

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ - СОФИЯ

ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ

КАТЕДРА ПО СОЦИАЛНА МЕДИЦИНА

Д-Р АЛЕКСАНДЪР МИТКОВ НИКОЛОВ

ДИСЕРТАЦИЯ

**ТЕМА: СОЦИАЛНО-МЕДИЦИНСКИ АСПЕКТИ НА
СТОМАШНИЯ КАРЦИНОМ**

за присъждане на образователна и научна степен „доктор“

Професионално направление

7.4 Обществено здраве, 7. Здравеопазване и спорт, Социална медицина и
организация на здравеопазването и фармацията

Научен ръководител:

Проф. д-р Лидия Младенова Георгиева д.м.

София, 2023г.

СЪДЪРЖАНИЕ

СПИСЪК НА ИЗПОЛЗВАНИТЕ СЪКРАЩЕНИЯ:	6
ВЪВЕДЕНИЕ	7
Глава първа – ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР	8
1.1. Епидемиология на стомашния карцином в света и в България	8
1.1.1. Заболеваемост и болестност - структура и динамика	8
1.1.2. Смъртност	11
1.1.3. 5-годишна преживяемост от рак на стомаха	11
1.2. Клинични характеристики и класификации на стомашния карцином	12
1.2.1. Макроскопска класификация на стомашния карцином	13
1.2.2. Хистологична класификация на стомашния карцином	14
1.2.3. Класификация на Лаурен	14
1.2.4. Степен на диференциране	15
1.2.5. Терапевтични методи за лечение на стомашния карцином	15
1.3. Рискови фактори при карцином на стомаха	17
1.3.1. Хранене	18
1.3.2. Канцерогенни физични и химични фактори	18
1.3.3. Алкохол и тютюнопушене	19
1.3.4. Околна среда	19
1.3.5. Генетични фактори	19
1.3.6. Употреба на медикаменти	19
1.3.7. Предраковите заболявания на стомаха	20
1.4. Прогностични рискови и превантивни фактори	21
1.5. Профилактика на рак на стомаха	23
1.5.1. Първична профилактика на рак на стомаха	23
1.5.2. Вторична профилактика на рак на стомаха	24
1.5.3. Характеристики на скрининга	26
1.5.4. Третична профилактика (на усложненията и рецидивите)	28
1.6. Оценка на дефицитите в качеството на живот на пациентите от стомашен карцином.	
Фактори, които определят качеството на живот на онкоболния	28
1.6.1. Физическо състояние	28
1.6.2. Психическо състояние	29
1.6.3. Ниво на независимост	29

1.6.4. Социални отношения	29
1.6.5. Околна среда.....	29
1.7. Проучване на програмите за психосоциална и медико-социална подкрепа на пациенти с рак на стомаха в Германия	30
1.7.1. Психосоциална подкрепа на болния от рак на стомаха.....	31
1.7.2. Стационарните заведения:.....	32
1.7.3. Психосоциални последствията от рака на стомаха върху пациентите и роднините им	32
1.7.4. Психосоциалният стрес на онкоболния от рак на стомаха.....	34
1.7.5. Депресивното състояние при пациентите от рак на стомаха	37
1.8. Борбата с рака – приоритет за България	39
Национален антираков план 2021 – 2030 г	40
Кръгла маса на тема: Националният план за контрол на рака	42
Обобщение и заключение на литературния обзор	43
Глава Втора Методология	46
2.1. Цел:	46
2.2. Задачи:	46
2.3. Дизайн на проучването	46
Обект на проучването е пациентът с рак на стомаха.....	46
Дизайн на проучването	46
2.4. Методи за анализ на информацията	49
2.5. Хипотези.....	50
3. Глава Трета АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ от СОБСТВЕНО ПРОУЧВАНЕ	51
3.1. Фактори, които повлияват заболяемостта на изследваните онкоболни от болницата в гр. Хайделберг, Германия.....	51
3.1.1. Социално демографски фактори и клиничен контингент	51
3.1.2. Фактор: Възраст.....	52
3.1.3. Пол.....	53
3.1.4. Поведенчески рискови фактори от начина на живот.....	57
3.1.5. Социално медицински последствия (ОТРАЖЕНИЯ) след лечението	59
3.1.6. Придружаващи заболявания на заболелите от рак на стомаха	60
3.1.7. Проверяваща статистика Анализ на влиянието на демографските и социални фактори върху поведенческите фактори и факторите от начина на живот при пациентите с рак на стомаха	65
3.2. Резултати и анализи на фактори, оказващи влияние на смъртността	89

3.2.1. Изследване на онкоболни пациенти от рак на стомаха при статистическа зависимост пол.....	98
3.3. Проучване и сравнителна характеристика върху социалното подпомагане на онкоболните от рак на стомаха - качество на живот в Р. България и ФР. Германия.....	105
Финансово подпомагане на болния от рак на стомаха в ФР. Германия.....	105
Модел за социална работа с лица с онкологични заболявания като рак на стомаха	107
Анализът на представения модел и формите за неговото прилагане водят до следните изводи:	108
ГЛАВА ЧЕТВЪРТА. ДИСКУСИЯ	114
ГЛАВА ПЕТА. ИЗВОДИ И ОБОБЩЕНИЯ.....	127
Изводи	127
Обобщения	129
Модел.....	135
ПРИНОСИ.....	136
ЛИТЕРАТУРА.....	137
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	152
Приложение № 1. Анкетна карта.....	152
Приложение №2 Информационна брошура за пациенти, с цел превенция и ранна диагностика на рак на стомаха	157

СПИСЪК НА ИЗПОЛЗВАНИТЕ СЪКРАЩЕНИЯ:

ЗН - злокачествени новообразувания

НОЦ – Национален онкологичен център

МЗ – Министерство на здравеопазването

КОЦ – Комплексен онкологичен диспансер

СЗО – Световна здравна организация

CIS – карцином in situ

РС – рак на стомаха

РМШ – рак на маточната шийка

ЕК – ендометриален карцином

КЖ – качество на живот

КТ – компютърна томография

НСП – Национална скринингова програма

ПМГ – палиативни медицински грижи

ЕС – Европейски съюз

HPV - човешки папиломен вирус

ПАП тест - цитологично изследване, цервикална цитонамазка

БАППМ - Български алианс за прецизирана и персонализирана медицина

ЕАПМ - Европейски алианс за персонализирана медицина

БЦНП - Български център по нестопанско право

ЗЛЗ - Закон за лечебните заведения

НСИ - Национален статистически институт

ВЪВЕДЕНИЕ

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

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

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

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

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

ГЛАВА ПЪРВА – ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР

1.1. Епидемиология на стомашния карцином в света и в България

1.1.1. Заболеваемост и болестност - структура и динамика

Стомашният карцином е един от най-често срещаните злокачествени тумори в света. Той представлява сериозен здравословен проблем в много страни. Разбирането на текущата тежест на рака на стомаха и различните тенденции в различните места е от съществено значение за формулирането на ефективни превантивни стратегии.

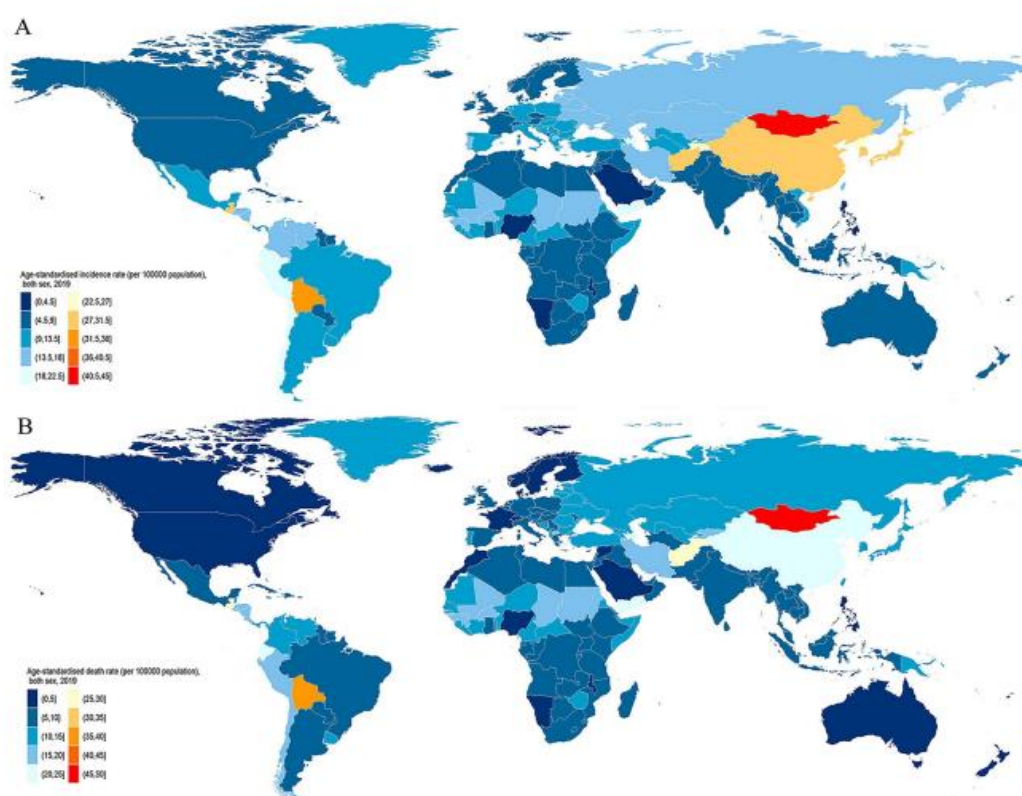


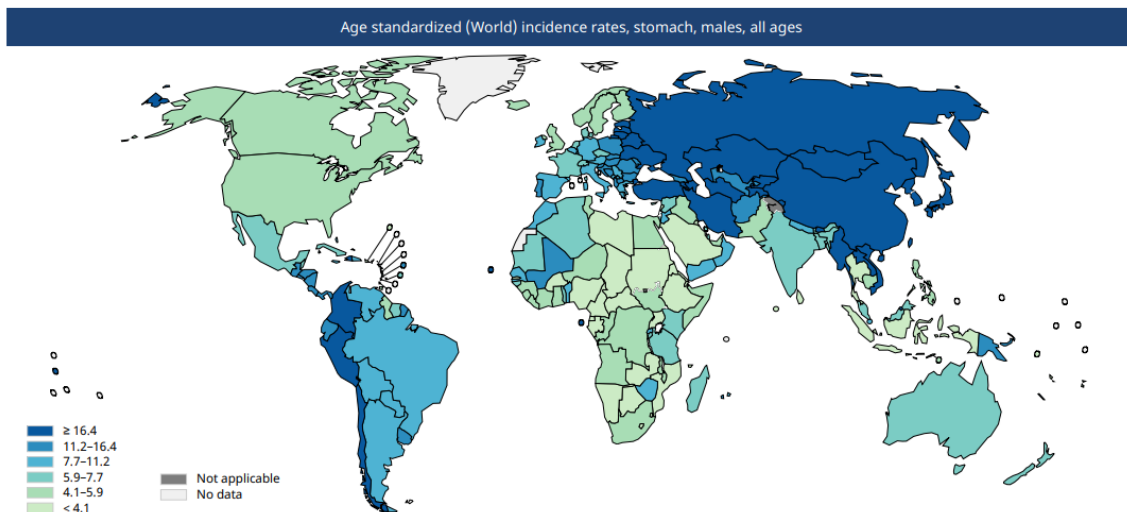
Figure 1. Age-standardized incidence (A) and death (B) rates of stomach cancer per 100,000 population both sex, 2019. Maps were generated using R software (version 4.0.3) and ggplot2 package. [R Core Team (2019). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org/>; and (H. Wickham. ggplot2: Elegant Graphics for Data Analysis. Springer-Verlag New York, 2016. URL [https:// ggplot2.tidyverse.org/](https://ggplot2.tidyverse.org/)].

Фиг. 1: Разпространение на стомашния карцином в световен мащаб на 100000 души за 2019г.

През 2019 г. в световен мащаб са възникнали повече от 1 222 000 случая на рак на стомаха и близо 865 000 души (848 000–885 000) са починали от рак на стомаха. Най-високите нива на заболеваемост през 2019 г. са наблюдавани в Азиатско-тихоокеанския регион (29,5; 28,2-31,0 на 100 000 население) и Източна Азия (28,6; 27,3-30,3 на 100 000 население), като почти половината от световните случаи се наблюдават в Китай. В

сравнение с 1990 г. през 2019 г. заболяемостта от рак на стомаха се оценява на повече от 356 000 случая, което води от своя страна до близо 96 000 повече смъртни случаи.

Въпреки намаляващата честота в западните страни през последните години, прогнозата остава лоша. Поради неспецифичните симптоми, диагнозата често се поставя със закъснение, когато туморът вече е в напреднал стадий. При диагностицирането на съществуващи вече метастази се изключва пълно излекуване, а при засегнати лимфни възли с туморни клетки, прогнозата се влошава драстично. Независимо от напредналата терапия, 5-годишната преживяемост все още е доста под 50%. Поради по-ниското разпространение в западните страни една обща превенция с редовни превантивни медицински прегледи, която е характерна в Япония, е още невъведена (2).



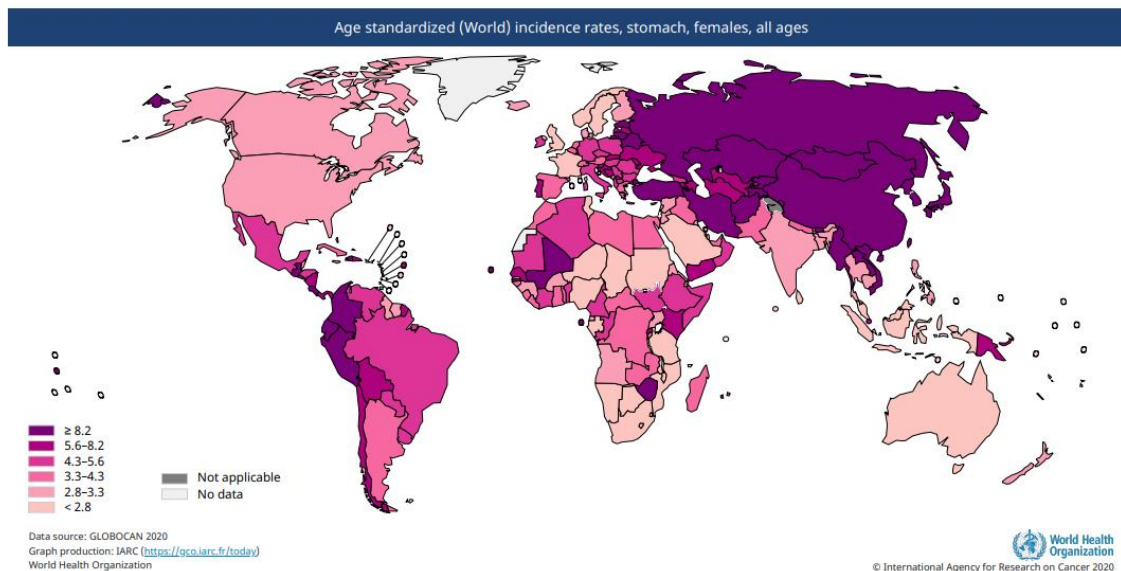
Фиг. 2: Заболеваемост от рак на стомаха в света при мъже за 2020г.

Литва и Албания са страни с най-много случаи на рак на стомаха, а Швеция с най-малко случаи на рак в Европа.

Честотата и смъртността от стомашния карцином са намалели значително през последните 70 години. Въпреки това той е все още петото най-често срещано злокачествено заболяване при жените и шестото най-често срещано туморно заболяване при мъжете в света. Стомашният карцином е четвъртата при жените и петата при мъжете най-често срещана причина за смърт. През 2019 г. във ФР Германия е имало близо 19 000 нови случая, от които около 11 000 са мъже и 8000 жени. 5-годишната преживяемост е 25-40% за напреднал стомашен карцином (1). Най-засегната е възрастта

над 55 г. Най-висока заболеваемост се регистрира във възрастта между 65-74 г. Честотата и смъртността от заболяването е по-висока при мъжете спрямо жените.

Фиг. 3. Разпространение на рака на стомаха при жени за 2020г.



Заболеваемостта от рак на стомаха показва широки географски различия, варирайки от 0.6/100 000 мъже в Камерун до 77.9/100 000 мъже в Япония и от 0.6/100 000 жени в Габон до 33.3/100 000 жени в Япония. Индивидуалните етнически популации се различават значително по отношение на честотата на стомашния карцином, като най-голямата честота на новите заболявания се среща в Япония, Южна Америка, Източна Европа и части от Близкия изток. Като цяло честотата на заболяването е висока в Азия (Япония, Корея, Китай, Русия) и някои части на Южна Америка (Коста Рика, Перу, Салвадор, Колумбия). По-ниска е заболеваемостта в района на Северна Америка и в повечето държави в Африка.

Епидемиологичните данни за Р. България от последните 20 г. показват задържане нивата на заболеваемостта между 19.9 и 24.4/100 000, което ни поставя сред страните със сравнително високо ниво на заболеваемост (между 13.1-23.5/100 000). През 2015 г. новозаболените от стомашен карцином са 1795 (23.2/100 000), което представлява 22% от рака на храносмилателния тракт и 5.6% от общата онкологична заболеваемост. От тези заболявания в I стадий са 3.4%, във II стадий – 10.8%, в III стадий – 22.8%, в IV стадий – 38.2% (24.8% от случаите не са стадирани). През същата година в страната починалите от рак на стомаха са 1599, съставляващи 20.7/100 000 фактическа смъртност (9 % в структурата на общата онкологична смъртност – 9.4% за мъжете и 8.5% за жените).

В глобален аспект епидемиологичните данни за последните 50 г. очертават следните основни тенденции:

- постепенно снижаване нивото на заболяемостта,
- промяна в честотата на анатомичната локализация (покачване на локализации в проксималните части на стомаха),
- лоша прогноза и ниската преживяемост, дори след радикално хирургично лечение в потенциално лечим стадий (5).

1.1.2. Смъртност

Япония успява да намали значително смъртността от рак на стомаха през последните години. Наред с другите фактори, това се дължи и на въвеждането на скринингови изследвания и по този начин се осъществява диагностициране на висок процент рак на стомаха в ранен стадий.

1.1.3. 5-годишна преживяемост от рак на стомаха

Петгодишната преживяемост при пациентите, оперирани от РС е сравнително ниска и показва значителни различия според стадия на заболяването. За Япония (страна с висока смъртност от рак на стомаха) преживяемостта на пациентите в напредналите стадии (IIIВ и IV) е между 5-17%, за потенциално лечимите стадии (IB-II-IIIА) е между 18-35%, за ранния стомашен рак е между 78-95%, като японските автори традиционно съобщават по-висока преживяемост при всички стадии (12).

При литературен сравнителен анализ на много проучвания (13) се установява, че 5-годишната преживяемост в България е много по-ниска от държавите в Азия, в които се наблюдава значително по-голяма заболяемост на 100 000 души население. Причините за това са комплексни. Една от предполагаемите причини е затруднения достъп до основния метод за откриване и доказване на стомашния карцином, като фиброгастроскопията и видеоасистирана фиброгастроскопия с биопсия. Тези високоспециализирани изследвания изискват прецизна, скъпоструваща апаратура, която все още в нашата страна е все още недостатъчна. Наред с това тази апаратура изисква високо специализиран персонал, с дългогодишен опит, с какъвто в момента разполагат големите онкологични центрове и големите болнични заведения.

Този труден достъп на населението до подобен род специалисти силно затруднява ранното откриване, което определя в последствие и ниската 5-годишна преживяемост. Тъкмо обратният извод се налага за държави като Япония и Сингапур, които въпреки

голямата си заболяемост на 100 000 души население, са безспорните шампиони в ранното откриване, бързо комплексно лечение и разбира се, многократно по-високата 5- годишна преживяемост.

1.2. Клинични характеристики и класификации на стомашния карцином

Определянето на хистологичния тип и стадия на заболяването оказва голяма роля както за диагностиката и лечението, така и за прогнозата и проследяващите грижи на пациентите с рак на стомаха.

Макроскопската класификация на стомашния карцином има близо 70-годишна история и в миналото ѝ се е отдавало доста голямо значение като прогностичен фактор. Може би най-голямо приложение в исторически и съвременен аспект заема класификацията на R. Vormann, 1926г. Още с възникването ѝ и до сега , тя се отнася до напредналия карцином. За ранния карцином има друга макроскопска класификация.

През 1962г. Японската асоциация по гастро-ентерологична ендоскопия публикува случай с адено карцином на стомаха, разпростиращ се в мукозата или субмукозата. Основната характеристика на тази форма на РС е , че пациентите имат отлична прогноза - около 90% 5- годишна преживяемост. Не можем да отменим факта , че още през 1883г. Hauser описва епителна инвазия, лимитирана само в мукозата и субмукозата, на серия от препарати от стомашен карцином. Терминът „SUPERFICIAL Carcinoma“, „Le cancer de le stomach au debut „ , „fruhcarcinom” съответства на понятието „Early gastri carcinoma” по японската номенклатура. Макроскопската класификация на ранния стомашен карцином се заключава в ТРИ основни макроскопски типа.

Тип 1 - Сводест. Туморът проминава в лумена на стомаха и може да бъде полипоиден, вилозен или нодуларен.

Тип 2 - Повърхностен. Той е три подвида:

- Изпъкнал
- Плосък
- Хлътноал

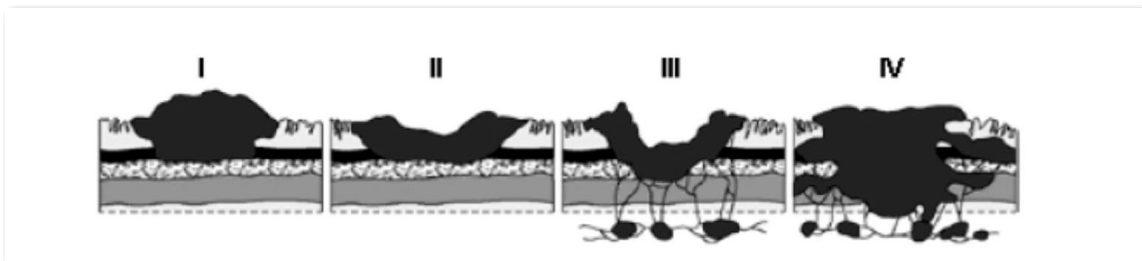
Тип 3 - Дифузен карцином. Представява язва с различна дълбочина. В този тип има риск за пенетрация в органи по съседство.

1.2.1. Макроскопска класификация на стомашния карцином

Макроскопските свойства на стомашния карцином могат да бъдат определени при така наречената ендоскопия. Тук локализацията е класифицирана и класификацията е определена според Борман при напреднал рак на стомаха (21).

От стадии T2 (инвазия на lamina muscularis propria) стомашните карциноми според Борман са разделени в 4 основни групи (виж фигура 4):

- Тип I: преобладаващо екзофитен
- Тип II: централна язвена лезия със стръмни стени като повдигнати ръбове
- Тип III: централна улцерирана лезия без уплътнени ръбове, без остри граници към околната среда
- Тип IV: инфилтрация на стомашната стена



Фиг. 4: Класификация на макроскопичната форма на стомашен карцином според Борман

Ранни стомашни карциноми

Ранният рак на стомаха е ограничен до лигавицата или субмукозата, като метастазите на лимфните възли нямат влияние върху класификацията на ранния рак на стомаха.

Класификацията се основава на тяхната повърхностна структура:

- Тип 1: едва видима лезия
- Тип 2: карцином
 - Тип 2a: с височина около 5 мм
 - Тип 2b: с плитка лезия
 - Тип 2c: дълбоко увредена лезия
- Тип 3: дълбока ерозивна язва

Има и други автори, които дават различни класификации на рака на стомаха, твърде сходни с тази на Borrmann: Amoos 1981 , Thomas 1990 , Huseman 1993 и др. Всички те са с малки различия по между им , но с големи разлики в честотата на отделните типове (38).

1.2.2. Хистологична класификация на стомашния карцином

Хистологичната класификация на стомашния карцином се извършва в съответствие с препоръката на СЗО (203) и включва структурата, степента на образуване на лигавицата, както и класификацията на Лаурен.

Класификация на СЗО

Международната класификация на СЗО разграничава няколко вида рак:

- Папиларен аденокарцином (тумор на жлезистия епител)
- Тубуларен аденокарцином (тумор от клетки на кубичния и цилиндричния епител)
- Ниско диференциран аденокарцином (клетките, образуващи тумора, не се различават много)
- Муцинозен аденокарцином (туморът се състои от епителни клетки, които могат да произвеждат слуз)
- Каркоиден рак на стомаха (атипичните клетки се разпространяват бързо в тялото)
- Сквамозен клетъчен карцином (развива се от клетки от гръбначен слой епител)
- Карцином на желязо-сквамозноклетъчен карцином (комбинация от аденокарцином и плоскоклетъчен карцином)
- Карциносарком (доста рядък тумор, състоящ се от клетки от различни видове)
- Хориокарцином (рядка агресивна форма на заболяването, характеризира се с ранна метастаза)
- Недиференциран рак (също така агресивна форма на заболяването, която се характеризира с ранни метастази)
- Други форми на рак

Тубуларният аденокарцином се състои предимно от разклонени тубули с различни диаметри. Той може да присъства във всички етапи на диференциране, както ниска, така и висока.

Папиларният аденокарцином расте екзофитно и се състои от папили с реброваскуларен гръбнак. Този вид растеж обикновено е добре дефиниран. Муцинозният аденокарцином се състои от до 50% от извънклетъчната лигавица.

1.2.3. Класификация на Лаурен

Според Лаурен се разграничават два хистологични вида стомашен карцином: интестинален и дифузен. Ако и двата типа преобладават еднакво, се използва

наименованието смесен тип. Тази класификация се определя спрямо различния генезис на карцинома.

Интестиналният стомашен карцином се развива от предракови образувания като стомашна атрофия и интестинална метаплазия. Степента на диференциране варира от добра (G1) до умерена (G2) (обобщена като „ниска степен“), като в края на тумора се наблюдават и слабо диференцирани клетки.

Дифузният стомашен карцином не се базира на преканцерозни образувания и е по-често срещан при жени и млади пациенти. Дифузният тип се характеризира с лошо диференцирани клетки (G3), които са разпръснати сами по себе си.

Двата вида от класификацията на Лаурен също се различават по отношение на техния първичен път на метастазиране. Интестиналният карцином предимно метастазира в черния дроб и лимфните възли, докато дифузният карцином предимно метастазира в перитонеума (22).

1.2.4. Степен на диференциране

По критерий „степен на диференциране“ стомашните карциноми се разделят на четири степени : G1,G2,G3 и G4.

G1 - високодиференциран

G2 - умеренодиференциран

G3 - лошо диференциран

G4 - недиференциран

Колкото по-диференциран е туморът, толкова повече се наблюдава нормална тъкан, която е и по-малко злокачествена.

Друг принцип е двустепенното класифициране, при което G1 и G2 се комбинират в „ниска степен на злокачественост“, а G3 и G4 с „висока степен на злокачественост“.

1.2.5. Терапевтични методи за лечение на стомашния карцином

Към днешна дата лечението на стомашния карцином е възможно само чрез радикална резекция, с пълно отстраняване наличието на туморната тъкан. Постигането на успешна R0 резекция е най-важният прогностичен фактор за по-нататъшната терапия на пациента. За да се постигне такава R0 резекция обаче, концепциите за мултидисциплинарна терапия са необходими в много случаи, тъй като пълната резекция на цялата туморна маса често не е възможна.

Само ранен рак на стомаха (етап IA) и пациенти в клиничен стадий T2N0M0 се резектират без предварителна химиотерапия. В случай на напреднал карцином с отдалечени метастази методите на палиативната терапия влизат в действие.

Основен подход в терапията продължава да бъде хирургична операция с цел пълна резекция и лимфаденектомия. Ако пълната резекция не е възможна, то рисковете на операцията не я оправдават, тъй като прогнозата при операция с непълна резекция, не може да бъде значително подобрена. Подобрене на прогнозата не може да се очаква само и единствено от хирургична терапия, тъй като хирургическият успех се определя от стадия на тумора. По тази причина методите за мултидисциплинарно лечение са изключително важни при рака на стомаха.

Неоадювантната химиотерапия за локално напреднал стомашен карцином е стандартен метод в много центрове. (73) Въпреки това, само част от пациентите реагират на химиотерапия, а при останалата част не се наблюдава подобрене на прогнозата. (93) В случай на прогресия на тумора при неуспешна химиотерапия прогнозата на пациента дори се влошава. За да се подобри значително прогнозата на отделния пациент в бъдеще трябва да се прилагат индивидуални терапевтични концепции. Това изисква точна и ранна предтерапевтична прогнозна оценка на действието на различните методи на лечение на рака на стомаха. За да се гарантира това е нужно свикването на интердисциплинарен съвет (Онкологичен комитет) от лекари за всеки отделен пациент, което е от съществено значение за решението за индивидуалното лечение на онкоболния. За да се определи степента на хирургичната терапия, трябва да се прави разлика между три различни ситуации: ранен рак на стомаха, локализиран стомашен карцином и напреднал или метастазирал стомашен карцином.

Пациентите с ранен рак на стомаха (етап IA) могат да бъдат лекувани с ограничена хирургична или ендоскопска резекция. Има 3 опции за това:

- Лазерна терапия без възможност за хистопатологична обработка;
- Ендоскопска мукозна или субмукозна резекция. Този метод позволява добро определяне на категорията pT;
- Комбинирана ендоскопско-лапароскопска резекция на стомашната стена, при което част от стомашната стена е напълно резецирана и по този начин тя може точно да се обработи хистопатологично.

Пациентите със субмукозен карцином също трябва винаги да се лекуват с лимфаденектомия, тъй като метастазите на лимфните възли се срещат в над 20% от случаите при този вид рак.

При локално напреднал стомашен карцином (етап IV-IIIА) степента на резекция се определя главно от местоположението на тумора. В случая на стомашни карциноми на дисталната трета (карцином на стомашния антрум) обикновено се извършва субтотална гастректомия.

При карциномите на средната трета на стомаха се извършва тотална гастректомия. При карциномите на проксималната трета (АEGII + III) понастоящем е избрана трансхиатална гастректомия. Стомашните карциноми, които дори след извършена химиотерапия или при които не е възможно да се постигне R0 резекция, могат в отделни случаи за облекчаване на симптомите (напр. при обструкция на стомашен изход) да се лекуват палиативно чрез гастроентеростомия или по-рядко чрез резекция. Намалването на туморната маса няма смисъл в този случай, защото рискът за пациента е твърде висок (24).

1.3. Рискови фактори при карцином на стомаха

Злокачествените тумори на стомаха нарушават храносмилането, като възпрепятстват преминаването на храната в долните отдели на храносмилателния тракт. Когато туморът е близо до хранопровода, той дори може да възпрепятства попадането на храната в самия стомах. Резултатите от това са силна редукция на теллото до пълна кахексия. С помощта на кръвоносните и лимфни съдове туморът може да се разпространи в други органи (черен и бял дроб, главен мозък, кости и др.), където прогресивно да се развива (метастазиране). В следствие на нарушение на работата на организма и без странична намеса, заболяването напредва и болният загива. Това изисква да се проучват освен чисто медицинските, така и социалните аспекти на причинно-следствените връзки между отделния индивид и психо – социалната среда.

Разбирането на етиологията и развитието на стомашния карцином налага да се проучат задълбочено рисковите фактори за заболяването. Причините за възникване на рака на стомаха, както и на другите тумори, засягащи човешката популация, не са окончателно изяснени, но в процеса на дългото клинично наблюдение и епидемиологични проучвания са установени редица доказателства, които потвърждават връзката между рака и особеностите на храненето и бита на човека.

1.3.1. Хранене

Сред рисковите фактори, свързани с човешкото хранене се посочват видът на храната, начинът на нейното приготвяне, температурата, режимът на хранене. Нередовното хранене, преобладаването в храната на животински мазнини, сол, голямо количество подправки, запържени продукти, употребата на твърде гореща или твърде студена храна, водят до развитие на хронични възпалителни изменения на стомашната лигавица, на фона на които лесно възникват пролиферативни процеси, а след това и рак на стомаха. Силно негативно влияние е установено за преяждането, както и поглъщането на лошо сдъвкани твърди частици от груба храна. Те предизвикват допълнително системно травмиране на стомашната лигавица. Това се посочва като една от причините, поради които в държави с труден достъп до стоматологична помощ, честотата на рака на стомаха е по-голяма (13). Обобщавайки причинно-следствената връзка между диета и рак на стомаха, съобразно живота на хората в различните страни и тяхната култура, много автори отбелязват, че в популациите с висок риск от възникване на стомашен рак храната съдържа малко количество плодове и зеленчуци и малко количество микроелементи, както и витамин С. Недостатъчното хранене и ниският социално-икономически статус се посочват като високо рискови фактори за възникване на тумори на стомаха.

