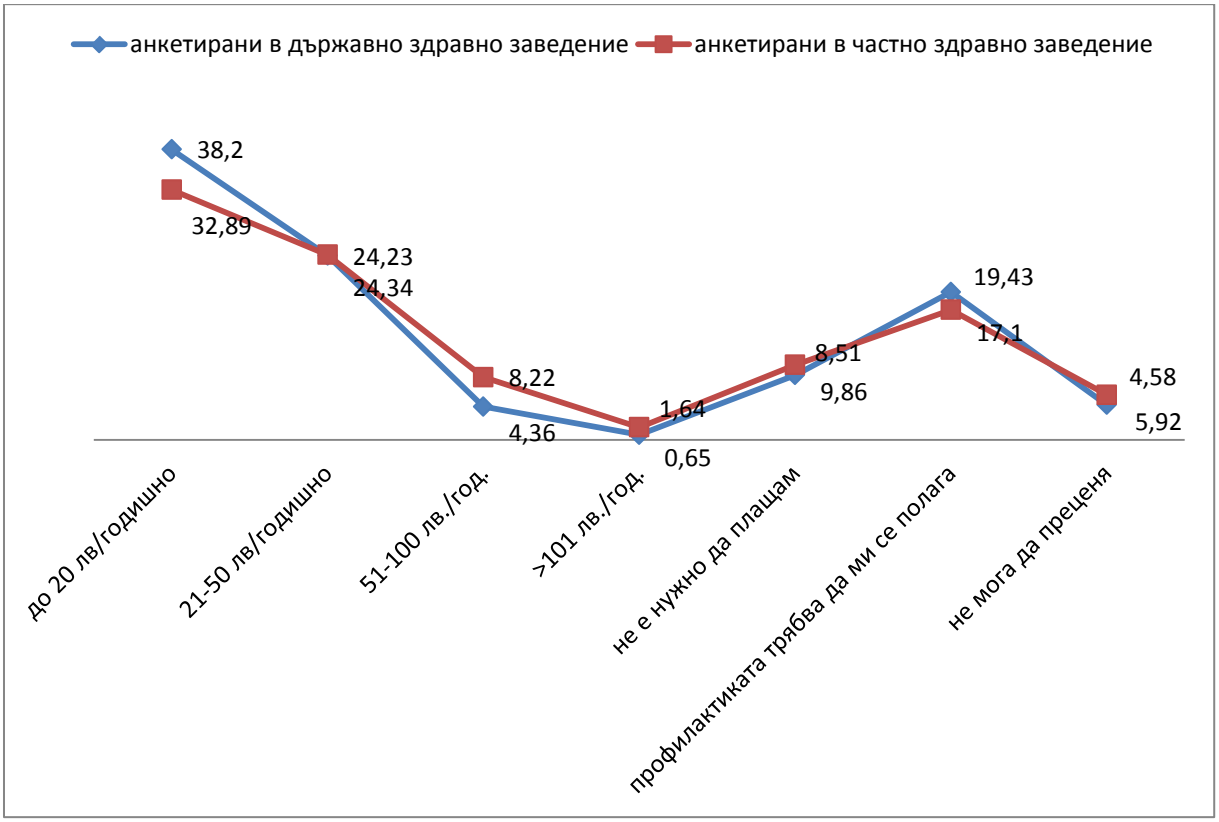
Фиг. 90*. Влияние на етническата принадлежност върху размера на средствата, които анкетираните биха отделили за профилактика



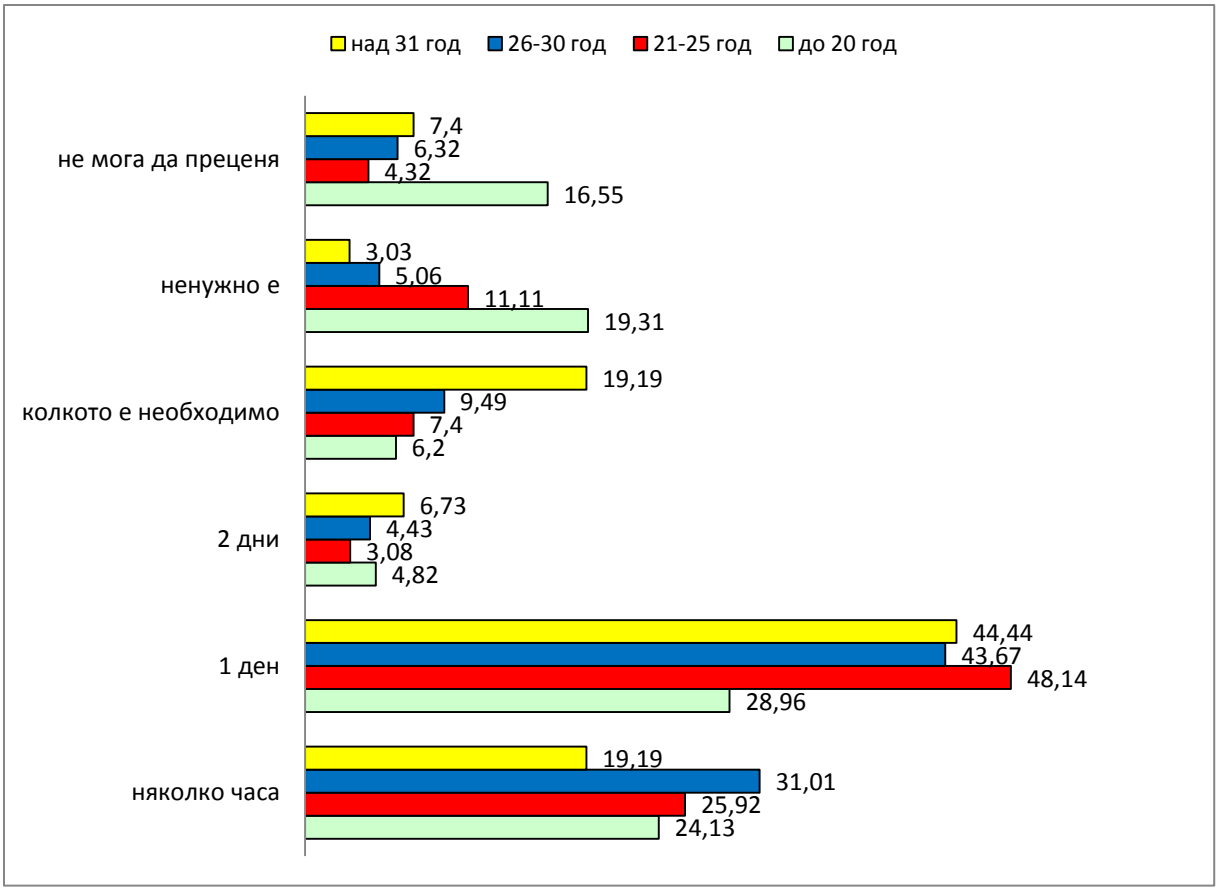
Фиг. 91*. Влияние на образованието на анкетираните върху размера на средствата, които са готови да отделят за профилактика годишно



