

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

УДК: 616.33-006.6-036.22(574)

На правах рукописи

ЖАНДОСОВ ОЛЖАС КАИРТАЕВИЧ

**ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РАКА ЖЕЛУДКА В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН И
В Г.АЛМАТЫ**

6 D 110200 – Общественное здравоохранение

Диссертация на соискание степени доктора философии PhD

Научный консультант:

д.м.н., профессор Каусова Г.К.
к.м.н., ассоциированный профессор

Нурбакыт Ардак Нурбакыткызы

Зарубежный консультант:

MD, Phd, профессор

Авврам Кутен

Республика Казахстан

Алматы, 2021

СОДЕРЖАНИЕ

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ	4
ОПРЕДЕЛЕНИЯ	5
ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ	7
ВВЕДЕНИЕ	8
1 АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РАКА ЖЕЛУДКА В МИРЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)	14
1.1 Эпидемиологические аспекты рака желудка	14
1.2 Рак желудка: факторы риска и механизмы воздействия	20
1.3 Подходы раннего выявления и лечения рака желудка	28
1.4 Эпидемиологическая ситуация по онкозаболеваниям в Республике Казахстан	39
2 МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	45
3. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РАКА ЖЕЛУДКА г. АЛМАТЫ	49
3.1 Динамика рака желудка в Республике Казахстан	49
3.2 Основные тенденции рака желудка по г. Алматы	55
3.3 Исследование факторов риска возникновения рак желудка по данным социологического опроса больных с раком желудка	61
3.4 Показатели деятельности онкологической службы в ПМСП и стационаре	68
4 АНАЛИЗ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С РАКОМ ЖЕЛУДКА НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА	73
4.1 Удовлетворённость больных раком желудка качеством медицинских услуг, оказанных поликлинической службой	73
4.2 Оценка деятельности медицинских сотрудников первичного звена	80
4.2.1. Удовлетворенность больных с раком желудка врачебной деятельностью в поликлинике	80
4.2.2. Оценка деятельности медицинских сестер первичного звена здравоохранения глазами больных с раком желудка	88
4.3. Организация ухода больным с раком желудка на уровне первичного звена	96
5. АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТАЦИОНАРА ДЛЯ БОЛЬНЫХ С РАКОМ ЖЕЛУДКА	107
5.1 Определение удовлетворённости пациентов медицинскими сотрудниками стационара	107
	118

5.2. Организация ухода и лечения больных с раком желудка в стационаре	
5.3 Разработка комплекса практических рекомендаций	
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	127
ВЫВОДЫ	131
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	134
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	136
ПРИЛОЖЕНИЕ	154

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящей диссертации использованы ссылки на следующие нормативно-правовые акты:

1. Конституция Республики Казахстан от 30 августа 1995 года.
2. Постановление Правительства Республики Казахстан №1213 от 23 декабря 2008 года «О Стратегическом плане Министерства здравоохранения Республики Казахстан на 2009-2011 годы».
3. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан № 186 от 07 апреля 2008 года «Об утверждении Плана мероприятий Министерства здравоохранения Республики Казахстан по реализации Общенационального плана мероприятий по реализации Послания Главы государства народу Казахстана от 6 февраля 2008 года «Повышение благосостояния граждан Казахстана – главная цель государственной политики» и Плана мероприятий по его исполнению».
4. Государственная программа развития Здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулык» на 2016-2019 гг., утверждена постановлением Правительства Республики Казахстан от 15 октября 2018 года № 634. <https://egov.kz/cms/ru/law/list/P1800000634>.
5. Об утверждении стандарта организации оказания онкологической помощи населению Республики Казахстан Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 2 августа 2013 года № 452. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 10 сентября 2013 года № 8687.
6. Стратегический план казахского научно-исследовательского института онкологии и радиологии на 2017-2021 годы https://onco.kz/wp-content/uploads/2017/12/SP_KazIOR_2017_2021.pdf.
7. Приказ МЗ РК № ҚР ДСМ-47 от 29 декабря 2018 года «О внесении изменений в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 2 августа 2013 года № 452 "Об утверждении стандарта организации оказания онкологической помощи населению Республики Казахстан».
8. Закон Республики Казахстан «Об обязательном социальном медицинском страховании» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 07.07.2020 г.).
9. Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан на 2020 – 2025 годы (изменения на 26 декабря 2019 г.).

ОПРЕДЕЛЕНИЯ

В настоящей диссертации применяются следующие термины с соответствующими определениями:

Здоровье - состояние полного физического, духовного (психического) и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов;

Здравоохранение – система мер политического, экономического, правового, социального, культурного, медицинского характера, направленных на предупреждение и лечение болезней, поддержание общественной гигиены и санитарии, сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его активной долголетней жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья;

Инновационные медицинские технологии - совокупность методов и средств научной и научно-технической деятельности, внедрение которых в области медицины (биомедицины), фармации и информатизации в области здравоохранения является экономически эффективным и (или) социально значимым;

Качество жизни — это общее благополучие отдельных людей и обществ с изложением негативных и позитивных особенностей жизни. Он соблюдает удовлетворенность жизнью: от физического здоровья, семьи, образования, занятости, богатства, безопасности, свобода религиозных убеждений и окружающей среды. Качество жизни имеет широкий спектр контекстов, включая области международного развития, здравоохранения, политики и занятости.

Качество жизни, связанное со здоровьем - представляет собой многомерную концепцию, включающую области, связанные с физическим, умственным, эмоциональным и социальным функционированием. Это выходит за рамки прямых мер в области здоровья населения, ожидаемой продолжительности жизни и причин смерти, и основное внимание уделяется влиянию состояния здоровья на качество жизни. Связанная концепция качество жизни, связанное со здоровьем — это благополучие, которое оценивает положительные аспекты жизни человека, такие как положительные эмоции и удовлетворенность жизнью.

Качество медицинской помощи – уровень соответствия оказываемой медицинской помощи стандартам, утвержденным уполномоченным органом и установленным на основе современного уровня развития медицинской науки и технологии;

Медицинская деятельность - профессиональная деятельность физических лиц, получивших высшее или среднее профессиональное медицинское образование, а также юридических лиц, направленная на охрану здоровья граждан;

Медицинские услуги – действия субъектов здравоохранения, имеющие профилактическую, диагностическую, лечебную, реабилитационную или паллиативную направленность по отношению к конкретному человеку;

Менеджер здравоохранения – специалист по управлению государственным юридическим лицом в области здравоохранения или возглавляющий отдельные направления деятельности государственного юридического лица в области здравоохранения;

Организация здравоохранения – юридическое лицо, осуществляющее деятельность в области здравоохранения;

Профессиональный стандарт в области здравоохранения – стандарт, определяющий требования к уровню квалификации, содержанию, качеству и условиям труда специалистов в области здравоохранения;

Система здравоохранения – совокупность государственных органов и субъектов здравоохранения, деятельность которых направлена на обеспечение прав граждан на охрану здоровья;

Стандарт в области здравоохранения (далее - стандарт) – нормативный правовой акт, устанавливающий правила, общие принципы и характеристики в сфере медицинской, фармацевтической деятельности, медицинского и фармацевтического образования;

Стандартизация в области здравоохранения (далее - стандартизация) – деятельность, направленная на достижение оптимальной степени упорядочения характеристик процессов, медицинских технологий и услуг путем разработки, внедрения и обеспечения соблюдения стандартов, требований, норм, инструкций, правил.

ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

AICR	Американский институт исследований рака
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CUP	Continuous Update Project (CUP) Expert Panel
DALY	Disability-adjusted life year
EGF	Epidermal growth factor
HBEGF	Heparinbinding epidermal growth factor
FDA	Food and Drug Administration
GLOBOCAN	Global Cancer Observatory
IARC	International Agency for Research on Cancer
NCI	National Cancer Institute
QALY	Quality-adjusted life years
YLD	Years Lived With Disability
YLL	Years of life lost
VEGF A	Vascular endothelial factor A
WCRF	Всемирный фонд исследования рак
АК	Аденокарцинома
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГЭРБ	Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
ИМТ	Индекс массы тела
КРР	Колоректальный рак
КТ	Компьютерная томография
МАИР	Международное Агентство по Изучению Рака
МЗ	Министерство здравоохранения
НИЗ	Неинфекционные заболевания
НМТП	Национальная программа скрининга рака
НПО	Неправительственная организация
НПВП	Нестероидные противовоспалительные препараты
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
ПЭТ	Позитронно-эмиссионная томография
РЖ	Рак желудка
РК	Республика Казахстан
США	Соединённые Штаты Америки

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) в 2018 году более 9,6 миллионов человек умерли от раковых заболеваний, и при этом 70% случаев приходится на страны с низким и средним уровнем дохода [1,2]. ВОЗ предупреждает, что, если сохранятся существующие тенденции, в ближайшие двадцать лет число случаев онкологических заболеваний в мире возрастет на 60%. Наибольший рост числа новых случаев заболевания (примерно на 81%) произойдет в странах с низким и средним уровнем дохода, где показатели выживаемости в настоящее время находятся на самом низком уровне. Это связано главным образом с тем, что этим странам приходится направлять ограниченные ресурсы здравоохранения на борьбу с инфекционными болезнями и усиление мер охраны материнства и детства, в то время как службы здравоохранения не располагают оборудованием для профилактики, диагностики и лечения онкологических заболеваний.

Согласно имеющимся данным, в 2019 г. услуги по комплексному лечению онкологических заболеваний предоставлялись более чем в 90% стран с высоким уровнем дохода и менее чем в 15% стран с низким уровнем дохода. Причинами большинства смертей в мире остаются неинфекционные заболевания, которые являются бременем для системы здравоохранения, и ожидается, что рак будет считаться главной причиной смерти и единственным наиболее важным препятствием для увеличения продолжительности жизни в каждой стране мира в 21-м веке [20].

Рак желудка (РЖ) остается одной из самых распространенных форм злокачественных опухолей человека: ежегодно в мире РЖ заболевают более 1 млн человек. Значительные различия в заболеваемости раком данной локализации в разных странах и регионах мира свидетельствуют о влиянии климатогеографических, бытовых, пищевых и других факторов на его возникновение. Максимально высокая заболеваемость РЖ отмечена у мужчин в Японии (114,7 на 100 тыс. населения), а минимальная - у белых женщин в США (3,1 на 100 тыс.); высокий показатель заболеваемости зарегистрирован в Китае, Белоруссии, России, Эстонии, Латвии, Новой Зеландии. В 2008 году Ferlay J. с соавторами выявили около 990000 новых случаев рака желудка (РЖ), и данное злокачественное новообразование является второй по частоте причиной онкологической смертности, а также находится на четвертом месте в мире по распространенности после рака легкого, рака молочной железы и колоректального рака (КРР) [3,4]. В 2012 году зарегистрировано около 14 миллионов новых случаев заболеваний и 8,2 миллиона случаев смерти, связанных с раком [5].

План действий по борьбе против неинфекционных заболеваний на 2013-2030 гг., разработанный ВОЗ был направлен на снижение до 25% случаев преждевременной смерти от рака [6].

По данным IARC (International Agency for Research on Cancer), рак желудка (РЖ) по заболеваемости среди всех онкологических заболеваний занимает четвертое место, а по смертности — второе место, среди органов пищеварения в структуре заболеваемости — второе, в структуре смертности — первое место.

Около 2/3 случаев заболеваемости РЖ регистрируется в развивающихся странах, и данный показатель во всем мире варьирует в зависимости от пола и национальной принадлежности [10].

По данным различных исследований мужчины заболевают чаще женщин: примерно 22 случая и 10 случаев на 100000 человек в год.

Несмотря на снижение показателей смертности рака желудка в течение последних десятилетий, которая связана с развитием технологий здравоохранения и ранней диагностикой, а также улучшением комбинированных методов лечения в Нидерландах, Великобритании, Франции и странах Северной Европы, сохраняются высокие показатели заболеваемости рака желудка в странах Восточной Азии (35 на 100 000), Восточной Европы (21 на 100 000 населения), Южной Америки (15 на 100 000), в то время как наименьший уровень заболеваемости отмечен в Северной Америке (6 на 100 000) и странах Африки (3–4 на 100 000 населения), тем самым РЖ занимает второе место в структуре онкологической смертности, уступая по этому показателю лишь злокачественным новообразованиям лёгкого [11-14].

В структуре онкопатологии в Казахстане за 2019 год рак желудка по локализации структуры находится на втором месте после рака легкого. В структуре случаев смерти женщин от онкопатологии в Казахстане за 2019 год — рак желудка 9,2%, находится на втором месте после рака молочной железы — 17,5%.

Изучение и анализ существующей структуры заболеваемости и организации медико-профилактической помощи является важной задачей общественного здравоохранения, способствующей своевременному анализу ситуации и принятию обоснованных мер. Актуальность данной работы заключается в проведении всесторонней оценки медико-организационной эффективности реализации помощи больным с раком желудка в Республике Казахстан.

Цель исследования оценить состояние заболеваемости и организацию медико-профилактической помощи больным с раком желудка в Республике Казахстан и разработать практические рекомендации, направленные на оптимизацию организации медицинской помощи.

Задачи:

1. Изучить эпидемиологические особенности рака желудка в мире и среди населения Республики Казахстан.
2. Провести дескриптивный анализ заболеваемости РЖ среди взрослого населения г. Алматы за 2015-2019 гг.
3. Оценить организацию медицинской помощи на уровне первичного (поликлинической помощи) и вторичного звена (стационар) системы здравоохранения.
4. Изучить уровень удовлетворённости пациентов медицинскими сотрудниками стационара.
5. Разработать практические рекомендации по совершенствованию оказания медицинских услуг больным с раком желудка.