1.3.2. Канцерогенни физични и химични фактори

Към етиологичните фактори, предизвикващи рак на стомаха, се отнасят и многообразна група вещества, физични и химични фактори, обединени под общия термин „КАНЦЕРОГЕНИ“. Нитратите и нитритите се явяват канцерогенни, които при продължително въздействие върху епитела на стомаха, могат да потенцират неговата злокачествена трансформация. Източниците на постъпване на нитрати и нитрити в организма на човека са хранителни и нехранителни. Хранителните нитрати и нитрити постъпват в човешкото тяло най-често чрез консумацията на зеленчуци и плодове. Те варират от 80% до 89%. Голяма роля за постъпване на нитрати и нитрити в организма играят консервираните продукти с помощта на натриев нитрат. В резултат на повишеното използване на минерални торове и други препарати за растителна защита, в растенията се натрупват голямо количество нитрати, които човек поглъща (основно в салатите, червено цвекло, черна ряпа, краставици, моркови и т.н.). Съществено количество от тези вещества се съдържа в гъбите, бирата и особено в алкохолните напитки и най-вече в техния чист вид – спирта (189).

1.3.3. Алкохол и тютюнопушене

Алкохолът сам по себе си е способен да увеличи риска от рак на стомаха. Френските автори са доказали след многогодишни проучвания, че употребата на алкохол, надвишаващ 567 грама седмично, увеличава шест пъти риска от възникване на рак. (13, 2). Основен представител на нехранителните източници на нитрати и нитрити в човешкия организъм се явява тютюнопушенето. Рискът от възникване на РС е значително по-висок при всекидневно пушещите в сравнение с непушачите. Най-висок той е при лица , които са започнали да пушат в юношеска възраст (13).

1.3.4. Околна среда

Околната среда съдържа също сериозни канцерогени, които още Дол и Пито 1986г. са започнали да класифицират и изследват. В тази група канцерогени са никелът и азбестът. С висок риск от РС са и работещите в полимерното производство, обработката на минерали, в производства с 3,4 бензоперен и т.н. Преведените примери касаят главно екзогенните фактори , както и канцерогените на заобикалящата среда (147).

1.3.5. Генетични фактори

Не бива да се подценяват генетичните фактори за възникване на рака на стомаха, независимо от това, че все още са в процес на изучаване. Сред лицата, които са близки родственици на болни от рак на стомаха е отбелязано увеличение на заболяемостта от тези тумори, макар и не голямо. В литературата е описан феномен, който е наречен „ракови семейства”. Това определение се използва, когато няколко поколения родственици са страдали от рак на стомаха. Най- известният пример се явява семейството на Наполеон Бонапарт (самият Наполеон, неговите баща и дядо са загинали от рак на стомаха). По данни от редица изследвания , ако при член на семейството се прояви рак на стомаха, то при всички останали близки родственици вероятността да заболят се повишава с 20 % (13).

1.3.6. Употреба на медикаменти

Съществуват данни от научни проучвания, че употребата на някои медикаменти увеличен риск от развитие на рак на стомаха. Проучени са ефектите на злоупотребата с аспирин, кортикостероиди без протекция, неспецифични противовъзпалителни средства (диклофенак) и инхибитори на потонната помпа. Резултатите показват, че дългосрочната употреба на такива блокери е свързана с по-висок риск от развитие на рак на стомаха. Въпреки това, рискът вероятно е ограничен до индивиди с настояща или минала

анамнеза за инфекция с *H. pylori*, особено тези с подлежащи предракови стомашни лезии. Литературата препоръчват лекарите да предписват подобни медикаменти според индивидуалния рисков профил на пациента и оценката на съотношението полза-риск. Това е особено важно за употребяващите аспирин с висок риск от кръвотечения, тъй като аспиринът може да отмени потенциалните вредни ефекти на блокерите на протонната помпа върху развитието на рак на стомаха. Допълнителни добре проектирани проучвания търсят потвърждение на потенциалната роля на инхибиторите при рак на стомаха според изходната стомашна хистология и взаимодействието му с други химиопрофилактични средства като аспирин, статини и метформин (221).

1.3.7. Предраковите заболявания на стомаха

В днешно време категорично е доказано, че в здрава стомашна лигавица стомашен рак не възниква. Тук е мястото да обърнем внимание на предраковите заболявания на стомаха, които с времето с голяма положителност могат да преминат в рак или пък на техния фон често се развива злокачествен процес. Ако се подредят всички предракови състояния в посока към увеличение опасността от възникване на злокачествена трансформация, то :

- На първо място следва да се постави **аденоматозните полипи** на стомаха, които сами по себе си представляват доброкачествени жлезни тумори. Този вид полипи се трансформират злокачествено в 60-70% от случаите. Друг вариант на полипите на стомаха е т.нар. хиперпластичен полип. Те преминават в рак на стомаха изключително рядко. Вероятността от малигнизация на този вид тумори е под 0.5% от случаите. (16 / стр.359).
- На второ място се подрежда **хроничния атрофичен гастрит**. Предвид на широкото си разпространение, този вид гастрит е един от лидерите в структуриране на предраковите състояния. По мнението на много клиницисти от 25% до 75% от рака на стомаха възникват на фона на гастрита. Например при 10% от болните с атрофичен гастрит в течение на 15 години се развива рак на стомаха.
- **Helicobacter pylori** - проведените изследвания показват, че носителите боледуват 3.8 пъти повече в сравнение лицата без носителство на бактерия.
- **Пернициозна (В 12) дефицитна анемия**. Редица изследвания установяват, че при 1-10% от болните с пернициозна анемия се развива рак на стомаха.

- **Рак на оперирания стомах.** По данни на болшинството от изследователите, рискът от развитие на рак на стомаха у лица с предшестваща операция на стомаха нараства 3 -4 пъти.
- **Болест на Менетрие.** В 15% от случаите болестта на Менетрие се трансформира в рак на стомаха.
- **Язвена болест на стомаха.** Съгласно съвременните данни, малигнизиране на хроничната язва на стомаха се наблюдава едва в 0.6 до 1% от случаите. Това обаче не бива да успокоява лекарите и болния. Такива пациенти се нуждаят от системен контрол. Особено внимание трябва да се обръща на тази група язвено болни, при които язвите са склонни към епителизация и нормална грануляция, върху която се развива тумор, имитиращ обострена язвена болест. Много автори го наричат язвен рак, който в ранните си стадии дори е склонен към епителизация.

ИЗВОД: Посочените по-горе данни от прегледа на литературата изискват пациентите да бъдат обследвани комплексно. Това осигурява възможност да се предотврати развитието на рака на стомаха, докато е на ниво преканцероза или да се постигне неговото ранно диагностициране, правилен избор на адекватно лечение и подобряване на прогнозата.

1.4. Прогностични рискови и превантивни фактори

Прогностични фактори

Прогностичният фактор е параметър, който пряко и измеримо влияние върху вероятния бъдещ ход на заболяването и прогнозата на пациента. Най-важният фактор при пациенти с карцином на стомаха е успешната R0 резекция (30). В това отношение, другите прогностични фактори трябва да се проследяват и оценяват проспективно след пълна резекция, а независимостта на фактора трябва да бъде доказана с помощта на многовариантни анализи. Разбира се, от голямо значение са факторите, които могат да повлияят на честотата на смъртността, напр. степента на лимфаденектомия. В идеалния случай трябва да има информация за колкото е възможно повече прогностични фактори преди да се започне лечението, за да се определи най-подходящата и добра индивидуална терапия на онкоболния спрямо тях.

Рискови и превантивни фактори за прогнозата на болестта

Единственият безспорен фактор е произходът на пациента. В сравнение със западните пациенти, азиатските пациенти имат значително по-добра прогноза на рака на

стомаха. Петгодишната преживяемост при пациенти с етап II или IIIA е между 15 и 30% в САЩ, между 33 и 45% във ФР Германия и между 60 и 75% в Япония. По-дългото време на живот на немските пациенти в сравнение с американските пациенти може да се обясни с по-радикалните хирургични подходи и особено със степента на лимфаденектомия, която във ФР Германия е рутинна. Разликата между японските пациенти и пациентите в Западното полукълбо може частично да се обясни с още по-радикална хирургия на стомашния карцином от много опитни хирурзи, но епидемиологичните фактори тук също играят роля. Локализацията на тумора и формите на растеж се различават значително между двете групи пациенти (31).

По отношение влиянието на възрастта, пола и ВМІ [Body-Mass-Index] на пациентите върху прогнозата, данните остават противоречиви, въпреки многобройните анализи. В значимо немско проучване за стомашен карцином е показано, че съпътстващите заболявания и общото състояние на пациентите, измерени с индекса на Карнофски, са независими прогностични фактори. (9)

Индексът на Карнофски

Индексът на Карнофски (скала за статуса на Карнофски) е скала, която може да се използва за оценка на свързаните със симптомите ограничаване на активността, самодостатъчността и самоопределението при пациенти с злокачествените стомашни тумори. Тя варира от максимум 100% (без ограничения) до 0% (смърт). Скала на измерване:

- 100%: Няма оплаквания, няма признаци на заболяване
- 90%: Способност за нормална активност, малко симптоми на заболяването
- 80%: Нормалната дейност е възможна с усилие - значителни симптоми на заболяването
- 70%: Пациентът се оправя сам – не е възможна нормална дейност или работа
- 60%: Необходима е помощ в повечето области, но раковоболните все още се обгрижват сами
- 50%: Помощ и медицинско обгрижване често се използват

- 40%: Увредени - изисква се специализирана помощ
- 30%: Тежко увредени - изисква се хоспитализацията
- 20%: Тежко увреждане - изискват се интензивни медицински мерки
- 10%: Умиращи
- 0%: Смърт

При проследяване на оперираните болни с рак на стомаха в Р. България и от направената литературна справка, се вижда, че решаващо значение за тяхната съдба имат ранната диагноза и своевременното, адекватно, комплексно лечение. Активното проследяване на болните, оперирани в напреднал стадий, макар и във видима максимална хирургична радикалност, показва че в много малък процент от случаите може да се получи трайно оздравяване или значително удължаване на живота. (144) При повечето болни се регистрира само развитието на туморния процес, приложеното лечение не удължава живота им, а само облекчава тяхното страдание. Това придава особена значимост на палиативите грижи.

1.5. Профилактика на рак на стомаха

1.5.1. Първична профилактика на рак на стомаха

Първичните мерки за превенция на рака са насочени към защита на здравето на хората от рак и включват държавно участие при организирането и предоставянето на обществено-здравни профилактични дейности: опазване на околната среда от вредно антропогенно въздействие - контрол на чистотата на въздуха и водните обекти, спасяване на гори, организиране на безопасно изхвърляне на отпадъци; надзор на качеството на храната и питейната вода; създаване на безопасни условия на труд и почивка, възможност за санаторно-курортно лечение; популяризиране на здравословния начин на живот сред населението; предоставяне на достъпна, качествена медицинска помощ; наличие на добър стандарт и условия на живот; мерки за ограничаване употребата на алкохол и тютюневи изделия.

Употребата на тютюн причинява приблизително 22% от смъртните случаи от рак на стомаха годишно и е единственият най-голям рисков фактор за смъртност от рак на стомаха в световен мащаб, който може да бъде избегнат. През 2004 г. на употребата на тютюн се дължат 1,6 милиона от 7,4 милиона смъртни случая от рак на стомаха. Поради сериозността на пречупване на възходящия ход на тютюневата епидемия, СЗО прилага инициативи за наблюдение на мащаба на проблема и за подпомагане на страните, които въвеждат ефективни мерки за борба с нея. Тези инструменти са основни компоненти на националните програми за превенция на рака и ще играят ключова роля за намаляване на заболяемостта от рак.

1.5.2. Вторична профилактика на рак на стомаха

За идентифициране на проблема на ранен етап е предвидена вторична превенция на рак на стомаха. За всеки човек СЗО препоръчва здравословен начин на живот и ежегодно посещение при онколог и гастроентеролог с цялостен преглед; своевременно и добросъвестно лечение на заболявания на стомашно-чревния тракт, започвайки с устната кухина - кариес, стоматит, езофагит, гастрит, язви. По време на рутинните медицински прегледи се откриват до 30% от стомашно-чревния рак.

Медицински скрининг

Скринингът в медицината, наричан още медицински скрининг или скрининг на заболяванията, е стратегия на вторичната профилактика, използвана за идентифициране на възможното наличие на все още не диагностицирано заболяване при индивиди без признаци или симптоми в определена популация. (180) Това може да включва хора с предсимптомно или с неразпознато симптоматично заболяване. (181)

Скрининговите интервенции са предназначени да идентифицират заболяването в начален, предклиничен стадий, като по този начин дават възможност за по-ранна намеса и по-успешно лечение. (182).

По дефиниция, според Проф. Ц. Воденичаров и колеги, скринингът в медицината представлява целево профилактично изследване, извършено по определена програма за установяване разпространението на определен признак, симптом или заболяване сред група от индивиди. (183)

През 1968 г. Световната здравна организация публикува основните принципи на които се основава медицинският скрининг. Те често се наричат още и критерии на Уилсън и Юнгнер (Wilson and Jungner criteria), на имената на авторите, които са ги предложили и описали (184). Принципите продължават да са широко приложими и днес:

- Скрининговото изследване трябва да касае значим здравословен проблем;
- Трябва да има надежни средства за диагностика на това заболяване;
- Трябва да има лечение на болестта в ранен етап;
- Заболяването трябва да има достатъчно дълъг латентен стадий;
- Скрининговото изследване на здравното състояние на лицата трябва да се реализира посредством тестване или чрез медицински преглед;
- Тестът за изследване, които се прилага трябва да бъде приемлив за населението (от културна, религиозна, финансова и др. гледни точки);
- Естествената история на заболяването трябва да бъде адекватно разбрана от обществото (т.е. населението да е достатъчно добре осведомено относно болестта и необходимостта от скрининга);
- Трябва да има ясна и съгласувана в обществото политика кой ще е ангажиран с лечението на болните;
- Средният разход за откриването на един болен в резултат на скрининга трябва да бъде икономически балансиран по отношение на медицинските възможности на обществото като цяло;
- Търсенето на болни/заразени от съответното заболяване трябва да бъде непрекъснат процес, а не просто краткотраен проект.

Трябва да се подчертае, че скринингът не е диагностичен тест. Той е метод, който позволява участващите лица в зависимост от приложеното изследване да бъдат разделени на две групи – лица с отклонение и лица без отклонение. Може да се приеме, обаче, че това все пак е едно начално изследване, което изисква при лица установените с отклонения да бъдат направени допълнителни клинични и функционално-диагностични измервания за диагностично уточняване. (185)

Разновидности на скрининга

Различават се следните разновидности на скрининга в медицината (186):

- Мащабен/масов скрининг (Mass screening)

Това е термин, използван за обозначаване на скрининг, който обхваща огромна част или цялата популация. При него не се прави подбор и поради това не е насочен към определена група от населението.

- Селективен (целеви) скрининг (Selective screening)

Прилага се за скрининг на избрани, най-често високорискови групи сред популацията и е насочен за откриване на конкретно заболяване, напр. на рак на гърдата.

- Многофазов (множествен) скрининг (Multiphasic/Multiple screening)

Тази процедура включва комбинация от използването на няколко скринингови тестове при едно лице за откриване на различни заболявания, напр. изпълнени от интернист, дентален лекар (стоматолог), акушер- гинеколог и др. Ползата при него е, че при изразходване на време и усилия за прилагане на само един тест сред населението, може да се помисли за икономия чрез прилагане и на други тестове. Следователно, многофазовият (множествен) скрининг се определя като комбинация от два или повече скринингови теста, с които се обхващат големи групи хора.

- Откриване на случаи (Case-finding) – по време на преглед по друг повод.

1.5.3. Характеристики на скрининга

Според СЗО основните изисквания/критерии спрямо скрининговата процедура са:

- Леснота, т.е. сравнително опростена процедура за изпълнение;
- Валидност, т.е. да дава вярна и точна информация;
- Надеждност, т.е. да осигурява сигурност при изпълнението ѝ;
- Приемлива цена;
- Надеждност, т.е. при повтаряне на теста да се отчитат същите резултати;
- Безопасност; и др.

Възможните резултати от скрининговия тест са: истински положителни, фалшиво положителни, фалшиво отрицателни и истински отрицателни. (187)

Въпреки наличието на по-ранни инициативи, които в ретроспекция биха могли да бъдат квалифицирани като скринингът, мащабният скрининг на населението започна през годините между двете световни войни за идентифициране на латентна туберкулоза при деца, чрез радиологично изследване. Терминът „скрининг“ произхожда от факта, че рентгеновите изображения са гледани на екран. С навлизането на новите технологии десетилетията след Втората световна война са белязани от широко разпространение на програми за скрининг. Рентгенографията за туберкулоза е разширена за цялото население и са започнати скринингови програми за различни заболявания като сифилис, диабет, глаукома, анемия, затлъстяване, зрителни дефекти, загуба на слуха, хипертония и сърдечни заболявания (6). новородените за различни заболявания също станаха често срещани, започвайки с теста на Guthrie за фенилкетонурия (PKU) .

През 1968 г. Световната здравна организация (СЗО) публикува критерии за скрининг и в наши дни програмите за скрининг са широко разпространени в повечето страни с високи доходи (HICs)). Програмите за скрининг са особено често насочени за ранно откриване на различни форми на рак, както и за голямо разнообразие от други заболявания. През последните десетилетия на XX век скрининговите програми също започнаха да предизвикват критики, главно по отношение на етични и психологически аспекти, съотношението между ползите и вредите и разходната ефективност. (187)

Helicobacter pylori

След потвърждението за ролята на *Helicobacter pylori* във възникването на стомашния рак, може ефективно да се приложи следният алгоритъм за проследяване на здравето население и ранното откриване на възникване на стомашна неоплазма:

По показателите за наличие или липса на *Helicobacter pylori* , както и на серумен антиген към същия , хората могат да бъдат разделени на четири групи, както следва:

Тестът е положителен при серумен PG1 антитела Антиген, когато е над 70 µg/l (микрограма/ литър) и PG1 към PG2 < 3 (таблицата долу).

Табл. 1: Подходи за намаляване на рака на стомаха в зависимост от резултатите за наличие на *Helicobacter pylori* и серумен PG антиген (174)

A	B	C	D
HP(-) PG(-)	HP(+) PG(-)	HP(+) PG(+)	HP(-) PG(+)

Не се предприема нищо при този резултат	Ерадикация и ендоскопско клинично проследяване	Ерадикация и ендоскопско клинично проследяване	Ерадикация и ендоскопско клинично проследяване
-	На 3 години	На 2 години	Всяка година

Това създава възможност за въвеждане на конкретни срокове и начин за проследяване на здравото население, което да гарантира до голяма степен ранното откриване на тумора и значително подобряване на прогнозата при евентуално развитие на болестта.

1.5.4. Третична профилактика (на усложненията и рецидивите)

Третичната профилактика на рака на стомаха включва препарати за превенция на рак на стомаха и червата, комплексно лечение, рехабилитация и поддържане на свързаното със здравето качество на живот. Фармакологични агенти в превенцията на стомашни и чревни ракови заболявания са представени от ерадикационни лекарства на *Helicobacter pylori*, антиоксиданти и имуностимуланти.

1.6. Оценка на дефицитите в качеството на живот на пациентите от стомашен карцином. Фактори, които определят качеството на живот на онкоболния

Задължителна е оценка на дефицитите в качеството на живот на заболялите от рак на стомаха и създаване на стройна организация между отделните институции за тяхното коригиране. За да може това практически да се изпълни, значително улеснение би представлявало едно обобщение на отделните видове дискомфорт, което да позволява оценяване на физическите нужди на пациента и тяхното по-лесно коригиране от един мултидисциплинарен екип.

Фактори, определящи качеството на живот на онкоболния са: (37)

1.6.1. Физическо състояние

- ❖ Изпитвана болка и дискомфорт
- ❖ Липса на достатъчно енергия за изпълнение на ежедневни дейности
- ❖ Лошо качество на съня
- ❖ Неудовлетвореност

1.6.2. Психическо състояние

- ❖ Нежелание за изпълнение на дейности от ежедневието
- ❖ Влошени памет и концентрация
- ❖ Недоволство от живота
- ❖ Неодобрение на външния вид
- ❖ Наличие на негативни усещания (лошо настроение, отчаяние, стрес, тревожност)
- ❖ Недостатъчно по обхват психологическо консултиране

1.6.3. Ниво на независимост

- ❖ Невъзможност за напълно самостоятелно придвижване
- ❖ Неудовлетворение от способността за извършване на всекидневни обичайни дейности
- ❖ Неудовлетвореност от обема на извършване на всекидневни обичайни дейности
- ❖ Необходимост от допълнителен прием на лекарствени вещества
- ❖ Необходимост от прием на допълнителни вещества с цел подобрене на общото състояние (алкохол, наркотици)

1.6.4. Социални отношения

- ❖ Необходимост от социално консултиране
- ❖ Необходимост от здравно консултиране
- ❖ Необходимост от психологическо консултиране
- ❖ Необходимост от подкрепа от хора в същото здравословно състояние
- ❖ Необходимост от включване в групи за оказване на подкрепа на хора със сходни потребности

1.6.5. Околна среда

- ❖ Несигурност в безопасността на околната среда
- ❖ Негативно влияние на околната среда върху общото състояние
- ❖ Недостатъчно налични парични средства за ежедневни нужди
- ❖ Необходимост от получаване на нова информация и нови знания, свързани със състоянието
- ❖ Невъзможност за отдих и развлечения

- ❖ Усещане на негативното влияние на компоненти от заобикалящата среда
- ❖ Спазване на безопасност на труда и работа с вредни и токсични вещества

Всичко гореспоменато може да послужи за основа при създаване на модел за социално-медицинска работа с лица в трудоспособна възраст с рак на стомаха, а и с други онкологични заболявания. Това също трябва да бъде важен компонент в Националната стратегия за борба с рака.

1.7. Проучване на програмите за психосоциална и медико-социална подкрепа на пациенти с рак на стомаха в Германия

Диагнозата „рак на стомаха“ е свързана с възникването на различни психосоциални и социалномедицински проблеми, които преди не са съществували. Като пример за това са скъпи лекарства, специални диети, грижи за близък онкоболен – дете, родител, баба или дядо. Това е времето, когато болните се чувстват най-уязвими и лабилни и имат най-голяма нужда от психологическа подкрепа. Проблемът поражда редица етични дилеми и съображения във връзка с правото на пациента на избор на лечение, както и във връзка с правото му за удължаване на продължителността на живота или подобряване качеството му.

Качеството на живот, свързано със здравето е съставено от няколко измерения. То включва не само здравното състояние, но и физическо, психологическо и социално състояние на болния от РС. В качеството на живота се включват и икономически, трудови и битови аспекти. Наред със стандартните лабораторни, рентгенологични и други изследвания, лекарите трябва да се интересуват и от това как се чувстват пациентите им – по-добре или по-зле и по този начин да определят качеството на живота на онкоболните. (18)

Карциномът на стомаха може да има значително въздействие върху качеството на живот на пациента. Ето защо, неговото лечение е също свързано с подобряване на качеството на живот на болния или постигане на най-доброто. За много хора със стомашен рак качеството на живот означава да можеш да живееш възможно най-безболезнено и без сериозен дискомфорт. За мнозина това включва самостоятелно усвояване на всекидневния живот, поддържане на социални взаимоотношения и контакти и способността да се справят добре с неприятни чувства като страх и тъга. По този начин терминът „качество на живот“ е много сложен за дефиниране и обхваща

различни области на физическо, психическо, духовно и социално благополучие. Всеки човек поставя различен фокус, върху това какво е важно за живота му и какво го прави щастлив. Какво точно означава качество на живот с оглед на заболяване, житейската ситуация и личните нужди, само отделният раково болен пациент знае и само той индивидуално може да прецени за себе си. Ето защо е много важно онкоболният пациент с рак на стомаха да разговаря с лекуващия екип, който може най-добре да го посъветва за различните терапевтични възможности. Качеството на живота днес може да бъде добре разбрано с помощта на изследвания и въпросници. Тези въпросници, разработени специално за онкоболни, могат да помогнат при оценката и повишаване на качеството на живота. Важен параметър при определяне качеството на живот на онкоболния е психосоциалното му състояние. (18)

В публикацията „Психо-онкология (психо-социална подкрепа за пациенти с рак на стомаха и роднините им)“ на Германската асоциация за рака и Германската фондация за борба с рака от февруари 2016 година се описва психосоциалния стрес на онкоболния пациент от рак на стомаха и подкрепата на страдащия от близките му. В следващите няколко страници са обобщени добри практики и научни доказателства за това как болните с рак на стомаха би трябвало да бъдат подпомагани психосоциално. (19)

1.7.1. Психосоциална подкрепа на болния от рак на стомаха

За преодоляване на психосоциалния стрес, дължащ се на РС, съществуват разнообразни начини за помощ. Кой точно да са те, зависи преди всичко от личните желания и нужди на болния. Различните процедури и възможности за преодоляване на психосоциалния стрес могат да помогнат на засегнатите от РС. Чрез курсове и семинари за обучение, пациентите получават специфични за болестта знания и предложения за това, как да преодолеят психически болестта. В психотерапевтичните индивидуални разговори, по двойки или чрез групови дискусии се предоставя възможност за работа по най-различни проблеми, които ракът може да предизвика. Също така, артистични терапии, трудова терапия и физиотерапия могат да помогнат на някои хора за преодоляване на психическия дисбаланс. Ако болестта предизвика психично заболяване като депресия, то лекарите могат да предписват лекарства - така наречените психотропни лекарства. (19)

Многобройни стационарни и амбулаторни заведения предоставят информация и помощ на онкоболни хора с рак на стомаха. Те също така съветват и се грижат за близките като партньори, деца и семейства.

1.7.2. Стационарните заведения:

- **Болници:** Често лекуващите лекари и медицински сестри са първите лица за контакт. Ако е необходимо, те могат да се свържат с други специализирани отдели за психосоциална помощ в болницата.
- **Съоръжения за рехабилитация:** Обхватът на предлаганите услуги в повечето клиники за рехабилитация е целенасочен и разнообразен, като наред с другите неща, те предлагат техники за релаксация и семинари за пациентите.
- **Социални услуги в клиники:** Там, засегнатите от рак на стомаха и техните роднини могат, например, да получават информация и отговори на социално-правни въпроси, като например за повторна заетост, пенсиониране или финансови проблеми.

Амбулаторните звена за контакт и лицата за контакт са:

- **Общопрактикуващи лекари:** За много пациенти с диагноза РС личният лекар е най-важния човек за контакт при притеснения и страхове.
- **Специалисти по психиатрия и психотерапия, психолози и психотерапевти:** предприемат психо-онкологични грижи и провеждат терапия в своите кабинети.
- **Психосоциални консултативни центрове за рак на стомаха:** Те информират, съветват и подпомагат във всички фази на заболяването.
- **Психо-онкологични поликлиники:** Те са свързани с някои клиники или ракови центрове и предоставят психо-онкологична помощ на хора с рак на стомаха, които не са хоспитализирани.
- **Специализирани онкологични кабинети:** Тези медицински практики са специализирани в лечението на пациенти с карцином на стомаха, като някои от тях работят с психо-онколози и могат да предоставят психосоциална подкрепа при необходимост. Хората с рак и техните роднини могат да намерят подкрепа и в групи и организации за взаимопомощ. (11)

1.7.3. Психосоциални последствията от рака на стомаха върху пациентите и роднините им

Д-р Холгер Адолф от Германска асоциация за социална работа в здравеопазването и проф. д-р Герхард Енглерт от Националния център за самопомощ при рак на стомаха разясняват в своята публикация „Психосоциална подкрепа за

пациенти с рак на стомаха и роднините им. Какви последствия може да има ракът върху тях?” (19) Според тях карциномът на стомаха е дълбоко проникнал в живота на засегнатите болни и го променя изцяло. Ето защо самата болест, лечението и страничните ефекти от терапията ѝ могат да причинят различни физически оплаквания, като допълнително емоционален, социален и духовен стрес могат да се появят във всички фази на заболяването. Онкоболните биват много често засегнати, когато тези проблеми ги ограничат в ежедневието им и според експертите, тези разнообразни проблеми в грижите за пациенти с рак на стомаха трябва да бъдат взети под изключително внимание. Различните стресови фактори могат да повлияят един на друг: Например, физическата болка или дискомфорт от лечението могат да окажат влияние върху психиката и да доведат до тревожност, депресия или други психични проблеми. И обратно, емоционалните промени могат да повлияят на възприемането на болката, като, например, я засилят. Болката или неприятните чувства от своя страна могат да доведат до отдалечаване или оттегляне на пациенти с рак на стомаха от другите хора, като тези усещания са много характерни за напреднало заболелите.

Физическите проблеми, причинени от лечението на рак на стомаха включват, например, физическа слабост, умора, болка, проблеми със съня, сексуално увреждане или стомашно-чревни проблеми. Тези проблеми могат да възникнат в краткосрочен, средносрочен или дългосрочен план и могат да бъдат свързани с физически ограничения. Например, болката влошава подвижността. Наред с другите неща, умората, стомашно-чревните и сънните проблеми намаляват благосъстоянието и работоспособността на раковоболните. Възможни са и нарушения на вниманието, концентрацията и паметта. Много пациенти изпитват силни негативни чувства или мисли в пъти повече от нормалното и се чувстват депресирани и тъжни, понякога дори отчаяни. (12)

Според немския онкоексперт д-р Ингрид Роте-Кирхбергер от Немско дружество за психоанализа, психосоматика и дълбока психология ракът на стомаха може също да предизвика безпокойство при много хора. (20) Например, те се страхуват, че болестта ще се развие или че ще умрат скоро. Екзистенциалните и социални проблеми засягат благосъстоянието на болния и чувства като гняв, срам, безпомощност и безнадеждност се появяват често. Тези емоционални напрежения, от своя страна, могат да причинят други проблеми - някои болни, например, са склонни да пренебрегват партньора в живота, приятелите и семейството, или пък им е трудно да поискат подкрепа. Болестта може да доведе и до значителни ограничения в социалния живот. Самотата,

трудностите в живота с партньора и другите хора, финансовите тежести и проблемите на работното място са част от примерите за това. Ракът променя ежедневието на засегнатите: Простите дейности като измиване, грижи за децата, пазаруване или обличане се оказват не толкова лесни. (13)

1.7.4. Психосоциалният стрес на онкоболния от рак на стомаха

В своята публикация за прихосоциалната подкрепа на онкоболните д-р Улрике Хекл описва честота на психичния стрес при пациентите. (21) Според нея не всеки пациент с рак има психически проблеми, свързани с болестта. Въпреки това, психологическият стрес, тревожността и депресивността са чести. Депресивността при болните най-често е характерна с подтиснато и унило настроение, като тези тъжни чувства сами по себе си не са състояние на болест и понякога са способни дори сами да отзвучат. Въпреки това, те могат да потенцират развитието на психично заболяване, съпътстващо онкозаболяванията. Според проучването 60 от 100 пациенти с рак изпитват висок емоционален стрес. Почти половината от хората с рак имат силни страхове и особено често това е страхът от прогресиране и рецидив на туморната болест - той се среща при една трета от пациентите. Депресивността се наблюдава при повече от половината от хората с рак.

В публикацията на д-р Хекл става ясно, че емоционалният стрес не винаги е очевиден на пръв поглед и по правило той не е свързан с конкретни оплаквания или ограничения. Освен това, всеки човек изпитва определена болест по различен начин, реагира по различен начин и се справя с нея. (14)

Скала за измерване на психосоциалния стрес при пациенти с рак на стомаха

Психосоциалният стрес на онкоболния може да доведе до сериозни проблеми и заболявания. Ето защо, според експертите, този стрес и необходимостта от лечение трябва да бъдат определени и описани възможно най-рано. Освен това по време на хода на заболяването трябва да се прави повторна оценка на психосоциалния стрес през интервали, особено в случай на рецидив или прогресия на рака.