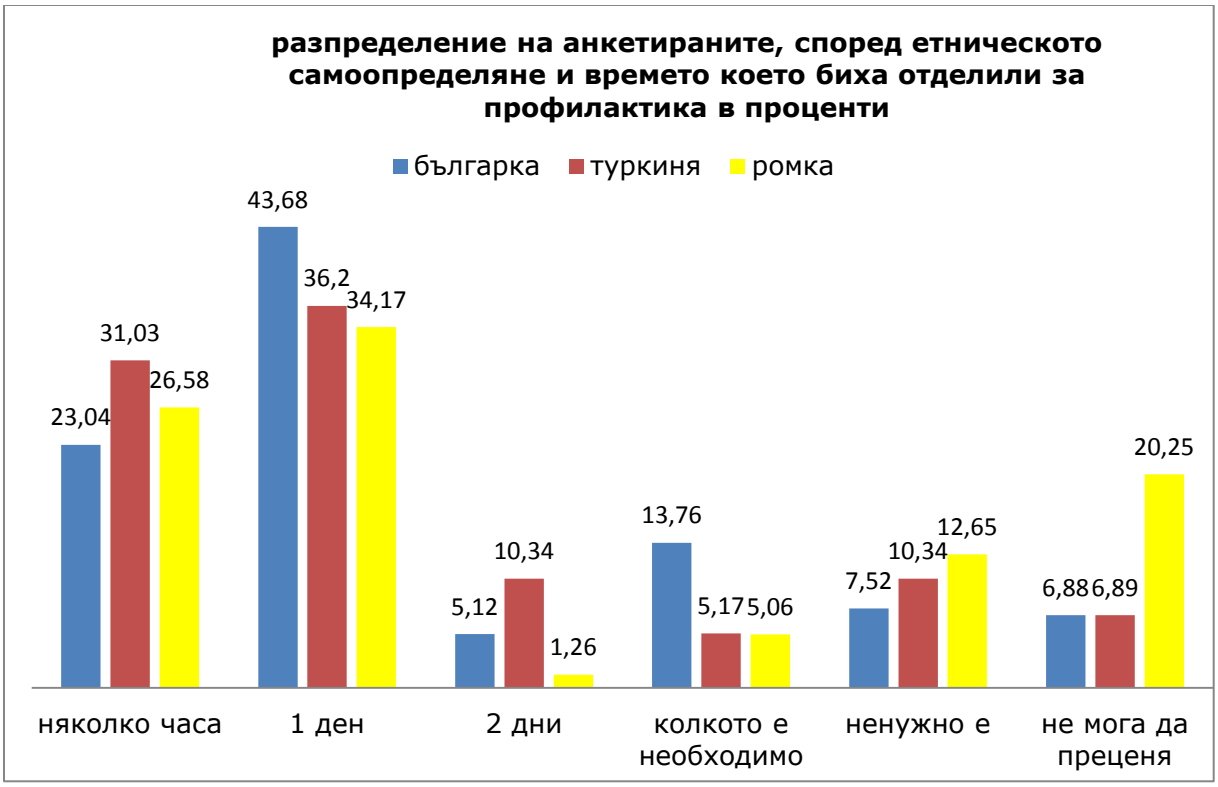
Фиг. 92*. Влияние на размера на доходите на анкетираните върху средствата които биха отделили за профилактика годишно.



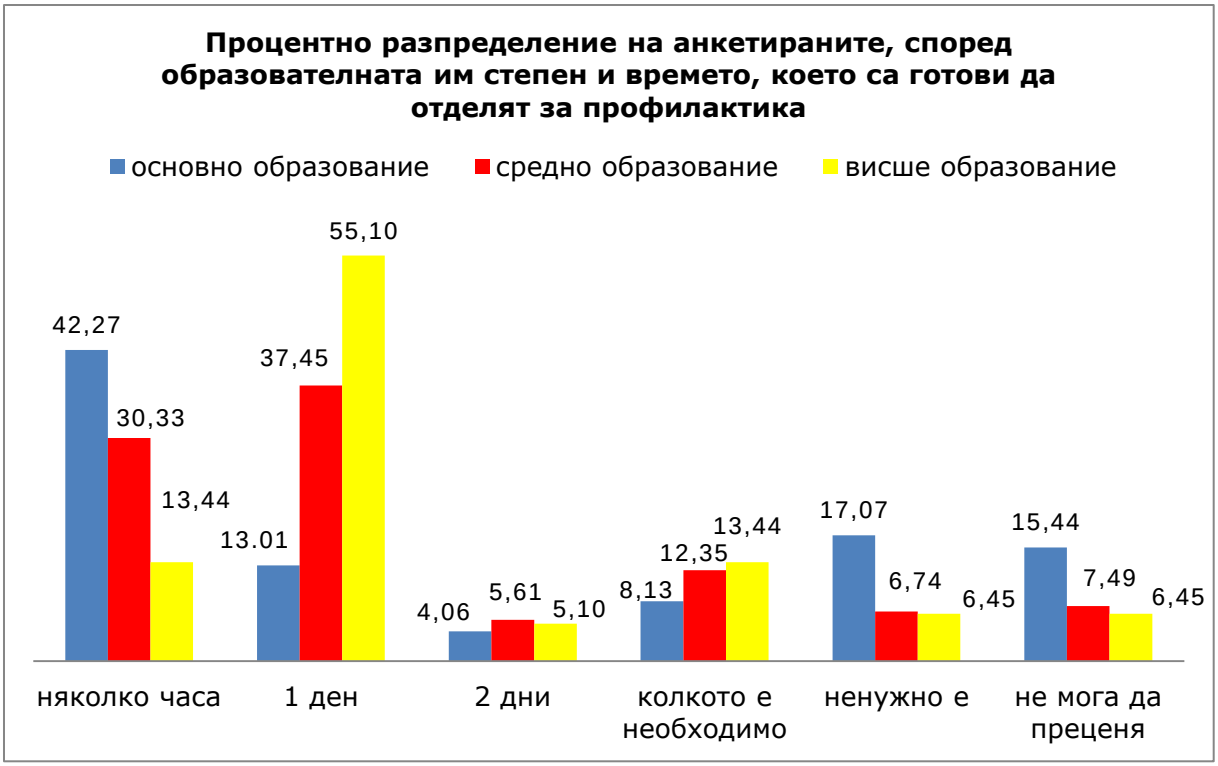
Фиг. 93. Съпоставка между вида на здравното заведение, в което са анкетирани жените и размера на средствата, който са готови да отделят за профилактика.



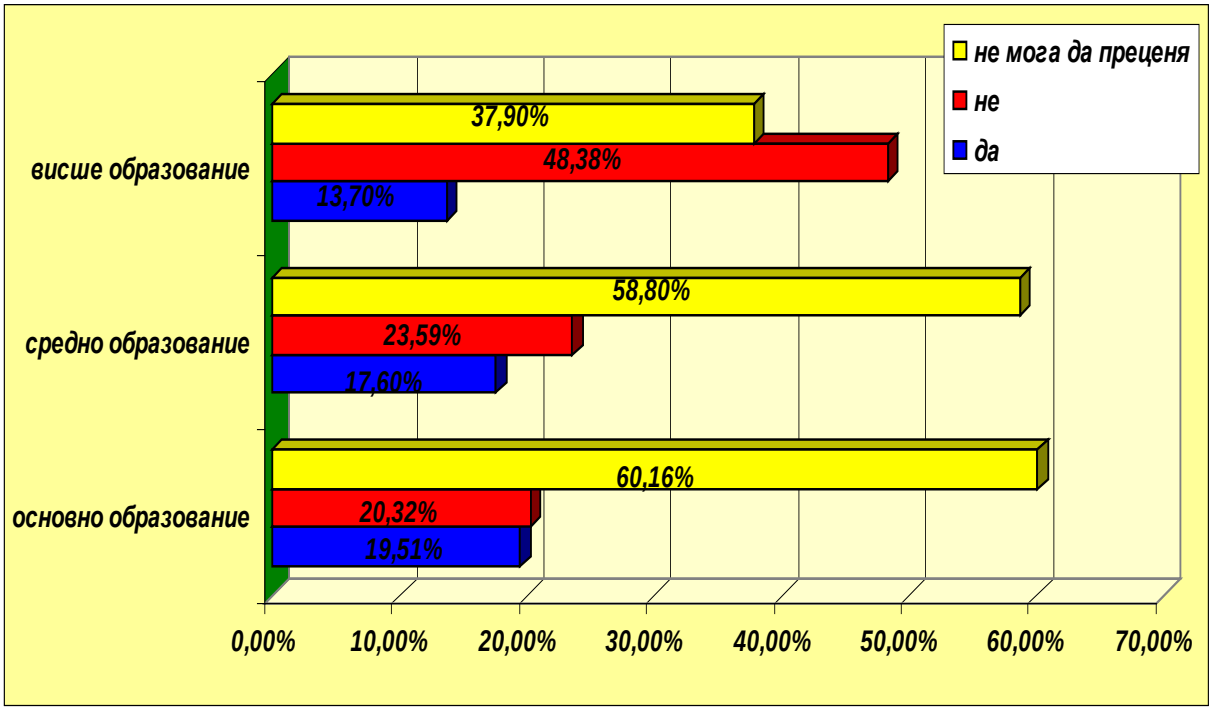
Фиг. 95*. Влияние на възрастта на анкетираните върху времето, което са готови да отделят за профилактика