Объекты исследования

- больные с раком желудка в стационаре
- больные с раком желудка, состоящие на диспансерном учете первичного звена

Объем наблюдения

202 больных с раком желудка

Предмет исследования

Эпидемиология рака желудка в Республике Казахстан и в городе Алматы, организация медико-профилактической помощи пациентам данной категории.

Методы исследования

- информационно – аналитический – анализ современных библиографических научных источников, анализ нормативных документов, отчетной документации организации
- статистический метод – корреляционный, регрессионный и дисперсионный анализы
- социологический опрос – анкетирование пациентов

Научная новизна

Научная новизна и теоретическая значимость исследования определяются следующими признаками:

- впервые проанализирована эпидемиология рака желудка в разрезе Республики Казахстан, определены области распространенности и 5-ти летней выживаемости по городу Алматы;
- проведена оценка качества оказания медико-профилактической помощи на уровне первичного звена, а также удовлетворенность населения работой

врачебного и среднего медицинского персонала, включая организацию помощи и услуг для больных с раком желудка;

- изучена и дана оценка качества оказания медицинской помощи на уровне стационара, включая вопросы командной работы и межсекторального сотрудничества, а также работы врача и среднего медицинского персонала;

- впервые предложены результаты всесторонней анализа оказания помощи больным с раком желудка на уровне первичного звена и стационара, изучена кадровая обеспеченность онкологов по г. Алматы, которые являются основанием для разработки предложений по совершенствованию интегрированной помощи больным с раком желудка.

Практическая значимость

Проведенный анализ и полученные результаты исследования предназначены для использования разного уровня органами здравоохранения, руководителями медицинских организаций первичного звена и стационара, управления здравоохранения, а также образовательной сферы, направленной на улучшение межсекторального, командного, междисциплинарного сотрудничества для оказания всесторонней помощи, ориентированного на нужды больных с раком желудка.

Положения, выносимые на защиту:

1. Этиологически РЖ является многофакторным заболеванием. Факторами риска развития рака желудка являются пожилой возраст, мужской пол, курение табака, ожирение, употребление алкоголя, положительный семейный анамнез (наличие родственника первой степени с раком желудка), воздействие радиации, низкий социально-экономический статус и, возможно, такие диетические факторы, как низкое потребление фруктов и овощей и высокое потребление соленой и копченой пищи. С 2010 по 2019 год заболеваемость РЖ имеет тенденцию к снижению в 5 из 16 регионах страны, с наибольшей выраженностью в г. Нур-Султан. С 2010 по 2019 год смертность от РЖ имеет тенденцию к снижению в 9 из 16 регионов страны, с наибольшей выраженностью в Карагандинской и Павлодарской областях. Рост выявляемости РЖ на ранних стадиях отмечен – в восьми областях. Тенденции благоприятного изменения эпидемиологических показателей РЖ статистически не связаны с исходным уровнем показателей РЖ в регионе.

За период 2010–2019 годов эпидемиологическая ситуация с РЖ в Республике Казахстан имеет устойчивую тенденцию к улучшению, но при этом регионы страны существенно различаются как по исходным значениям эпидемиологических показателей, так и по наблюдаемым тенденциям их изменения.

2. Рак желудка является одним из распространенных видов рака по городу Алматы и занимает четвертое место в структуре онкопатологии. Среди мужского населения показатель заболеваемости и смертности значительно выше в сравнении с женским, морфологическая верификация подтверждается в 90,0 и выше случаев, пятилетняя выживаемость среди женщин выше в сравнении с мужчинами. Удельный вес 1-2 стадии значительно выше в сравнении с 3-4 стадии, что является положительной тенденцией.

3. За исследуемый период отмечается положительная тенденция кадровой обеспеченности: однако, несмотря на увеличение показателей обеспеченности в городских поликлиниках г.Алматы, тем не менее наблюдается потребность в врачах-онкологах в первичном звене. В регистрации случаев наблюдается значительное расхождение показателей первичного и вторичного приема. Имеется положительная динамика показателей диспансеризации пациентов с РЖ.

4. Также, как и в первичном звене, согласно данным социологического исследования в стационаре наблюдается недовольство пациентов с РЖ в более половине случаев информированием со стороны среднего медицинского персонала и со стороны врачей о результатах лабораторных исследований, о применяемых методах лечения, готовностью отвечать на звонки пациентов и временем, которое посвящают медицинские сестры пациентам. Более половины респондентов отмечают плохую командную работу по обмену информацией между лицами, обеспечивающими уход на уровне первичного звена, на уровне стационара недовольство в два раза ниже. В большинстве случаев молодые пациенты в разной степени не удовлетворены сервисом и коммуникацией со стороны медицинских работников. С увеличением возраста недовольных становится больше.

5. Совершенствование оказания медицинских услуг больным с раком желудка включает усиление межсекторального взаимодействия между первичным и вторичным звеном, обучение коммуникативным навыкам, создание специализированных сообществ поддержки пациентов и способствует совершенствованию интегрированной помощи больным с раком желудка.

Публикации

По теме диссертационного исследования опубликовано 17 научных трудов, среди которых 3 статьи в международных научных изданиях, входящих в базу данных Scopus, 3 статьи в изданиях, рекомендованных Комитетом по контролю в сфере образования и науки Министерства образования и науки Республики Казахстан, 7 – в сборниках и материалах конференций и 4 в профильных медицинских журналах.

Внедрение результатов исследования

Личный вклад автора заключается в разработке теоретической и методологической программы исследования, формировании цели, задач исследования, организации и проведении исследования, непосредственном участии во всех этапах исследовательских работ, статистической обработке данных, написании разделов диссертации, интерпретации и обсуждении результатов, формулировании положений, выносимых на защиту, а также, выводов и практических рекомендации.

Объём и структура диссертации

Диссертационная работа состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка использованной литературы, включающего 242 литературных источников.

Диссертация изложена на 159 страницах машинописного текста, иллюстрирована 25 таблицами, 78 рисунками, содержит 4 приложения.

1.АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РАКА ЖЕЛУДКА В МИРЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

1.1. Эпидемиологические аспекты рака желудка

По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) второй из основных причин смертности в мире является раковые заболевания: более 9,6 миллионов человек умерли в 2018 году, и 70% случаев приходится на страны с низким и средним уровнем дохода [1,2]. Ferlay J. с соавторами отметили в 2008 году, что ежегодно в мире выявляется около 990000 новых случаев рака желудка (РЖ), и данное злокачественное новообразование является второй по частоте причиной онкологической смертности, а также находится на четвертом месте в мире по распространенности после рака легкого, рака молочной железы и КРР [3,4]. В 2012 году зарегистрировано около 14 миллионов новых случаев заболевания и 8,2 миллиона случаев смерти, связанных с раком [5].