Някои онкопациенти трудно изразяват чувствата си, срамуват се от трудностите си и не се осмеляват да се обърнат за помощ. По този начин околните лица могат да не забележат тези социални проблеми на онкоболните им близки и роднини.

За установяване на психосоциалния стрес, съществуват специални въпросници за определянето му, които не дават диагноза, но дават първи показания. Това са, например, „дистрес термометър“ или Болничната скала за тревожност и депресия

(Hospital Anxiety and Depression Scale). Въпреки това, според немския експерт д-р Дитрих Штокхаузен, е важно не само използването на специални скринингови инструменти като въпросници, но и онкологичният екип трябва да попита директно онкопациентите дали биха желали психологическа подкрепа. (22) Ако случаят е такъв и / или резултатите от теста показват наличие на психосоциална тежест, трябва да бъде осъществен разговор с психо-онколог, за да се изясни дали има психосоциално натоварване или психично съпътстващо заболяване и да се инициират подходящи стъпки на лечение, ако е необходимо. (15)

Термометър за дистрес

Термометър за дистрес е специално създаден за пациенти с рак, с помощта на който чрез кратък тест може много бързо да се улови психосоциален стрес. Въз основа на резултатите от теста експертите могат да идентифицират областите, в които засегнатите се нуждаят от помощ. Тестът е разделен на две части. Първо, пациентите трябва да използват „термометър“ (скала) от 1 до 10, за да оценят как се чувстват актуално. 1 означава „необременен“ и 10 за „изключително напрегнат“, като стойност по-висока или равна на 5 се счита за признак на наличие на психосоциални проблеми. Във втората част от онкопациентите се изисква да посочат, в кои психосоциални области са имали проблеми през последните седмици.

Болничната скала за тревожност и депресия (HADS)

Болничната скала за тревожност и депресия (HADS) е друг метод за скрининг, който служи за регистриране на психологични проблеми при хора с физически заболявания като рак на стомаха. (26) За тази цел пациентите трябва да оценят своето общо и емоционално състояние през изминалата седмица чрез въпросник, който съдържа 14 твърдения, като например: „Чувствам се напрегнат или претоварен“ или „Мога да се насладя на добра книга, радио или телевизионна програма“.

Въз основа на резултата, лекуващият екип може да определи, дали пациента има психологическо бреме. Въпреки това, тестът не позволява диагностицирането на психично заболяване.

Проф. д-р Юханес Крузе разяснява в своята статия кои психични заболявания могат да съпътстват рака на стомаха. Понякога безпокойството, страхът или тъгата могат да станат толкова засилени при пациенти, че те да се превърнат в болест. Те най-често включват: (27)

- депресия
- разстройства (нарушения), свързани със страх

- разстройство, свързани с адаптацията
- злоупотреба с тютюн, алкохол или медикаменти (16)

Психичното заболяване при раковоболните от стомашен карцином се счита за обща реакция на високия стрес, свързан със заболяването. Според наскоро проведено голямо проучване в ФР Германия от Немския център за раково болни пациенти с около 4000 участници, почти една трета от всички пациенти с рак на стомаха имат някакво психично заболяване. Проучването показва, че най-често срещаните са разстройства, свързани със страх, като всеки седми участник е засегнат. Почти един на всеки девет онкоболни страда от нарушения на приспособяването - тоест, има трудности при адаптирането към новата ситуация в живота. На трето място се отреждат депресивните разстройства, като от тях всеки петнадесети онкоболен е засегнат.

Психосоциалният стрес и последвалите от него заболявания при раково болните могат да имат много причини. Експертният екип от немското национално дружество за борба с рака (Deutsches Krebsforschungszentrum DKFZ) е оценил и обобщил в свой доклад данни от множество проучвания, за да идентифицира и определи фактори, свързани с развитието на психични заболявания при пациенти с карцином на стомаха. Следните фактори благоприятстват появата на психично заболяване:

- болка
- тежки физически оплаквания
- силна умора
- психично заболяване в миналото (17)

При тези показатели трябва непременно да се изясни, дали има наличие на психосоциален стрес или дори вече психично заболяване. Данни от проучванията на Немското национално дружество за борба с рака показват, че пациенти на по-млада възраст, онкопациенти с ниска преживяемост, както и пациенти с прогресираща туморна болест се характеризират с увеличен риск от психични заболявания. Има и други фактори, свързани с развитието на психични заболявания при болните от РС. Това са:

- пол;
- образование;
- семейство и партньорство;
- социално-икономически статус;
- етап на тумора;
- изминалото време от поставената диагноза;

- проведено лечение.

1.7.5. Депресивното състояние при пациентите от рак на стомаха

Д-р Ингрид Роте-Кирхбергер от Германско дружество за психоанализа, психосоматика и дълбочинна психология описва във своята статия тясната връзка между депресията, разстройствата, свързани с адаптацията, със страха и злоупотреба с тютюн, алкохол или медикаменти от онкоболните с рак на стомаха. Повечето пациенти съобщават за периоди на тъга или обезвереност, като много често това става и причина за депресия. Смята се, че шест от всеки 100 души с рак страдат от нея. Депресията е заболяване с много лица, като тя може да се изразява както психически, така и физически. Има някои признаци на онкоболните, които показват ясно, че има депресивно заболяване, а не само временно обезвереност и унилоост.

Основни симптоми са:

- депресивно, подтиснато настроение
- загуба на интерес и радост
- липса на мотивация
- умора

Ако поне две от тези четири характеристики продължават повече от две седмици, това може да означава депресия. Освен това има няколко така наречени вторични симптоми, които могат да показват депресия, които са:

- намалена концентрация и внимание;
- намалено самочувствие;
- чувство на вина и безполезност;
- преувеличено засилени страхове за бъдещето или черногледство;
- мисли за смърт;
- мисли или опити за самоубийство;
- нарушения на апетита;
- нарушения на съня.

Експертите разграничават различни степени на тежест на депресията:

- **Лека депресия:** депресивно състояние, когато два основни и най-много два вторични симптома продължават повече от две седмици.
- **Умерена депресия:** при два основни и три до четири вторични симптоми се нарича умерена степен на депресия.

- **Тежка депресия:** присъстват най-малко три основни и четири или повече вторични симптома. Когато при онкоболните страховете и притесненията взимат надмощие, се говори за тревожно разстройство. При всички видове тревожни разстройства е характерно, че чувствата на тревожност са много изразени и надвишават нормалното ниво, което допринася качеството на живот и ежедневието на засегнатите ракови болни да са сериозно нарушени. Тревожните разстройства могат да бъдат придружени от физически признаци като сърцебиене, изпотяване, тремор, диспнея, задушаване и замаяност, стягане в гърдите или гадене. Около единадесет от всеки 100 пациенти изпитват тревожно разстройство, като например паническо разстройство или генерализирано тревожно разстройство:
- **Паническо разстройство („паническа атака“):** При него страхът изведнъж се появява и пристъпите на тревожност обикновено траят само няколко минути. (28)
- **Генерализирано тревожно разстройство:** За разлика от паническото разстройство, признаците на тревожност не идват под формата на краткотраен припадък, а продължават дълго време. Засегнатите онкопациенти от рак на стомаха съобщават за вътрешно напрежение и безпокойство и обикновено те не могат да кажат от какво точно се страхуват. Те също така непрекъснато се безпокоят, че се случват инциденти с тях или техните роднини.
- **Разстройство при адаптацията на новата ситуация** възниква в резултат на тежко бремене, като това може да бъде, например, тежко събитие в живота или сериозно физическо заболяване като стомашен рак. Засегнатите болни имат проблеми с преработването на случилото им се и се чувстват претоварени от новата ситуация. Статистиката показва, че при пациенти с рак от разстройство при адаптацията са засегнати 11 от всеки 100 души, като симптомите и оплакванията могат да бъдат много различни. Това включва по-специално тъжно разстройство, свързано със страх или притеснение. Онкоболните с нарушение в адаптацията често се оттеглят от социалната среда или се чувстват претоварени. Въпреки това, за разлика от депресията, симптомите не продължават толкова дълго и са по-слабо изразени, като обикновено разстройството започва в рамките на един месец след поставянето на диагнозата рак и продължава не повече от шест месеца.

Някои лекарства могат привидно да помогнат при намаляването на напрежението и прихосоциалния стрес и по този начин да стимулират и повишат благосъстоянието. Понякога пациентите с диагноза рак на стомаха прибягват до цигари, алкохол и наркотици, за да се справят по-добре с болестта си. При пациентите с РС най-често срещаната форма на зависимост е тютюневата. Установени е, че около пет от всеки 100 пациенти засилено пушат в резултат на заболяването. (19)

1.8. Борбата с рака – приоритет за България

Модерната история на борбата с рака в България има две основни събития – Меморандум за ограничаване и контрол на онкологичните заболявания в България през 2008г. и сравнително модерния национален антираков план в сила от 2021г. до 2030г.

На 9 май 2008 г., в Народното събрание на Р България се провежда конференция на тема „Борба с рака – приоритет за България”, на която се обсъжда и приема „Меморандум за ограничаване и контрол на онкологичните заболявания в Р България”. На нея участват народни представители, членове на Европейския парламент, медицински експерти, представители на Министерския съвет, на Министерството на здравеопазването, на Министерството на труда и социалната политика, на Националната здравноосигурителна каса, на български и европейски пациентски организации. Конференцията е по инициатива на група „Парламентарен консенсус за борба със социално значими заболявания” и Асоциация на пациенти с онкологични заболявания. Най-значимото от провеля се „Меморандум за ограничаване и контрол на онкологичните заболявания в Р България” можем да обобщим с няколко точки, които са много важни при борбата срещу стомашния рак: (15)

- Карциномните заболявания са втората главна причина за смъртност в Европа и от тях умират ежегодно около 2 милиона души в Европа.
- Раковите заболявания са много сериозен медико-социален проблем за Европейския съюз.
- Въведената от 10 април 2008 година от Европейския парламент резолюция за борба срещу рака апелира и задължава страните членки на Европейския съюз да предприемат и спазват конкретни и ефективни мерки за профилактика, скрининг, ранна диагностика и адекватно лечение на онкологичните заболявания.

- Въвеждането на национална скринингова програма в Р. България за 3-те вида рак, които могат да се предотвратят (гърда, маточна шийка, колоректален) е изключително важно и по този начин намаляване на разходите за лечението му.
- Ограничаване и контролиране на раковите заболявания чрез ефективни скринингови програми, профилактична дейност, ранна диагностика, навременно и съвременно лечение и добри палиативни грижи.
- Намаляване на онкологичните заболявания чрез изготвяне на национална скринингова програма и национален антираков план, които трябва да бъдат съгласувани с препоръките на Световната здравна организация и Европейския парламент.
- Трябва да продължи да се подпомага Българския национален раков регистър, който да бъде основата за поставяне на реални цели. Това ще доведе до ограничаване на онкологичните заболявания в страната.
- Създаването на междуинституционална работна група от представители на всички заинтересовани страни, която да изготви по-горе описаната национална скринингова програма за онкологичните заболявания и национален антираков план.
- След приемането на програмата и антираковия план, отговорните институции трябва да предприемат необходимите действия за осигуряване на финансиране за изпълнение на целите, заложи в тези документи.
- Въвеждането на ефективни механизми за мониторинг по изпълнението на поставените цели. (1)

Национален антираков план 2021 – 2030 г

Проф. д-р Асен Дудов (председател на Българското онкологично дружество) информира, че ЕС започва изпълнението на общ план за борба с рака и България има уникалния шанс да го приложи в практиката, като финансирането ще бъде осигурено от европейските инструменти. Той е сред участниците в Националната онкологична конференция MORE2021 (“Мултидисциплинарни Онкологични Разговори и Екстракти“), която се провежда край Варна. 12-ото издание на форума, чиято основна цел е водещи специалисти да създават национални ръководства за клинична практика при различните видове рак, е посветено на карцинома на панкреаса. В рамките на

форума са планирани и две дискусии, посветени на изработването на Национален раков план и на дигитализацията на здравеопазването и медицината.

Според проф. Дудов България е в неравностойно положение по отношение на диагностиката и осигуряването на еднакъв достъп за всички раковоболни пациенти до лечение. Ако европейският план за борба с рака бъде приложен у нас, има шанс тези проблеми да бъдат преодолени. Обществени консултации за изготвянето на Национален антираков план 2021 – 2030 г. събират лекари, експерти от здравния сектор и европейските институции, за да обсъдят ангажиментите на България за профилактика, лечение и последващи грижи, свързани с диагнозата рак.

Напоследък може да се отчете, че все по-навреме пациентите се обръщат към профилактиката на онкологичните заболявания, полагат необходимите усилия дори и да няма национален раков скрининг, като особено активни в това отношение са жените. **Обезпечени с финансови средства 4-те основни стълба на плана:** профилактиката, ранната диагностика и лечение, цифровизация на процесите и не на последно място - подобряване качеството на живот на пациентите. Според проф. Дудов европейският план предвижда изравняване на възможностите и това е особено **важно за България, която е в неравностойно положение за диагностика, лечение и скрининг на онко болестите.**(178)

Според проф. Галина Кирова, член на експертния съвет за Националния раков план прилагането на европейския план за борба с рака ще помогне в България да има истински скринингови програми. В ЕС единствено България и Гърция не реализират никакъв популационен скрининг дори за рака на гърдата, шийката на матката и дебелото черво, какъвто в други държави има още от 70-те години на миналия век.

На 25.11.2021 се състоя кръгла маса, на която участват проф. Петко Салчев - председател на НЗОК, проф. Николай Данчев - председател на Националния съвет по цени и реимбурсиране, д-р Тома Томов - зам.-министър на здравеопазването, депутати, представители на съсловните организации на лекари и фармацевти, представители на фармацевтичната индустрия. Модератор на събитието е д-р Александър Симидчиев, пулмолог и депутат в 47-ото Народно събрание.

Водещи български онколози, евродепутати и представители на водещи европейски организации за борба с рака говорят за реализацията на **Европейския план за контрол на рака**, както и за опита на европейски държави, където националните планове дават сериозни резултати. Представители на пациентски организации - Нана Гладуиш /”Една от осем”/, Евгения Александрова /Асоциация на пациентите с

онкологични заболявания/, Пламена Николова /Национална мрежа за децата/, споделят визията си за участието на пациентите в създаването на такъв план.

Кръгла маса на тема: Националният план за контрол на рака

Кръглата маса е заключителната проява на широка експертна дискусия и обществена кампания за създаване на Национален план за контрол на рака в България. Форматът трябва да предвиди мерки за подобряване на: превенцията, ранната диагностика и скрининга, лечението и грижите, качеството на живот на пациентите с рак и хората, които се грижат за тях, управленските решения за борба с рака.(179)

Таблица 2.

Цел 1.	Съвременен подход към рака: нови технологии, изследвания и иновации в полза на онкологичните грижи, ориентирани към пациента. Развитие на система, която предлага устойчиви и модерни грижи по отношение на онкологичните заболявания.
Цел 2.	Спасяване на животи чрез осигуряване на устойчива превенция на раковите заболявания. Осигуряване на условия за подобряване на здравната осведоменост и култура и за прилагане на навременни превантивни мерки за елиминиране и намаляване на експозицията на вредни влияния, породени от подлежащи на изменение рискови фактори, които да ограничат заболяемостта сред населението и да доведат до по-висока здравна култура и по-здравословен начин на живот.
Цел 3.	Подобряване на процеса по ранно откриване на ракови заболявания Въвеждане на съвременни скринингови програми за рак на дебелото черво, рак на гърдата, рак на маточната шийка, рак на простатата, целящи да обхванат възможно най-голям процент от таргетната популация, въвличайки общопрактикуващите лекари в процеса и осигурявайки подходящ механизъм и скринингови методи в съответствие с европейските и световни стандарти. Проучване на доказателствата и създаване на скринингова програма за рак на белия дроб.
Цел 4.	Осигуряване на високи стандарти по отношение на онкологичните грижи в сферата на диагностиката. Осигуряване на възможности за съвременна диагностика за пациентите и равен достъп до диагностични методи, центрове и водещи специалисти.

Цел 5.	Осигуряване на високи стандарти по отношение на онкологичните грижи в сферата на лечението. Осигуряване на равен достъп на пациентите до съвременно лечение и успешно интегриране на мултидисциплинарния подход и системното онкологично лечение в клиничната практика в страната.
Цел 6.	Подобряване на качеството на живот за онкологичните пациенти, оцелелите и тези, които полагат грижи за тях. Подобряване качеството на живот и удовлетвореността от медицинските и немедицински грижи и реинтеграция чрез изграждане на ефективна мрежа от звена, специалисти и форми за пълноценна комуникация с пациентите и техните близки.
Цел 7.	Поставяне на фокус върху специфични онкологични популации. Осигуряване на съвременен подход в онкологичните грижи спрямо конкретни групи с фокус върху педиатрична онкология, редки тумори, злокачествени тумори на хематопоеичната система.

Обобщение и заключение на литературния обзор

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

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

Модерната медицина оформя няколко прогностични фактора, описващи рисковете и евентуалния изход от лечението. Единственият безспорен фактор е произходът на пациента. В сравнение със западните пациенти, азиатските пациенти имат значително по-добра прогноза на рака на стомаха. По отношение влиянието на възрастта, пола и BMI на пациентите върху прогнозата, данните остават противоречиви, въпреки многобройните анализи. Употребата на тютюн причинява приблизително 22% от смъртните случаи от рак на стомаха годишно и е единственият най-голям рисков фактор за смъртност от рак на стомаха в световен мащаб, а може да бъде избегнат. Точно затова е държавна политика на много страни да увеличат насоката си към профилактиката. Освен редицата промени в начина на живот, повечето от които, ще бъдат разгледани в настоящия труд, се намесва и медицинския скрининг. Той спомага основно за ранна диагностика на заболяването, когато медицинската намеса е решаваща. Скринингът идва с много позитивни характеристики и се описва по различни начини, той бива както масов, така и селективен. *Helicobacter pylori* е потвърден маркер за възникване на стомашен рак и се ползва за ранен скрининг. Задължителна е оценка на дефицитите в качеството на живот на болелите от рак на стомаха и създаване на стройна организация между отделните институции за тяхното коригиране.

Карциномът на стомаха може да има значително въздействие върху качеството на живот на пациента, то включва не само здравното състояние, но и физическо,

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

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

ГЛАВА ВТОРА МЕТОДОЛОГИЯ

2.1. Цел:

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

2.2. Задачи:

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

2.3. Дизайн на проучването

Обект на проучването е пациентът с рак на стомаха.

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

Дизайн на проучването

Проведено е ретроспективно клинично-епидемиологично проучване.

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

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

Период на изследване:

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

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

Методите на събиране (емпирични) на информацията:

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

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

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

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

Последната актуализация на данните за проследяването е извършена през 2014 г.

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

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

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

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

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

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

Факторите, свързани със семейното положение и начинът на живот на нашите пациенти, са попълвани според мнението и оценката на пациентът. Въпреки това, бяха дефинирани някои критерии и лимитации, с които да може да се изравняват условията за правилно попълване на данните. Наличието на емоционален стрес е фактор, които трудно би могъл да се възприеме и оцени от външен наблюдател, и като такъв той е изцяло на база оценката на пациента. При употребата на цигари границата е поставена на повече от 5 тютюневи изделия дневно, като при това състояние пациентът е определен за активен пушач. Употребата на алкохол е фактор, които се наблюдава по-трудно, тъй като спиртните напитки са различни по вид и концентрация на алкохол,

въпреки това границата е поставена на повече от 4 пъти седмично консумация на алкохолна напитка с концентрация над 35%. Нездравословното хранене е отново обект на лични убеждения, но по време на анкетата на пациентите беше обяснено, че нездравословните фактори включват честата консумацията на пържени храни, много силно обработени храни, ниска на фибри диета, липса на плодове и зеленчуци и други, но все пак крайната оценка за типа на хранене е оставена на пациента. Останалите показатели са чисто медицински и тяхното състояние е определено въз основа на медицинските данни в личната здравна адокументация на пациента.

2.4. Методи за анализ на информацията

СТАТИСТИЧЕСКИ МЕТОДИ

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

Приложени са следните методи:

1. *Дескриптивен анализ* – в табличен вид е представено честотното разпределение на разглежданите признаци.
2. *Графичен анализ* – за визуализация на получените резултати.
3. *Fisher-Freeman-Halton exact test, Fisher's exact test и χ^2 тест* - за проверка на хипотези за наличие на зависимост между категорийни променливи.
4. *Непараметрични тестове на Колмогоров-Смирнов и Шапиро-Уилк* – за проверка на разпределението за нормалност.
5. *T-критерий на Стюдънт* – за сравняване средните аритметични на две независими извадки.
6. *Непараметричен тест на Ман-Уитни* – за проверка на хипотези за различие между две независими извадки.
7. *Множествен бинарен логистичен регресионен анализ* - за установяване на факторите за изследваното събитие и количествена оценка на тяхното влияние.

2.5. Хипотези

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

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

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

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

3. ГЛАВА ТРЕТА АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ СОБСТВЕНО ПРОУЧВАНЕ

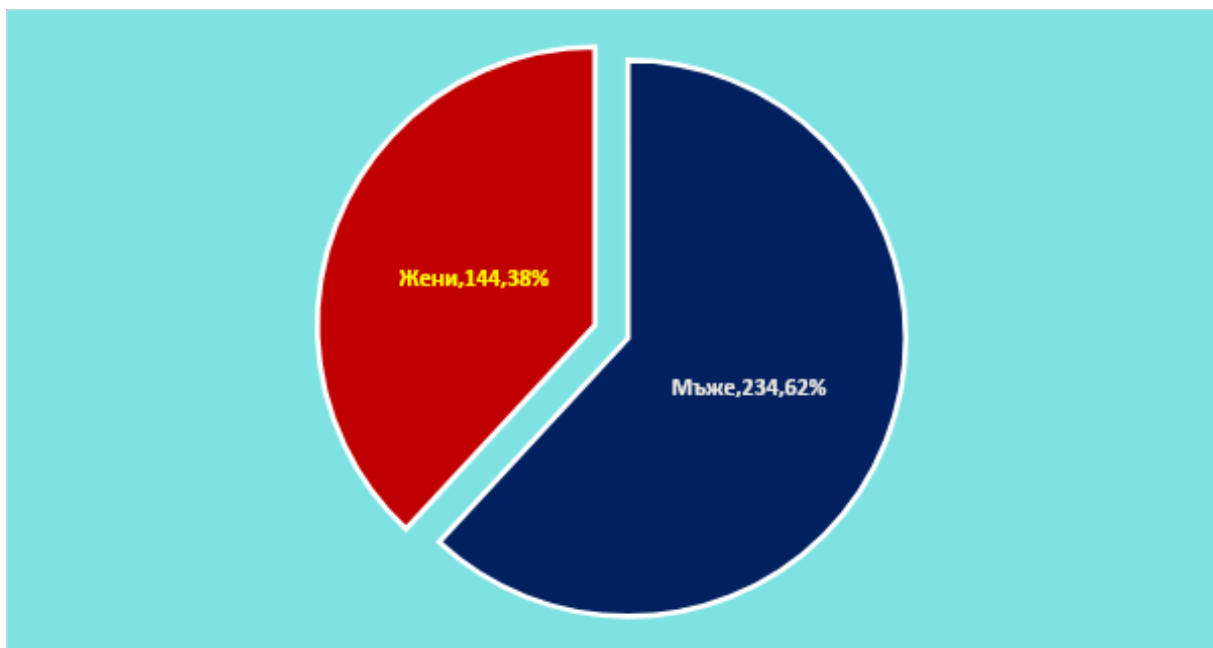
3.1. Фактори, които повлияват заболяемостта на изследваните онкоболни от болницата в гр. Хайделберг, Германия

Описание на извадката от собствено проучване

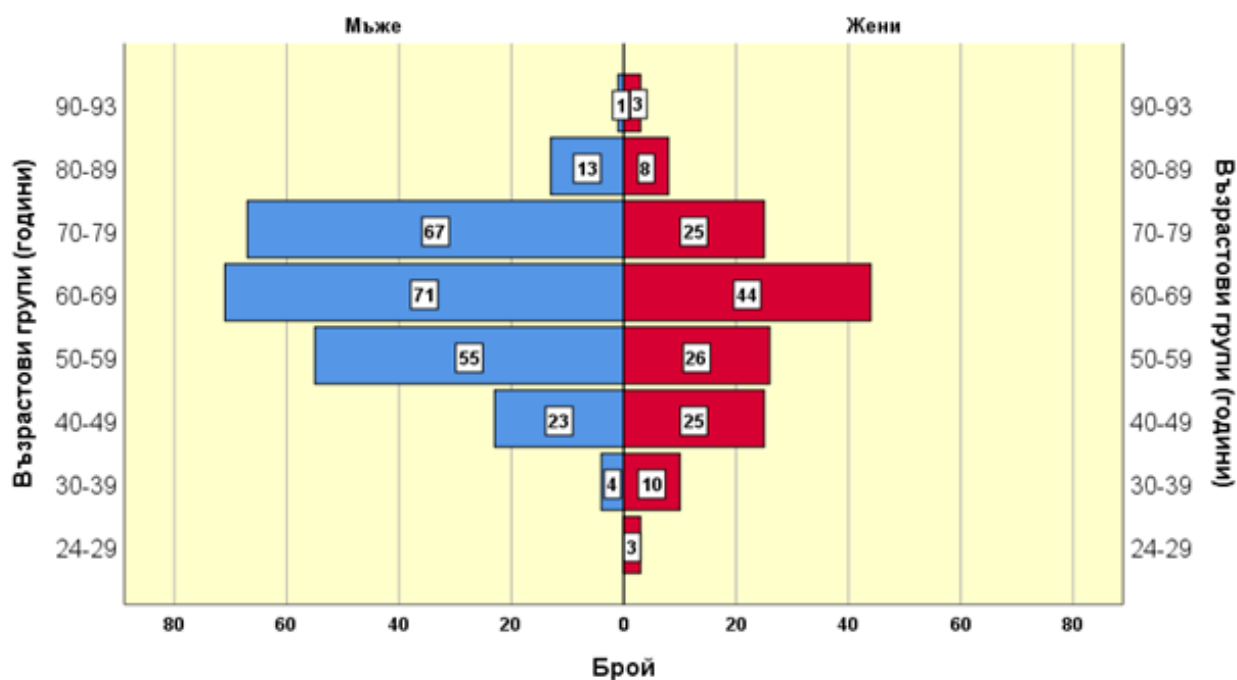
3.1.1. Социално демографски фактори и клиничен контингент

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

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



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



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

3.1.2. Фактор: Възраст

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

Таблица 3. Възрастова група

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

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



3.1.3. Пол

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

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

Таблица 4. Разпределение по пол

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

на алкохол, тютюн и наркотици. Много хора смятат, че тази разлика между половете има еволюционни корени.

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

НСИ обобщава, че Р. България, заедно с Латвия (74.9 години), е сред страните с най-ниска средна продължителност на живота на населението в Европейския съюз, докато Испания (83.4) и Италия (83.1 години) са с най-висока. НСИ разяснява, че различната смъртност при мъжете и жените в Р. България, независимо дали те са болни от ракови заболявания, определят и различната средна продължителност на живота при тези категории население. Средната продължителност на живота в Р България при мъжете е 71.4 години, докато при жените е със 7 години по-висока - 78.4 години. Продължителността на живота след установяване на диагнозата при рак на стомаха при мъже е 36,3 месеца, а при жени - 40,9 месеца.

№

Фигура 8. Местоживееене

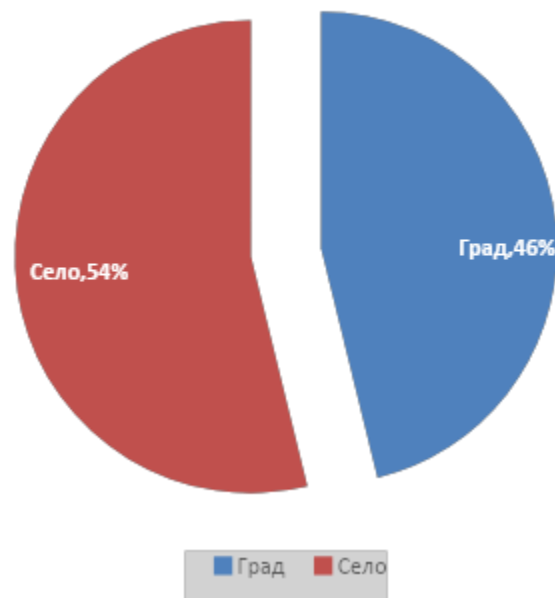


Таблица 5. Местоживеене

Местоживеене	N	%
Град	174	46,2
Село	203	53,8
Общо	377	100,0

От направената анкета на 377 пациенти (един от пациентите не е дал отговор) че по-често боледуват градските жители. Като причини за това можем да предположим:

1. Силно замърсената околна среда
2. Ежедневното психо-емоционално напрежение, присъщо за градските отношения
3. Нередовното хранене, предвид интензивния начин на живот.
4. Храненето с вещества , съдържащи голямо количество стабилизатори, подобрители, оцветители и т.н.



Таблица 6. Работа на пациентите

Работа на пациентите	N	%
предимно физическа	181	47,9
предимно умствена	131	34,7
смесена	66	17,5
Общо	378	100,0

Изследвайки вида на работа на пациентите, заболяемостта от рак на стомаха е съществено по-голяма при хората на физическия труд, отколкото при тези на умствения. Съответно 51% срещу 31.6% . Всички гореспоменати (1., 2., 3., 4.,) плюс по-редките посещения при лекар с цел профилактични прегледи , както и честите епизоди на физическа преумора, съчетани с липсата на възможност за физическо възстановяване.

Не на последно място, в тази група изследвани, употребата на алкохол и тютюнопушене е силно разпространена, което също води до тази по- голяма бройка болели. Голяма част от пациентите с преобладаване на физическия труд, работят във вредна среда (азбест, никел, производство на минерални масла, полимерни производства).

Семейно положение

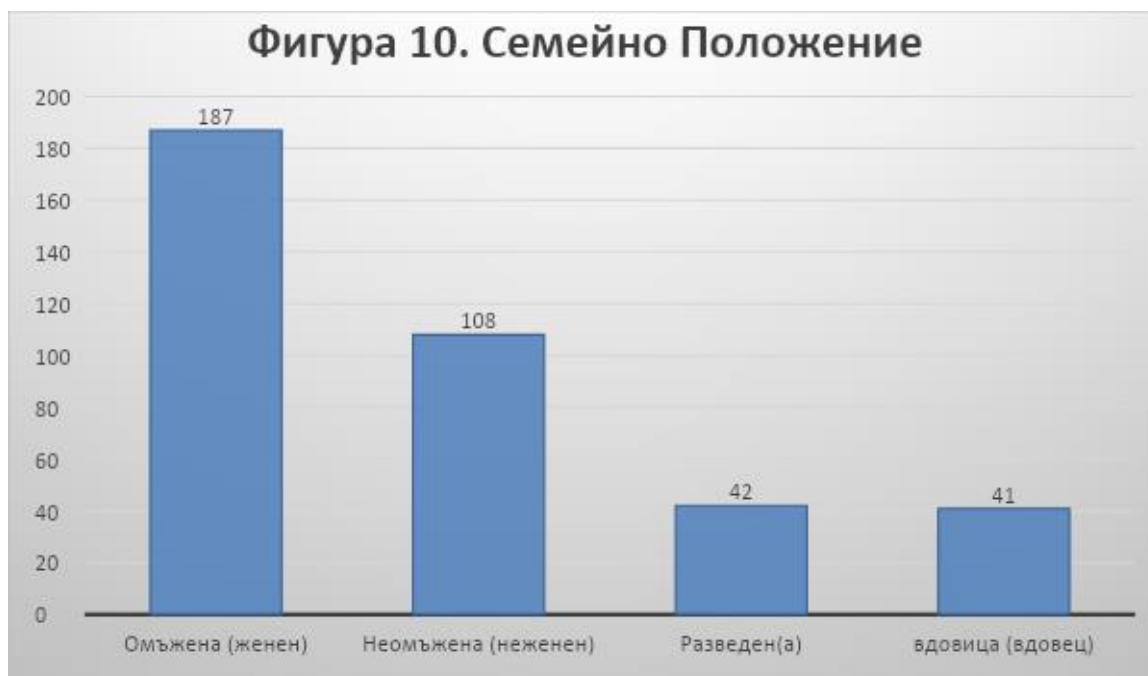


Таблица 7. Семейно положение

семејно положение	N	%
омъжена (женен)	187	49,5
неомъжена (неженен)	108	28,6
разведен(а)	42	11,1
вдовица (вдовец)	41	10,8
Общо	378	100,0

Категорични първенци в заболяемостта от рак на стомаха са семејните. Причините за това са многолики. Но нај-честите може би са: постојаниот емоционален стрес във врска с работата, с грижите за останалата част од семејството и т.н. ; по-честата умора и преумора ; несигурност на доходите во последните години; честият живот на кредит; недостатъчно или неправилно хранене; липсата на време за посешение при лекар с цел профилатични прегледи и др.