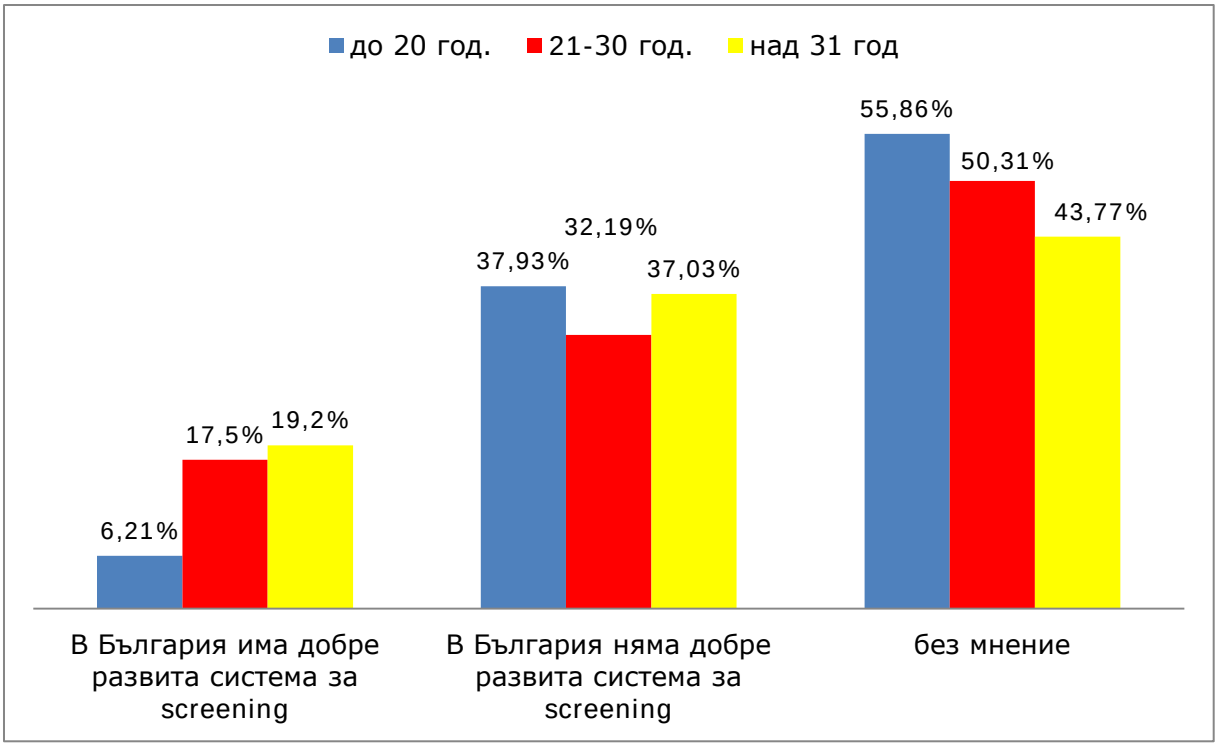
Фиг. 96*. Влияние на етническата принадлежност на анкетираните върху времето, което са готови да отделят за профилактика



Фиг. 97*. Влияние на образованието на анкетираните върху времето, което са готови да отделят за профилактика



Фиг. 99*. Влияние на образованието върху мнението на анкетираните по въпроса 'Считате ли че в България понастоящем има добре развита система за скрининг на онкологичните заболявания на женските полови органи?'



Фиг. 100*. Влияние на възрастта на анкетираните върху мнението им по въпроса ‘Считате ли че в България понастоящем има добре развита система за скрининг на онкологичните заболявания на женските полови органи?'

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Гинекология, И. Карагьозов, Н. Доганов, София, 1999 - 139-147
2. Димитрова Св., информираното съгласие в медицинската практика. Алфамаркет, Стара Загора 2003,104
3. Димитрова Св., предложение за единна рамка на декларация за информирано съгласие при определена медицинска процедура, Юбилейна научна конференция ’20 години ВМИ – МФ – Стара Загора’, том 1 2002, 267-271
4. Златков В., П. Костова. Бременност и рак на женските полови органи. Част II – рак на маточната шийка. Акуш и гинекол. 50: 2011, 4, 41-45.
5. Иванов, Стефан Профилактика и скрининг на неоплазиите на женската полова система – цитонамазка по PAP, хистологична диагноза и други методи за първична профилактика. Рискови групи при жените. Поведение на ОПЛ
6. Изпълнителна агенция по лекарствата Съобщение: Последни данни за хормонозаместителната терапия от проучването Million Women Study www.bda.bg
7. Николов Н, Щъркалев Й, Акушерски и гинекологични операции МЕДИЦИНА И ФИЗКУЛТУРА, София 1967
8. Новини от годишната среща на Американското дружество по клинична онкология. MD 2005; бр. 8 (октомври)
9. ХЗТ води до повишен риск от рак на ендометриума. MD 2005; бр. 5 (юни)
10. Петров П. Рак на маточната шийка, Мединфо бр.8, 2010.
11. Петров П., Мурджев Кр. Диагноза, рискови фактори и лечение при синдрома на повишено интраабдоминално налягане, Съвременна медицинска наука, бр.2, 2010
12. Петров П. Съвременен поглед върху рака на маточната шийка, Мединфо бр.11, 2011.
13. Цончева В., Боянова М., Д. Велчева, В. Цончева, П. Костова, А. Доганов, В. Златков, Въвеждане и приложение на РНК-базиран HPV тест за определяне експресията на E6/E7 онкогени в диагностиката на инфекции с високорискови HPV. (доклад) *VI Национална конференция по Клинична лаборатория, Боровец, 3-5 септември 2010 г*., програма стр. 17, резюме (Д2) стр. 76
14. Цончева В., Доганов А., П. Костова, М. Боянова, Д. Велчева, В. Златков. Проучване на взаимовръзката между различни епидемиологични фактори и цервикалната инфекция с някои високорискови HPV типове. Научна конференция „Злокачествени заболявания на женските полови органи”, 22-24.06.2012 г., Онкология, 40: 2012, 53
15. ЧакаловаГ.,Цв.Дянкова,Т.Кърлов,В.Златков,А.Ганчева,П.Костова.Злокачествени новообразувания на женските полови органи. В ;Диагностика, лечение и проследяване на болните със злокачествени новообразувания под ред. И.Черноземски, Ст.Каранов, З.Валерианова, БАО, Издателство „АВИС-24” ООД, София, 2009, 190-226.
16. American Cancer Society Guidelines for the Early Detection of Cancer CA Cancer J Clin 2005; 55; 31-44http://caonline.amcancersoc.org/cgi/content/full/55/1/31

17. Abu-Rustum NR, Khoury-Collado F, Pandit-Taskar N, et al. Sentinel lymph node mapping for grade 1 endometrial cancer: is it the answer to the surgical staging dilemma? *Gynecol Oncol*. 2009;113:163-169.

18. Alvarez EA, Brady WE, Walker JL, et al. Phase II trial of combination bevacizumab and temsirolimus in the treatment of recurrent or persistent endometrial carcinoma: a Gynecologic Oncology Group study. *Gynecol Oncol*. 2013 Apr;129(1):22-7. Epub 2012 Dec 20.

19. Amant F, Moerman P, Neven P, et al. Endometrial cancer. *Lancet*. 2005; 366:491-505.

20. Bray, F., et al., Endometrial cancer incidence trends in Europe: underlying determinants and prospects for prevention. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev, 2005. 14(5): p. 1132

21. Beining RM, Dennis LK, Smith EM, Dokras A. Meta-analysis of intrauterine device use and risk of endometrial cancer. *Ann Epidemiol*. 2008;18:492-499.

22. Cancer of the Uterus (Endometrial Cancer). The Merck Manuals.

23. Cardenes HR, Look K, Michael H, Cerezo L. Endometrium. In: Halperin EC, Perez CA,

24. Brady LW, eds. *Perez and Brady's Principles and Practice of Radiation Oncology*. 5th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams and Wilkins; 2008: 1610-1628.

25. Chao KSC, Perez CA, Brady LW. *Radiation Oncology Management Decisions*. 3rd edition. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams and Wilkins; 2011.

26. Colombo N, McMeekin DS, Schwartz PE, et al. Ridaforolimus as a single agent in advanced endometrial cancer: results of a single-arm, phase 2 trial. *Br J Cancer*. 2013 Mar 19;108(5):1021-6. Epub 2013 Feb 12.

27. Creasman WT, Odicino F, Maisonneuve P, et al. Carcinoma of the corpus uteri. *Int J Gynecol Obs.* 2003;83:79-118.

28. Dai D, Wolf DM, Litman ES, White MJ, Leslie KK. Progesterone inhibits human endometrial cancer cell growth and invasiveness: down-regulation of cellular adhesion molecules through progesterone B receptors. Cancer research. Feb 1 2002;62(3):881-886.

29. Dalvi TB, Canchola AJ, Horn-Ross PL. Dietary patterns, Mediterranean diet, and endometrial cancer risk. Cancer causes & control : CCC. Nov 2007;18(9):957-966.

30. European age-standardised rates calculated by the Statistical Information Team at Cancer Research UK. 2011, using data from GLOBOCAN 2008, v1.2, IARC.