В 2013 году ВОЗ выпустила План действий по борьбе против неинфекционных заболеваний на 2013-2030гг., который направлен на снижение до 25% случаев преждевременной смерти от рака. Некоторые направления имеют особую значимость для профилактики рака – напр., цель по сокращению потребления табака на 30% за период 2014-2025 годов. Ожидается, что за ближайшие 20 лет число новых случаев заболевания возрастёт примерно на 70% [6].

В 2018 году согласно сведениям ВОЗ данный показатель занял 6 место среди других раковых заболеваний и количество случаев смерти по причине данного заболевания составило 1,03 миллиона. В таблице 1 представлены наиболее распространенные виды рака [1].

Таблица 1- Наиболее распространенные виды рака в мире (абс.)

Виды	Кол-во случаев (абс.)
рак легких	2,09 млн. случаев смерти
рак молочной железы	2,09 млн. случаев смерти
рак толстой и прямой кишки	1,80 млн.. случаев смерти
рак предстательной железы	1,28 млн случаев смерти
рак кожи (немеланомный)	1,04 млн случаев смерти
рак желудка	1,03 млн. случаев смерти

По данным Национального института онкологии (National Cancer Institute (NCI)) число новых случаев РЖ и смертей на 100 000 человек составило 7,2 на 100 000 мужчин и женщин в год. Эти показатели скорректированы по возрасту и основаны на случаях заболеваемости и смертности в 2011–2015 годах [7]. На основании данных с 2013-2015 гг. риск развития рака в течение жизни показал,

что у 0,8 % мужчин и женщин будет диагностирован рак желудка в течение их жизни [8,9].

Заболеваемость РЖ во всем мире широко варьирует в зависимости от пола и национальной принадлежности, при этом около 2/3 случаев РЖ регистрируется в развивающихся странах [10].

С момента начала систематической регистрации опухолевых заболеваний РЖ занимал лидирующее место в структуре онкологической заболеваемости и смертности. Тенденция к изменению ситуации стала наблюдаться лишь во второй половине XX века, причём решающую роль в данном вопросе сыграли перемены в образе и стиле жизни людей. С одной стороны, развитие сельского хозяйства, транспорта, технологии хранения продуктов (в частности, появление холодильников), привело к снижению потребления солений. С другой стороны, рак желудка попросту оказался вытесненным «болезнями цивилизации»: в частности, возникшая в начале XX века пандемия курения привела к катастрофическому росту заболеваемости раком лёгкого, а контроль рождаемости – к беспрецедентному увеличению числа случаев рака молочной железы.

Ежегодно РЖ поражает около 1 миллиона человек. Мужчины болеют чаще женщин: стандартизованные показатели мировой заболеваемости РЖ в зависимости от пола составляют примерно 22 случая и 10 случаев на 100000 человек в год, соответственно; впрочем, подобная разница отмечается лишь для интестинальной формы РЖ. Встречаемость дистального РЖ имеет тенденцию к снижению, в то время как частота кардиального РЖ остаётся неизменной или даже несколько увеличивается. Наиболее высокие показатели заболеваемости РЖ наблюдаются в странах Восточной Азии (35 на 100 000), Восточной Европы (21 на 100 000 населения), Южной Америки (15 на 100 000), в то время как наименьший уровень заболеваемости отмечен в Северной Америке (6 на 100 000) и странах Африки (3–4 на 100 000 населения) [11,12].

Смертность от РЖ в мире в течение последних десятилетий устойчиво снижается, что в первую очередь связано с ранней диагностикой данного заболевания и совершенствованием комбинированных методов лечения. Так, ежегодное снижение показателей смертности от РЖ с 1980 по 2005 год наблюдалось в Нидерландах, Великобритании, Франции и странах Северной Европы. Если подобный тренд сохранится и в будущем, показатели смертности от РЖ с 2005 по 2030 год снизятся примерно на 66 % в большинстве популяций, в то время как абсолютное число случаев смерти от РЖ уменьшится примерно на 50 % [13]. При этом следует отметить, что по состоянию на 2012 год наибольшие показатели смертности от РЖ были отмечены в странах Восточной Азии (24 на 100 000 населения) и Западной Азии (11 на 100 000), Центральной и Восточной Европы (17 на 100 000 населения), а также в Южной Америке (12 на 100 000), в то время как наименьший уровень смертности был зарегистрирован в странах

Северной Европы (5 на 100 000), Австралии и Новой Зеландии (3 на 100 000), а также странах Африки (5–6 на 100 000 населения) [12]. В настоящее время РЖ занимает второе место в структуре онкологической смертности, уступая по этому показателю лишь злокачественным новообразованиям лёгкого: на долю РЖ приходится примерно 10% летальных исходов, ассоциированных с опухолевой патологией [13,14].

Всемирный фонд исследования рак (World cancer research fund) с экспертной группой проекта «Непрерывное обновление» посчитали, что имеются убедительные доказательства того, что повышенный индекс массы тела, потребление алкогольных напитков и продуктов, консервированных продуктов с использованием соления, являются причинами рака желудка. Есть некоторые свидетельства того, что потребление переработанного мяса, рыбы на гриле или барбекю, а также низкое потребление фруктов может увеличить риск РЖ. Есть некоторые доказательства того, что потребление цитрусовых может снизить риск рака желудка [15,16]. Показатели рака желудка 20-ти стран с самыми высокими показателями в 2019 году (оба пола) представлены на рисунке 1 [15,16].