На второ място по заболяемост са неженени и неомъжените. За тях важи всичко гореспоменато плус проблемите на самотата. В многу по-малък процент и почти еднаква заболяемост са разведените и вдовците 11.8 % срецу 12.2 %.

3.1.4. Поведенчески ризиови фактори од начина на живот

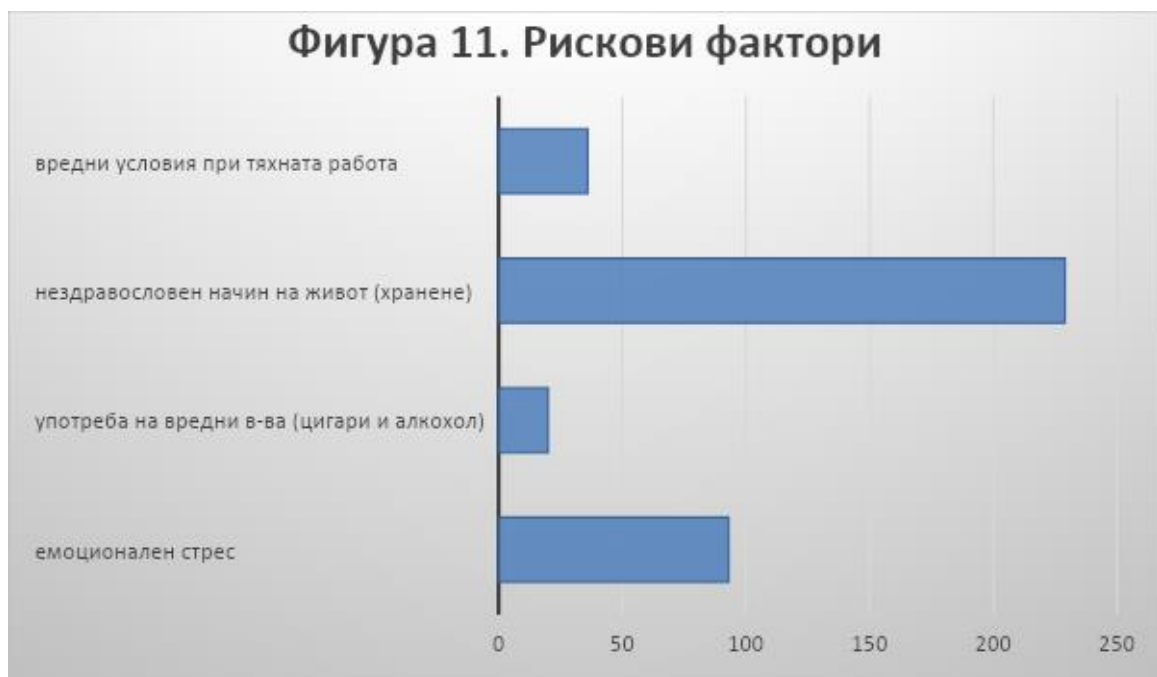


Таблица 7. Ризиови фактори

Рискови фактори	N	%
емоционален стрес	93	24,6
употреба на вредни в-ва (цигари и алкохол)	20	5,3
нездравословен начин на живот (хранене)	229	60,6
вредни условия при тяхната работа	36	9,5
Общо	378	100,0

На първо място категорично стои нездравословният начин на живот (хранене) 56.8%. Обяснението на този огромен процент, с който храненето и нездравословният живот доминират над останалите, се дължи а това, че естеството на стомаха като храносмилателен орган е свързано с преминаването и престоя на всякакви видове храни и течности. Независимо от това, че човек се храни предимно с плодове и зеленчуци, на последък ние знаем, че отглеждането им е свързано с увеличаване на количеството на нитратите и нитритите. В последните години все по-често в състава на поливните води се откриват вредни вещества, като една не малка част от тях са радиоактивни.

Към нездравословния начин на живот като фактори може да посочим системната употреба на алкохол, цигари и упойващи вещества. По този въпрос фактите са категорични.

На второ място като причина за заболяемостта от рак на стомаха, може да посочим вредните условия на работа - 11.3 %. За тях също стана дума при анализирането на предходната диаграма.

Особено място сред рисковите фактори, облагодетелстващи заболяването от рак на стомаха, заема емоционалният стрес - 25.3 %. Този факт заслужава особено внимание, тъй като с напредване на технологиите той вероятно ще нараства. Всички сили на превантивната медицина трябва да бъдат насочени към неговото детайлно проучване и разработване на интернационална стратегия за неговото намаляване.

3.1.5. Социално медицински последствия (ОТРАЖЕНИЯ) след лечението

Трудоспособност



Таблица 8. Намаляване на трудоспособността

Намаляване на трудоспособността	N	%
Да	129	34,3
Не	72	19,1
Отчасти	175	46,5
Общо	376	100,0

Двама от пациентите не са дали отговор.

Намаляване на трудоспособността на болните.

Известно е, че този вид заболяване води до намаляване на трудоспособността на болните, било тя частична или пълна, което автоматически причислява болестта, дори само по този показател, към социално значимите.

Проблеми със съня

Поставена на последно място, но в никакъв случай не най-маловажна, е темата за проблемите със съня. За неговата важност достатъчно говорят изградените в последните десетилетия множество големи институти, занимаващи се с инсомниите.

Сънят в по-голямата си част е ортодоксален (93% до 97%) и в много по-малка част (

между 3% и 5%) е парадоксален. Именно в парадоксалната част на съня се появяват съновиденията. При пациентите с карцином на стомаха често пъти парадоксалният сън се изразява с поява на кошмари, което допълнително влошава психоемоционалното им състояние. Осигуряването на добър сън на пациентите е от изключителна важност и трябва да бъде направено всичко възможно той да бъде максимално подсигурен. От проведената анкета категорично може да се каже, че сънят не е нарушен при много малка част от пациентите, около 15.8%. При 84.25 от пациентите, независимо дали епизодично или постоянно, проблематичният сън е факт.

Фигура 13. Проблеми със съня

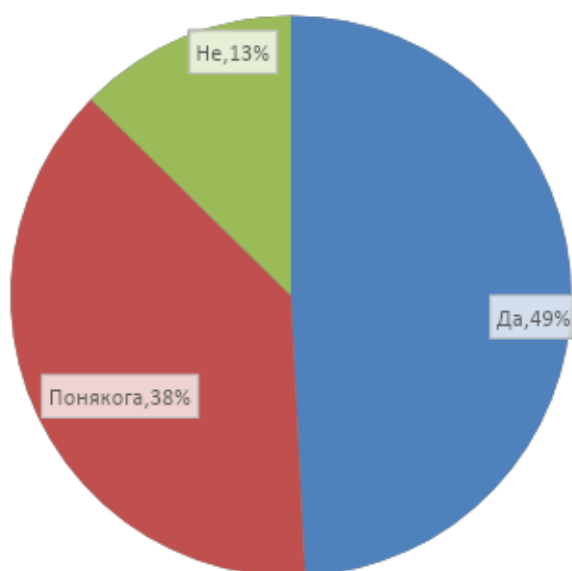


Таблица 9. Проблеми със съня

проблеми със съня	N	%
Да	183	49,2
Понякога	142	38,2
Не	47	12,6
Общо	372	100,0

Шест от пациентите не са дали отговор

3.1.6. Придружаващи заболявания на болелите от рак на стомаха

Сърдечни заболявания

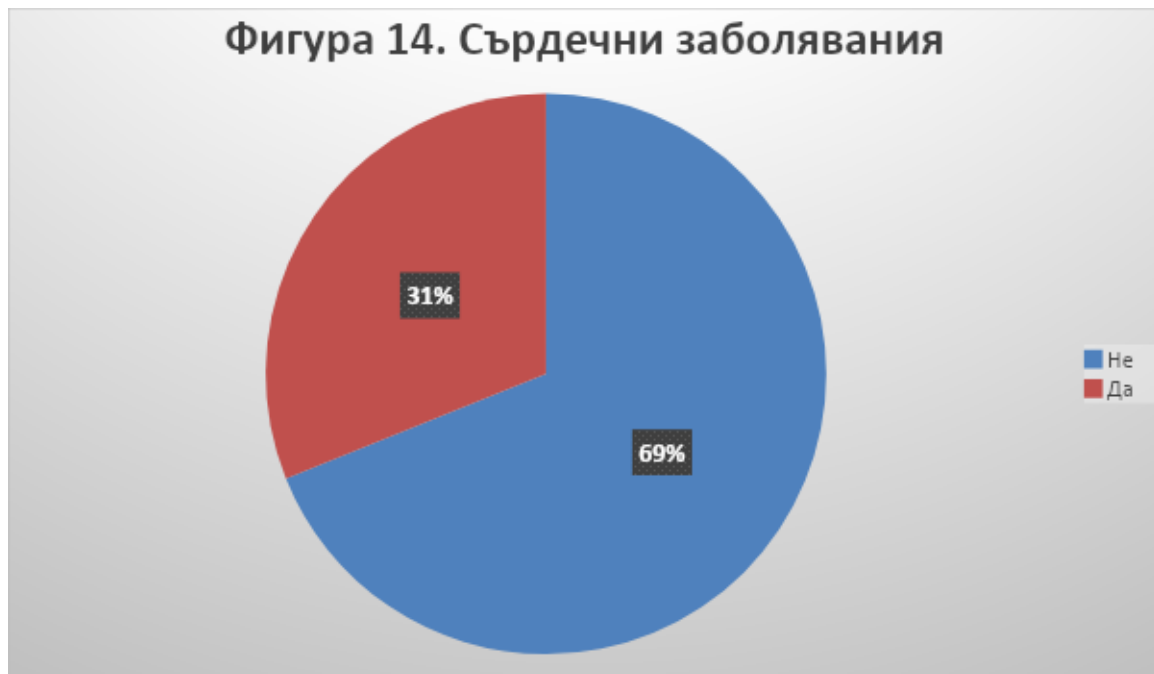
на онкоболния: 0 = не; 1 = да.

При изведения критерий и показател едно от придружаващите заболявания при онкоболните са сърдечните заболявания. От общо 312 респонденти 97 страдат от съпътстващи сърдечни заболявания, което е близа една трета от групата - 31,1%.

Таблица 10. Сърдечни заболявания

сърдечни заболявания	N	%
Не	215	68,9
Да	97	31,1
Общо	312	100,0

Шест от пациентите не са дали отговор.



Белодробни заболявания

При изведения критерий и показател едно от придружаващите заболявания при онкоболните са белодробните заболявания. От генералната съвкупност 312, страдащи от белодробни заболявания 142, или 45,5% от изследваните респонденти проявяват 170 от тях не проявяват такива признаци, което прави 54,5% от извадката.

Таблица 11. Белодробни заболявания

белодробни заболявания	N	%
Не	170	54,5
Да	142	45,5
Общо	312	100,0

Шест от пациентите не са дали отговор.



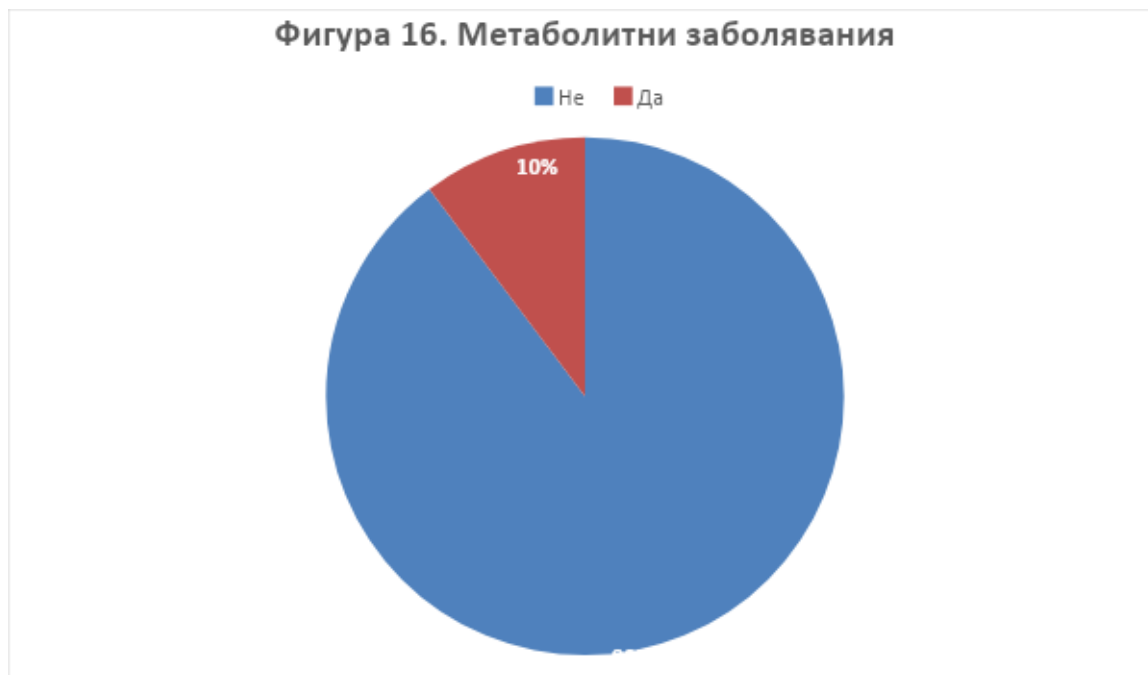
Метаболитни заболявания: 0 = не; 1 = да.

Съвременната популация показва значително увеличаване на метаболитните заболявания, поради което е събрана информация за тях като придружаващи заболявания в изследваната група. От генералната съвкупност на 312 изследвани лица 280 (89,7%) от тях не проявяват такава симптоматика, а 32 (10,3%) – проявяват признаци на влошена здравна картина на метаболитни заболявания.

Шест от пациентите не са дали отговор.

Таблица 12. Метаболитни заболявания

метаболитни заболявания	N	%
Не	280	89,7
Да	32	10,3
Общо	312	100,0



Други злокачествени заболявания: 0 = не; 1 = да.

При изведения фактор и показател едно от придружаващите заболявания при онкоболните са други злокачествени заболявания. От генералната съвкупност на 378 изследвани лица 3 (0,8%) от тях не проявяват такава симптоматика, а 375 (99,2%) – проявяват признаци на влошена здравна картина на други злокачествени заболявания.

Наличие на вторичен тумор: 1=да; 0 = не.

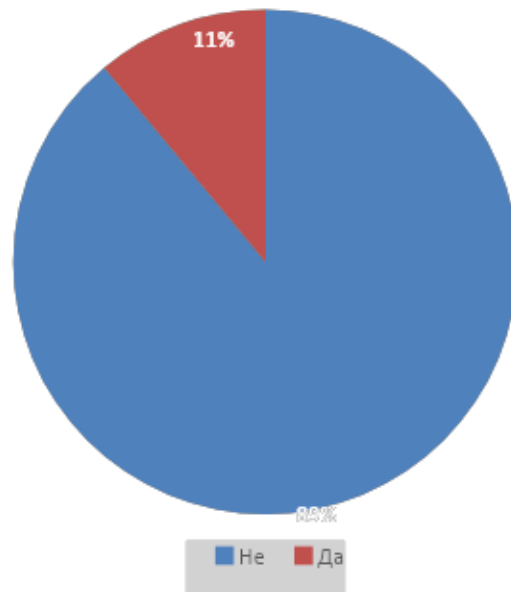
На таблица № 21 се показва наличието на вторичен тумор. В генералната съвкупност от изследвани 317 страдащи, 282 от тях не показват наличие на вторичен тумор, или 89,0%, а 35 души показват такива показатели, или 11,0%. Останалите 61 пациенти не са били изследвани за вторичен тумор.

Таблица 13. Наличие на вторичен тумор

наличие на вторичен тумор	N	%
Не	282	89,0
Да	35	11,0
Общо	317	100,0

61 от пациентите не са дали отговор.

Фигура 17. Наличие на вторичен тумор



Показател № 3: АВ-опериран ли е първо тумора?

1= да; 2 = не, което означава лечение преди това с химиотерапия/лъчетерапия

В този показател се представя лечение преди да се приложи химио- или лъчетерапия. От генералната съвкупност 377 онкоболни, 269 (71,4%) са били първо оперирани, вследствие на което им е приложена инвазивната процедура химиотерапия/лъчетерапия. 108 онкоболни, или 28,6% са било подложени на химиотерапия/лъчетерапия, а след това са били оперирани.

Фигура 18. Класификация на Лаурен следоперативно



3.1.7. Проверяваща статистика Анализ на влиянието на демографските и социални фактори върху поведенческите фактори и факторите от начина на живот при пациентите с рак на стомаха

Разпределение по полова принадлежност

По полова принадлежност участниците в проучването са 234 (61,9%) мъже и 144 (38,1%) жени.

От табл. 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 става ясно, че половата принадлежност вероятно няма връзка с нито един от показателите физическа активност, тютюнопушене, нездравословно хранене, наличие на стрес според мнението на пациента, образование, наднормено тегло и злоупотреба с алкохол. Сигнификантна зависимост на пола се установява единствено със сърдечно-съдовите заболявания – относителният им дял при мъжете е статистически значимо по-голям от този на жените.

Таблица 14: Анализ на зависимостта между показателите пол и физическа активност

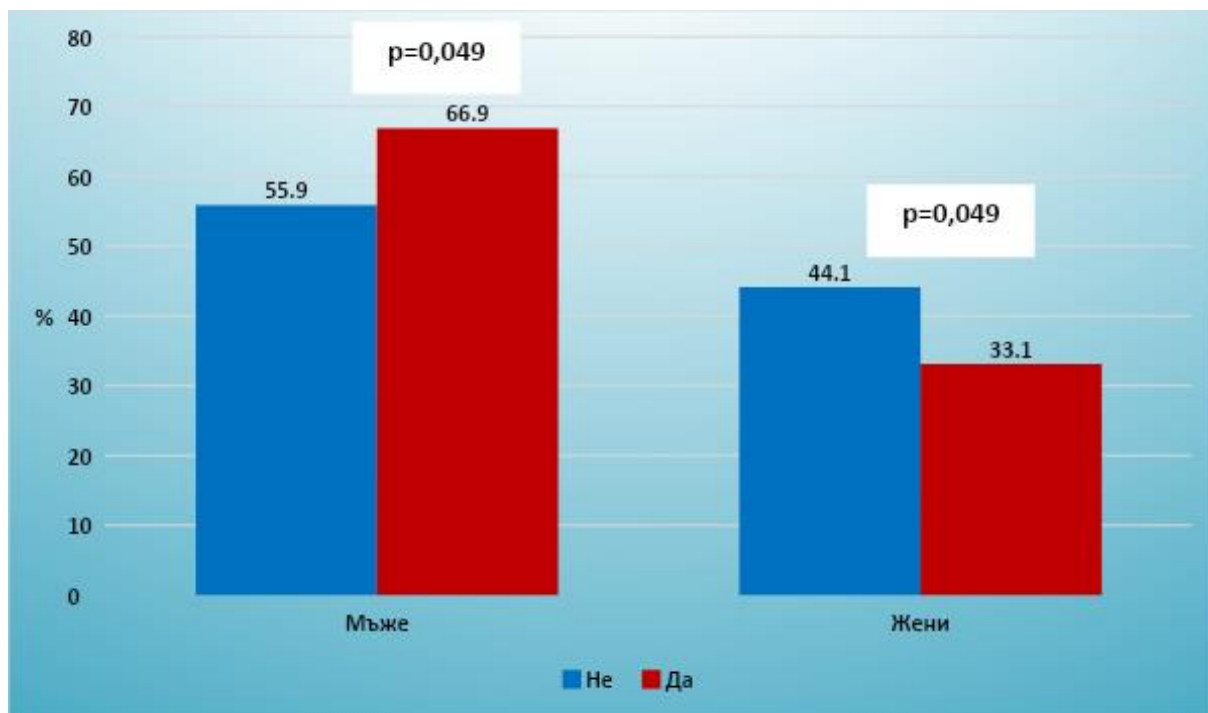
Пол	Честота	Физическа активност		P
		Не	Да	
Мъже	n	182	49	0,696
	%	61,1	63,6	
Жени	n	116	28	
	%	38,9	36,4	

Таблица 15. Анализ на зависимостта между показателите пол и тютюнопушене

Пол	Честота	Тютюнопушене		P
		Не	Да	
Мъже	n	108	121	0,749
	%	62,4	60,5	
Жени	n	65	79	
	%	37,6	39,5	

Таблица 16. Анализ на зависимостта между показателите пол и сърдечно-съдови заболявания

Пол	Честота	Сърдечно-съдови заболявания		P
		Не	Да	
Мъже	n	95	95	0,049
	%	55,9	66,9	
Жени	n	75	47	
	%	44,1	33,1	



Фигура 19: Сигнификантни разлики на показателя сърдечно-съдови заболявания по полова принадлежност

Таблица 17. Анализ на зависимостта между показателите пол и нездравословно хранене

Пол	Честота	Нездравословно хранене		P
		Не	Да	
Мъже	n	155	76	1,000
	%	61,8	61,3	
Жени	n	96	48	
	%	38,2	38,7	

Таблица 18: Анализ на зависимостта между показателите пол и наличие на стрес според мнението на пациента

Пол	Честота	Наличие на стрес според мнението на пациента		P
		Не	Да	
Мъже	n	67	167	1,000
	%	62,0	61,9	
Жени	n	41	103	
	%	38,0	38,1	

Таблица 19: Анализ на зависимостта между показателите образование и физическа активност

Пол	Честота	Образование		P
		Средно или начално	Висше	
Мъже	n	173	58	0,806
	%	61,3	63,0	
Жени	n	109	34	
	%	38,7	37,0	

Таблица 20: Анализ на зависимостта между показателите пол и наднормено тегло

Пол	Честота	Наднормено тегло	P
-----	---------	------------------	---

		Не	Да	
Мъже	n	191	42	0,785
	%	62,4	60,0	
Жени	n	115	28	
	%	37,6	40,0	

Таблица 21: Анализ на зависимостта между показателите пол и злоупотреба с алкохол

Пол	Честота	Злоупотреба с алкохол		P
		Не	Да	
Мъже	n	216	15	1,000
	%	61,7	60,0	
Жени	n	134	10	
	%	38,3	40,0	

За целите на аналитичната проверяваща статистика сме използвали разпределение по възрастови групи по СЗО

Съгласно възрастовото групиране на СЗО, участниците в проучването са разделени на 4 възрастови групи:

15-44 години – 42 или 11,1%;

45-59 години – 104 или 27,5%;

60-74 години – 170 или 45% и

75+ години – 62 или 16,4%.



Фигура 20: Честотно разпределение на участниците в проучването съгласно възрастовото групиране на СЗО

Възрастта не предполагаме, че има връзка с показателите физическа активност, тютюнопушене и злоупотреба с алкохол - на табл. 22, 23 и 29.

Сигнификантна зависимост на възрастта се установява със:

Сърдечно-съдовите заболявания – във възрастови групи 60-74 и 75+ години доминират по-високите им проценти, докато в двете по-млади групи – 15-44 и 45-59 – по-ниските;
Нездравословното хранене – преобладава при най-възрастните (75+ години) и е със значимо по-малък относителен дял във възрастова група 45-59 години;

Наличието на стрес според мнението на пациента - доминира при най-възрастните (75+ години) и е със значимо по-малък относителен дял във възрастова група 15-44 години;

Образованието – при най-младите (15-44 години) – сигнификантно по-висок е процентът на висшистите;

Наднормено тегло – с гранична сигнификантност има по-висок процент при най-младите, и по-нисък при най-възрастните.

Таблица 22: Анализ на зависимостта между показателите възраст и физическа активност

	Честота	Физическа активност	P
--	---------	---------------------	---

Възраст (години)		Не	Да	
15 – 44	n	34	8	0,745
	%	11,4	10,4	
45 – 59	n	85	19	
	%	28,5	24,7	
60 – 74	n	129	39	
	%	43,3	50,6	
75+	n	50	11	
	%	16,8	14,3	

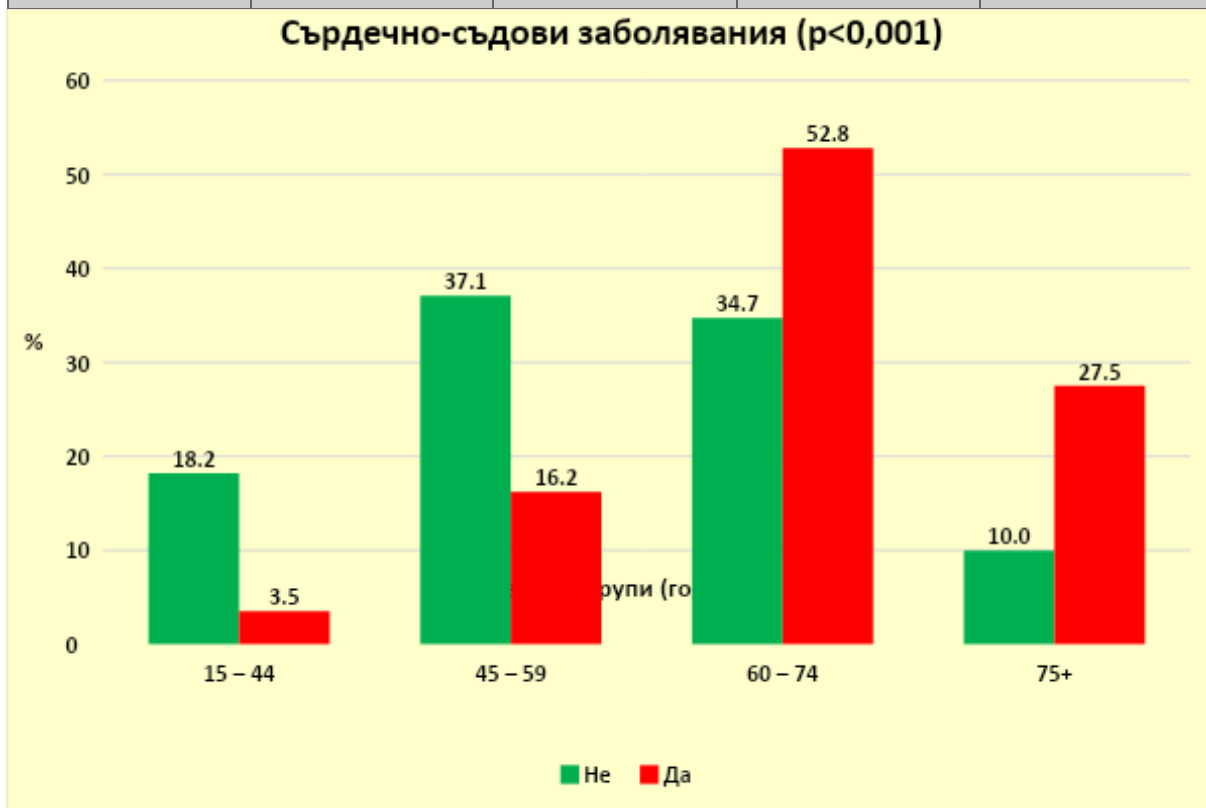
Таблица 23: Анализ на зависимостта между показателите възраст и тютюнопушене

Възраст (години)	Честота	Тютюнопушене		P
		Не	Да	
15 – 44	n	17	25	0,292
	%	9,8	12,5	
45 – 59	n	42	62	
	%	24,3	31,0	
60 – 74	n	82	85	
	%	47,4	42,5	
75+	n	32	28	
	%	18,5	14,0	

Таблица 24: Анализ на зависимостта между показателите възраст и сърдечно-съдови заболявания

Възраст (години)	Честота	Сърдечно-съдови заболявания		P
		Не	Да	
15 – 44	n	31	5	<0,001
	%	18,2	3,5	
45 – 59	n	63	23	<0,001
	%	37,1	16,2	
60 – 74	n	59	75	0,001

	%	34,7	52,8	
75+	n	17	39	<0,001
	%	10,0	27,5	

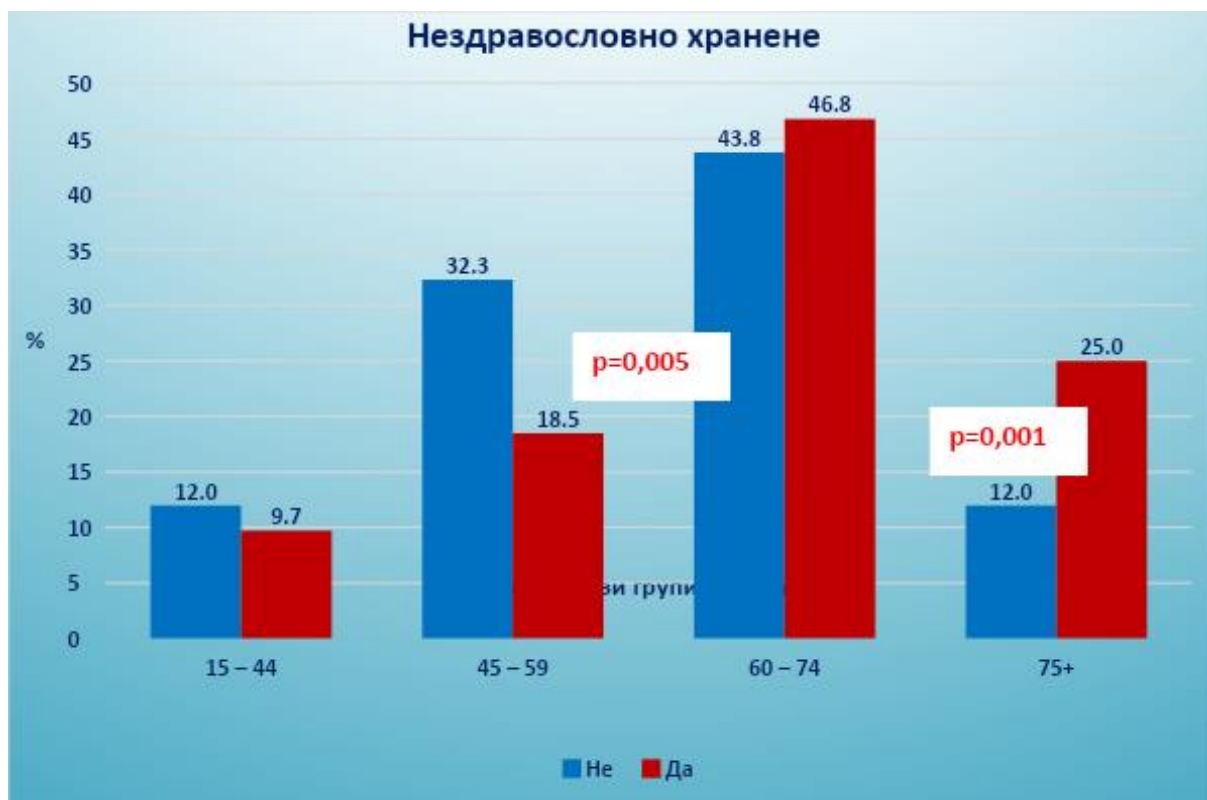


Фигура 21: Сигнификантни разлики на показателя сърдечно-съдови заболявания при различните възрастови групи

Таблица 25. Анализ на зависимостта между показателите възраст и нездравословно хранене

Възраст (години)	Честота	Нездравословно хранене		P
		Не	Да	
15 – 44	n	30	12	0,508
	%	12,0	9,7	
45 – 59	n	81	23	0,005
	%	32,3	18,5	
60 – 74	n	110	58	0,583
	%	43,8	46,8	
75+	n	30	31	0,001

	%	12,0	25,0	
--	---	------	------	--



Фигура 22: Сигнификантни разлики на показателя нездравословно хранене при различните възрастови групи

Таблица 26. Анализ на зависимостта между показателите възраст и наличие на стрес според мнението на пациента

Възраст (години)	Честота	Наличие на стрес според мнението на пациента		P
		Не	Да	
15 – 44	n	19	23	0,011
	%	17,6	8,5	
45 – 59	n	36	68	0,112
	%	33,3	25,2	
60 – 74	n	46	44	
	%	46,3	44,4	
75+	n	3	59	<0,001
	%	2,8	21,9	

Таблица 27: Анализ на зависимостта между показателите възраст и образование

Възраст (години)	Честота	Образование		P
		Средно или начално	Висше	
15 – 44	n	24	18	0,004
	%	8,5	19,6	
45 – 59	n	81	23	0,492
	%	28,7	25,0	
60 – 74	n	127	40	0,802
	%	45,0	43,5	
75+	n	50	11	0,199
	%	17,7	12,0	



Фигура 23: Сигнификантни разлики на показателя образование при различните възрастови групи

Таблица 28.: Анализ на зависимостта между показателите възраст и наднормено тегло

Възраст (години)	Честота	Наднормено тегло		P
		Не	Да	
15 – 44	n	29	13	0,058
	%	9,5	18,6	
45 – 59	n	84	19	
	%	27,5	27,1	
60 – 74	n	137	32	
	%	44,8	45,7	
75+	n	56	6	
	%	18,3	8,6	

Таблица 29. Анализ на зависимостта между показателите възраст и злоупотреба с алкохол

Възраст (години)	Честота	Злоупотреба с алкохол		P
		Не	Да	
15 – 44	n	40	2	0,566
	%	11,4	8,0	
45 – 59	n	94	10	
	%	26,9	40,0	
60 – 74	n	159	9	
	%	45,4	36,0	
75+	n	57	4	
	%	16,3	16,0	

Разпределение по семейно положение

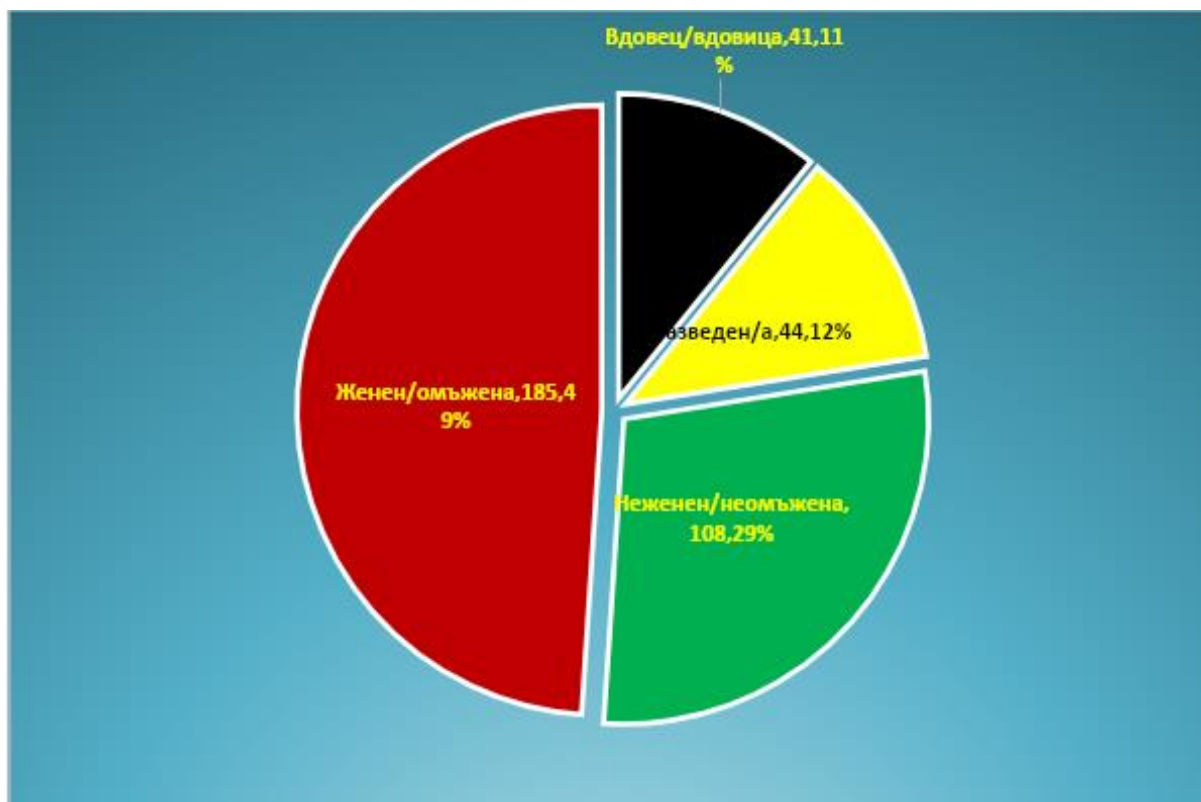
Според семейно си положение участниците в проучването са разделени на 4 групи:

Женен/омъжена – 185 или 48,9%;

Неженен/неомъжена – 108 или 28,6%;

Разведен/а – 44 или 11,6% и;

Вдoveц/вдовица – 41 или 10,8%.