31. Evans JM, Donnelly LA, Emslie-Smith AM, et al. Metformin and reduced risk of cancer in diabetic patients. BMJ. 2005;330:1304–1305.

32. Ferlay J., Shin, H.R., Bray, F., Forman, D., Mathers, C. and Parkin, D.M. GLOBOCAN 2008 v1.2, Cancer Incidence and Mortality Worldwide. IARC CancerBase No.10 Internet. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. 2010.

33. Fader AN, Arriba LN, Frasure HE, von Gruenigen VE. Endometrial cancer and obesity: epidemiology, biomarkers, prevention and survivorship. Gynecologic oncology. Jul 2009;114(1):121-127.

34. Faivre S, Kroemer G, Raymond E. Current development of mTOR inhibitors as anticancer agents. Nature reviews. Drug discovery. Aug 2006;5(8):671-688.

35. Ferrara N, Hillan KJ, Gerber HP, Novotny W. Discovery and development of bevacizumab, an anti-VEGF antibody for treating cancer. Nature reviews. Drug discovery. May 2004;3(5):391-400.

36. Fram KM, Sumrein IM. Laparoscopic versus abdominal hysterectomy in the treatment of endometrial cancer. *Saudi medical journal.* Jan 2013;34(1):11-18.

37. Friberg E, Mantzoros CS, Wolk A. Diabetes and risk of endometrial cancer: a population-based prospective cohort study. Cancer epidemiology, biomarkers & prevention : a publication of the American Association for Cancer Research, cosponsored by the American Society of Preventive Oncology. Feb 2007;16(2):276-280.

38. Friberg E, Orsini N, Mantzoros CS, et al. Coffee drinking and risk of endometrial cancer--a population-based cohort study. Int J Cancer. 2009 Nov 15;125(10):2413-7.

39. Friberg E, Wallin A, Wolk A. Sucrose, high-sugar foods, and risk of endometrial cancer--a population-based cohort study. Cancer epidemiology, biomarkers & prevention : a publication of the American Association for Cancer Research, cosponsored by the American Society of Preventive Oncology. Sep 2011;20(9):1831-1837.

40. Fujimoto J, Sato E. Clinical implication of estrogen-related receptor (ERR) expression in uterine endometrial cancers. J Steroid Biochem Mol Bol. 2009 Aug;116(1-2):71-5.

41. Fukuda K, Mori M, Uchiyama M, et al. Prognostic significance of progesterone receptor immunohistochemistry in endometrial carcinoma. Gynecol Oncol. 1998 Jun;69(3):220-5.

42. Galizia G, Gemei M, Orditura M, Romano C, Zamboli A, Castellano P, . . . Lieto E. Postoperative Detection of Circulating Tumor Cells Predicts Tumor Recurrence in Colorectal Cancer Patients. Journal of gastrointestinal surgery : official journal of the Society for Surgery of the Alimentary Tract. Jun 28 2013.

43. Galuska D, Nolte LA, Zierath JR, Wallberg-Henriksson H. Effect of metformin on insulin-stimulated glucose transport in isolated skeletal muscle obtained from patients with NIDDM. Diabetologia. Aug 1994;37(8):826-832.

44. Gazzaniga P, Gianni W, Raimondi C, Gradilone A, Lo Russo G, Longo F, Gandini O, Tomao S, Frati L. Circulating tumor cells in high-risk nonmetastatic colorectal cancer. Tumour Biol. 2013 Mar 29.

45. Howlader, N., Noone, A.M., Krapcho, M., Neyman, N., Aminou, R., Waldron, W., Altekruse, S.F., Kosary, C.L., Ruhl, J., Tatalovich, Z., Cho, H., Mariotto, A., Eisner, M.P., Lewis, D.R., Chen, H.S., Feuer, E.J., Cronin, K.A., Edwards, B.K (eds) SEER Cancer Statistics Review, 1975-2008 National Cancer Institute, Bethesda, MD, based on November 2010 SEER data submission, posted to the SEER website, 2011.

46. Hadziabdić MO, Bozikov V, Pavić E, et al. The antioxidative protecting role of the Mediterranean diet. Coll Antropol. 2012 Dec;36(4):1427-34.

47. Hamilton CA, Cheung MK, Osann K, et al. Uterine papillary serous and clear cell carcinomas predict for poorer survival compared to grade 3 endometrial corpus cancers. Br J Cancer. 2006 Mar;94(5):642-6.

48. Hartman J, Strom A, Gustafsson JA. Estrogen receptor beta in breast cancer—diagnostic and therapeutic implications. Steroids. 2009 Aug;74(8):635-41.

49. Hay N, Sonenberg N. Upstream and downstream of mTOR. Genes Dev. Aug 15 2004;18(16):1926-1945.

50. Hayashi SI, Eguchi H, Tanimoto K, et al. he expression and function of estrogen receptor alpha and beta in human breast cancer and its clinical application. Endocr Relat Cancer. 2003 Jun;10(2):193-202.

51. Hemsell DL, Grodin JM, Brenner PF, et al. Plasma precursors of estrogen. II. Correlation of the extent of conversion of plasma androstenedione to estrone with age. J Clin Endocrinol Metab. 1974;38:476-9.

52. Hesselius I, Johansson ED. Medroxyprogesterone acetate (MPA) plasma levels after oral and intramuscular administration in a long-term study. Acta Obstet Gynecol Scand Suppl. 1981;101:65-70.

53. Hetzel DJ, Wilson TO, Keeney GL, et al. HER-2/neu expression: a major prognostic factor in endometrial cancer. Gynecol Oncol. 1992 Nov;47(2):179-85.

54. Hinkula M, Pukkala E, Kyyrönen P, et al. Grand multiparity and incidence of endometrial cancer: a population-based study in Finland. Int J Cancer. 2002 Apr 20;98(6):912-5.

55. Holtorf K. The bioidentical hormone debate: are bioidentical hormones (estradiol, estriol, and progesterone) safer or more efficacious than commonly used synthetic versions in hormone replacement therapy? *Postgraduate medicine.* Jan 2009;121(1):73-85.

56. Horn-Ross PL, John EM, Canchola AJ, Stewart SL, Lee MM. Phytoestrogen intake and endometrial cancer risk. Journal of the National Cancer Institute. Aug 6 2003;95(15):1158-1164.

57. Hu FB. Overweight and obesity in women: health risks and consequences. J Womens Health (Larchmt). Mar 2003;12(2):163-172.

58. Huang CC, Orvis GD, Wang Y, Behringer RR. Stromal-to-epithelial transition during postpartum endometrial regeneration. PloS one. 2012;7(8):e44285.

59. Hung CM, Garcia-Haro L, Sparks CA, Guertin DA. mTOR-dependent cell survival mechanisms. Cold Spring Harb Perspect Biol. 2012 Dec 1;4(12).

60. Ishimi Y. Soybean isoflavones in bone health. Forum Nutr. 2009;61:104-16.

61. Jackman KA, Woodman OL, Sobey CG. Isoflavones, equol and cardiovascular disease: pharmacological and therapeutic insights. Curr Med Chem. 2007;14(26):2824-30.

62. Janku F, Wheler JJ, Westin SN, Moulder SL, Naing A, Tsimberidou AM, . . . Kurzrock R. PI3K/AKT/mTOR inhibitors in patients with breast and gynecologic malignancies harboring PIK3CA mutations. J Clin Oncol. Mar 10 2012;30(8):777-782.

63. Je Y, Hankinson SE, Tworoger SS, DeVivo I, Giovannucci E. A prospective cohort study of coffee consumption and risk of endometrial cancer over a 26-year follow-up. Cancer epidemiology, biomarkers & prevention : a publication of the American Association for Cancer Research, cosponsored by the American Society of Preventive Oncology. Dec 2011;20(12):2487-2495.

64. Jeong NH, Song ES, Lee JM, Lee KB, Kim MK, Cheon JE, . . . Kwon YI. Plasma carotenoids, retinol and tocopherol levels and the risk of ovarian cancer. Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica. 2009;88(4):457-462.

65. Jick H, Walker AM, Rothman KJ. The epidemic of endometrial cancer: a commentary. Am J Public Health. 1980 Mar;70(3):264-7.

66. Jiralerspong S, Gonzalez-Angulo AM, Hung MC. Expanding the arsenal: metformin for the treatment of triple-negative breast cancer? Cell cycle (Georgetown, Tex.). Sep 1 2009;8(17):2681.

67. Jiralerspong S, Palla SL, Giordano SH, Meric-Bernstam F, Liedtke C, Barnett CM, . . . Gonzalez-Angulo AM. Metformin and pathologic complete responses to neoadjuvant chemotherapy in diabetic patients with breast cancer. J Clin Oncol. Jul 10 2009;27(20):3297-3302.