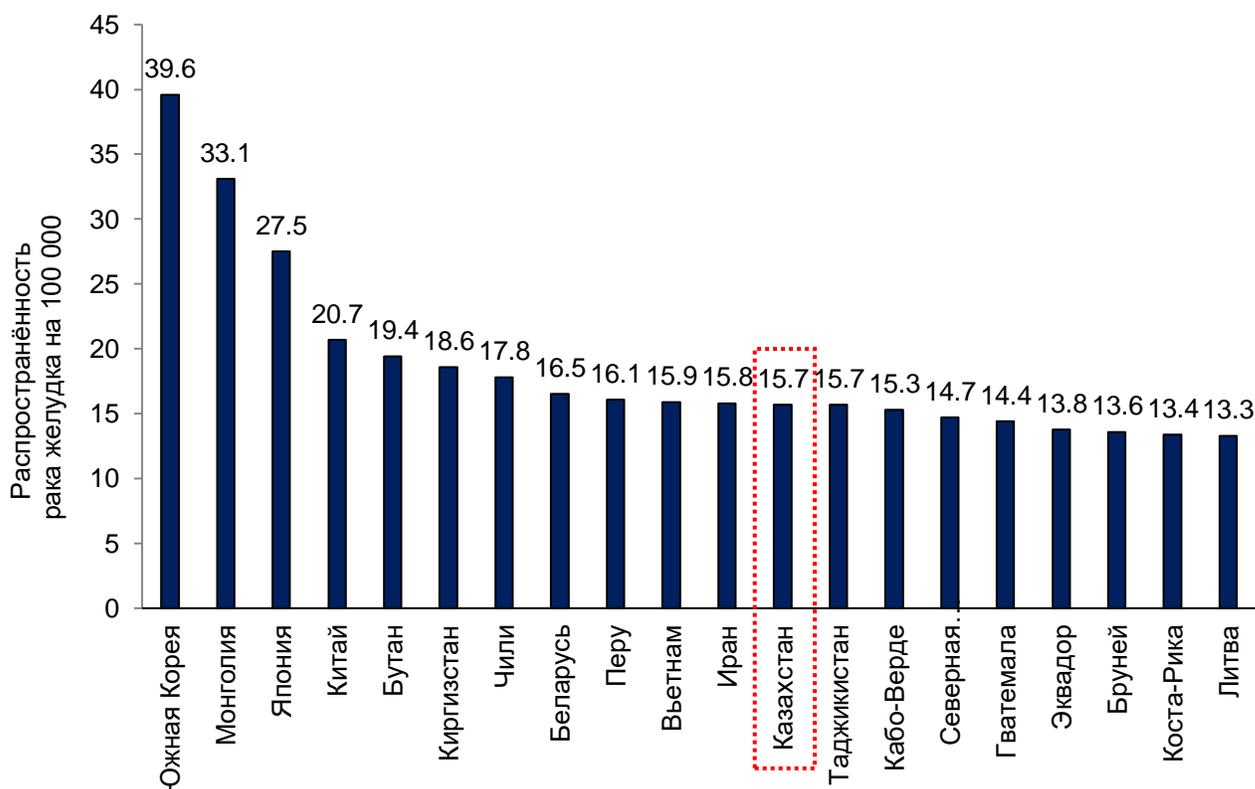


Рисунок 1 - Показатели случаев рака желудка в 2019 году (на 100 000 населения).

На рисунке использован стандартизированный по возрасту показатель за 2019 год - суммарный показатель заболеваемости, который имело бы население,

если бы у него была стандартная возрастная структура. Стандартизация необходима при сравнении популяций, которые различаются по возрасту, поскольку возраст сильно влияет на риск смерти от рака.

Показатель среди мужчин в целом варьирует от 57,8 до 19,1 случаев на 100 000 населения, тогда как среди женщин 23,5 до 9,5, что свидетельствует о более низкой частоте встречаемости РЖ у женского пола в сравнении с мужским.

Таким образом, согласно данным 2019 года Всемирного фонда исследования рака (World cancer research fund) выявлено, что лидирующими странами по РЖ как среди женского, так и среди мужского населения являются Южная Корея, Монголия и Япония. Согласно данным, Китай занимает 4-ое место по показателям РК (оба пола), при этом наблюдаются более низкие показатели среди женского пола (8 позиция), по сравнению с мужским. Показатели рака желудка по данным 20-ти стран с самыми высокими показателями в 2019 году среди мужского населения [15,16] представлены на рисунке 2.

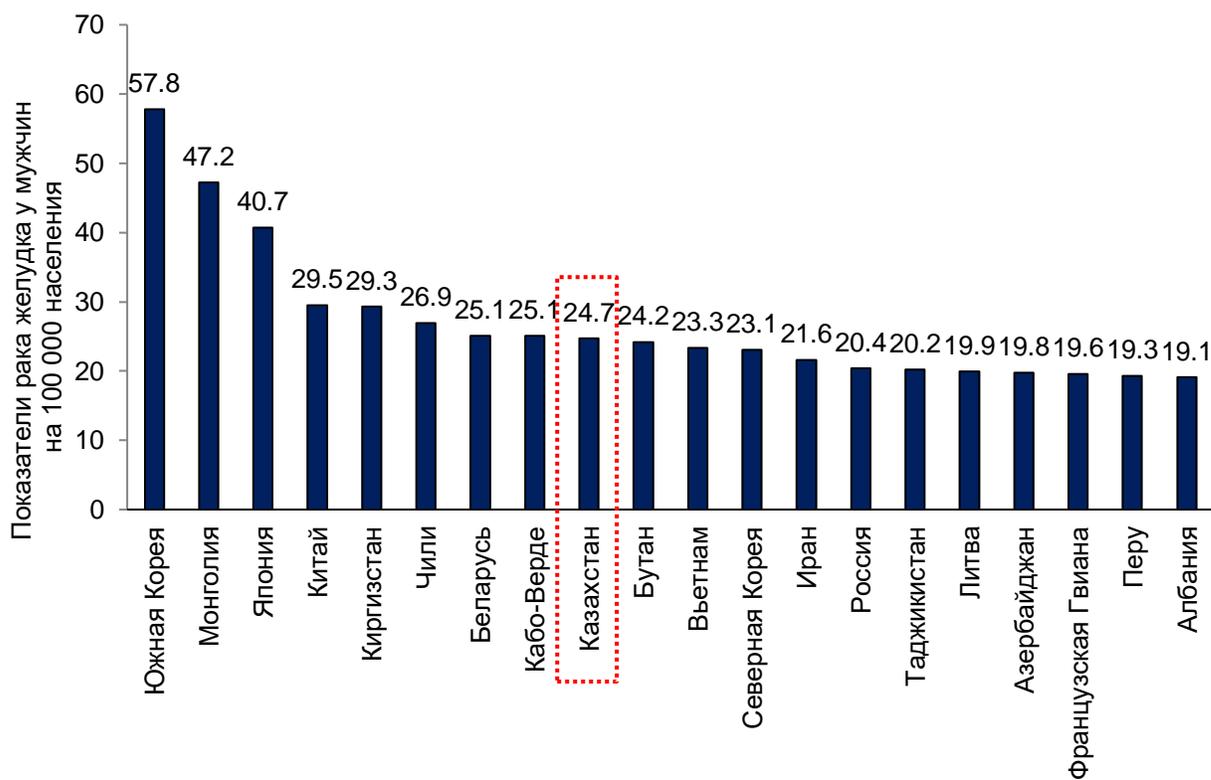


Рисунок 2 - Показатели рака желудка у мужчин по данным 20 стран за 2019 году (на 100 000 населения).

При изучении 20 позиции среди мужского пола, использовались данные таких стран как Россия, Французская Гвиана, Азербайджан и Албания, при этом по показателям «оба пола» данные страны не входят, среди показателей РЖ у женского пола включены такие страны как Мали, Эквадор, Гондурас, и Зимбабве.

В Казахстане показатель РЖ среди мужского пола (24,7) превалирует над аналогичным показателем среди женского населения (9,7) [15,16]. Стандартизированные показатели рака желудка по данным 20-ти стран с самыми высокими показателями в 2019 году среди женского населения [15,16] представлены на рисунке 3.