Фигура 24: Честотно разпределение на изследвания контингент по семейно положение
 На табл. 30, 31, 32 и 33 се вижда, че семейното положение вероятно не е свързано с показателите физическа активност, сърдечно-съдови заболявания, нездравословно хранене и наличие на стрес според мнението на пациента.

Статистически достоверна зависимост на семейното положение се установява с:

Тютюнопушене – категориите „Вдовец/вдовица“ и „Женен/омъжена“ имат значимо по-високи проценти, докато „Неженен/неомъжена“ – по-нисък относителен дял (табл. 34);

Образование – висшето е със сигнификантно по-голям относителен дял при „Женен/омъжена“ и със значимо по-малък при „Неженен/неомъжена“ (табл. 35);

Наднормено тегло и злоупотреба с алкохол – значимо повече при „Женен/омъжена“ и сигнификантно по-малко при „Неженен/неомъжена“ (табл. 36 и 37).

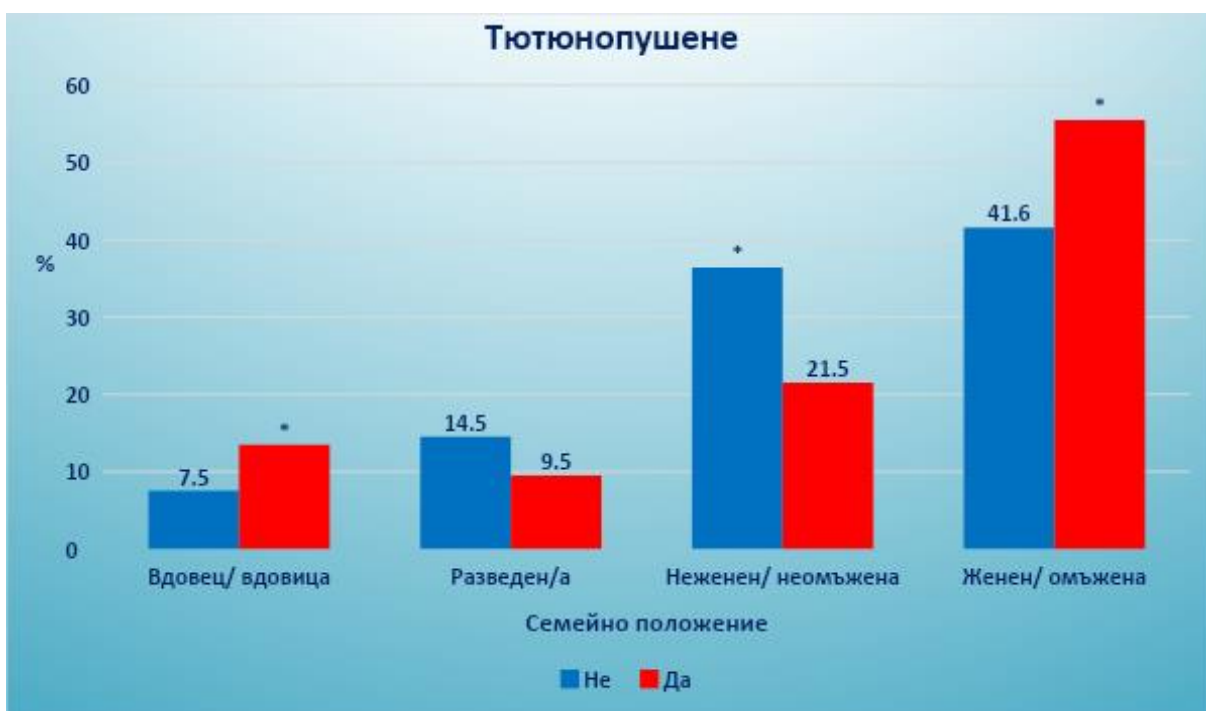
Таблица 30. Анализ на зависимостта между показателите семейно положение и физическа активност

Семейно положение	Честота	Физическа активност		P
		Не	Да	
Вдовец/вдовица	n	32	8	0,762
	%	10,7	10,4	

Разведен/а	n	36	8	
	%	12,1	10,4	
Неженен/неомъжена	n	82	26	
	%	27,5	33,8	
Женен/омъжена	n	148	35	
	%	49,7	45,5	

Таблица 31. Анализ на зависимостта между показателите семейно положение и тютюнопушене

Семейно положение	Честота	Тютюнопушене		P
		Не	Да	
Вдовец/вдовица	n	13	27	0,062
	%	7,5	13,5	
Разведен/а	n	25	19	0,136
	%	14,5	9,5	
Неженен/неомъжена	n	63	43	0,002
	%	36,4	21,5	
Женен/омъжена	n	72	111	0,008
	%	41,6	55,5	



Фигура 25: Сигнификантни разлики на показателя тютюнопушене според семейното положение

Таблица 32. Анализ на зависимостта между показателите семейно положение и сърдечно-съдови заболявания

Семейно положение	Честота	Сърдечно-съдови заболявания		P
		Не	Да	
Вдoveц/вдовица	n	19	20	0,739
	%	11,2	14,1	
Разведен/а	n	22	15	
	%	12,9	10,6	
Неженен/неомъжена	n	51	38	
	%	30,0	26,8	
Женен/омъжена	n	78	69	
	%	45,9	48,6	

Таблица 33: Анализ на зависимостта между показателите семейно положение и нездравословно хранене

Семейно положение	Честота	Нездравословно хранене		P
		Не	Да	
Вдoveц/вдовица	n	25	15	0,319
	%	10,0	12,1	
Разведен/а	n	34	10	
	%	13,5	8,1	
Неженен/неомъжена	n	75	33	
	%	29,9	26,6	
Женен/омъжена	n	117	66	
	%	46,6	53,2	

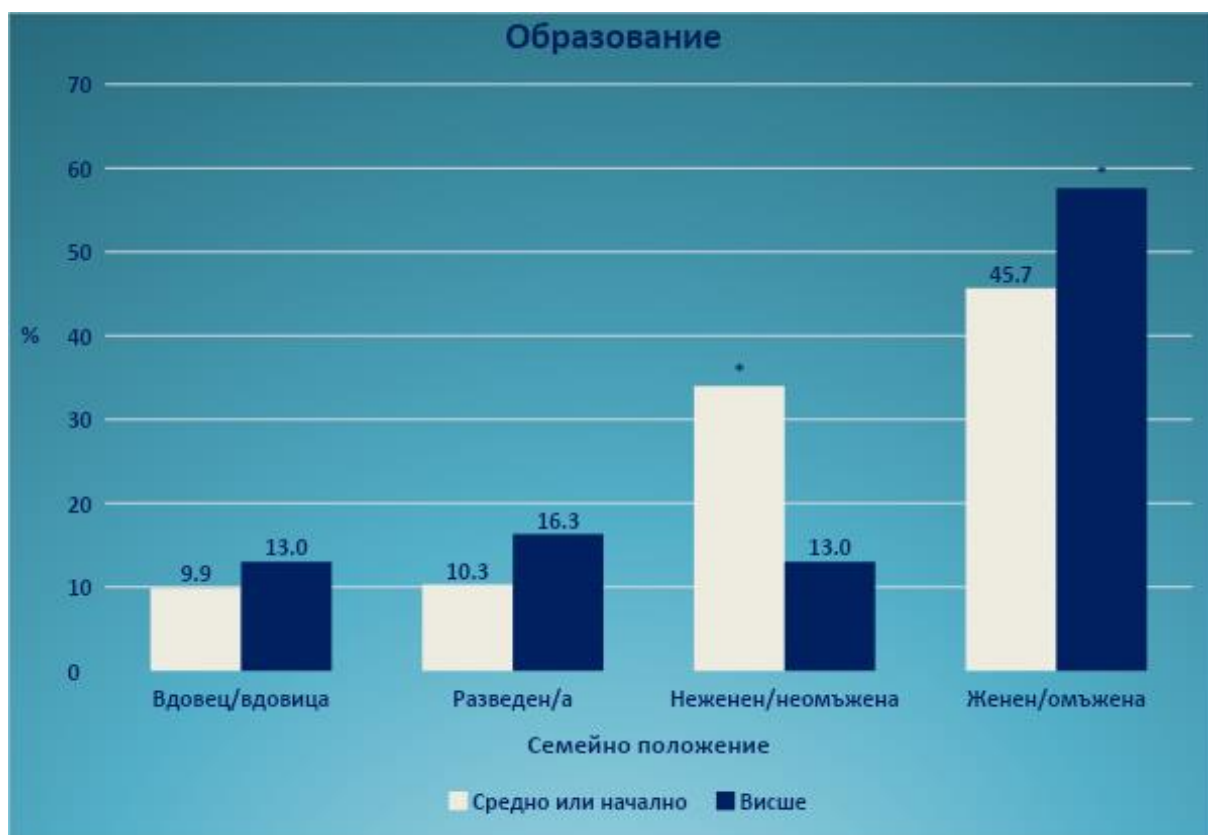
Таблица 34.: Анализ на зависимостта между показателите семейно положение и наличие на стрес според мнението на пациента

Семейно положение	Честота	Наличие на стрес според мнението на пациента	P

		Не	Да	
Вдoveц/вдовица	n	9	32	0,774
	%	8,3	11,9	
Разведен/а	n	13	31	
	%	12,0	11,5	
Неженен/неомъжена	n	30	78	
	%	27,8	28,9	
Женен/омъжена	n	56	129	
	%	51,9	47,8	

Таблица 35. Анализ на зависимостта между показателите семейно положение и образование

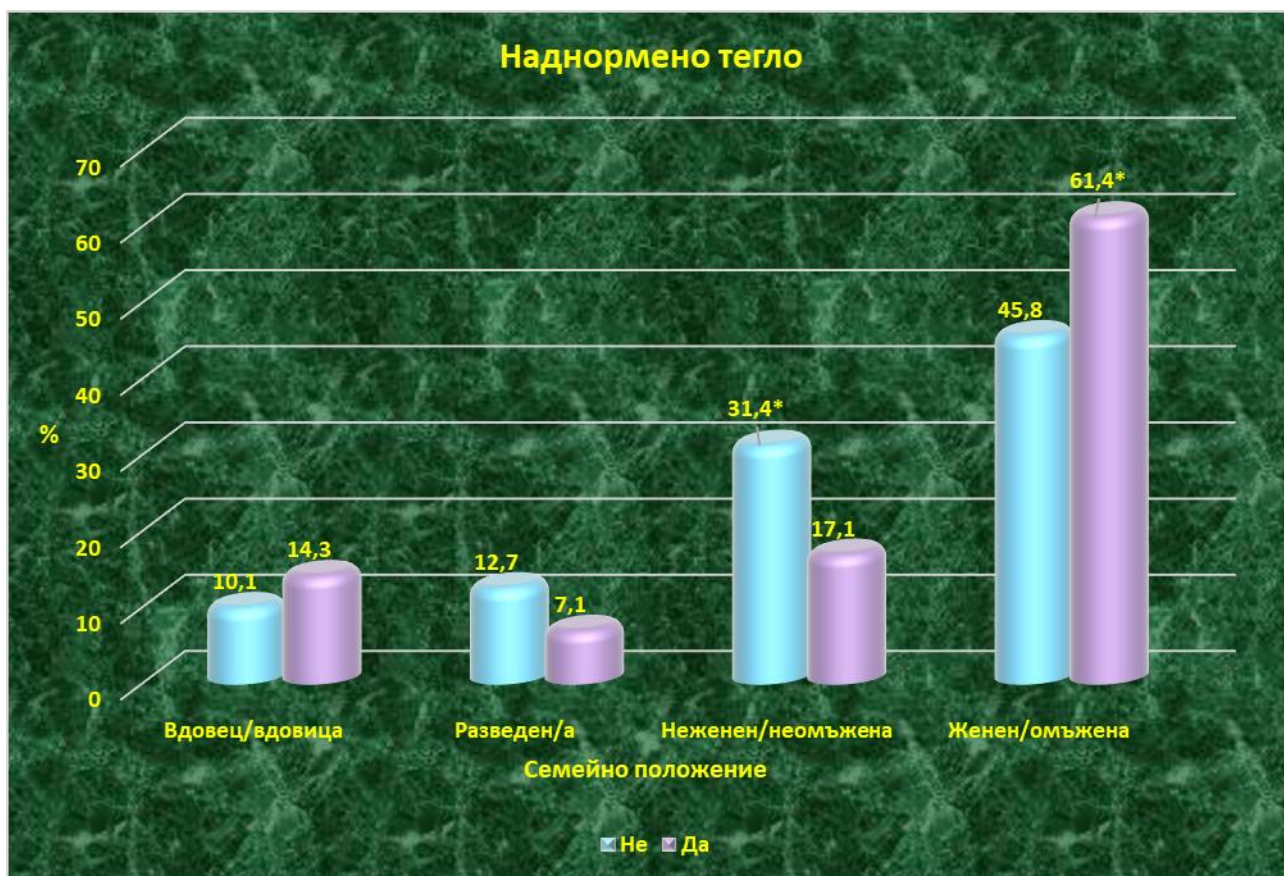
Семейно положение	Честота	Образование		P
		Средно или начално	Висше	
Вдoveц/вдовица	n	28	12	0,404
	%	9,9	13,0	
Разведен/а	n	29	15	0,122
	%	10,3	16,3	
Неженен/неомъжена	n	96	12	<0,001
	%	34,0	13,0	
Женен/омъжена	n	129	53	0,048
	%	45,7	57,6	



Фигура 26: Сигнификантни разлики на разглежданите видове образование при различните категории на показателя семейно положение

Таблица 36.: Анализ на зависимостта между показателите семейно положение и наднормено тегло

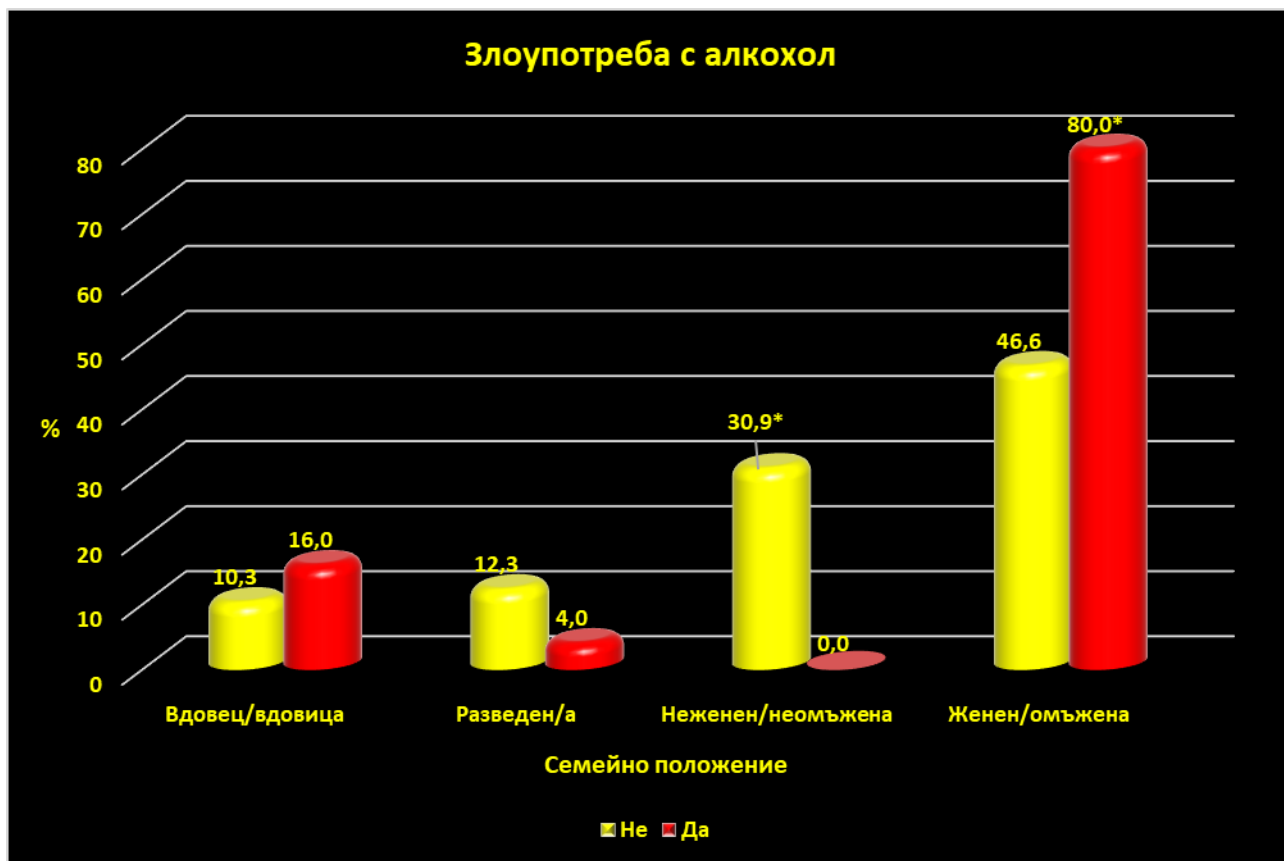
Семейно положение	Честота	Наднормено тегло		P
		Не	Да	
Вдовец/вдовица	n	31	10	0,309
	%	10,1	14,3	
Разведен/а	n	39	5	0,188
	%	12,7	7,1	
Неженен/неомъжена	n	96	12	0,017
	%	31,4	17,1	
Женен/омъжена	n	140	43	0,019
	%	45,8	61,4	



Фигура 27: Сигнификантни разлики на наднорменото тегло при различните категории на показателя семейно положение

Таблица 37. Анализ на зависимостта между показателите семейно положение и злоупотреба с алкохол

Семейно положение	Честота	Злоупотреба с алкохол		P
		Не	Да	
Вдовец/вдовица	n	36	4	0,373
	%	10,3	16,0	
Разведен/а	n	43	1	0,214
	%	12,3	4,0	
Неженен/неомъжена	n	108	0	0,001
	%	30,9	0,0	
Женен/омъжена	n	163	20	0,001
	%	46,6	80,0	



Фигура 28: Сигнификантни разлики при злоупотребата с алкохол според различните категории на показателя семейно положение

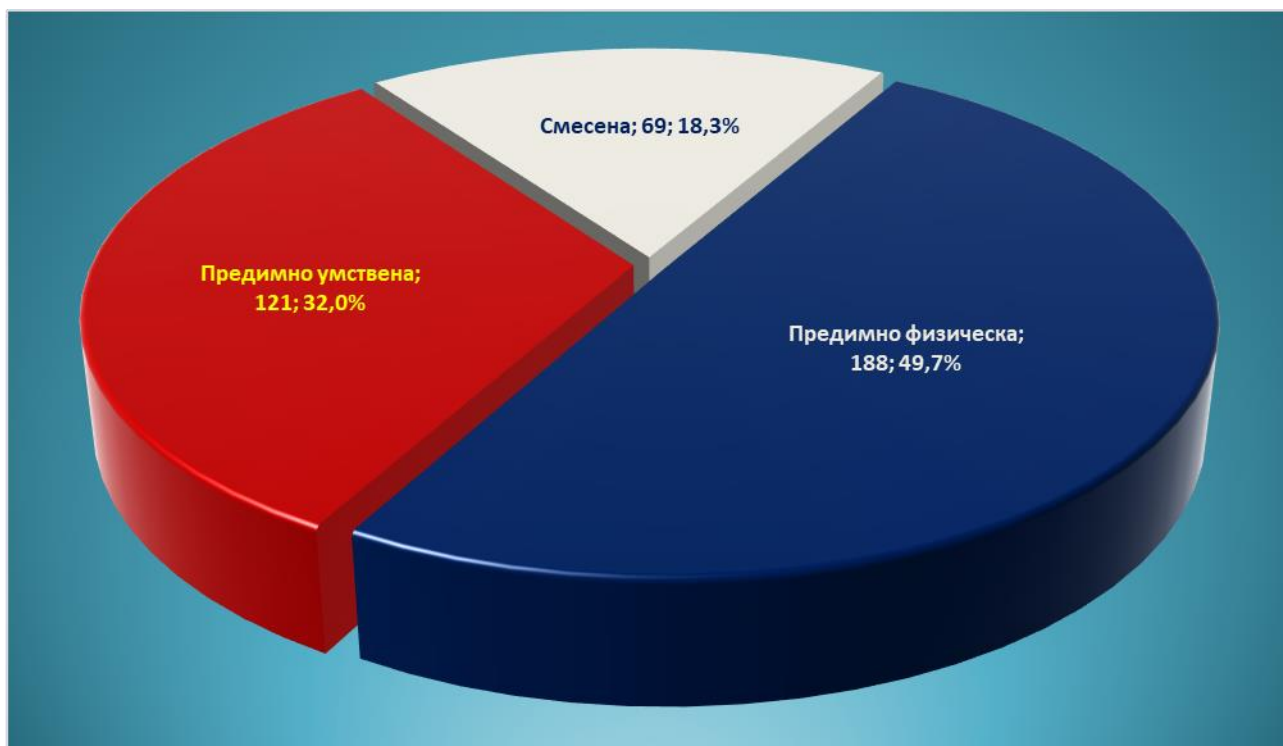
Разпределение по вид на работата

Според вида на работата си участниците в проучването са разделени на три групи:

Предимно физическа – 188 или 49,7%;

Предимно умствена – 121 или 32,0% и;

Смесена – 69 или 18,3%.



Фигура 29: Честотно разпределение на изследвания контингент по вид на работата
 Резултатите от табл. 38 и 40 показват, че за видът на работата не се откриват данни за корелация с показателите физическа активност и сърдечно-съдови заболявания.

Статистически значима зависимост на вида на работата се установява с:

Тютюнопушене – сигнификантно по-малък относителен дял при „Предимно физическа“ и статистически достоверно по-висок при „Предимно умствена“ (табл. 38);

Нездравословно хранене – с гранична сигнификантност по-малко срещано при пациентите с предимно физическата работа и със значимо по-висок относителен дял при имащите смесен вид работа (табл. 41);

Наличие на стрес според мнението на пациента – значимо по-малко при „Предимно физическа“ и сигнификантно повече при „Смесена“ (табл. 42);

Образованието – статистически достоверно по-голям относителен дял на имащите средно или начално образование при упражняващите „Предимно физическа“ работа и с гранична сигнификантност по-висок процент на висшистите при изпълняващите предимно умствена работа (табл.43);

Наднормено тегло – със значимо по-висок процент при извършващите предимно умствена работа и по-нисък при тези с предимно физическа (табл. 44);

Злоупотреба с алкохол – сигнификантно по-нисък относителен дял при изпълняващите предимно физическа работа и статистически достоверно по-висок при предимно умствената и смесен вид работа (табл. 45).

Таблица 38. Анализ на зависимостта между показателите вид на работата и физическа активност

Вид на работата	Честота	Физическа активност		P
		Не	Да	
Предимно физическа	n	151	37	0,396
	%	50,7	48,1	
Предимно умствена	n	97	22	
	%	32,6	28,6	
Смесена	n	50	18	
	%	16,8	23,4	

Таблица 39: Анализ на зависимостта между показателите вид на работата и тютюнопушене

Вид на работата	Честота	Тютюнопушене		P
		Не	Да	
Предимно физическа	n	104	81	<0,001
	%	60,1	40,5	
Предимно умствена	n	40	80	<0,001
	%	23,1	40,0	
Смесена	n	29	39	0,501
	%	16,8	19,5	



Фигура 30: Сигнификантни разлики на тютюнопушенето при различните категории на показателя вид на работата

Таблица 40: Анализ на зависимостта между показателите вид на работата и сърдечно-съдови заболявания

Вид на работата	Честота	Сърдечно-съдови заболявания		P
		Не	Да	
Предимно физическа	n	84	66	0,848
	%	49,4	46,5	
Предимно умствена	n	54	49	
	%	31,8	34,5	
Смесена	n	32	27	
	%	18,8	19,0	

Таблица 41: Анализ на зависимостта между показателите вид на работата и нездравословно хранене

Вид на работата	Честота	Нездравословно хранене		P
		Не	Да	
Предимно физическа	n	134	54	0,072
	%	53,4	43,5	
Предимно умствена	n	80	39	0,938
	%	31,9	31,5	
Смесена	n	37	31	0,015
	%	14,7	25,0	



Фигура 31: Сигнификантни разлики на нездравословното хранене при различните категории на показателя вид на работата

Таблица 42. Анализ на зависимостта между показателите вид на работата и наличие на стрес според мнението на пациента

Вид на работата	Честота	Наличие на стрес според мнението на пациента		P
		Не	Да	
Предимно физическа	n	63	125	0,035
	%	58,3	46,3	
Предимно умствена	n	35	86	0,925
	%	32,4	31,9	
Смесена	n	10	59	0,004
	%	9,3	21,9	



Фигура 32: Сигнификантни разлики на показателя „Наличие на стрес според мнението на пациента“ при различните видове работа

Таблица 43: Анализ на зависимостта между показателите вид на работата и образование

Вид на работата	Честота	Образование		P
		Средно или начално	Висше	
Предимно физическа	n	152	36	0,014
	%	53,9	39,1	

Предимно умствена	n	82	36	0,079
	%	29,1	39,1	
Смесена	n	48	20	0,310
	%	17,0	21,7	



Фигура 33: Сигнификантни разлики на показателя „Образование“ при различните видове работа

Таблица 44. Анализ на зависимостта между показателите вид на работата и наднормено тегло

Вид на работата	Честота	Наднормено тегло		P
		Не	Да	
Предимно физическа	n	166	21	<0,001
	%	54,2	30,0	
Предимно умствена	n	87	33	0,002
	%	28,4	47,1	
Смесена	n	53	16	0,275

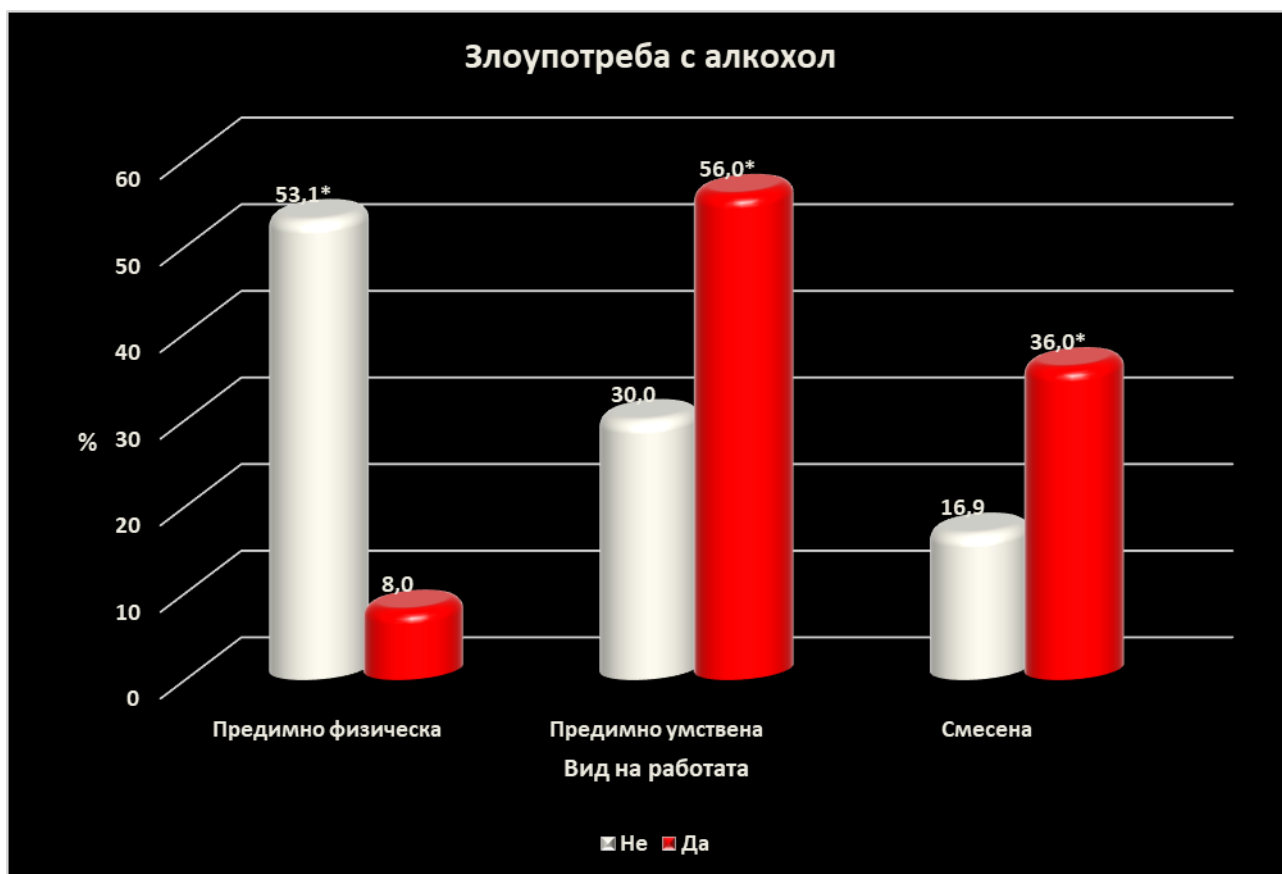
	%	17,3	22,9	
--	---	------	------	--



Фигура 34: Сигнификантни разлики на показателя „Наднормено тегло“ при различните видове работа