68. Johnson SC, Rabinovitch PS, Kaeberlein M. mTOR is a key modulator of ageing and age-related disease.Nature. 2013 Jan 17;493(7432):338-45.

69. Jung B, Ahmad N. Melatonin in cancer management: progress and promise. Cancer research. Oct 15 2006;66(20):9789-9793.

70. Juretzka MM, Chi DS, Sonoda Y. Update on surgical treatment for endometrial cancer. Expert Rev Anticancer Ther. Feb 2005;5(1):113-121.

71. Juretzka MM, Kaaks R, Lukanova A, Kurzer MS. Obesity, endogenous hormones, and endometrial cancer risk: a synthetic review. Cancer epidemiology, biomarkers & prevention : a publication of the American Association for Cancer Research, cosponsored by the American Society of Preventive Oncology. Dec 2002;11(12):1531-1543.

72. Juretzka MM, Kaiser Permanente. What is a laparoscopic hysterectomy? undated. Availableat:http://mydoctor.kaiserpermanente.org/ncal/facilities/region/eastbay/area_master/departments/laparoscopy/laparoscopy_gyn/laparoscopic_hysterectomy.jsp. Accessed 8/30/2013.

73. Juretzka MM, Kakuta Y, Nakaya N, Nagase S, Fujita M, Koizumi T, Okamura C, . . . Tsuji I. Case-control study of green tea consumption and the risk of endometrial endometrioid adenocarcinoma. Cancer causes & control : CCC. Jul 2009;20(5):617-624.

74. JSD Online, Cancer Incidence, Mortality and Survival data. Information and Statistics Division, NHS Scotland, 2010

75. Kallianpur AR, Lee SA, Xu WH, Zheng W, Gao YT, Cai H, Ruan ZX, Xiang YB, Shu XO. Dietary iron intake and risk of endometrial cancer: a population-based case-control study in Shanghai, China. Nutr Cancer. 2010;62(1):40-50.

76. Kang S, Dong SM, Kim BR, et al. Thioridazine induces apoptosis by targeting the PI3K/Akt/mTOR pathway in cervical and endometrial cancer cells. Apoptosis. 2012 Sep;17(9):989-97.

77. Katoh M, Nakagama H. FGF Receptors: Cancer Biology and Therapeutics. Med Res Rev. 2013 May 21. doi: 10.1002/med.21288. Epub ahead of print

78. Kaunitz AM. Long-acting injectable contraception with depot medroxyprogesterone acetate. Am J Obstet Gynecol. 1994 May;170(5 Pt 2):1543-9.

79. Kawana K, Yamada M, Jimbo H, et al. Diagnostic usefulness of endometrial aspiration cytology for endometrial cancer cases with normal cutterage findings. Acta Cytol. 2005 Sep-Oct;49(5):507-12.

80. Kim HJ, Kim TJ, Lee YY, et al. A comparison of uterine papillary serous, clear cell carcinomas, and grade 3 endometrioid corpus cancers using 2009 FIGO staging system. J Gynecol Oncol. 2013 Apr;24(2):120-7.

81. Kojima T, Tanaka T, Mori H. Chemoprevention of spontaneous endometrial cancer in female Donryu rats by dietary indole-3-carbinol. Cancer research. Mar 15 1994;54(6):1446-1449.

82. Kotsopoulos J, Eliassen AH, Missmer SA, Hankinson SE, Tworoger SS. Relationship between caffeine intake and plasma sex hormone concentrations in premenopausal and postmenopausal women. Cancer. Jun 15 2009;115(12):2765-2774.

83. Kristensen G, Tropé C. Endometrial cancer: the management of high-risk disease. *Current Oncology Reports.* 2004;6(6):471-475.

84. Kuiper C, Molenaar IG, Dachs GU, Currie MJ, Sykes PH, Vissers MC. Low ascorbate levels are associated with increased hypoxia-inducible factor-1 activity and an aggressive tumor phenotype in endometrial cancer. Cancer research. Jul 15 2010;70(14):5749-5758.

85. Lai GY, Park Y, Hartge P, Hollenbeck AR, Freedman ND. The Association Between Self-Reported Diabetes and Cancer Incidence in the NIH-AARP Diet and Health Study. The Journal of clinical endocrinology and metabolism. Feb 13 2013.

86. McDonald S., Murphy K., Beyene J. et al. Perinatal outcomes of in vitro fertilization twins: a systematic review and meta-analysis AJOG 2005; 193 (1): 141-152

87. Million Women Study Collaborators Endometrial cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study Lancet 2005; 365: 1543-1551 www.thelancet.com

88. Markin T, Price WE, Astheimer L. The key importance of soy isoflavone bioavailability to understanding health benefits. Crit Rev Food Sci Nutr. 2008 Jun;48(6):538-52.

89. National Cancer Intelligence Network(NCIN) One, Five and Ten Year Cancer Prevalence June 2010

90. National Gynecologic Study www.millionwomenstudy.org.uk

91. Nag S, Erickson B, Thomadsen B, Orton C, Demanes JD, Petereit D. The American Brachytherapy Society recommendations for high-dose-rate brachytherapy for carcinoma of the cervix. International journal of radiation oncology, biology, physics. Aug 1 2000;48(1):201-211.

92. Nagpal S, Chandraratna RA. Vitamin A and regulation of gene expression. *Current opinion in clinical nutrition and metabolic care.* Jul 1998;1(4):341-346.

93. National Statistics Office, Cancer Statistics registrations: Registrations of cancer diagnosed in 2008, England. (PDF 544KB) Series MB1 no.39. 2010, National Statistics: London.

94. Northern Ireland Cancer Registry, Cancer Registrations in Northern Ireland, 2008. 2010

95. Negin BP, Cohen SJ. Circulating tumor cells in colorectal cancer: past, present, and future challenges. Curr Treat Options Oncol. 2010 Jun;11(1-2):1-13.

96. Nelson LR, Bulun SE. Estrogen production and action. J Am Acad Dermatol. 2001 Sep;45(3 Suppl):S116-24.

97. Neven P and Vernaeve H. Guidelines for Monitoring Patients Taking Tamoxifen Treatment. Drug Saf. 2000;22(1):1-11.

98. Nag S, Erickson B, Thomadsen B, Orton C, Demanes JD, Petereit D. The American Brachytherapy Society recommendations for high-dose-rate brachytherapy for carcinoma of the cervix. International journal of radiation oncology, biology, physics. Aug 1 2000;48(1):201-211.

99. Nagpal S, Chandraratna RA. Vitamin A and regulation of gene expression. *Current opinion in clinical nutrition and metabolic care.* Jul 1998;1(4):341-346.

100. Nakamura K, Hongo A, Kodama J, Hiramatsu Y. Fat accumulation in adipose tissues as a risk factor for the development of endometrial cancer. Oncology reports. Jul 2011;26(1):65-71.

101. Navaratnarajah R, Pillay OC, Hardiman P. Polycystic ovary syndrome and endometrial cancer. Semin Reprod Med. Jan 2008;26(1):62-71.

102. NCI. National Cancer Institue (NCI). What you need to know about Cancer of the Uterus; Diagnosis. Available at: http://www.cancer.gov/cancertopics/wyntk/uterus/page6. 2010. Accessed 8/28/2013.

103. NCI. National Cancer Institute (NCI). Stages of Endometrial Cancer. Available at: http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/treatment/endometrial/Patient/page2. Last updated 6/18/2013. Accessed 8/28/2013.

104. Nguyen H, Ivanova VS, Kavandi L, Rodriguez GC, Maxwell GL, Syed V. Progesterone and 1,25-dihydroxyvitamin D(3) inhibit endometrial cancer cell growth by upregulating semaphorin 3B and semaphorin 3F. Molecular cancer research : MCR. Nov 2011;9(11):1479-1492.

105. Nout RA, Smit VT, Putter H, et al. Vaginal brachytherapy versus pelvic external beam radiotherapy for patients with endometrial cancer of high-intermediate risk (PORTEC-2): an open-label, non-inferiority, randomised trial. Lancet. 2010 Mar 6;375(9717):816-23.

106. Nussler NC, Reinbacher K, Shanny N, et al. Sex-specific differences in the expression levels of estrogen receptor subtypes in coloectal cancer. Gend Med. 2008 Sep;5(3):209-17.

107. Odagiri T, Watari H, Hosaka M, Mitamura T, Konno Y, Kato T, . . . Sakuragi N. Multivariate survival analysis of the patients with recurrent endometrial cancer. J Gynecol Oncol. Mar 31 2011;22(1):3-8.