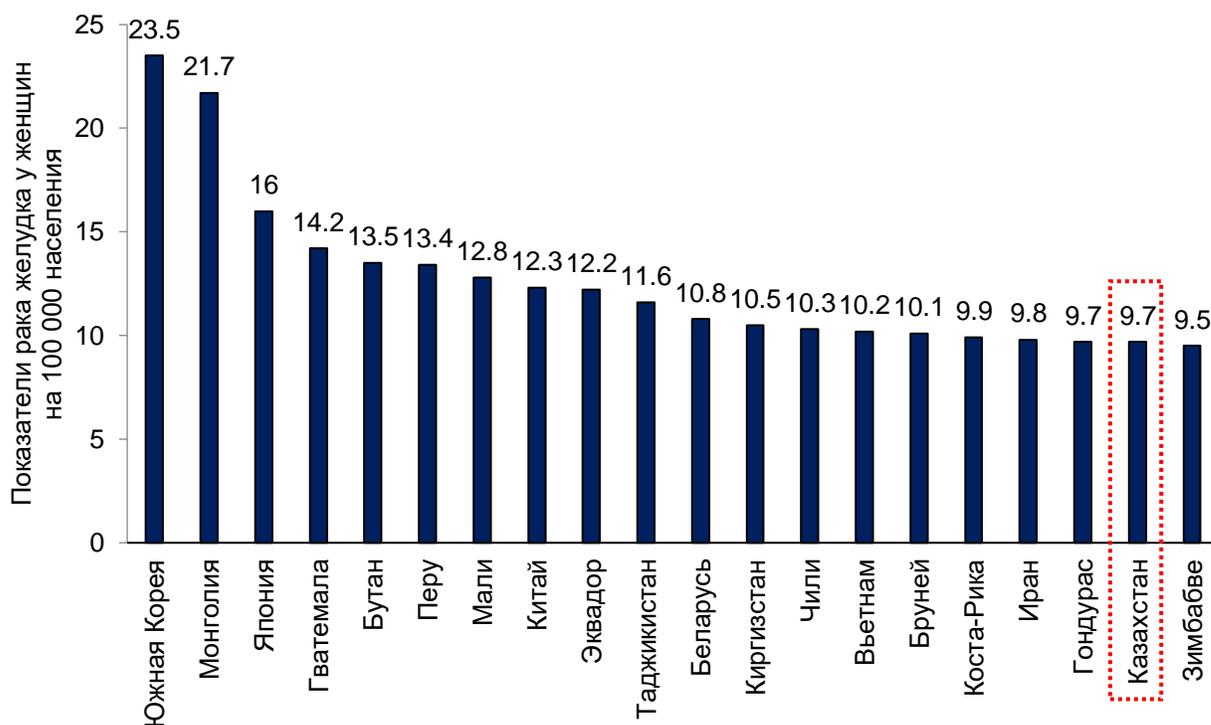


Рисунок 3 - Показатели рака желудка у женщин по данным 20 стран за 2019 году (на 100 000 населения).

Говоря о прогнозе РЖ, следует отметить, что еще с 1970-х годов началось заметное повышение показателей пятилетней выживаемости при РЖ. Например, в США выживаемость пациентов увеличилась с 15 % в 1975 году до 29 % в 2009-м [17]. Показатель пятилетней общей выживаемости при РЖ в мире составляет примерно 20 %, за исключением Японии, где пятилетняя выживаемость при I–II стадиях РЖ составляет 70 %, причем такие высокие показатели выживаемости в Японии обусловлены высокой эффективностью программ массового скрининга РЖ [18]. При этом в странах с высоким уровнем заболеваемости РЖ показатели выживаемости в целом гораздо выше, чем в странах с низкой частотой его распространения [19].

В настоящее время неинфекционные заболевания (НИЗ) являются причиной большинства смертей в мире, и ожидается, что рак будет главной причиной смерти и единственным наиболее важным препятствием для увеличения продолжительности жизни в каждой стране мира в 21-м веке [20]. Согласно оценкам ВОЗ, в 2015 году из 172 стран в 91 стране рак является первой или второй

по значимости причиной смерти в возрасте до 70 лет, а также занимает третье или четвертое место в дополнительных 22 странах.

Раковые переходы наиболее заметны в странах с формирующейся рыночной экономикой, где увеличение масштабов заболевания сопровождается изменением профиля распространенных типов рака. Наблюдается продолжающееся вытеснение злокачественных новообразований, связанных с инфекцией и бедностью, теми видами рака, которые уже очень часто встречаются в наиболее развитых странах (например, в Европе, Северной Америке и странах с высоким уровнем доходов в Азии и Океании). Эти виды рака часто приписывают так называемой вестернизации образа жизни, однако различия в профилях рака в отдельных странах и между регионами свидетельствуют о том, что всё еще существует заметное географическое разнообразие с сохранением локальных факторов риска в популяциях на совершенно разных этапах социально-экономического развития стран [21-23]. Это иллюстрируется заметными различиями в показателях, связанных с инфекцией раковых заболеваний, включая шейку матки, желудка и печени, которые наблюдаются в странах, находящихся на разных концах спектра экономического развития.

Отчет о состоянии бремени рака во всем мире в 2019 году, основанный на оценках заболеваемости и смертности от рака GLOBOCAN 2019, подготовленный Международным агентством по исследованию рака (IARC) показал, как и в предыдущих отчетах за 2002 год, 2008, и 2012 год, основное внимание уделяется описанию заболеваемости раком и смертности от него на глобальном уровне, а также оценке географической изменчивости, наблюдаемой в 20 заранее определенных регионах мира [24-26, 12].

По оценкам, в 2019 году зарегистрировано 18,1 миллиона новых случаев заболевания раком (17,0 миллионов без учета рака кожи с немеланомой) и 9,6 миллиона случаев смерти от рака (9,5 миллиона без учета рака кожи с немеланомой). У обоих полов по показателю заболеваемости рак легких является наиболее часто диагностируемым раком (11,6% от общего числа случаев), за которым следует рак женской молочной железы (11,6%), рак простаты (7,1%) и КРР (6,1%); и рак легкого является основной причиной смерти от рака (18,4% от общего числа смертей от рака), КРР рак (9,2%), рак желудка (8,2%) и рак печени (8,2%). Рак легкого является наиболее частым раком и основной причиной смерти от рака среди мужчин, за которым следует рак простаты и КРР (для заболеваемости) и рак печени и желудка (для смертности). Среди женщин рак молочной железы является наиболее часто диагностируемым раком и основной причиной смерти от рака, за которым следует КРР и рак легких (для заболеваемости), и, наоборот (для смертности); рак шейки матки занимает четвертое место, как по заболеваемости, так и по смертности.

Однако наиболее часто диагностируемый рак и ведущая причина смерти от рака существенно различаются между странами и внутри каждой страны в

зависимости от степени экономического развития и связанных с этим социальных факторов и факторов образа жизни. Следует отметить, что высококачественные данные реестра рака, являющиеся основой для планирования и реализации научно обоснованных программ борьбы с раком, недоступны в большинстве стран с низким и средним уровнем дохода. Глобальная инициатива по развитию реестра онкологических заболеваний - это международное партнерство, которое поддерживает лучшую оценку, а также сбор и использование местных данных для определения приоритетов и оценки национальных усилий по борьбе с раком [28-35]. На 2019 год зарегистрированных новых случаев РЖ составил 1033701 (5,7%) и смертность 782685 (8,2) [36-38].