Таблица 45: Анализ на зависимостта между показателите вид на работата и злоупотреба с алкохол

Вид на работата	Честота	Злоупотреба с алкохол		P
		Не	Да	
Предимно физическа	n	186	2	<0,001
	%	53,1	8,0	
Предимно умствена	n	105	14	0,007
	%	30,0	56,0	
Смесена	n	59	9	0,017
	%	16,9	36,0	



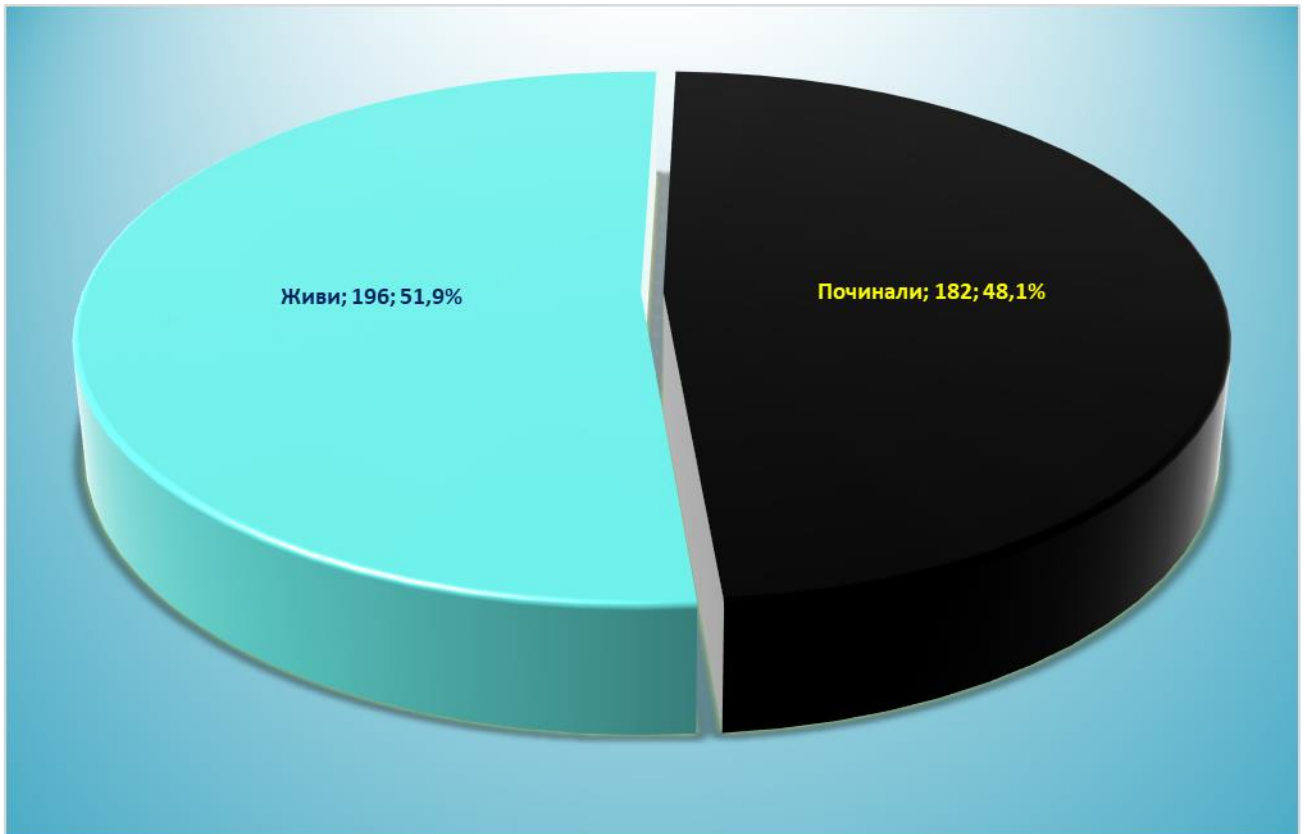
Фигура 35: Сигнификантни разлики на показателя „Злоупотреба с алкохол“ при различните видове работа

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

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

Сравнителен и регресионен анализ

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



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

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

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

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

Сравнителният анализ на живите и починали участници в проучването по разглежданите социално-демографски показатели показва, че (табл. 47):

Сигнификантна разлика се установява при показателите възраст, тютюнопушене, образование, злоупотреба с алкохол, семейно положение и вид на работата;

Починалите имат статистически значимо по-висока средна възраст, по-голям процент на пушачи, висшисти, злоупотребяващи с алкохол, женени/омъжени и извършващи предимно умствена работа;

Останалите живи участници в проучването са със сигнификантно по-ниска средна възраст и относителен дял на непушачи, имащи средно или начално образование, не злоупотребяващи с алкохол, по семейно положение разведен/а или неженен/неомъжена, а по вид на работата – предимно физическа;

При останалите показатели разликата между разглежданите групи е статистически нищожна.

За установяване на факторите за смъртността от рак на стомаха и количествена оценка на тяхното влияние бе приложен множествен бинарен логистичен регресионен анализ, резултатите от който са показани:

В индивидуален план?

Статистически достоверно свързани с риска за изследваното събитие (рак на стомаха) са показателите семейно положение, вид на работата, тютюнопушене, злоупотреба с алкохол, висше образование;

С гранична сигнификантност ($p < 0,1$) са показателите възраст и нездравословно хранене;

С най-голямо влияние е семейно положение – рискът за смъртността при женен/омъжена спрямо неженен/неомъжена е около 2,57 пъти по-голям;

На второ място като показател се нарежда видът на работата – при извършващите предимно умствена спрямо предимно физическа работа рискът за смъртността е около 27 пъти по-голям;

Увеличението на възрастта с 1 година увеличава риска с около 1-2%.

За да се отчете **комбинираното влияние на изследваните показатели** и елиминират евентуалните замъгляващи фактори, поставихме съвместно в регресионното уравнение изследваните признаци и приложихме процедурата „Backward conditional”. Постигнатият процент на верните отговори от класификационната таблица е 86,5. Така във финалния вариант на уравнението ($p < 0,001$) остават пет от изследваните показатели – семейно положение, вид на работата, наличие на стрес според мнението на пациента, тютюнопушене и възраст:

Получените резултати ни дават основание да твърдим, че:

- Спрямо неженен/неомъжена вдовец/вдовица имат около 70 пъти по-висок риск за екзитус, женен/омъжена – около 47, а разведен/а – около 7 пъти;

- Предимно умствената спрямо предимно физическата работа е свързана с около 8 пъти по-голям рискът за смъртността, а смесената – с около 70%;
- Наличието на стрес увеличава смъртността около 3,2 пъти, а тютюнопушенето – около два пъти;
- Тютюнопушенето е свързано с около 2,1 пъти по-висок риск за смъртността, а;
- Увеличението на възрастта с 1 година увеличава риска за екзитус с около 2%.

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

Показател	Живи (n=196)		Починали (n=182)		P
	n	%	n	%	
Възраст	60,94	11,83	63,36	13,51	0,034
Пол					0,672
Мъже	119	60,7	115	63,2	
Жени	77	39,3	67	36,8	
Физическа активност					0,702
Не	154	78,6	144	80,4	
Да	42	21,4	35	19,6	
Тютюнопушене					<0,001
Не	108	55,7	65	36,3	
Да	86	44,3	114	63,7	
Нездравословно хранене					0,099
Не	139	70,9	112	62,6	
Да	57	29,1	67	37,4	
Наличие на стрес според мнението на пациента					0,210
Не	134	68,4	136	74,7	

Да	62	31,6	46	25,3	
Образование					0,008
Средно или начално	159	81,1	123	69,1	
Висше	37	18,9	55	30,9	
Наднормено тегло					0,125
Не	164	84,1	142	78,5	
Да	31	15,9	39	21,5	
Злоупотреба с алкохол					<0,00 1
Не	194	99,0	156	87,2	
Да	2	1,0	23	12,8	
Семейно положение					
Вдовец/вдовица	7	3,6	34	18,7	<0,00 1
Разведен/а	38	19,4	6	3,3	<0,00 1
Неженен/неомъжен а	106	54,1	2	1,1	<0,00 1
Женен/омъжена	45	23,0	140	76,9	<0,00 1
Вид на работата					
Предимно физическа	151	77,0	37	20,3	<0,00 1
Предимно умствена	16	8,2	105	57,7	<0,00 1
Смесена	29	14,8	40	22,0	0,071

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

Показатели	Сравнение	Индивидуални			Групови				
		OR	95% CI		P	OR	95% CI		P
			Долна граница а	Горна граница			Долна граница а	Горна граница а	
Семейно положение	Разведен/а / Неженен/неомъжен а	8,368	1,619	43,255	0,011	6,767	1,216	37,651	0,029
	Женен/омъжена / Неженен/неомъжен а	257,42 9	51,034	1298,53 6	<0,00 1	46,59 1	7,420	292,552	<0,001
	Вдовец/вдовица / Неженен/неомъжен а	164,88 9	39,119	695,022	<0,00 1	69,87 4	15,221	320,763	<0,001
Вид работа	Предимно умствена /предимно физическа	26,782	14,163	50,646	<0,00 1	8,035	3,003	21,498	<0,001
	Смесена /предимно физическа	5,629	3,095	10,238	<0,00 1	1,702	0,692	4,188	0,247

Наличие на стрес според мнението на пациента	Да/не	1,368	0,872	2,145	0,172	3,228	1,341	7,768	0,009
Тютюнопушене	Да/не	2,203	1,453	3,339	<0,001	2,102	0,974	4,535	0,058
Възраст	Увеличение с 1 година	1,015	0,999	1,032	0,065	1,023	0,996	1,051	0,097
Пол	Жени/мъже	0,900	0,594	1,365	0,621				
Злоупотреба с алкохол	Да/не	14,301	3,321	61,593	<0,001				
Образование	Висше/средно или начално	1,922	1,191	3,101	0,007				
Нездравословно хранене	Да/не	1,459	0,947	2,247	0,087				
Наднормено тегло	Да/не	1,453	0,862	2,450	0,161				
Сърдечно-съдови заболявания	Да/не	1,358	0,869	2,124	0,179				

Физическа активност	Не/да	1,122	0,679	1,855	0,653				
------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	--	--	--	--

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

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

Таблица 49. Починали пациенти

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

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

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

Таблица 50. Починали в рамките на 30 дни след изписването

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

Фигура 37. Починали в рамките на 30 дни след изписването



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

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

Таблица 51. Смъртта е настъпила в болница

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

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

В тази значима част от изследователската работа се обръща специално внимание върху зависимостите между всички критерии и показатели, разгледани в предходната

част от експерименталното изследване сред 378 пациенти, страдащи от рак на стомаха, спрямо пола на пациентите.

При наблюдаваните пациенти се открояват промени в стойностите на една величина, които съответстват на измененията на стойностите в друга, което съответства на корелационния анализ, чрез който се установява степента на влияние на съответните измерими фактори. При този критерий се изследва връзката с пола чрез Chi-square test, или статистически метод на Пиърсън, където се акцентира върху това, дали има статистически значима разлика между очакваните честоти и наблюдаваните честоти в една или повече категории. Нулевата хипотеза (χ^2) оценява вероятността на наблюдаваните класове да се изведе като вярна при независими и нормално разпределени наблюдения.

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

Таблица 52. Хи квадрат тест по възрастови групи

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

Наблюдава се статистически значима връзка между пола и възрастта [X2(1)=12.18, p=0.002]. Във възрастовата група ≤45 години, процентът при жените е

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

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

Таблица 53. Хи квадрат тест по наличия на сърдечни заболявания

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

Сърдечните заболявания се срещат по-често при мъжете (31,3%) в сравнение с жените (20,4%) [$X^2(1)=10.22, p=0.001$], като 97 респонденти мъже са с по-висока честота на придружаващи сърдечни аномални състояния за разлика от 19 жени с такива здравословни проблеми, което е почти четири пъти по-малко регистрирани случаи от

изследваните мъже с карцином на стомаха. При 68,8% или 150 мъже не се наблюдават такива оплаквания, който процент се регистрира в относителна близост при жените – съответно 79,6%, или 75 жени не страдат от придружаващи заболявания. Наблюдава се статистическа значима връзка между пола и придружаващите сърдечни заболявания $p = 0.001$.

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

Таблица 54. Хи квадрат тест по белодробни заболявания

белодробни заболявания		Мъже	Жени	Общо	χ^2	Df	p
Не	N	108	74	180	2,08	1	0,149
	%	46,0%	51,4%	47,5%			
Да	N	126	70	198			
	%	54,0%	48,6%	52,5%			
Общо	N	234	144	378			
	%	100,0%	100,0%	100,0%			

В таблица 55 се наблюдава корелационна зависимост между пола на изследваните онкоболни и придружаващите метаболитни заболявания в процеса на тяхното лечение [$\chi^2(1)=15,21$, $p=0.001$]. При генерална съвкупност от 378 изследвани лица 118 (18,9%) от

мъжете страдат от метаболитни анормални процеси, а 20 (8,2%) от жените с онкологични проблеми също проявяват такава симптоматика. Това прави над два пъти по-висока честота на проява на вторични болестни процеси при мъжете, отколкото при жените. Не се наблюдават симптоми на придружаващи метаболитни заболявания при 506 (81,1%) онкоболни мъже и респективно – при 225 (91,8%) от жените.

Таблица 55. Хи квадрат тест по метаболитни заболявания

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

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

Таблица № 56. Хи квадрат тест по смъртност на пациента

смъртност на пациента		Мъже	Жени	Общо	χ^2	df	p

Не	N	100	72	170	4,45	1	0,035
	%	42,9%	50%	44,9%			
Да	N	134	72	208			
	%	57,1%	50%	55,1%			
Общо	N	234	144	378			
	%	100,0%	100,0%	100,0%			

В таблица 57 се извежда показателят за починал пациент в рамките на 30 дена след изписването, като се наблюдава при изследваната генерална съвкупност от 378 пациенти статистически незначима корелационна зависимост между пола на изследваните онкоболни и настъпилата смърт в този период след изписване [$\chi^2(1)=3,32$ $p=0,068$]. Наблюдава се положителна тенденция при изследваните пациенти, а именно, че 95,7% от общата съвкупност претърпели хирургична и инвазивна терапия онкоболни не са починали в рамките на този период.

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

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

Общо	N	234	144	378			
	%	100,0%	100,0%	100,0%			

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

Таблица 58. Хи квадрат тест по смъртност в болницата

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

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

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

Финансово подпомагане на болния от рак на стомаха в ФР. Германия

За разлика от Р. България социалната медицина в ФР. Германия има традиции в поддържащите грижи за раковоболните от Са вентрикули. Те се изразяват във финансова подкрепа и психологична подкрепа, поддържащи грижи, палиативни грижи и др. Диагнозата рак на стомаха не само може да наруши жизнения план, но и финансовото състояние. Във ФР. Германия финансовото състояние при онкоболните от рак на стомаха се регулира от държавата, така че те да са финансово компенсирани. Да вземем за пример финансовата подкрепа на ФР. Германия като държавна институция: Редица фактори се вземат предвид при кандидатстване за финансова подкрепа във Федералната Република като:

- доходът на болния
- неговата възраст
- разноските по жилището
- спестявания и инвестиции

- броят на работните часове
- семейното положение
- някои лични обстоятелства, като това дали пациентът е самотен родител, броя на деца на онкоболния от рак на стомаха и т.н.

Например, като нает служител, раковоболният има право на пълно заплащане за максимум шест седмици и по този начин заплащането по болест служи като финансов преход. След изтичането на шестте седмици задължителното здравноосигурително дружество във ФР Германия поема плащанията и от този момент нататък онкопациентът с диагноза рак на стомаха получава обезщетения за болест в размер на 70% от brutния му доход за период до 78 седмици в рамките на три години. Сумата обаче не може да надвишава 90% от последния негов нетен доход.

Ако онкоболният е доброволно осигурен, защото е на свободна практика или самостоятелно заето лице, от 2009 г. във ФР. Германия има въведено законово право на обезщетение по болест. Според този закон всеки гражданин има право да получи обезщетение по болест. Ако онкопациентът има ниски доходи или получава социални помощи, службата за социални грижи ще осигури финансова подкрепа. Ползите от Федералния закон за социално подпомагане включват жилищни субсидии, парични облекчения, освобождаване от различни видове такси и данъци, намаляване на телефонните тарифи и много други.

В ФР. Германия има въведена социална служба, която регулира и помага на онкоболните от рак на стомаха при техните парични затруднения. Ако раковоболният пациент има финансови затруднения, дължащи се на болестта, той може бързо и небюрократично да кандидатства за помощ във фонда за трудности на Немската помощна служба за борба с рака. Фондът е създаден с цел предоставяне на краткосрочна помощ на пациенти с рак на стомаха и техните роднини, които изпитват финансови затруднения без тяхна вина. За да се предотвратят злоупотреби, финансовата подкрепа е обвързана с определени граници на доходите, които трябва да бъдат посочени от заявителя в така наречената декларация за подпомагане. В зависимост от необходимостта и нуждите сумите обикновено са между 410 и 800 евро и се изплащат еднократно.

От досега изложената информация можем да обобщим, че според социалното здравеопазване във ФР Германия болестта рак на стомаха е изключително трудна ситуация за пациента и той може лесно и бързо да изисква помощ от държавата. Финансово подпомагане в такива размери липсва в Р. България, което усложнява допълнително ситуацията на пациента. Гореспоменатото финансово подпомагане би могло да послужат като препоръка към НАП в Р България.

Модел за социална работа с лица с онкологични заболявания като рак на стомаха

Все още няма генерално утвърден модел за социална работа с лица с онкологични заболявания като рак на стомаха, но може би един от най - подходящите е структуриран в единадесет етапа: (20)

1. Стратегия за съобщаване на онкологичната диагноза
2. Оценка на психосоциалния стрес
3. Социална работа за овладяване на болката и страничните ефекти от лечението
4. Социална работа при освидетелстване от ТЕЛЖ комисиите. Социалните придобивки за онкоболните в Б-я при висок процент на инвалидизация са: Освобождаване от данъци и някои такси, подпомагане за отопление, безплатна телефония, безплатна годишна винетка за автомобила им, не заплащане на мито при внос на автомобил, социален патронаж(храна), веднъж годишно посещение на санаториум, личен асистент.
5. Социална работа при осигуряване на помощни технически средства
6. Консултативни грижи за лица с онкологични заболявания
7. Емоционална подкрепа, насочена в две направления:
 - към самите лица с онкологични заболявания
 - към техните съпрузи и деца
8. Грижи за финансите, насочени към защита от прекратяване на трудово- правните отношения с работодателите и получаване на обещетение от застраховка живот

9. Социална работа във фазата на палиативни грижи и грижи при предстоящ смъртен изход, както и подкрепа на близките след онкологичната смърт
10. Социална работа в периода след оздравяване от онкологично заболяване
11. Социална работа за осъществяване на духовна подкрепа

Представеният модел за социална работа, може да се предостави от социалния работник под формата на:

- индивидуална работа
- работа с група
- работа със семейство

Анализът на представения модел и формите за неговото прилагане водят до следните изводи:

1. Този модел е пример за постигане на добра социална подкрепа и позволява прилагането му и в клинична среда и в извънболнични условия
2. Моделът съдържа клинични и психосоциални компоненти, разпределени в девет взаимосвързани фази
3. Критериите при този начин на работа са разработени и ориентирани към координиране на качествени здравни услуги, подобряване качеството на живот, подходящо използване на ресурсите на здравеопазването и социалната сфера.
4. Социалният работник си сътрудничи пряко с лицата с онкологични заболявания, членове на семейства, медицински персонал, както и всички, значими за пациента лица.

В съвременните условия този вид работа с лица с онкологични заболявания в Р. България е рядко приложима и почти несъществуваща дейност. Оказването на помощ и подкрепа на тези лица се ограничава в областта на медицинската грижа и отчасти психологическа помощ. Тук ясно се очертава нуждата от промяна в социалномедицинските аспекти на помощта, която се предлага на тези лица.

Интересен факт описва американската епидемиоложка Линдзи Торе от Американското дружество за борба с рака, която прави анализ по разпространението на рака по света. (29) Според нея разпространението на болестта намалява в страни, в които най-често населението има висок доход и се увеличава в страни, в които хората имат нисък доход. Злокачествените заболявания се срещат по-често при по-ниско развитите страни. Прави се предположение, че в добре развитите страни населението има достъп до по-добри изследвания, по този начин и на по-ранно откриване, по-бърз достъп на лечение и съответно и по-добра терапия. Разликата особено се наблюдава при рак на стомаха, рак на белия дроб и рак на гърдата при жената. Според авторката увеличаването на стомашния карцином при по-бедните може да се дължи на „приемането на западния начин на живот” в развиващите се страни. Активността на населението намалява, то придобива все повече вредни навици, консумира нездравословни храни. По този начин се облагодетелства развиването на инфекциозни ракови форми, причинени от стомашни бактерии, хепатит и човешки паполома вирус.(20)

Това, че трябва грамотно да се организират заниманията със спорт и различните видове физическа активност, така че всичко това да способства за снижение на заболяемостта от рак на стомаха, е предполагано отдавна. Многократно са изследвани големи групи от хора с висока и ниска физическа активност. Безспорни са фактите, че във физически активната група заболяемостта от рак на стомаха е 60-70% по-нисък в сравнение с другата. Пребиваването на чист въздух, рационалните физкултурни занятия укрепват организма и предотвратяват преждевременното стареене, с което косвено профилактират появата на рака на стомаха. По данни на Американски институт за изследване на рака, в който са обобщени повече от 5000 научни изследвания, засягащи взаимовръзката между възникването на рака и особеностите на храненето и поведението на човека. се доказва, че са необходими ежедневни едночасови разходки или ежеседмични едночасови интензивни спортни занимания.

Не бива да се допуска както повишение, така и драстично намаление на телесното тегло. В средна възраст теглото на човека не бива да спада с повече от 5-6 килограма от теглото в младостта му.

Препоръчва се да бъде създаден правилен дневен режим, така че да се редуват физически и умствен труд с пълноценна почивка, като напълно се изключи дейности, свързани с пренапрежение на организма. Задължително да се избягват както нервно

напрежение, така и психотравми. В тази връзка трябва да отбележим, че всяка национална програма за борба с рака трябва да включва в себе си строг контрол на професионалните вредни фактори и максималното ограничение на контакта с тях.

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

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

Обобщено палиативната медицина се характеризира със следните точки:

1. Обхващащ контрол на болката и симптоматиката на пациента
2. Интегриране на физическите, социалните и духовните нужди на пациенти, роднини и лекуващия екип, както по време на болест и смърт, така и след това

3. Приемане на смъртта като част от живота. Когато животът завършва, смъртта не трябва нито да се ускорява, нито да се забавя. Палиативната медицина отхвърля евтаназията.

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

Първото отделение за палиативни грижи е построено през 1975 г. в болницата „Роял Виктория“ в Монреал, Канада. Междувременно отделения по палиативна медицина има в над 50 страни по света като САЩ, Германия, Франция и Р България. В някои страни като Нова Зеландия, Швеция, Норвегия, Канада, Австралия и Великобритания съществуват дори и университетски катедри по палиативна медицина и специализация на лекарите по палиативна медицина.(128) Интересно е да се отбележи, че във Великобритания има цялостна много добре развита учебна програма по тази медицина за всички професионални групи, занимаващи се с палиативни грижи. Това означава, че всички завършили медицинско образование лица във Великобритания имат добри познания по палиативни грижи в съществуващата система на здравеопазване. Интеграцията на палиативната медицина е до такава степен напреднала в здравеопазването на Великобритания, че за повече от 50% от пациентите, които умират от туморни стомашни заболявания, се полагат грижи от специализирани екипи по палиативна медицина. (36)

Въпреки че, е трудно да се даде точна статистика за различните европейски страни, по-долу ще представя развитието и състоянието на палиативните грижи в някои европейски страни. Като цяло, трябва да се отбележи, че особено в годините от 1990 до 1995 г. са регистрирани значителен брой палиативни и хосписни заведения. В Швеция броят на стационарните единици се е увеличил от 2 на 22, а през 1994 г. и в Полша от 16 (1992) на 83 (1993). Във Франция броят им се е увеличил от 6 (1992) на 30 (1994). Норвегия започва много рано да се занимава с палиативна медицина и от самото начало е засилено обучението и специализацията на медицинските кадри в тази област. Друг важен аспект в норвежкото здравеопазване е въвеждането на т.н. „Support team“, който

да подпомага палиативно раково болните пациенти. От 1984 до 1996 г. броят на тези болнични / домашни екипи се увеличи до 210. Първото звание „професор“ в областта на палиативната медицина става в Норвегия през 1994 г., а година по късно е създадено и първото отделение за палиативни грижи. През 1989 г. е създадена Европейската асоциация за палиативни грижи (ЕАРС), която през 2004 г. вече има повече от 50 000 колективни членове. (38)

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

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

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

	Заболяемост на 100000 души	Профилактични мерки	Скрининг ФГС	5-годишна преживяемост
Германия	13	Да	Да, активен	28% - 30%
България	14	Не	Не	3%
Сингапур	37 -39.2	Да	Да, активен	10 % - 30 % 1-ви стадий до 90% ⁹
Япония	42	Да	Да, активен	12% - 35%

				1-ви стадий до 95%
--	--	--	--	-----------------------

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

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

ГЛАВА ЧЕТВЪРТА. ДИСКУСИЯ

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

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

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

Друго проучване [189] се фокусира върху възрастта и пола спрямо честотата и смъртността от рак на стомаха в корейското население, използвайки национално представителния регистър и данните за рак на стомаха. Общата тенденция намалява както при заболяемостта, така и при смъртността и при двата пола, но при поколенията на възраст между 40 и 54 години се наблюдава нарастваща тенденция в заболяемостта, по-очевидна при жените. Освен това, разликите в скоростта на промяна между половете (т.е. взаимодействие пол × година) се наблюдават в повечето възрастови групи, като най-

изразени в най-младата възрастова група от 20–39 години. Чрез адаптирания към възрастта APC анализ, настоящото проучване потвърждава тенденциите към намаляване на най-младите кохорти, мъже, родени след 1960 г., и жени, родени след 1980 г. В съответствие с констатациите на AAPC, нивата на смъртност са намалели рязко както при мъжете, така и при жените, въпреки че нивата се различават между половете.

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

Howlader и колегите му [206] доказват връзката между възрастта и рак на стомаха, като при тях едва 1% от случаите са между 20 и 34 годишна възраст, а 29% между 75 и 84 години. Важно е да се спомене и че в години между 2005 и 2009 в САЩ средната възраст с такава диагноза е 70 години. Същото проучване открива и връзка между мъжки пол и завишен риск от рак на стомаха, а като вероятни причини са посочени различни фактори – по-честа употреба на тютюневи изделия в мъжкото поколение или връзка между естрогенните и други хормони, които вероятно възпрепятстват развиването на рака.

По отношение на тенденцията в смъртността, използвайки данни от четири европейски страни (Дания, Англия, Швейцария и Италия), Япония и САЩ, Зоненберг докладва нарастващ модел в кохортите, започвайки от 1920г. до 2007 г [193]. Стандартизираните коефициенти на кохортна смъртност, стратифицирани по пол, предполагат различен модел между мъже и жени, но в статията не са представени статистически данни. След това авторът разширява анализа до шест допълнителни

европейски страни (Франция, Германия, Холандия, Шотландия, Испания и Швеция), които разкриват увеличение на смъртността от рак на стомаха в последните кохорти [197]. В нито една от шестте държави не се наблюдава увеличение, но повечето от тях показват нарастване на тенденцията при поколенията, родени след 20-те и 30-те години на миналия век. Данните не са представени отделно за всеки пол в последващия доклад.

Настоящото проучване разкрива тенденция на нарастване на заболяемостта във възрастовата група 40-59 години. За разлика от предишни доклади, които откриват тенденция към увеличаване или никаква низходяща тенденция при най-младите поколения [192,194,195], нашите резултати показаха тенденция към намаляване във възрастовата група 20-39 години. Причината за несъответствието може да се разглежда от няколко гледни точки. Първо, периодите на изследване в предишните доклади са по-ранни, отколкото в настоящото проучване, което е 1999-2010 г. Разглеждайки кохортния ефект, поколенията, при които се наблюдава увеличение на заболяемостта, са тези, родени между 1933 и 1954 г. в Испания, 1958 и 1981 г. в САЩ и 1926 и 1959 г. в Япония. Субектите във възрастовата група 20-39 в нашето проучване са родени между 1960 и 1990 г., така че може да се предположи, че по-късните поколения биха могли да покажат различна тенденция и в други проучвания, ако са в анализа, щяха да бъдат взети предвид. Второ, броят на случаите в най-младото поколение може да е твърде малък, за да се обсъждат промените. Процентите в последното поколение са под 10 на 100 000 човеко-години, което означава, че дори малка промяна в броя на случаите може да доведе до голяма вариация в ААРС. Въпреки факта, че ААРС предостави статистически значим резултат, би трябвало да е безопасно допълнително да се определят резултатите с по-голяма продължителност.

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

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

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

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

Severson [208] проучват същата тема, но при тях данни се получават директно, като се следи сърдечната честота чрез ЕКГ, а не индиректно, както е по-често. Неговите данни до голяма степен потвърждават, че физическата активност се свързва с намален риск от рак на стомаха, както и от други видове карцином. Друг мета анализ [209] съобщава за намаляване на риска при кардиален, така и при некардиален рак на стомаха, както при мъже, така и при жени. Освен това те описват, че намаленият риск е дозозависим. Физическата активност според тях може да промени риска от рак чрез

няколко предложени механизма. Метаболитният синдром и инсулиновата резистентност са свързани с повишен риск от рак. Това се медира от адипокини и цитокини, освободени от метаболитно активната висцерална мазнина, което води до хронична хиперинсулинемия и повишава риска от карциногенеза, медирана от инсулиноподобен растежен фактор. Спортът намалява висцералната мастна тъкан, понижавайки нивото на канцерогенните адипоцитокени, подобрява инсулиновата чувствителност и намалява нивата на инсулина на гладно и С-пептида и може да намали инсулиноподобния растежен фактор-1. Доказано е, че физическата активност намалява хроничното възпаление в интервенционни проучвания, намаляващи интерлекин-6 и фактор на туморна некроза- α , отчасти чрез загуба на мазнини. Освен това е доказано, че упражненията имат имуномодулиращи ефекти, подобряват вродения и придобит имуноен отговор, насърчвайки наблюдението на тумора. Проучванията показват също, че аеробните упражнения могат да намалят оксидативния стрес и да подобрят механизмите за възстановяване на ДНК, намалявайки канцерогенезата. Физически активните индивиди също имат по-високо излагане на слънчева светлина и следователно повишени нива на витамин D, което може да промени каскадите на клетъчна пролиферация.