108. Ohno S, Sumiyoshi Y, Hashine K, Shirato A, Kyo S, Inoue M. Phase I Clinical Study of the Dietary Supplement, Agaricus blazei Murill, in Cancer Patients in Remission. Evidence-based complementary and alternative medicine : eCAM. 2011;2011:192381.

109. Ollberding NJ, Lim U, Wilkens LR, Setiawan VW, Shvetsov YB, Henderson BE, . . . Goodman MT. Legume, soy, tofu, and isoflavone intake and endometrial cancer risk in postmenopausal women in the multiethnic cohort study. Journal of the National Cancer Institute. Jan 4 2012;104(1):67-76.

110. Oza AM, Elit L, Tsao MS, Kamel-Reid S, Biagi J, Provencher DM, . . . Eisenhauer EA. Phase II study of temsirolimus in women with recurrent or metastatic endometrial cancer: a trial of the NCIC Clinical Trials Group. Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology. Aug 20 2011;29(24):3278-3285.

111. Parajuli B, Shin SJ, Kwon SH, Cha SD, Lee HG, Bae I, Cho CH. The synergistic apoptotic interaction of Indole-3-Carbinol and Genistein with TRAIL on endometrial cancer cells. Journal of Korean medical science. Apr 2013;28(4):527-533.

112. Park JY, Kim DY, Kim TJ, Kim JW, Kim JH, Kim YM, Kim YT, Bae DS, Nam JH. Hormonal therapy for women with stage IA endometrial cancer of all grades. Obstet Gynecol. 2013 Jul;122(1):7-14.

113. Peach G, Kim C, Zacharakis E, et al. Prognostic significance of circulating tumour cells following surgical resection of colorectal cancers: a systematic review.Br J Cancer. 2010 Apr 27;102(9):1327-34.

114. Pelucchi C, Dal Maso L, Montella M, Parpinel M, Negri E, Talamini R, . . . La Vecchia C. Dietary intake of carotenoids and retinol and endometrial cancer risk in an Italian case-control study. Cancer causes & control : CCC. Dec 2008;19(10):1209-1215.

115. Plataniotis G, Castiglione M, ESMO Guidelines Working Group. Endometrial cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2010 May;21 Suppl 5:v41-5.

116. Pocobelli G, Doherty JA, Voigt LF, Beresford SA, Hill DA, Chen C, . . . Weiss NS. Pregnancy history and risk of endometrial cancer. Epidemiology (Cambridge, Mass.). Sep 2011;22(5):638-645.

117. Punnonen R, Mattila J, Kuoppala T, Koivula T. DNA ploidy, cell proliferation and steroid hormone receptors in endometrial hyperplasia and early adenocarcinoma. J Cancer Res Clin Oncol. 1993;119(7):426-429.

118. Purdie DM, Green AC. Epidemiology of endometrial cancer. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. Jun 2001;15(3):341-354.

119. Rahaman J and Cohen CJ. Gynecologic Sarcomas. In Kufe DW, Pollock RE, Weichselbaum RR, et al., editors. Holland-Frei Cancer Medicine. 6h Edition. Chapter 120. Hamilton (ON): BC Decker; 2003. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK13954/

120. Rahbari NN, Bork U, Kircher A, Nimitz T, Schölch S, Kahlert C, Schmidt T, Steinert G, Ulrich AB, Reissfelder C, Büchler MW, Koch M, Weitz J. Compartmental differences of circulating tumor cells in colorectal cancer.Ann Surg Oncol. 2012 Jul;19(7):2195-202.

121. Randall ME, Filiaci VL, Muss H, Spirtos NM, Mannel RS, Fowler J, . . . Gynecologic Oncology Group S. Randomized phase III trial of whole-abdominal irradiation versus doxorubicin and cisplatin chemotherapy in advanced endometrial carcinoma: a Gynecologic Oncology Group Study. Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology. Jan 1 2006;24(1):36-44.

122. Rüdiger N, Stein EL, Schill E, et al. Chemosensitivity Testing of Circulating Epithelial Tumor Cells (CETC) in Vitro: Correlation to in Vivo Sensitivity and Clinical Outcome. J Cancer Therapy 2013, 4:597-605.

123. Reeves GK, Pirie K, Beral V, Green J, Spencer E, Bull D. Cancer incidence and mortality in relation to body mass index in the Million Women Study: cohort study. Bmj. Dec 1 2007;335(7630):1134.

124. Reiter RJ. Mechanisms of cancer inhibition by melatonin. Journal of pineal research. Oct 2004;37(3):213-214.

125. Rimbach G, Boesch-Saadatmandi C, Frank J, et al. Dietary isoflavones in the prevention of cardiovascular disease—a molecular perspective. Food Chem Toxicol. 2008 Apr;46(4):1308-19.

126. Rosenblatt PL. The Merck Manual. Menstrual Cycle.Availableat: http://www.merckmanuals.com/home/ womens_health_issues/biology_of the_female_reproductive_system/menstrual_cycle.html. Last updated July 2007. Accessed 8/28/2013.

127. Ross RK, Paganini-Hill A, Wan PC, Pike MC. Effect of hormone replacement therapy on breast cancer risk: estrogen versus estrogen plus progestin. Journal of the National Cancer Institute. Feb 16 2000;92(4):328-332.

128. Rudolf E, Rudolf K, Cervinka M. Selenium activates p53 and p38 pathways and induces caspase-independent cell death in cervical cancer cells. Cell Biol Toxicol. 2008;24(2):123-41.

129. Sainz RM, Mayo JC, Tan DX, et al. Melatonin reduces prostate cancer cell growth leading to neuroendocrine differentiation via a receptor and PKA independent mechanism. Prostate. 2005 Apr 1;63(1):29-43.

130. Salazar-Martinez E, Lazcano-Ponce E, Sanchez-Zamorano LM, Gonzalez-Lira G, Escudero DELRP, Hernandez-Avila M. Dietary factors and endometrial cancer risk. Results of a case-control study in Mexico. International journal of gynecological cancer : official journal of the International Gynecological Cancer Society. Sep-Oct 2005;15(5):938-945.

131. Sanchez-Barcelo EJ, Cos S, Mediavilla D, Martinez-Campa C, Gonzalez A, Alonso-Gonzalez C. Melatonin-estrogen interactions in breast cancer. Journal of pineal research. May 2005;38(4):217-222.

132. Santin AD, Bellone S, Roman JJ, McKenney JK, Pecorelli S. Trastuzumab treatment in patients with advanced or recurrent endometrial carcinoma overexpressing HER2/neu. Int J Gynaecol Obstet. Aug 2008;102(2):128-131.

133. Saydmohammed M, Joseph D, Syed V. Curcumin suppresses constitutive activation of STAT-3 up-regulating protein inhibitor of activated STAT-3 (PIAS-3) in ovarian and endometrial cancer cells. J Cell Biochem. 2010;110(2):447-56.

134. Sasieni PD, Shelton J, Ormiston-Smith N, Thomson CS, Silcocks PB What is the lifetime risk of developing cancer?: the effect of adjusting for multiple primaries. Br J Cancer, 2011. 105(3): p. 460-5.

135. Schmandt RE, Iglesias DA, Co NN, Lu KH. Understanding obesity and endometrial cancer risk: opportunities for prevention. Am J Obstet Gynecol. Dec 2011;205(6):518-525.

136. Schouten LJ, Goldbohm RA, van den Brandt PA. Anthropometry, physical activity, and endometrial cancer risk: results from the Netherlands Cohort Study. *Journal of the National Cancer Institute.* Nov 3 2004;96(21):1635-1638.

137. Sexton E, Van Themsche C, LeBlanc K, et al. Resveratrol interferes with AKT activity and triggers apoptosis in human uterine cancer cells. Mol Cancer. 2006;5:45.

138. Shah YM, Al-Dhaheri M, Dong Y, Ip C, Jones FE, Rowan BG. Selenium disrupts estrogen receptor (alpha) signaling and potentiates tamoxifen antagonism in endometrial

cancer cells and tamoxifen-resistant breast cancer cells. Molecular cancer therapeutics. Aug 2005;4(8):1239-1249.

139. Shehzad A, Khan S, Sup Lee Y. Curcumin molecular targets in obesity and obesity-related cancers. Future Oncol. 2012;8(2):179-90.

140. Shimada M, Kigawa J, Terakawa N, et al. Phase I trial of paclitaxel, doxorubicin, and carboplatin (TAC) for the treatment of endometrial cancer. Int J Gynecol Cancer. 2007 Jan-Feb;17(1):210-4.