Тем не менее, несмотря на тенденцию снижения показателей смертности от РЖ во всем мире, данное злокачественное новообразование продолжает оставаться заболеванием с крайне неблагоприятным прогнозом и высокой летальностью, уступая по уровню онкологической смертности только раку легкого.

1.2. Рак желудка: факторы риска и механизмы воздействия

Мировые результаты исследований, а также в соответствии данных ВОЗ отмечается, что примерно в трети случаев смерть от рака обусловлена пятью основными источниками риска, связанными с поведением и рационом питания, такие как:

- высокий индекс массы тела,
- низкий уровень потребления фруктов и овощей,
- отсутствие физической активности,
- употребления табака и
- употребления алкоголя [1,39-42].

Из них значительным фактором риска и почти 22% глобальных случаев развития и смерти от рака приходится на употребление табака [1,39-43]. Проектом непрерывного обновления (CUP) - крупнейшим в мире источником научных исследований по профилактике рака через диету, питание и физической активности проведен анализ влияния физической активности на риск развития рака [44-47].

Первые упоминания о раке желудка (РЖ) обнаруживаются в египетских папирусах, датированных XVI веком до нашей эры [48]. Менее века назад рак желудка был наиболее распространенным раком в США и, возможно, во всем мире. Хотя он больше не является наиболее распространенным раком в мире, рак желудка остается второй по значимости причиной смертности от рака во всем мире и самой распространенной формой рака в Восточной Азии [49-51].

В классификации РЖ представляется существенным выделение проксимальной (кардиальной) и дистальной форм заболевания. Эти

разновидности РЖ заметно различаются между собой по эпидемиологии, этиологии и патогенезу, причём кардиальная форма РЖ проявляет существенное сходство с опухолями пищевода. Помимо этого, является общепринятым подразделение РЖ на интестинальный и диффузный гистологические типы. Интестинальные опухоли характеризуются сохранностью железистых структур эпителия и проявляют признаки дифференцировки; напротив, диффузные РЖ представлены относительно однородными, недифференцированными клеточными массами. Хотя гистологическая классификация РЖ в определённой степени условна, особенно с учётом частой встречаемости смешанных форм РЖ, она, безусловно, отражает многообразие молекулярного патогенеза данного заболевания [19,52].

Этиологически РЖ является многофакторным заболеванием. Согласно литературным данным, причинами развития РЖ являются генетические и экологические факторы, а также факторы образа жизни [19]. Некоторые из этих факторов, например, возраст и пол, остаются неизменными, в то время как другие, такие как курение и инфекция *Helicobacter pylori*, являются потенциально модифицируемыми [5,53,54]. Факторы риска развития РЖ представлены в таблице 2 [54].

Таблица 2 - Факторы риска развития рака желудка

Рак желудка	
Кардиальная форма	Некардиальная форма
Возраст	Возраст
Пол: мужской	Пол: мужской
Курение	Курение
Раса	Раса
Наследственность	Наследственность
Низкая физическая активность	Низкая физическая активность
Радиация	Радиация
Потребление волокна	Потребление волокна
	<i>H. pylori</i>
	Низкий социально-экономический статус
	Высокое потребление соленой и копченой пищи
	Низкое потребление фруктов и овощей
Ожирение	
Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ)	

При этом факторы риска развития РЖ, локализованного в кардии и некардиальной области желудка, существенно различаются (Таблица 2). Общими факторами риска развития опухоли как в кардии, так и в некардиальных отделах желудка являются пожилой возраст, мужской пол, курение табака, воздействие радиации и семейный анамнез. Факторы, связанные с кардиальным РЖ, включают ожирение и гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь (ГЭРБ). С другой стороны, факторы риска, которые являются исключительными для некардиального РЖ, включают инфекцию *H. pylori* (по крайней мере, в западных странах), низкий социально-экономический статус и, возможно, такие диетические факторы, как низкое потребление фруктов и овощей и высокое потребление соленой и копченой пищи.

Уровень заболеваемости раком желудка увеличивается с возрастом. Из случаев, диагностированных в период между 2005 и 2009 годами в США, примерно 1% случаев приходится на возраст от 20 до 34 лет, тогда как 29% случаев произошли в возрасте от 75 до 84 лет [55]. По сравнению с женщинами, у мужчин более высокий риск как РЖ кардиальной части (в 5 раз), так и некардиального РЖ [56]. Причины таких различий не ясны. Экологические или профессиональные воздействия могут сыграть свою роль. Например, мужчины исторически были более склонны к курению табачных изделий, хотя повышенные показатели у мужчин, похоже, сохраняются даже в странах, где мужчины и женщины имеют схожие показатели курения [57]. Альтернативно, половые различия могут отражать физиологические различия. Эстрогены могут защитить от развития РЖ. У женщин отсроченная менопауза и повышенная фертильность могут снизить риск развития РЖ, тогда как антиэстрогенные препараты, например тамоксифен, могут повышать частоту возникновения [58,59]. Эти гормоны могут обеспечивать защиту от РЖ в течение фертильных лет у женщин, но их эффект уменьшается после менопаузы, так что у женщин развивается РЖ таким же образом, как у мужчин, но позже от 10 до 15 лет [60,61].

Хотя роль курения в возникновении нескольких других видов рака уже давно установлена, только в 2002 году Международное агентство по исследованию рака пришло к выводу о наличии «достаточных» доказательств причинно-следственной связи между курением и РЖ [62]. Метаанализ когортных исследований показал, что риск РЖ увеличивается только на 60% (ОШ: 1,6) у курящих мужчин и на 20% (ОШ: 1,2) у курящих женщин по сравнению с никогда не курящими, и ассоциации еще слабее у бывших курильщиков [63]. Хотя исследования различаются, в целом накопленные данные свидетельствуют о том, что курение является фактором риска как кардиального, так и некардиального рака желудка [63-67].

Риск рака желудка также увеличен у людей, злоупотребляющих курением [68, 69, 70]. Имеются сведения об ассоциации РЖ с ожирением, с определёнными

группами крови, с употреблением алкоголя и т.д. [7]. Традиционный («чёрный») чай и кофе не обладают модулирующим действием на риск РЖ [71].