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

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

Huang [210] и колегите му изследват общо 302 пациенти с карцином на стомаха и 302 здрави контроли. Участниците с висше образование и тези, които ядат предимно зеленчуци, са имали по-рядко рак. Хранителен навик за пържени храни се свързва с по-

висока честота на карцином. Хората, които се оплакват от лошо качество на съня - също. По-високата честота на мариновани храни се свързва с по-честа диагноза, докато по-честото ядене на зеленчуци/плодове, боб или водорасли - обратното. По-голямото предпочитание към кисел или горчив вкус се свързва с по-рядко срещан карцином. Честотата на прием на рядка течност след хранене, поглъщане на гореща храна без адекватно охлаждане, правене на други неща по време на хранене, ядене на престоляла храна за една нощ и ядене на среднощна закуска са положително свързани с рак на стомаха. Това проучване задълбочава изследваните фактори като описва различни често нездравословни навици и тяхна връзка с диагнозата рак. Те изследват различни видове протеини, въглехидрати и мазнини, както и поведение на лицето при хранене. Проучването е изключително подробно и потвърждава нашите данни, където близо 70% от пациентите се хранят нездравословно.

Наред с ефекта от диетичните промени върху заболяемостта от рак на стомаха, има проучвания, които показват значително влияние на диетата върху смъртността от рак на стомаха. Китайското проучване от Linxian [211] също показва значителна разлика в смъртността от рак на стомаха в групата на б-каротин, витамин Е и селен дори след продължително проследяване. Предишни резултати от Linxian General Population NIT, публикувани през 1993 г., не показват връзка между факторите А, В или С и общата смъртност, общата смъртност от рак или смъртността от рак на хранопровода или стомаха. Въпреки това, фактор D, който включва селен, витамин Е и бета-каротин, статистически значимо намалява общата смъртност, общата смъртност от рак и смъртността от рак на стомаха. Остава важен въпрос обаче дали превантивните ефекти на фактор D ще продължат след пробния период. Резултатите от продължителното проследяване показват, че коефициентите на риск, както е показано от движещите се криви на съотношението на риск, остават по-ниски от 1,0 за всяка от тези крайни точки през по-голямата част от периода на проследяване; 10 години след приключване на изпитването групата, която е получила фактор D, все още показва 5% намаление на общата смъртност и 11% намаление на смъртността от рак на стомаха. Като цяло, един от 70 души, които са приемали фактор D, е бил пощаден от смърт поради всякакви причини, а един от 227 е бил пощаден от смърт от рак на стомаха.

Стратификацията на резултатите по пол и възраст е планирана предварително. Няма статистически значими взаимодействия с пол. Въпреки това, когато се стратифицира по възраст, фактор D има силен защитен ефект при индивиди на възраст

под 55 години, но почти няма ефект върху субекти на възраст 55 години или по-големи. Този модел се наблюдава последователно за общата смъртност, общата смъртност от рак, смъртността от рак на стомаха и смъртността от рак на хранопровода. Действително, ефектът на фактор D върху рака на хранопровода се обръща с възрастта, показвайки защитен ефект за по-младите, но вреден ефект за по-възрастните индивиди.

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

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

Изследвания в японската популация се обобщават от мета-анализ [213] като са идентифицирани десет кохортни проучвания и 16 проучвания случай-контрола. При мъжете повечето проучвания съобщават за умерена или силна положителна връзка между тютюнопушенето и рака на стомаха. При жените положителната връзка е по-слаба, отколкото при мъжете. От осем проучвания (три кохортни проучвания и пет случай-контролни проучвания), две кохортни и три контролни проучвания съобщават за слабо до силно повишен риск от рак на стомаха. Обобщеният относителен риск за

настоящите пушачи се оценява на 1,56 (95% доверителни интервали 1,36–1,80), 1,79 (1,51–2,12), 1,22 (1,07–1,38) за цялото население, съответно мъже и жени. Друг мета анализ [214] съобщава, че рискът от рак на стомаха се увеличава с 60% при мъжете пушачи и 20% при жените пушачи в сравнение с непушачите. Мета-анализът също подкрепя класификацията на тютюнопушенето като рисков фактор за рак на стомаха, независимо от анатомичното местоположение на тумора в стомаха.

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

Мета анализ [215] предоставя доказателства за липса на забележима връзка между умерените консуматори на алкохол и риск от рак на стомаха. Намират се обаче сериозни доводи за връзка между тежкото пиене на алкохол, особено за некардиални аденокарциноми. Тенденцията се запазва и при другите литературни източници. Отново както при предишни променливи подобни проучвания се занимават само с един или два фактора, тютюнопушене и/или алкохолна консумация, която дава възможност да се разгледа в малко повече нюанси – кога консумацията е умерена и кога е злоупотреба и се превръща в рисков фактор.

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

Хипотеза №2 открива своето потвърждение в голяма степен, тъй като тя е доста всеобхватна и включва в себе си няколко фактора, като само при един не откриваме статистически значима връзка, но това би могло да се дължи на недостатъчно данни за описване на променливата като количествена. Останалите фактори се покриват напълно,

като само един е има гранична значимост, която обаче се потвърждава изцяло в литературата. Въпреки, че рисковите фактори са всеобхватни и конкретни е необходим подход и в двете направления. Както продължаване на изследванията какво точно прави рисковите фактори - рискови, така и добавяне на нови аспекти към заболяването и корелация между рисковите фактори.

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

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

На същото мнение са и Zhang [218] и колегите му, те откриват, че симпатиковата инервация е положително свързана с прогресията на рак на стомаха и че симпатиковите невротрансмитери насърчават злокачественото биологично поведение на карциномните клетки чрез активиране на ADRB2. Техните резултати разкриват поддържащата роля на симпатиковата инервация в патогенезата на карцинома и предполагат ADRB2 като потенциална терапевтична цел за лечение на рака на стомаха. Освен това, в допълнение към симпатиковата нервна система, парасимпатиковата нервна система (като другото

подразделение на автономната нервна система) също се предполага, че играе ключова роля в прогресията на тумора. Доказано е, че симпатиковите и парасимпатиковите нерви инфилтрират туморната микросреда и активно стимулират растежа и разпространението на раковите клетки. Този механизъм включва освобождаването на невротрансмитери, като катехоламини и ацетилхолин, директно в близост до ракови и стромални клетки, за да активират съответните мембранни рецептори. Тъй като туморите са инервирани от нервната система. След симпатиково и парасимпатиково възбуждане невротрансмитери, като адреналин, ацетилхолин и субстанция P, се освобождават през техните нервни окончания. Тези невротрансмитери активират рецепторите и след това причиняват сигнална трансдукция надолу по веригата чрез свързване към специфични рецептори на клетъчната повърхност. При хроничен стрес сигналният път на ADRB2 може да засили туморегенезата, ангиогенезата и метастазите.

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

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

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

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

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

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

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

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

I. Анализ на груповия и индивидуалния риск

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

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

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

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

В световен мащаб превенцията на карцинома на стомаха е належащ проблем. Извършват се редица рекламни кампании за информираност на население как да се съхранява правилно храната, какво е добре да се консумира и какво е здравословно. Най-вече е тенденцията са ранен скрининг на това заболяване. Тъй като ранното му откриване чрез чести лекарски посещения е ключово за ефективното му лекуване. В България за

жалост остава максимата, че пациентите посещават лекари само при проблем или болка. А подобни онкологични заболявания остават незабелязани дълго време и последващото им лекуване – трудно. Все пак глобално карцинома на стомаха си остава на 5 място сред видовете рак и на 4-то по смъртност.

ГЛАВА ПЕТА. ИЗВОДИ И ОБОБЩЕНИЯ

Изводи

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

1. Настоящото проучване не открива съществено влияние на **полът** на групово равнище на нивото на смъртност, този фактор е с нисък риск. При **семейното положение** се установява че два от видовете (вдовец/а и женен/омъжена) предполагат значимо по-висок риск от смъртност при диагностицираните от рак на стомаха независимо от неговия стадий. **Възрастта** също се оказва фактор повлияващ значимо на риска от смъртност при болните от карцином на стомаха.
2. По-голям процент от диагностицираните са **физически неактивни, хранят се нездравословно и злоупотребяват с алкохол**. Лицата не употребяващи тютюневи изделия са повече от тези, които употребяват. Тенденцията по този фактор, обаче се променя рязко в изследваните починали пациенти. Статистически обвързани рискови фактори се открояват **тютюнопушенето и алкохола, нездравословно хранене** е с гранична значимост ($p = 0.1$). **Физическата неактивност** в двете групи доминира като размер на извадката, но статистически не е рисков фактор. След вземане на предвид литературните източници може да се заключи, че нездравословното хранене е рисков фактор за пациенти с рак на стомаха, поради приема на различни вещества, които променят шансовете срещу рака. Начинът на хранене и методът на приготвяне на храната също имат важна роля в намаляване на риска и дори превенцията от диагноза.
3. Консумацията на тютюн и злоупотребата с алкохол са двата най-рискови фактори и трябва да се разглеждат с особено внимание. Тютюнопушенето

увеличава риска от заболяване от карцином на стомаха и същевременно увеличава риска от смъртност, като и двете са по-изразени при **мъжете**. Настоящата литература потвърждава тези твърдения на всяко ниво. Алкохолът е обвързан с по-висока вероятност за смъртност при болните от рак на стомаха.

4. **Нездравословното хранене** е трудно да се дефинира в цялост. Храната е културен феномен и зависи от културата на пациента, неговите разбирания и възгледи. Често обаче ниското ниво на образование води до невъзможност той правилно да оцени своето хранене и така то да се превърне неосъзнато в рисков фактор за неговото здраве, в частност карцином на стомаха.
5. Данните от статистическия анализ показват, че **умствената работа** се проявява като рисков фактор и статистически е обвързана с 8 пъти по-завишен риск от смъртност. Наличието на **стрес** според пациента също се свързва с около 3,2 пъти по-голям риск при нашето изследване. Очевидно е, че видът на работа и умственото натоварване са елементи от живота на пациентите, които дават голямо отражение върху тяхното здраве. Стресът и умствената работа натоварват нервната система и причиняват отделянето на невротрансмитери, които са рисков фактор за карцинома на стомаха. Още повече някои видове професии, при които се отделят много прахови частици или се обработват метали, въглища и каучук също са рисков фактор за развиване на рак.
6. **Белодробните, метаболитните заболявания, сърдечно-съдовите заболявания и наднорменото тегло** поотделно не повлияват нивото на смъртност на болните от карцином на стомаха при изследваната извадка от Германия. Съществуват обаче комбинирания влияния на някои от здравословните фактори с демографски фактори (възраст, пол), които се оказват значими за смъртността и преживяемостта на болните от карцином на стомаха от Германия, които са включени в настоящото изследване.

Здравословните фактори и придружаващите заболявания са индивидуален рисков фактор. Цялостният медицински профил, особено при по-възрастни гериатрични пациенти, е сложен за лечение и задължава многопрофилен подход.

Изглежда обаче наличието на риск при карцином на стомаха зависи от популацията на пациента. Нашето проучване потвърждава, че в германската популация придружаващите заболявания не са рисков фактор за пациенти с диагноза рак на стомаха. Причините за това може да са много, но със сигурност значение имат **методите и подходите за лечение.**

Обобщения

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

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

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

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

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

- Значителна честота на заболялите лица, които са работещи към момента

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

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

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

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

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

Препоръки към Министерството на Здравеопазването

I. Подобрене на ефективността на Национална онкологична програма за превенция

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

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

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

II. Провеждане на информационна кампания сред обществеността през личните лекари

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

Този препоръки могат да послужат на личните лекари в Р. България като програма за ефикасна превенция с цел намаляване на броя на стомашно-чревните злокачествени

новообразование. Препоръчваме скоро да бъдат предприети мерки на национално ниво за прилагане на този или подобен модел на социална работа с лица с онкологични заболявания като рака на стомаха, който значително би подобрил тяхното качество на живот.

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

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

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

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

ползи. Висококачествен скрининг е възможен само, ако медицинските специалисти на всички нива са обучени за неговите задачи.

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

Препоръки към Министерството на Образованието

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

Нужна е информираност по следните точки:

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

Препоръки към медицинските университети в България

Залагане в учебната програма на обучителни модули за рисковите фактори сред пациентите с рак на стомаха. Необходимо е повишаване на знанията на студентите по медицина за този тип заболявания, като такива застрашаващи голяма част от населението и наличната висока смъртност. Младите студенти и лекари са хората, които ще бъдат на първата линия с борбата с тези заболявания и тяхното правилно управление. С оглед на това те трябва бързо и точно да могат да оценяват правилно рисковете и концентрират усилията си в справянето с болестта при такива пациенти. В допълнение те трябва да могат правилно да обяснят на пациентите си какви са рисковите фактори и, че именно съдействието на пациента и промените в неговия житейски план могат да подобряват

хода на заболяването и общото здравословно състояние. Като медицински специалисти студентите могат да влязат в контакт със специалисти като гастроентеролози и коремни хирурзи, като там чрез обучителни и съвместни курсове да подобряват уменията и познанията за карцинома на стомаха.

ПРИНОСИ

Приноси с научно - теоретичен характер:

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

Приноси с научно - практически характер

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Blues, Ann G; Zerwekh, Joyce Hospice and Palliative Nursing Care. Grune and Stratton, 1984, ISBN 0-8089-1577-0
2. Делийски, Т., Рак на стомаха класификация и лечение. Плевен, Изд. Къща „Прима Принт“ , 2000
3. Министерство на здравеопазване на Р. България, Доклад „Ракът на маточната шийка е предотвратим и лечим“, 2019
4. Уагстаф А., П. Макинтайър, Доклад „Маточната шийка е предотвратим и лечим“ под ръководството на Европейския институт по онкология (www.eso.net) в рамките на проекта EUROCHIP-3, с участието на Юлия Панайотова от Научен център „Психология и здраве“, София
5. Дудунков , З., Сп. Иванова, Рак на стомаха, под редакцията на В. М. Мушмов, Р. Райчев, Т. Шипков, Ръководство по онкология, София, Медицина и физкултура, 1996, 239 – 246
6. Дудунков, З. Предрак и рак на дебелото черво. София, Мед. И физк., 1988, 102-22
7. Дефиниция на Световната здравна организация (СЗО) за палиативна медицина <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> - достъпено 2022г.
8. Stein Husebø, Gebhard Mathis, Palliativmedizin, Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2017, <https://doi.org/10.1007/978-3-662-49039-6>
9. Индексът на Карнофски (скала за статуса на Карнофски)
10. Конференция „Рак на белия дроб - ранна диагноза и доказателства за скрининг, 22 април 2018г., хотел Рамада, София
11. Килпатрик, Ан Озбърн; Джеймс А. Джонсън. Наръчник по здравна администрация и политика. CRC Press. стр. 376. ISBN 978-0-8247-0221-2., 1999
12. Кръстев, Б. Рак на стомаха. Мед. И физк., София, 1980, 230
13. Любченко Л.Н., Филиппова М.Г., Анурова О.А., Назлиев П.В., Стилиди и.с. наследственный рак желудка диффузного типа: генетические аспекты и профилактическая тотальная гастрэктомия. Сибирский онкологический журнал. 2018;17(4):48-52. <https://doi.org/10.21294/1814-4861-2018-17-4-48-52>
14. Маршал, Катрин; Хейл, Дебора (2017). „Разбиране на хоспис“. Домашно здравеопазване сега. 35 (7): 396–397. doi:10.1097 / NHH.0000000000000572. ISSN 2374-4529. PMID 28650372.
15. Меморандум за ограничаване и контрол на онкологичните заболявания в Р. България, в рамките на „Парламентарен консенсус за борба със социалнозначими заболявания“ в зала „Изток“ на Народното събрание на кръгла маса под патронажа на Председателя на Четиридесетото Народно събрание господин Георги Пирински на тема „Ограничаване и

- контрол на онкологичните заболявания в Република България: постижения и перспективи в превенцията на рака на маточната шийка”.
16. Мечков , Гр. Рак на стомаха, Б. Кръстев , З., К. Чернов (ред) , Гастроентерология, Тилка, София , 1997, 353 – 367
 17. Националната скринингова програма срещу рака на маточната шийка през 2009г.
 18. S.P Mönig, H. Alakus, R. Metzger, MAGIC-Trial beim Magenkarzinom: klinische Ergebnisse mit Responseevaluation und Komplikationsanalyse, Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, 28.04. - 01.05.2009, München
 19. Holger Adolph usw., Psychoonkologie Psychosoziale Unterstützung für Krebspatienten und Angehörige, „Leitlinienprogramm Onkologie“ der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V., der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. und der Stiftung Deutsche Krebshilfe, Feb 2016, Berlin
 20. Weis, J., Brehm, F., Hufeld, J. et al. Die Aktualisierung der S3-Leitlinie „Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten“. Onkologie 28, 812–817 (2022). <https://doi.org/10.1007/s00761-022-01194-9>
 21. U. Heckl , S. Singer , M. Wickert , J. Weis, Aktuelle Versorgungsstrukturen in der Psychoonkologie, Nervenheilkunde 2011; 30(03): 124-130DOI: 10.1055/s-0038-1627780
 22. Prof. Dr. phil. Joachim Weis, S3-Leitlinie Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten, Leitlinienprogramm Onkologie | Psychoonkologie bei erwachsenen Krebspatienten | Januar 2014
 23. Публикация FOLIA PALLIATRICA 2017/I Главен редактор: Проф. д-р Любима Д. Деспотова-Толева
 24. Трифонова Д., Д. Мишкова, М. Димитрова, Н. Шабани, „Хосписите в Р. България и в Европейския съюз“ Действаща нормативна уредба, Сравнителноправен анализ,
 25. Проф. Д-р Фил. Йоаким Вайс, Д-р Улрике Хекъл, Психонкологична диагностика, консултиране и лечение на възрастни пациенти с рак, Януари 2014 г.
 26. Deutsches Krebsforschungszentrum DKFZ, „Психосоциалният стрес и последвалите от него заболявания при раково болните с карцином на стомаха“ на немското национално дружество за борба с рак,
 27. Статия на Проф. д-р Юханес Крузе за психичните заболявания, които могат да съпътстват рака на стомаха
 28. Berberich, G., Favreau, M., Freyer, T., Grabe, H. J., Harfst, D. P. T., Hillebrand, D. P. T., ... & Zurowski, B. S3-Leitlinie Zwangsstörungen–Langversion., 30.06.2022
 29. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2018 Nov;68(6):394-424. doi: 10.3322/caac.21492. Epub 2018 Sep 12. Erratum in: CA Cancer J Clin. 2020 Jul;70(4):313. PMID: 30207593.

30. Статистиката на СЗО и отчетите на МЗ
31. Туайкрос , Р. ; Палиативни грижи при болни с напреднал рак. София, Изд. Къща „Загер”, 1993, 81- 1-9
32. Юдин, Ю.: Хирургическое лечение неспецифического язвенного колита. М., Медицина, 1976
33. Юхвидова, Ж.: Неспецифический язвенный колита. М., Медицина, 1976
34. Austin F, Mavanur A, Saihaiah M, et al. Aggressive management of peritoneal carcinomatosis from mucinous appendiceal neoplasms. *Ann .S'urg Oneal*. 2012; 19:1 386-1393
35. Assessment of Prognostic Value of Left Ventricular Global Longitudinal Strain for Early Prediction of Chemotherapy-Induced Cardiotoxicity: A Systematic Review and Meta-analysis. Oikonomou EK, Kokkinidis DG, Kampaktis PN, Amir EA, Marwick TH, Gupta D, Thavendiranathan P. *JAMA Cardiol*. 2019 Oct 1;4(10), 1007-1018.
36. Anthony, Th., J. Fleming et al.: Postoperative colorectal cancer surveillance. *J. Amer. Coll. Surg.*, 2000, 190 (6), 737-50.
37. Aiani. S.A. Paclitaxel in the management of upper gastrointestinal cancer. 10 International Congress on Anti-cancer Treatment, January 2000, Paris, Book of Abstracts, 131
38. Alexander, H.R., D. Kelsen, J.E. Tepper. Cancer of stomach. In: De Vita, V.T., S. Hellman, A, Rosenberg (eds) *Cancer: Principles and Practice of Oncology*, 4th Edition, J.B. Lippincott Co, Philadelphia, 1993, 818-846
39. Allum, W.H., M.T. Hallissey and K.A. Kelly. Adjuvant chemotherapy in operable gastric cancer. 5 year follow-up of first British Stomach Cancer Group trial. *Lancet*, 1989, 1, 571 – 574
40. Arvanitis, M., D. Jagelman, W. Fazio et al. :Mortality in patients with familial adenomateus polyposis, *Dis. Colon Rectum*, 1990, 33(7), 639-642
41. Atiq, O.T., D.P. Kelsen, M.H. Shiu et al..Phase cismatlmpostoperative adiuvant intrapentoneal cisplatin and fluorouracil and systemic fluorouracil chemotherapy in patients wrth resected gastric cancer. *J. Clin. Oncol.*, 1993, 11, 425-433
42. Bauer, J.: Total proctocolectomy and ideostomy for benign disease. in: *Colorectal surgery illustrated by J. Bauer*. Mosby Year book 1993, 181-93
43. Bakaiakos E .J. Kim. D. Young. Determinants of survival following hepatic resection for metastatic colorectal cancer. *World J. Surg*. 1998. 22 (2), 399-404
44. Bacon, H.: *Cancer of colon, rectum and anal canal*. Philadelphia, Lippincott Co, 1964, 77 -113.
45. Bax-am D. Kusamura S, Cabras AD, et al. Lymph node metastases in diffuse malignant peritoneal mesothelioma. *Ann Surg* 071ml 20101124553.
46. Begos, D., G. Ballantyne: Regional chemo-Therapy for colorectal liver metastases: Thirty years therapy for colorectal liver metastases ,, . without patient benefit. *J. Surg. Oncol.*. 1994. so (3).139-458.

47. Bonenkamp et al., 1993, Gill et al., 2003 Block, G. A. Moossa: Operative colorectal surgery. Philadelphia. W.B. Saunders company 1996. 425—86
48. Machlowska J, Baj J, Sitarz M, Maciejewski R, Sitarz R. Gastric Cancer: Epidemiology, Risk Factors, Classification, Genomic Characteristics and Treatment Strategies. *Int J Mol Sci.* 2020 Jun 4;21(11):4012. doi: 10.3390/ijms21114012. PMID: 32512697; PMCID: PMC7312039.
49. Bleiberg, H., A. DiLeo. Gasfroitestinal tract Cancer liaison office - EORTC, 3rd edition, 1999, 226
50. Bonin, S., L. Coia, P. Hoff. Gastric cancer. In: Pazdur, R., L. Coia, W. Hoskins et al. (eds) *Cancer management: A Multidisciplinary ap-proach*, PRR Melville, 103-113
51. Bombardieri, F. e't al.: Tissue polypeptide antigen in colon tumors. *Cancer Detect Prev.*, 1985, 8 (3), 219-26.
52. Bijelic L Sugarbaker PH. Cytoreduction of the small bowel surfaces. *J Surg Oncol.* 2008;97:176—179.
53. Bubrick, M., D. Jacobs, M. Levy: Experience with the endorectal pull-through and „S“ pouch for ulcerative colitis and polyposis in adults. *Surgery*, .1985, 98 (7), 689-698.
54. Carrato, A., E. Diaz-Rubio, J. Medrano et al. Phase III trial of surgery versus adjuvant chemotherapy with mitomycin C and tegafur plus uracil, starting within the first week after surgery, for gastric adenocarcinoma. *Proc. Am. Soc. Clin. Oncol.*, 1995, 14
55. Cavelli, F., H.H. Hansen, S.B. Kaye. *Textbook of Medical Oncology*, Martin Dunitz, London, 1997, 516
56. Castells, A., X. Bessa et al.: Value of postoperative surveillance alter radical surgery fo colorectal cancer. *Dis. Colon Rectum*, 1998, 41 (5). 7 14 -24
57. Casado-Adam A. Alderman., Rt Stuart OA' et al. Gastrointestinal complications in 147 comcculvic patients with peritoneal surface malignmncv treated by Qttoreductive surgery and perioperative intraperitoneal chemotherapy. *Int J Surg Oncol.* 2011; 201 1: 468698
58. Corman, M.: *Colon and rectal surgery*. 3rd. ed. Philadelphia, J. B. Lippincot company. 1993,937-1 007.
59. Sitarz R, Skierucha M, Mielko J, Offerhaus GJA, Maciejewski R, Polkowski WP. Gastric cancer: epidemiology, prevention, classification, and treatment. *Cancer Manag Res.* 2018 Feb 7;10:239-248. doi: 10.2147/CMAR.S149619. PMID: 29445300; PMCID: PMC5808709.
60. Chun, H.G. A combination of cisplatin, 5-FU and paclitaxel; an active chemotherapy regimen for adenocarcinoma of stomach and gastroesophageal function. 10th International Congress on Anti-cancerTreatment, January 2000, Book of Abstracts, 131
61. Chua TC, Yan TD, Saxena A, Morris DL. Should the treatment of peritoneal carcinomatosis by cyroreductive surgery and hypertrthrmic intraperitoncal chemotherapy still be regarded as a highly morbid procedure? A systematic review of morbidity and mortality. *Ann Surg.* 2009;28:900-907.

62. Champeau, M., B. Bergeret. Traite de technique chirurgical. VI. Paris, Mason, 1955.
63. Coombes, R.C., P.S. Schein, C.E. Chilvers et.al. A randomized trial comparing adjuvant fluorouracil, doxorubicin, and mitomycin with no treatment in operable gastric cancer. International Collaborative Cancer Group. J. Clin. Oncol, 1990. 8, 1362-1369
64. Deutsche Magencarcinom-Studie Böttcher et al., 1992 - Немски изследване за стомашен карцином Ботхер, 1992
65. Delannoy, E., M. Martinot: Restorative proctocolectomy with ileal „U“ pouch-anal anastomosis. Acta Chir. Belg, 1959, 58 (7), 645-650.
66. Desch, C., A. Benson, T. Smith: Recommended colorectal cancer surveillance guidelines by the American society of clinical oncology. J. Clin. Oncol., 1999, 17 (9), 1312-21.
67. De Lima Vazquez V, Sugarbaker PH. Total anterior parietal peritonectomy. J Surg Oncol. 2005;83:261—263.
68. Dnobi. 3.: One stage proctocolectomy with anal ileostomy. Dis. Colon Rectum, 1967, 7 (5). 416-420.
69. Elias D, Matsuhisa T, Sideris L, et al. Heated ultra—operative oxaliplatin plus irinotecan after complete resection of peritoneal carcinomatosis: pharmacokinetics, tissue distribution and tolerance. Ann Oncol. 2004;15:1558—1565.
70. Esquivel J, Vidal-love J. Slaves MA, Sugarbaker PH. Morbidity and mortality of cytoreductive surgery and intraperitoneal chemotherapy. Surgery. 1993; 113:631 – 636
71. Eggermont, A.M.M., E.P. Steller and PH Sugarbaker. Laparotomy enhances intraperitoneal tumor growth and abrogates the antitumor effects of interleukin-2 and activated killer cells. Surgery. 1987, 102, 71 – 78
72. Elias D. Gilly F.: Boutitie F. et. al. Peritoneal colorectal carcinomatosis treated with surgery and perioperative intraperitoneal Chemotherapy analysis of 523 patients from a multicentric French study. J Clin Oncol. 2010
73. Eggstrom. P.F., P.T. Lavin, H.O. Douglass et. al. Postoperative adjuvant 5fluorouracil plus methyl-CCNU therapy for gastric cancer patients. Eastern Cooperative Oncology Group study (EST 3275). Cancer, 1985, 55, 1868-1873
74. Estope, J., J.J. Gran, F. Alcobendas et al. Mitomycin C as an adjuvant treatment to resected gastric cancer. Ann Surg., 1991, 213, 219-221
75. Fazio, W., Y. Ziv et al.: Ileal pouch-anal anastomoses complication and function in 1005 patients. Ann. Surg., 1995, 222 (1), 120-7. .
76. Fonkalsrud, E.: Endorectal ileoanal anastomosis with isoperistaltic ileal reservoir after colectomy and mucosal proctectomy. Ann. Surg., 1984, 199(2), 151-157.
77. Fisher, 8., N, Gunduz and R. Osteen. Cancer of the stomach. A patient care study by the American College of Surgeons. Ann Surg., 1993, 218, 583—592
78. Frei, A., Ph. Coucke et C. Felley. Oncologie gastrointestinale, 1996, 54, 202-208

79. Funk, U., H.J. Stein, J. R. Siewert. Multimodale Therapie bei Tumoren des oberen Gastrointestinaltrakts. *Chirurg*, 1998, 69, 349-359
80. Final results of a randomized trial comparing preoperative 5-fluorouracil (F)/cisplatin (P) to surgery alone in adenocarcinoma of stomach and lower esophagus (ASLE): FNLCC ACCORD07-FFCD 9703 trial, Boige, Pignon
81. Gastric cancer and adenocarcinoma of the esophagogastric junction, F. Lordick, K. Ott, A. Sendler.
82. Gold,P., S. Freedman: Cellular location of carcinoembryonic antigens of the human digestive system. *Cancer Res*, 1968, 28(7), 133-3.
83. Goligher, J.: *Surgery of the anus, rectum and colon*. London, Bailliere Tindall, 1984, 810-55
84. Glehen O. Kwiatkowsk F. Sugarbaker PH.. et .al. Cytoreductive surgery combined with perioperative intraperitoneal chemotherapy for the management of peritoneal carcinomatosis from colorectal cancer: a multi —institutional study. *J Clin Oncol*. 2004 ; 24; 4011 – 4019
85. Glehen O, Osinsky D, Cortte E, et . al. Intraperitoneal chemotherapy using a closed abdominal procedure and cytoreductive surgery of the treatment of peritoneal carcinomatosis: morbidity and mortality analysis of 216 consecutive procedures. *Ann Surg Oncol*. 2003;10:863-86986.
86. Genstsch, H., H. Maligne. Tumoren des Magens. In: Gall, F., P. Hermanek, J. Tonok (eds), *Chirurgische Oncologie*, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, 1986, 327-359
87. Gunduz. N., B. Fisher and E. Saffer. Effect of surgical removal on the growth and kinetics of residual tumor. *Cancer Res.*, 1979, 39, 1361-1365
88. Gelb, A., T. Schrock: Prognostic factors in colorectal carcinomas. *Surg. Oncol. Clin. North. Amer.*, 1997, 6 (2), 463-94.
89. Hagiwara, A., T. Takahashi, O. Koiima et al. Prophylaxis with carbon-adsorbed mitomycin against peritoneal recurrence of gastric cancer. *Lancet*, 1992, 339, 629—631
90. Harms, B., J. Hamilton, D. Jamamoto: Quadruple-loop (W) ileal pouch reconstruction after proctocolectomy. *Surgery*, 1987, 102 (4), 561-567.
91. Hallissey, M.T., J.A. Dunn, L.C. Ward et al. The second British Stomach Cancer Group trial of adjuvant radiotherapy or chemotherapy in resectable gastric cancer: five-year follow-up. *Lancet*, 1994, 343, 1309-1312
92. Hanauske, A.R. UFT in gastric Cancer: current status and Future Developments, *Oncology*, 10.1997,113-118
93. Havlin, K.A., J.S. Macdonald. Stomach. In: Foley, J.E., J.M. Vose, J.O. Armitage (eds). *Current Therapy in Cancer*. W.B. Saunders Comp, Philadelphia, 1994, 51—56
94. Hot, PM, R. Pazdur, St. E. Benner. UFT and leucovorin: a review of its clinical development and therapeutic potential in the oral treatment of cancer. *Anti-Cancer Drugs*, 1998, 9, 479-490

95. International Encyclopedia of Public Health, Boeing, 1991, Correa 3.
<https://rossentushev.com/rak-na-stomaha> - Доклад на Д-р Росен Тушев за рак на стомаха
96. Jmao, T. Phase I/II Study of Irinotecan 30 bined' With Mitomycin in patients with advanced gastric cancer, A800, 1999, Abstract Book, 15
97. Kock, N.: Intra-abdominal „reservoir” in patients with permanent ileostomy. Arch. Surg., 1969, 99 (2), 223-6.
98. Keelsen, D. Combined Modality Therapy, In: Daly, J., Th. Hennessy, J. Reynolds (eds) Management of Upper Gastrointestinal Cancer, London, W.B. Saunders, 1999, 123-135 '
99. Kelsen, D., D. Ilson, B. Minsky et al. Phase I trial of combined modality therapy for localised esophageal cancer: radiation therapy plus concurrent Cisplatin and escalating doses of 96 hour infusional paclitaxel. Proceedings of ASCO 1998, 17, 260a (Abstr)
100. Kemeny, N., K. Seiter: Colorectal carcinoma. In: Medical oncology, by P. Calabresi, Ph. Schein Mc. Graw-Hill, Inc, 1993, 749-83.
101. Koizumi, W. Gastric Carcinoma. A phase in study of capecitabine with new dosing regimen in patients with advanced/metastatic gastric carcinoma. ECCO-10, Sept. 1999, Wiena, Aggtract Book, 148, European J. of Cancer, 1999, 35, 4
102. Kollmannsberger, C. A phase II trial of paclitaxel, cisplatin, 5FU and FA in patients with advanced gastric cancer. Ann. Oncol, 1998, 9, 4
103. Sugarbaker PH. Diagnosis and management of postoperative gastrointestinal fistulas: a kinetic analysis. J. Exp Clin Cancer Res., 1994;13:233—241.
104. Lyubchenko L.N., Filippova M.G., Anurova O.A., Nazliev P.B., Stilidi I.S. HEREDITARY DIFFUSE GASTRIC CANCER: GENETIC ASPECTS AND PROPHYLACTIC TOTAL GASTRECTOMY. Siberian journal of oncology. 2018;17(4):48-52. <https://doi.org/10.21294/1814-4861-2018-17-4-48-52>
105. Marsh. P. R. James: Definition of local recurrence after surgery for rectal carcinoma. Br. J. Surg. 1995. 82 (3), 465-8.
106. Martin, L., C. Le Coultre, W. Schubert: Total . colectomy and mucosal proctectomy with preservation of continence in ulcerative colitis. Ann. Surg., 1977. 186 (5). 477—480.
107. Magenkarzinom: Klassifikation, Diagnostik und stadiengerechte Therapie. J. Hotz, H - J Meyer, H - J Schmoll, Стомашен карцином: класификация, диагноза и терапия, подходяща за всеки етап
108. Makela, J., S. Laitinen: Five year follow up after radical surgery for colorectal cancer. Arch. Surg., 1995, 130 (8), 1062-7.
109. Moderne Chirurgie des Magen- und Kardiakarzinoms - Prof. Dr. med. Martin E. Kreis und Priv. Doz. Dr. Hendrik Seeliger
110. Metcalf, A.: Ileal „J” pouch-anal anastomosis. Ann. Surg., 1985, 202 (6), 735-739.