141. Shweel MA, Abdel-Gawad EA, Abdel-Gawad EA, et al. Uterine cervical malignancy: diagnostic accuracy of MRI with histopathologic correlation. J Clin Imag Sci. 2012;2:42.

142. Slomovitz BM, Broaddus RR, Burke TW, Sneige N, Soliman PT, Wu W, . . . Lu KH. Her-2/neu overexpression and amplification in uterine papillary serous carcinoma. Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology. Aug 1 2004;22(15):3126-3132.

143. Slomovitz BM, Coleman RL. The PI3K/AKT/mTOR pathway as a therapeutic target in endometrial cancer. Clin Cancer Res. 2012 Nov 1;18(21):5856-64.

144. Smiraglia DJ, Smith LT, Lang JC, et al. Differential targets of CpG island hypermethylation in primary and metastatic head and neck squamous cell carcinoma (HNSCC). J Med Genet. 2003 Jan; 40(1):25-33.

145. Smolarek AK, So JY, Thomas PE, Lee HJ, Paul S, Dombrowski A, . . . Suh N. Dietary tocopherols inhibit cell proliferation, regulate expression of ERalpha, PPARgamma, and Nrf2, and decrease serum inflammatory markers during the development of mammary hyperplasia. Mol Carcinog. 2013 Jul;52(7):514-25.

146. Soliman PT, Cui X, Zhang Q, Hankinson SE, Lu KH. Circulating adiponectin levels and risk of endometrial cancer: the prospective Nurses' Health Study. Am J Obstet Gynecol. Feb 2011;204(2):167.e161-165.

147. Soliman PT, Oh JC, Schmeler KM, Sun CC, Slomovitz BM, Gershenson DM, . . . Lu KH. Risk factors for young premenopausal women with endometrial cancer. Obstetrics and gynecology. Mar 2005;105(3):575-580.

148. Soliman PT, Wu D, Tortolero-Luna G, Schmeler KM, Slomovitz BM, Bray MS, . . . Lu KH. Association between adiponectin, insulin resistance, and endometrial cancer. Cancer. Jun 1 2006;106(11):2376-2381.

149. Srinivasan V, Spence DW, Pandi-Perumal SR, Trakht I, Cardinali DP. Therapeutic actions of melatonin in cancer: possible mechanisms. Integr Cancer Ther. Sep 2008;7(3):189-203.

150. Suh DH, Kim JW, Kim K, Kim HJ, Lee KH. Major clinical research advances in gynecologic cancer in 2012. J Gynecol Oncol. Jan 2013;24(1):66-82.

151. Swerdlow AJ, Jones ME, British Tamoxifen Second Cancer Study G. Tamoxifen treatment for breast cancer and risk of endometrial cancer: a case-control study. Journal of the National Cancer Institute. Mar 2 2005;97(5):375-384.

152. Takahashi K, Okada M, Ozaki T, Kurioka H, Manabe A, Kanasaki H, Miyazaki K. Safety and efficacy of oestriol for symptoms of natural or surgically induced menopause. Human reproduction (Oxford, England). May 2000;15(5):1028-1036.

153. Tang NP, Li H, Qui YL, et al. Tea consumption and risk of endometrial cancer: a metaanalysis. Am J Obstet Gynecol. 2009;201(6):605.e1-8.

154. Tang YZ, Liu ZQ. Chemical kinetic behavior of chlorogenic acid in protecting erythrocyte and DNA against radical-induced oxidation. J Agric Food Chem. 2008;56(22):11025-9.

155. Tannus SR, Atlas I. Endometrial cancer presenting as acute urinary retention: a case report and review of the literature. Cases J. 2009 Dec 22;2:9382.

156. Tao MH, Freudenheim JL. DNA methylation in endometrial cancer. Epigenetics. 2010 Aug 16;5(6):491-8.

157. Tao MH, Xu WH, Zheng W, Gao YT, Ruan ZX, Cheng JR, . . . Shu XO. A case-control study in Shanghai of fruit and vegetable intake and endometrial cancer. British journal of cancer. Jun 6 2005;92(11):2059-2064.

158. Terry P, Baron JA, Weiderpass E, Yuen J, Lichtenstein P, Nyren O. Lifestyle and endometrial cancer risk: a cohort study from the Swedish Twin Registry. International journal of cancer. Journal international du cancer. Jul 2 1999;82(1):38-42.

159. Terry P, Vainio H, Wolk A, Weiderpass E. Dietary factors in relation to endometrial cancer: a nationwide case-control study in Sweden. Nutrition and cancer. 2002;42(1):25-32.

160. Terry P, Wolk A, Vainio H, Weiderpass E. Fatty fish consumption lowers the risk of endometrial cancer: a nationwide case-control study in Sweden. Cancer epidemiology, biomarkers & prevention : a publication of the American Association for Cancer Research, cosponsored by the American Society of Preventive Oncology. Jan 2002;11(1):143-145.

161. The Merck Manual. Endometrial Cancer. The Merck Manual online version. Available at:http://www.merckmanuals.com/professional/gynecology_and_obstetrics/gynecologic_tumors/endometrial_cancer.html. Last updated 5/2013. Accessed 8/21/2013.

162. Tong T, Yajia G, Huaying W, et al. Application of 1.5 T magnetic resonance imaging in endometrial cancer. Arch Gynecol Obstet. 2012;285(4):1113-8.

163. Traber MG, Stevens JF. Vitamins C and E: beneficial effects from a mechanistic perspective. Free radical biology & medicine. Sep 1 2011;51(5):1000-1013.

164. Trichopoulou A, Lagiou P, Kuper H, Trichopoulos D. Cancer and Mediterranean dietary traditions. Cancer epidemiology, biomarkers & prevention : a publication of the American Association for Cancer Research, cosponsored by the American Society of Preventive Oncology. Sep 2000;9(9):869-873.

165. Tunnicliffe JM, Shearer J. Coffee, glucose homeostatis, and insulin resistance: physiological mechanisms and mediators. Appl Physiol Nutr Metab. 2008 Dec;33(6):1290-1300.

166. Turner RT, Wakley GK, Hannon KS, et al. Tamoxifen prevents the skeletal effects of ovarian hormone deficiency in rats. J Bone Miner Res. 1987 Oct; 2(5):449-56.

167. USDA (U.S. Department of Agriculture). USDA National Nutrient Database for Standard Reference, Release 24. Available at: http://www.nutrition.gov/whats-food/vitamins-minerals/individual-vitamins. Last updated 8/26/2013. Accessed 8/28/2013.

168. Ushijima K, Yahata H, Yoshikawa H, et al. Multicenter phase II study of fertility-sparing treatment with medroxyprogesterone acetate for endometrial carcinoma and atypical hyperplasia in young women. Journal of Clinical Oncology. 2007;25(19):2798–2803.

169. van Dijk AE, Olthof MR, Meeuse JC, et al. Acute effects of decaffeinated coffee and the major coffee components chlorogenic acid and trigonelline on glucose tolerance.Diabetes Care. 2009 Jun;32(6):1023-5.

170. Vooijs GP, Geurts TB. Review of the endometrial safety during intravaginal treatment with estriol. European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology. Sep 1995;62(1):101-106.

171. Vorvick LJ, Zieve D. MedlinePlus website; uterus. Updated 2/26/2012. Available at: http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/imagepages/19263.htm. Accessed 8/30/20123.

172. Wang S, Liu K, Liu J, et al. Highly efficient capture of circulating tumor cells by using nanostructured silicon substrates with integrated chaotic micromixers. Angew Chem Int Ed Engl. 2011 Mar 21;50(13):3084-8.

173. Weiderpass E, Baron JA, Adami HO, Magnusson C, Lindgren A, Bergstrom R, . . . Persson I. Low-potency oestrogen and risk of endometrial cancer: a case-control study. Lancet. May 29 1999;353(9167):1824-1828.

174. Weiderpass E, Persson I, Adami HO, Magnusson C, Lindgren A, Baron JA. Body size in different periods of life, diabetes mellitus, hypertension, and risk of postmenopausal endometrial cancer (Sweden). Cancer causes & control : CCC. Feb 2000;11(2):185-192.

175. Weiss NS, Szekely DR, Austin DF. Increasing incidence of endometrial cancer in the United States. The New England journal of medicine. Jun 3 1976;294(23):1259-1262.

176. Westin SN, Broaddus RR. Personalized therapy in endometrial cancer: challenges and opportunities. Cancer Biol Ther. Jan 1 2012;13(1):1-13.

177. Williams CJ, Fargnoli JL, Hwang JJ, van Dam RM, Blackburn GL, Hu FB, Mantzoros CS. Coffee consumption is associated with higher plasma adiponectin concentrations in women with or without type 2 diabetes: a prospective cohort study. Diabetes care. Mar 2008;31(3):504-507.

178. Wood CE, Register TC, Franke AA, et al. Dietary soy isoflavones inhibit estrogen effects in the postmenopausal breast. Cancer Res. 2006 Jan 15;66(2):1241-9.

179. Woodruff JD, Pickar JH. Incidence of endometrial hyperplasia in postmenopausal women taking conjugated estrogens (Premarin) with medroxyprogesterone acetate or conjugated estrogens alone. The Menopause Study Group. Am J Obstet Gynecol. May 1994;170(5 Pt 1):1213-1223.

180. Wright JD, Barrena Medel NI, Sehouli J, Fujiwara K, Herzog TJ. Contemporary management of endometrial cancer. Lancet. Apr 7 2012;379(9823):1352-1360.

181. Wu T, Willett WC, Hankinson SE, Giovannucci E. Caffeinated coffee, decaffeinated coffee, and caffeine in relation to plasma C-peptide levels, a marker of insulin secretion, in U.S. women. Diabetes care. Jun 2005;28(6):1390-1396.

182. Wulfing P, Borchard J, Buerger H, Heidl S, Zanker KS, Kiesel L, Brandt B. HER2-positive circulating tumor cells indicate poor clinical outcome in stage I to III breast

cancer patients. *Clinical cancer research : an official journal of the American Association for Cancer Research.* Mar 15 2006;12(6):1715-1720.

183. Wynder EL, Escher GC, Mantel N. An epidemiological investigation of cancer of the endometrium. Cancer. Apr 1966;19(4):489-520.

184. Xiao CW. Health effects of soy protein and isoflavones in humans. J Nutr. 2008 Jun;138(6):1244S-9S.

185. Xie Y, Wang YL, Yu L, Hu Q, Ji L, Zhang Y, Liao QP. Metformin promotes progesterone receptor expression via inhibition of mammalian target of rapamycin (mTOR) in endometrial cancer cells. J Steroid Biochem Mol Biol. Sep 2011;126(3-5):113-120.

186. Xu WH, Dai Q, Xiang YB, Zhao GM, Ruan ZX, Cheng JR, . . . Shu XO. Nutritional factors in relation to endometrial cancer: a report from a population-based case-control study in Shanghai, China. International journal of cancer. Journal international du cancer. Apr 15 2007;120(8):1776-1781.

187. Xu WH, Zheng W, Xiang YB, Ruan ZX, Cheng JR, Dai Q, . . . Shu XO. Soya food intake and risk of endometrial cancer among Chinese women in Shanghai: population based case-control study. Bmj. May 29 2004;328(7451):1285.

188. Welsh Cancer Intelligence and Surveillance Unit, Cancer Incidence in Wales 2005-2009. 2011, Welsh Cancer Intelligence and Surveillance Unit.

189. Yeh M, Moysich KB, Jayaprakash V, Rodabaugh KJ, Graham S, Brasure JR, McCann SE. Higher intakes of vegetables and vegetable-related nutrients are associated with lower endometrial cancer risks. The Journal of nutrition. Feb 2009;139(2):317-322.

190. Yu M, Stott S, Toner M, et al. Circulating tumor cells: approaches to isolation and characterization.J Cell Biol. 2011 Feb 7;192(3):373-82.

191. Yu Y, Bae S, Kim H, et al. The Anti-tumor Activity of Vitamin C via the Increase of Fas (CD95) and MHC I Expression on Human Stomach Cancer Cell Line, SNU1. Immune Netw. 2011 Aug;11(4):210-5.

192. Yu Z, Shah DM. Curcumin down-regulates Ets-1 and Bcl-2 expression in human endometrial carcinoma HEC-1-A cells. Gynecol Oncol. 2007;106(3):541-8.

193. Zagouri F, Bozas G, Kafantari E, Tsiatas M, Nikitas N, Dimopoulos MA, Papadimitriou CA. Endometrial cancer: what is new in adjuvant and molecularly targeted therapy? Obstet Gynecol Int. 2010;2010:749579.

194. Zhang H, Gao C, Fang L, Zhao HC, Yao SK. Metformin and reduced risk of hepatocellular carcinoma in diabetic patients: a meta-analysis. Scand J Gastroenterol. Jan 2013;48(1):78-87.

195. Zhang P, Li H, Tan X, Chen L, Wang S. Association of metformin use with cancer incidence and mortality: A meta-analysis. Cancer Epidemiol. Jan 23 2013.

196. Zhang Z, Dong L, Sui L, Yang Y, Liu X, Yu Y, . . . Feng Y. Metformin reverses progestin resistance in endometrial cancer cells by downregulating GloI expression. International journal of gynecological cancer : official journal of the International Gynecological Cancer Society. Feb 2011;21(2):213-221.

197. Zhang ZH, Su PY, Hao JH, Sun YH. The role of preexisting diabetes mellitus on incidence and mortality of endometrial cancer: a meta-analysis of prospective cohort studies. Int J Gynecol Cancer. Feb 2013;23(2):294-303.

198. Ziel HK, Finkle WD. Increased risk of endometrial carcinoma among users of conjugated estrogens. The New England journal of medicine. Dec 4 1975;293(23):1167-1170.
199. Ziel HK, Yang S, Thiel KW, De Geest K, et al. Endometrial cancer: reviving progesterone therapy in the molecular age. Discov Med. 2011;12(64):205-12.
200. Ziel HK, Schiavone MB, Bashir S, Herzog TJ. Biologic therapies and personalized medicine in gynecologic malignancies. Obstet Gynecol Clin North Am. 2012 Jun;39(2):131-44.
201. Ziel HK, Kumlin M, Ingelman-Sundberg M, Wolk A. Dietary long-chain n-3 fatty acids for the prevention of cancer: a review of potential mechanisms. The American journal of clinical nutrition. Jun 2004;79(6):935-945.
202. Ziel HK, Schwender C, Scheuer C, et al. Epigallocatechin-3-gallate inhibits estrogen-induced activation of endometrial cells in vitro and causes regression of endometriotic lesions in vivo.Hum Reprod. 2008 Oct;23(10):2308-18.
203. Ziel HK, Rianda S, Molfino A, Rossi Fanelli F. Omega-3 fatty acids in cancer. *Current opinion in clinical nutrition and metabolic care.* Mar 2013;16(2):156-161.
204. Ziel HK, Nguyen H, Hood BL, Kavandi L, Wang G, . . . Syed V. Progesterone enhances calcitriol antitumor activity by upregulating vitamin d receptor expression and promoting apoptosis in endometrial cancer cells. Cancer prevention research. Jul 2013;6(7):731-743.
205. Zhang ZH, Lee WL, Lee FK, Su WH, Tsui KH, Kuo CD, Hsieh SL, Wang PH. Hormone therapy for younger patients with endometrial cancer. Taiwanese journal of obstetrics & gynecology. Dec 2012;51(4):495-505.
206. Zhang ZH, Lentz GM, Lobo RA, Gershenson DM, et al. Comprehensive Gynecology: Expert Consult – Online and Print, Sixth Edition, 32, 713-730, 2012.
207. Zhang ZH, Firestone GL, Bjeldanes LF. Cytostatic effects of 3,3'-diindolylmethane in human endometrial cancer cells result from an estrogen receptor-mediated increase in transforming growth factor-alpha expression. Carcinogenesis. Nov 2001;22(11):1809-1817.
208. Zhang ZH, Levi F, Franceschi S, Negri E, La Vecchia C. Dietary factors and the risk of endometrial cancer. Cancer. Jun 1 1993;71(11):3575-3581.
209. Zhang ZH, Lewandowski G, Torrisi J, Potkul RK, et al. Hysterectomy with extended surgical staging and radiotherapy versus hysterectomy alone and radiotherapy in stage I endometrial cancer: a comparison of complication rates. Gynecol Oncol. 1990;36(3):401-4.
210. Zhang ZH, Lewis GC, Jr., Slack NH, Mortel R, Bross ID. Adjuvant progestogen therapy in the primary definitive treatment of endometrial cancer. Gynecologic oncology. Aug 1974;2(2-3):368-376.
211. What You Need To Know About™ Cancer of the Uterus. National Cancer Institute.
212. www.onkologiabg.com/2012/03/723
213. www.cancer.gov/cancertopics/wyntk/uterus
214. www.wikipedia.com
215. www.cancer.com
216. www.endometrialcancer.com/