111. Merrille, R, D. Henson: Conditional survival estimates in 34 963 patients with invasive carcinoma of the colon. *Dis. Colon Rectum*, 1998, 41 (11). 1097-1106.
112. Meyer, H.J., J. Jahne, H. Wilke, M. Stahl, R. Pichlmayer. Adjuvante und neoadjuvante Therapie beim Magencarcinom. *Chir. Gastroenterol.*, 1997, 1, 14-20
113. Murthy, S.M., R.A. Goldschmidt, L.N. Rao et. al. The influence of surgical trauma on experimental metastasis. *Cancer*, 1989, 64, 2035-2044
114. Murio JE. Sugarbaker PH:Gastrointestinal fistula following cytoreductive procedures for peritoneal carcinomatosis; incidence and outcome. *J Exp Clin Cancer Res.* 1993;3: 1 50311508.
115. Moran B. Decision-making and technical Factors account for the learning curve in complex surgery. *J. Public Health (Oxf)* 2006; 28; 375- 378
116. McQuellon RP, Danhauer SC, Russell GB, et al. Monitoring health outcomes following cytoreductive surgery plus intraperitoneal hyperthermic chemotherapy for peritoneal carcinomatosis. *Ann Surg Oncol.* 2007;14:1105—1115.
117. Nakajima, T., K. Takagi, K. Kuno et al. Comparison of 5- fluorouracil with fluorouracil in adjuvant chemotherapies and combined inductive and maintenance therapies for gastric cancer. *J. Clin. Oncol*, 1984, 2, 1366-1371
118. Nicholls, R: Restorative proctocolectomy with various types of reservoir. *World. J. Surg.*, 1987, 11 (7), 751-762.
119. Nicholls, R., M. Pensatori, R. Motson: Restorative proctocolectomy with a three-loop reservoir for ulcerative colitis and familial polyposis. *Ann. Surg.*, 1984, 199 (4), 383-388.
120. Nissen, R. : Demonstrationen aus der operativen chirurgie Zunachst einige Beobachtungen aus der plastischen Chirurgie. *Zentralbl. Chir.* 1938, 60 (9), 883—889.
121. Olding, L., J.Thurin et al.: Monoclonal antibody Ca-19-9. *Int. J. Cancer*, 1985, 36(2),187-92.
122. Panettiere, F.J., C. Haas, B. McDonald et al Drug combinations in the treatment of gastric adenocarcinoma: a randomized Southwest Oncology Group Study. *J. Clin. Oncol*, 1984. 2, 420-424
123. Papacostas, P. Taxotere 5FU Leucovorinli G in advanced gastric carcinoma, ECCO-10. 1999 Wien. Abstract Book, 154, *Eur. J of Cancer*, 1999.334
124. Parks, A., R. Nicholls: Proctocolectomy without ileostomy for colitis and polyposis. *Br. Med. J.*, 1978, 2 (1), 85-89.
125. Pestieau, S.R. Impact of Cancer. Solitation on Pharmacokinetics of intraperitoneal 5-Fluorouracil and Gemcitabine. *Internacional gastro-surgical club*, 9 World Congress, October 1999, Nogosaki, Abstracts Book, 367
126. Piedbois, p. et al. Traitments non chirurgicaux des Cancer de l'estomac. *Rev. Part.*, 47, 1997, 8, 859 – 862

127. Pietra, N., L. Sarll et al.: Role of follow-up In management of local recurrence of colorectal cancer. *Dis. Colon Rectum*, 1998, 41 (5), 714-24
128. Psychosoziale Unterstützung für Krebspatienten und Angehörige“ „Психосоциална подкрепа за пациенти с рак и техните роднини” с автори: Holger Adolph, Габриеле Блетнер, д-р Маркус Форман, Проф. Д-р. Герхард Енглерт, д-р. Улрике Хек, Бертхолд Изеле, Проф. Д-р. Йоханес Крусе, Дагмар Кюршнер, Манфред Олбрих, Д-р. Ингрид Роте-Кирхбергер, Хилде Шулте, Д-р. Дитрих Штокхаузен, Проф. Д-р. Иоахим Вайс
129. Ramsey, S., M. Anderson et al: Quality of life in survivors of colorectal carcinoma. *Cancer*. 2000. 15 (6), 1294-1304.
130. Ramanathan, R.k., S. Lipsitz, R.F. Absburg. Phase II Trial of Trimetrexate for Patients with Advanced Gastric Carcinoma. An. Eastern Cooperative Oncology Group Study, *Cancer*, August is. 1999, (86), 4. 472-576
131. Ratio, O., L. Solo et al.: Accurate lymph-node resection in colorectal specimens resected for cancer is of prognostic significance *Dis. Colon Rectum*, 1999, 42 (1), 143-58.
132. Ravltch, M.: Anal ileostomy with sphincter preservation in patients requiring total colectomy for benign conditions. *Surgery*. 1948. 24 (2), 170, 170476.
133. Ravikumar, T. et al: A five year study of cryosurgery in the therapy of liver tumors. *Arch, Surg*. 1991. 126. 1520—24.
134. Robert Koch Institut, Германия
135. Rougier, P., M. Ducreux: Locoregional chemotherapy for liver metastases from colorectal cancer in management of colorectal cancer by H. Bleiberg. Ph. Rougier, H. Wilke. Martin Dunitz, 1999. 317-24.
136. Roth, AD. Taxotere-Cisplatin, 5FU in advanced gastric carcinoma. A phase I—II study, *Ann, Oncol*, 1998, 9, 4
137. Roncucci, L., R. Fante et al.: Survival for colon and rectal cancer in a population-based registry. *Eur. J. Cancer*, 1996, 32 (2), 295-302. ,
138. Rhoary, D., F. Opelka et al.: Colon surveillance after colo-rectal cancer surgery. *Dis. Colon Rectum*, 1996, 39 (2), 252-9.
139. Sakuramoto S, Sasako M, Yamaguchi T, Kinoshita T, Fujii M, Nashimoto A, Furukawa H, Nakajima T, Ohashi Y, Imamura H, Higashino M, Yamamura Y, Kurita A, Arai K; ACTS-GC Group. Adjuvant chemotherapy for gastric cancer with S-1, an oral fluoropyrimidine. *N Engl J Med*. 2007 Nov 1;357(18):1810-20. doi: 10.1056/NEJMoa072252. Erratum in: *N Engl J Med*. 2008 May 1;358(18):1977. PMID: 17978289.
140. Sardi At Omohwo C , Nieroda CA, et al. Bowel complications in patients with peritoneal carcinomatosis of appendiccal origin treated with cytoreductive surgery and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy. *Ann Surg Oncol*. 210;17

141. Sautner, T., F. Holbauer, D. Depsch et al. Adjuvant intraperitoneal cisplatin chemotherapy does not improve long—term survival after surgery for advanced gastric cancer. *J. Clin. Oncol*, 1994, 12, 970—974
142. Saunders, Cicely M .; Дейвид Кларк (2005). Cicely Saunders: Основател на движението за хоспис: Избрани писма 1959-1999. Oxford University Press. стр. 283. ISBN 0-19-856969-6.
143. Siewert JR, Stein HJ. Classification of adenocarcinoma of the oesophagogastric junction. *Br J Surg*. 1998 Nov;85(11):1457-9. doi: 10.1046/j.1365-2168.1998.00940.x. PMID: 9823902.
144. Schein, Ph, D.G. Heller. Gastric Cancer. In: Colobresi, P. Schein (eds), *Medical Oncology*, 2nd Edition, MC Graw-hill, New York, 1993, 271~290
145. Senn, H.J., P.Drings, H. Glaus et al. *Checklist Oncologie G.Thimo Verbug*, Stuttgart—New York, 1998, 569
146. Sugarbaker PH. Epithelial appendical neoplasms. *Cancer*. 2019; 5:225—235.
147. Sprangers, M.: European organization for research and treatment of cancer study group on quality of life. *Eur. J. Cancer*, 1999. 35 (2). 238 - 47.
148. Sugarbaker PH. Five reasons why cytoreductive surgery plus hyperthermic intraperitoneal chemotherapy must be regarded as the new standard of care for diffuse malignant peritoneal mesothelioma. *Ann Surg Oncol*. 2010;17:1710—1712.
149. Sugarbaker PH. Decreasing the risk of treatment extends its indications. *Ann Surg Oncol*. 2005;12:868—870.
150. Sugarbaker PH, Kern K, Lack E. Malignant pseudomyxoma of colonic origin. Natural history and presentation of a curative approach to treatment. *Dis Colon Rectum*. 1987;30:772—779.
151. Sugarbaker PH, Jablonski KA. Prognostic features of 51 colorectal and 130 appendiceal cancer patients with peritoneal carcinomatosis treated by cytoreductive surgery and intraperitoneal chemotherapy. *Am Surg*. 1995;21:124—132.
152. Sugarbaker PH. Circumferential cutaneous traction for exposure of the layers of the abdominal wall. *J Surg Oncol*. 2008;98:472—475.
153. Sugarbaker PH, Averbach AM, Jacquet P, et al. A simplified approach to hyperthermic intraoperative intraperitoneal chemotherapy (HIIC) using a self retaining retractor. In: Sugarbaker PH, ed. *Peritoneal Carcinomatosis: Principles of Management*. Kluwer: Boston; 1996; 415- 421.
154. Soper, N., A. Kestenberg, J. Becker: Experimental „J“ pouch construction: a comparison of three techniques. *Dis. Colon Rectum*, 1988, 31 (2), 186-189.

155. Skargard, E., K. Atkinson, G. Bell et al.: Function and quality of life results after ileal pouch surgery for ulcerative colitis and familial polyposis *Amer. J. Surg.*, 1989, 157 (5),467-471.
156. Smith, L., W Friend. S. Mews“: The superior mesenteric artery: the critical factor in the pouch pullthrough procedure, *Dis. Colo Ctorinm*, 1984, 27 (9), 741 -744.
157. Stamou KM, Karakozis S, Sugarbaker PH. Total abdominal colectomy, pelvic petitonectomy, and endileosromy for the surgical palliation of mucinous peritoneal carcinomatosis from nongynecologic cancer. *J Surg Oncol.* 3:197-203.
158. Singh, S., M. Morgan et al.: A 10 year prospective audit of outcome of surgical treatment for colorectal carcinoma. *Br. J. Surg.*, 1995, 82 (10). 1486—90.
159. Smeenk RM, Verwaal V, Zoetmulder FA. Learning curve of combined modality treatment in peritoneal surface disease. *Br Surg* 2007;11:1408—1414.
160. Taylor, B., B. Cranley, K. Kelly et al.: A clinico-physiological comparison of ileal pouchanal and straight ileoanal anastomoses. *Ann. Surg.*, 1983, 198 (5), 462-468.
161. Topiz, E. Adjuvant intraperitoneal chemotherapy with cisplatinium, mitoxantrone, 5FU and calcium foliate in stage 2-3 gastric cancer. ECCO -10 Sept. 1999, Wiena, Abstract Book, 151 – 152, *Eur. J. of Cancer*, 1999, 4, 4
162. Tominaga, T., T. Sakabe et al.: Prognostic factors for patients with colon and rectal carcinoma. *Cancer*, 1996, 78 (2), 403-8.
163. Tonnelly, F., K. Valanzano et al: Restorative: proctocolectomy or rectum preservig surgery patients with familial adenomatoses polyposis . *World J. Surg.*, 1997, 21 (3). 653-9.
164. The two histological main types of gastric carcinoma : Diffuse and so-called intestinal type carcinoma and attempt at a histo – clinical classification. *Lauren* 1965
165. Use of myocardial strain imaging by echocardiography for the early detection of cardiotoxicity in patients during and after cancer chemotherapy: a systematic review. Thavendiranathan P, Poulin F, Lim KD, Plana JC, Woo A, Marwick TH. *J Am Coll Cardiol.* 2014 Jul 1;63(25), 2751-68.
166. Utsunomiya, J., T. Iwama M .Imajo et al.: Total colectomy, mucosal protectomy and ileonal anastomosis. *Dis. Colon Recteoanal* 459-466 , 1980 - 23 (5).
167. Van der Speeten K, Stuart OA, Mahteme H, Sugarbaker PH. Pharmacology of perioperative 5—fluorouracil. *J Surg Oncol*, 2010;102:730—735.
168. Van Duijvendijk, P., J. Slors et al.: Quality of life after total colectomy with ileorectal anastomosis of proctocolectomy and ileal pouch – anal anastomosis for familial adenomatous polyposis. *Br. J. Surg.*, 2000. 87 (4). 590-6.169.
169. Van der Speeten K, Stuart, Sugarbaker PH. A pharmacologic analysis of intraoperative intracavitary cancer chemotherapy with doxorubicin. *Cancer Chemother Pharmacol*, 2009;63:799—805.

170. Yan TD, Black D, Savady R. Sugarlmlker systemmtic review on the efficacy olcytoreductive surgery and perioperative intraperitnm-al chemothapy for psemlumyxoiimi periiinei. *Ang Surg Oncol*. 2007;14:484—492.
171. Yan TD, Links M, Fransi S, et al. Learning curve for cytoreductive surgery and perioperative intraperitoneal chemotherapy for peritoneal surface malignancy — a journey to becoming a Nationally Funded Peritonectomy Center. *Ann Surg Om'ol*. 2007;14:2270'2280.
172. Wolft, B., J. Bolton et al.: Radioimmunoscontigraphy of recurrent, metastatic or occult colorectal cancer with Technetium-Tc-99m88BV59H21- 2V67-66. *Dis. Colon Rectum*, 1998, 41 (7), 953 – 62
173. YoussefH, Newman C, Chandrakumaran K, et al. Operative findings, early complications, and longterm survival in 456 Palmnls with pseudomyxoma peritonei syndrome ofappendiceal origin. *Dir Colon Rectum*. 201 (54): 293—299.
174. WHF , De Angelis K Coleman MP Cancer survival in Europe.
175. National Cancer Registry. SBALO SOFIA (former National Oncology Center).
176. <https://europepmc.org/article/PMC/6444111>, Van Cutsem E Sagaert X Topal B Haustermans K Prenen H Рак на стомаха. *Ланцет*. 2016 г .; 388: 2654-2664
177. Recent Development of Gastric Cancer Prevention Mototsugu Kato, Masahiro Asaka *Japanese Journal of Clinical Oncology*, Volume 42, Issue 11, November 2012, Pages 987–994, <https://doi.org/10.1093/jjco/hys151>, Published: 26 September 2012
178. Интервю на Проф. Асен Дудов: Европейският антираков план е шанс, който България не трябва да изпуска
179. Кръгла маса на тема: „Националният план за контрол на рака – мисията възможна” БТА, 25.11.2021г.
180. Raffle AE, Gray JAM. *Screening: evidence and practice*. Oxford (UK): Oxford University Press; 2007.
181. Fowler G, Austoker J. *Screening*. In: Detels R, Holland WW, McEwan J, et al., editors. *Oxford textbook of public health*. 3rd ed. New York: Oxford University Press; 1997.
182. Andermann A, Blancquaert I, Beauchamp S, et al. Revisiting Wilson and Jungner in the genomic age: a review of screening criteria over the past 40 years. *Bull World Health Organ* 2008;86:317–9.
183. Воденичаров, Ц., Мутафова, М., Попова, С., Шипковенска, Е., Воденичарова, А. *Терминологичен речник по социална медицина*. София, Горекспрес, 2014, с. 142.
184. Wilson, James Maxwell Glover, Jungner, Gunnar. *Principles and practice of screening for disease*. – In: *Public health papers*, World Health Organization, 1968, No.34. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37650>
185. Parsonnet J, Axon AT. *Principles of screening and surveillance*. *Am J Gastroenterol* 1996;91:847–9.

186. РОЛЯ НА ПРЕВАНТИВНИЯ СКРИНИНГ ЗА РАННО ОТКРИВАНЕ НА ХЕПАТИТ С В БЪЛГАРИЯ, Д-р Али Ахмад Бедран, 2021г.
187. Holland WW, Stewart S, Masseria C (2006): Policy brief. Screening in Europe. Brussels: WHO European Centre for Health Policy.
188. Song, M., Kang, D., Yang, J. J., Choi, J. Y., Sung, H., Lee, Y., ... & Kim, W. H. (2015). Alters- und Geschlechtsinteraktionen bei Magenkrebsinzidenz und Mortalitätstrends in Korea. *Magenkrebs*, 18, 580-589.
189. García-Esquinas, E., Pérez-Gómez, B., Pollán, M., Boldo, E., Fernández-Navarro, P., Lope, V., ... & Aragonés, N. (2009). Magenkrebs-Mortalitätstrends in Spanien, 1976-2005, Unterschiede nach autonomen Regionen und Geschlecht. *BMC-Krebs*, 9, 1-9.
190. Anderson WF, et al. Altersspezifische Trends in der Inzidenz von Nonkardia-Magenkrebs bei Erwachsenen in den USA. *JAMA*. 2010;303(17):1723–8.
191. Aragonés N, et al. Zeittrend und Alterskohorteneffekte auf die Magenkrebsinzidenz in Saragossa und Navarra. Spanien. *J Epidemiol Community Health*. 1997;51(4):412–7.
192. Liu Y, Kaneko S, Sobue T. Trends in berichteten Inzidenzen von Magenkrebs nach Tumorlokalisation, von 1975 bis 1989 in Japan. *Int J Epidemiol*. 2004;33(4):808–15.
193. Camargo MC, et al. Divergent trends for gastric cancer incidence by anatomical subsite in US adults. *Gut*. 2011;60(12):1644–9.
194. Sonnenberg A. Differences in the birth-cohort patterns of gastric cancer and peptic ulcer. *Gut*. 2010;59(6):736–43
195. Anderson WF, et al. Age-specific trends in incidence of noncardia gastric cancer in US adults. *JAMA*. 2010;303(17):1723–8.
196. Aragonés N, et al. Time trend and age-period-cohort effects on gastric cancer incidence in Zaragoza and Navarre. Spain. *J Epidemiol Community Health*. 1997;51(4):412–7.
197. Liu Y, Kaneko S, Sobue T. Trends in reported incidences of gastric cancer by tumour location, from 1975 to 1989 in Japan. *Int J Epidemiol*. 2004;33(4):808–15.
198. Sonnenberg A. Time trends of mortality from gastric cancer in Europe. *Dig Dis Sci*. 2011;56(4):1112–8.
199. Форман, Уолтър Б .; Денис Копчак Шихан; Джудит А. Китц (2003). Хоспис и палиативни грижи: концепции и практика (2 изд.). Издателства „Джоунс и Бартлет“. стр.6. ISBN 0-7637-1566-2.
200. Biiclic L. Jonson A. Sugarbaker PH. Systematic review of cytoreductive surgery and heated intraoperative intraperitoneal chemotherapy for treatment of peritoneal carcinomatosis in primary and recurrent ovarian cancer. *Ann Oncol*. 2007;18:1943—1950,
201. Case-control study on stomach cancer - H. Boeing R. Frenzel-Beyme M. Berger V. Berndt W. Göres M. Körner R. Lohmeier A. Menarcher H. F. K. Männl M. Meinhardt R. Müller H. Ostermeier

202. Armstrong D (2012): Screening: mapping medicine's temporal spaces. *Social Health Illnp*
203. World Health Organization
204. Moy KA, Fan Y, Wang R, Gao YT, Yu MC, Yuan JM. Alcohol and tobacco use in relation to gastric cancer: a prospective study of men in Shanghai, China. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2010 Sep;19(9):2287-97. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-10-0362. Epub 2010 Aug 10. PMID: 20699372; PMCID: PMC2936659.
205. Li, H., Wei, Z., Wang, C. et al. Gender Differences in Gastric Cancer Survival: 99,922 Cases Based on the SEER Database. *J Gastrointest Surg* 24, 1747–1757 (2020). <https://doi.org/10.1007/s11605-019-04304-y>
206. Howlader N, Noone A, Krapcho M, Neyman N, Aminou R, Waldron W, et al. SEER cancer statistics review, 1975-2008. National Cancer Institute; Bethesda, MD: 2011. p. 19.
207. Krister Sjødahl, Chongqi Jia, Lars Vatten, Tom Nilsen, Kristian Hveem, Jesper Lagergren; Body Mass and Physical Activity and Risk of Gastric Cancer in a Population-Based Cohort Study in Norway. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 1 January 2008; 17 (1): 135–140. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-07-0704>
208. Severson RK, Nomura AM, Grove JS, Stemmermann GN. A prospective analysis of physical activity and cancer. *Am J Epidemiol*. 1989 Sep;130(3):522-9. doi: 10.1093/oxfordjournals.aje.a115366. PMID: 2763997.
209. Siddharth Singh; Jithinraj Edakkanambeth Varayil; Swapna Devanna; Mohammad Hassan Murad; Prasad G. Iye, Physical Activity Is Associated with Reduced Risk of Gastric Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis, *Cancer Prev Res (Phila)* (2014) 7 (1): 12–22., <https://doi.org/10.1158/1940-6207.CAPR-13-0282>
210. Huang L, Chen L, Gui ZX, Liu S, Wei ZJ, Xu AM. Preventable lifestyle and eating habits associated with gastric adenocarcinoma: A case-control study. *J Cancer*. 2020 Jan 1;11(5):1231-1239. doi: 10.7150/jca.39023. PMID: 31956369; PMCID: PMC6959061.
211. Qiao Y-L, Dawsey SM, Kamangar F, Fan J-H, Abnet CC, Sun X-D, et al. Total and Cancer mortality after supplementation with vitamins and minerals: follow-up of the Linxian general population nutrition intervention trial. *J Natl Cancer Inst*. 2009;101(7):507–18.
212. Dong, J., & Thrift, AP (2017). Alcohol, Rauchen und Risiko für Speiseröhrenkrebs. *Best Practice & Forschung Klinische Gastroenterologie*, 31 (5), 509-517.
213. Yoshikazu Nishino, Manami Inoue, Ichiro Tsuji, Kenji Wakai, Chisato Nagata, Tetsuya Mizoue, Keitaro Tanaka, Shoichiro Tsugane, for the Research Group for the Development and Evaluation of Cancer Prevention Strategies in Japan, Tobacco Smoking and Gastric Cancer Risk: An Evaluation Based on a Systematic Review of Epidemiologic Evidence among the

- Japanese Population, *Japanese Journal of Clinical Oncology*, Volume 36, Issue 12, December 2006, Pages 800–807, <https://doi.org/10.1093/jjco/hyl112>
214. Ladeiras-Lopes, R., Pereira, A.K., Nogueira, A. et al. Smoking and gastric cancer: systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Cancer Causes Control* 19, 689–701 (2008). <https://doi.org/10.1007/s10552-008-9132-y>
215. I. Tramacere, E. Negri, C. Pelucchi, V. Bagnardi, M. Rota, L. Scotti, F. Islami, G. Corrao, C. La Vecchia, P. Boffetta, A meta-analysis on alcohol drinking and gastric cancer risk, *Annals of Oncology*, Volume 23, Issue 1, 2012, Pages 28-36, ISSN 0923-7534, <https://doi.org/10.1093/annonc/mdr135>.
216. Raj A, Mayberry JF, Podas T. Occupation and gastric cancer. *Postgrad Med J*. 2003 May;79(931):252-8. doi: 10.1136/pmj.79.931.252. PMID: 12782770; PMCID: PMC1742699.
217. Watabe K, Nishi M, Miyake H and Hirata K: Lifestyle and gastric cancer: a case-control study.. *Oncol Rep* 5: 1191-1195, 1998
218. Zhang, X., Zhang, Y., He, Z. et al. Chronic stress promotes gastric cancer progression and metastasis: an essential role for ADRB2. *Cell Death Dis* 10, 788 (2019). <https://doi.org/10.1038/s41419-019-2030-2>
219. Ping Yang, Yong Zhou, Bo Chen, Hong-Wei Wan, Gui-Qing Jia, Hai-Long Bai, Xiao-Ting Wu, Overweight, obesity and gastric cancer risk: Results from a meta-analysis of cohort studies, *European Journal of Cancer*, Volume 45, Issue 16, 2009, Pages 2867-2873, ISSN 0959-8049, <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2009.04.019>.
220. Bickenbach, K.A., Denton, B., Gonen, M. et al. Impact of Obesity on Perioperative Complications and Long-term Survival of Patients with Gastric Cancer. *Ann Surg Oncol* 20, 780–787 (2013). <https://doi.org/10.1245/s10434-012-2653-3>
221. Cheung KS, Leung WK. Long-term use of proton-pump inhibitors and risk of gastric cancer: a review of the current evidence. *Therap Adv Gastroenterol*. 2019 Mar 11;12:1756284819834511. doi: 10.1177/1756284819834511. PMID: 30886648; PMCID: PMC6415482.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение № 1. Анкетна карта

Каква е Вашата възраст?	1. до 45 години
	2. между 46 и 69 години
	3. над 70 години
Какъв е Вашият пол?	1. Мъж
	2. Жена
Местоживеене град/село:	1 град, 2 - село
Образование:	1 висше, 0- средно или начално
Каква е Вашата работа?	1. Предимно физическа 2. Предимно умствена 3. Смесена
Семейно положение	1. Омъжен (женен) 2. Неомъжен (неженен) 3. Разведен(а) 4. Вдовица(вдовец)
Рискови фактори	1. Емоционален стрес 2. Употреба на вредни вещества 3. Нездравословен начин на живот 4. Вредни условия при тяхната работа
Намаляване на трудоспособност?	1. Да 2. Не
Проблеми със съня?	1. Да 2. Не

Какви придружаващи заболявания имате?	Q-сърдечни заболявания на онкоболния: - 0=не - 1=да
	R-белодробни заболявания: - 0 = не - 1= да
	S-метаболитни заболявания: - 0 = не - 1= да
Пушене:	0- не, 1- да
Наднормено тегло:	0- не, 1- да
Наличие на стрес според мнението на пациента:	0- не, 1- малък до среден стрес, 2- голям стрес
Физическа активност-спорт:	0-не, 1-да,
Злоупотреба с алкохол:	1- не, 2- да
Нездравословно хранене:	0-не, 1-да

Имате ли други злокачествени заболявания?	- U - други злокачествени заболявания: - 0 = не -1=да
Диагнозата на пациента	Обединени: 1, 2 и 3 като карцином на хранопровода: - 1, 2 и 3: Рак на хранопровода в горната част (фарингеално – при входа на хранопровода - в средната част (бронхиално – при бифуркацията на трахеята)

	<p>- в долната част (диафрагмално – непосредствено над диафрагмата)</p>
	<p>Обединени 4,7 и 8 като карцином на стомаха:</p> <p>4. Карцином – на стомаха</p> <p>7. Карцином на стомаха вследствие на язва</p> <p>8. Плоскоклетъчен карцином на стомаха</p>
	<p>Обединени 9,10 и 11 като други карциноми:</p> <p>9. Невроендокринен</p> <p>10. Рецидив</p> <p>11. Друг вид карцином</p>
	<p>AB - опериран ли е първо тумора?</p> <p>- 1 = да</p> <p>- 2=не, което означава лечение преди това с химиотерапия/лъчетерапия</p>

AD	<p>AD - локализация на първичния тумор:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 11= Рак на хранопровода в проксималната част на хранопровода - 12= Рак на хранопровода в средната част на хранопровода - 13= Рак на хранопровода в дисталната част на хранопровода - 21= Рак на хранопровода в средната част (бронхиално – при бифуркацията на трахеята) – AEG2 и рак на хранопровода в долната част (диафрагмално – непосредствено над диафрагмата) – AEG3 - 22= Рак в корпуса на стомаха - 23= Рак в кухината на стомаха - 24= тотален карцином/линитис
	<p>AJ - класификация на тумора според класификацията на Лаурен</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1= интестинален - 2 = дифузен - 3 = смесен - к.а. = не е известно
	<p>AУ - извършена ли е неoadювантна</p>

	<p>терапия на пациента?</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 = да химиотерапия или лъчетерапия - 0 = не
	<p>В I - прекъсната ли е неoadювантната терапия на пациента?</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 = да - 0 = не
	<p>ВК - причина за прекъсване на неoadювантна терапия на пациента?</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 = прогрес на тумор - 2 = терапията няма действие - 3 = минимално, незначимо действие на терапията - 4 = регресия на тумора - 5 = токсичност - 6 = болки на пациента

<p>У-наличие на вторичен тумор: 1 = да; 0 = не.</p>	<p>СС - извършена ли е операция след химиотерапия или лъчетерапия?</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 = да - 0 = не
	<p>ЕФ - втора операция на останал тумор:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 = да - 0 = не
	<p>ФФ - остатъчен тумор след операцията:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 0 = R0 - 1 = R1 - 2 = R2 - 3 = не е определено
	<p>ФР - класификация на Лаурен следоперативно:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 = интестинален - 2 = дифузен - 3 = смесен
	<p>ФV - регрес на тумора:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1a = туморът е премахнат напълно

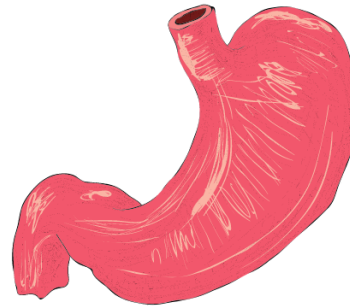
	<ul style="list-style-type: none"> - 1b = туморът е премахнат повече от 90% - 2 = 10 - 50% остатъчен тумор - 3 = повече от 50 % остатъчен тумор
--	--

	<p>FY - проблеми при изписването:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 = да - 0 = не
	<p style="text-align: center;">GH - рецидив или прогрес:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 = да - 0 = не
	<p>GV - терапия рецидив:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 = да - 0 = не
	<p>GY - пациент: жив или починал:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 = мъртъв - 0 = починал
	<p>HA - пациентът е починал в рамките на 30 дни след изписването:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 0 = не - 1 = да
	<p>HB - смъртта е настъпила в болницата:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 0 = не - 1 = да

Приложение №2

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

Какво е **ракът на стомаха**?



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

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

Симптомите **включват:**



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

Рисковите фактори включват:

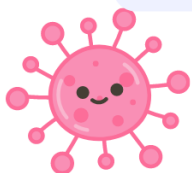
- Тютюнопушене
- Злоупотреба с **алкохол**



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



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





Как се поставя
диагнозата?



Общ медицински преглед

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

Ендоскопия

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

**Ако имате въпроси - консултирайте се с
Вашия личен лекар.**