Два первооткрывателя *H. pylori* заранее отметили, что: «[бактерии] могут играть роль в других плохо изученных, связанных с гастритом заболеваниях (например, язвенная болезнь желудка и рак желудка)» [72]. Значительные исследования, проведенные в течение последующих двух десятилетий, установили, что *H. pylori* является неопровержимой причиной рака желудка, с относительным риском приблизительно 6 для рака желудка без сердечной недостаточности [73,74]. *Helicobacter pylori* является грамотрицательной бациллой, продуцирующей уреазу; частая персистенция *Helicobacter pylori* в слизистом желудке была продемонстрирована относительно недавно, в 1984 г. [75]. Спустя 10 лет, в 1994 г., Международное Агентство по Изучению Рака (МАИР; International Agency for Research on Cancer, IARC) включило *Helicobacter pylori* в официальный список канцерогенов [76]. Причастность данного микроорганизма возникновению РЖ доказана в многочисленных, хорошо воспроизводимых эпидемиологических исследованиях. Считается, что примерно 60-90% РЖ развиваются на фоне инфицирования *Helicobacter pylori* [77-80]. С самого начала следует оговориться, что носительство *Helicobacter pylori* встречается достаточно часто и ни в коем случае не является фатальным состоянием. Напротив, степень увеличения вероятности развития РЖ при поражении слизистой желудка этим микроорганизмом находится в достаточно умеренном диапазоне (2 – 2,5 раза), что несопоставимо меньше значимости других известных канцерогенов (например, курение увеличивает вероятность заболеть РЛ как минимум на порядок) [77].

Примерно 50% населения планеты (30% в Западной Европе и Северной Америке и 60-90% в Азии) в той или иной форме являлись или являются носителями *Helicobacter pylori* [81,82]. Этот показатель имеет тенденцию к постоянному снижению, вследствие улучшения гигиенических стандартов и систематического применения антибиотиков. Заметное канцерогенное воздействие *Helicobacter pylori* наблюдается лишь в том случае, если инфекционное поражение приводит к анацидному атрофическому гастриту, поражающему тело органа. Гипоацидоз желудка может иметь как ятрогенный характер, так и вызываться самим микроорганизмом. Развитие атрофии, возникающее вследствие воспаления, способствует дальнейшему прогрессированию гипоацидоза за счёт функциональной инактивации специализированных структур слизистой оболочки желудка. Таким образом, возникновение *Helicobacter* индуцированного анацидного гастрита представляется типичным примером патофизиологического «порочного круга» [83-85].

Инфекция *Helicobacter pylori* ассоциирована только с дистальной, но не с проксимальной формой РЖ. В частности, наиболее опасными являются

разновидности *Helicobacter pylori*, имеющие в составе своего генома цитотоксин ассоциированный ген А (cytotoxin associated gene A, CagA). В частности, после проникновения в клетку белок CagA подвергается фосфорилированию по тирозину и получает способность активировать клеточную протеинтирозинфосфатазу SHP2 [86]. В результате подобного взаимодействия запускаются MAP киназные каскады, ассоциированные с передачей пролиферативных сигналов, а также провоцируется продукция некоторых воспалительных цитокинов [77]. Помимо снижения кислотности, воспаление создаёт условия, провоцирующие возникновение рака за счёт активации клеточного деления и выделения опухоль стимулирующих гуморальных факторов [87]. Интенсивность воспалительной реакции может модулироваться индивидуальными особенностями генетического кода пациента – генными полиморфизмами. В частности, в литературе часто цитируются ассоциации между определёнными генотипами интерлейкинов, фактора некроза опухолей, цитокинов и риском возникновения РЖ [88]. Необходимо отметить, что данная область молекулярной эпидемиологии изобилует «ложнопозитивными» наблюдениями. Например, в контексте генетических детерминант предрасположенности к РЖ достаточно часто упоминается полиморфизм гена TNF alpha, однако систематический анализ публикаций по данному вопросу заставляет усомниться в правомочности подобных выводов [89].

Помимо воспалительного действия, инфицирование *Helicobacter pylori* сопровождается активацией множества ростовых факторов. В частности, присутствие *Helicobacter pylori* в слизистой ассоциировано с продукцией эпидермального фактора роста (EGF, epidermal growth factor), гепарин связывающего EGF подобного фактора роста (HBEGF, heparinbinding epidermal growth factor), фактора роста эндотелия (VEGF A, vascular endothelial factor A) и т.д. [77]. Продукция этих полипептидов ускоряет клеточную пролиферацию и способствует ангиогенезу [90-92]. По оценкам, *H. pylori* вызывает от 65 до 80% всех случаев рака желудка, или 660 000 новых случаев в год [49, 93]. Снижение распространенности *H. pylori*, возможно, благодаря улучшению санитарии и широкому применению антибиотиков, может быть основной причиной быстрого снижения заболеваемости раком желудка некардией [94,95].

Со времени исследований Villermé и Chadwick в первой половине 19-го века, известно, что более низкий социально-экономический статус связан с более высоким риском общей и специфической смертности, включая смертность от большинства раковых заболеваний [96-99]. Рак желудка и его предшественники были связаны с маркерами низкого социально-экономического статуса, включая низкий уровень образования и низкий доход [100-102]. Более высокий уровень инфекции *H. pylori*, более высокое потребление крахмалистой пищи или более низкий доступ к свежим продуктам и овощам может быть причиной связи между низким социально-экономическим статусом и более высоким риском рака

желудка [103]. Распространенность *H. pylori*, особенно CagA-позитивных штаммов, значительно выше среди афроамериканцев с низким уровнем дохода и может способствовать повышению риска в этой группе [104].

Всемирный фонд исследования рака/Американский институт исследований рака (WCRF/AICR) пришел к выводу, что: «Соль, а также консервированные продукты, вероятно, являются причинами рака желудка» [105-108]. Исследование, проведенное в 1965 году, показало сильную корреляцию между смертностью от инсульта и РЖ в разных географических районах и во времени, что позволило предположить, что соль является фактором риска для обоих [109]. Недавний метаанализ 11 исследований «случай-контроль» и когортных исследований показал, что более высокое потребление соли увеличивает риск рака желудка на 22% [110]. Кроме того, крупные когортные исследования в Корее показали, что люди, которые предпочитают соленую пищу, имеют более высокий риск рака желудка [111,112]. (64). Роль копченой пищи в желудочном канцерогенезе была высказана в начале 1960 г. [113]. Исследования, проведенные в то время в Европе, показали, что уровень заболеваемости РЖ был самым высоким в Финляндии и Исландии, где употребление копченой рыбы и мяса было очень высоким, что привело к дальнейшему изучению содержания копченых продуктов и их содержания полициклических углеводов (ПАУ) в канцерогенезе желудка [114-116].

Потребление овощей, лука по 50 г в день было связано с 23% снижением риска РЖ, что было подтверждено в недавнем метаанализе [117]. Такая связь правдоподобна, поскольку фрукты и овощи являются богатыми источниками витамина С, фолата, каротиноидов и фитохимикатов, которые могут ингибировать канцерогенез путем модуляции ферментов, метаболизирующих ксенобиотики. Однако, несмотря на многолетние исследования и правдоподобную гипотезу, эпидемиологическая литература остается противоречивой [118-122]. Присутствие в рационе свежих фруктов и овощей уменьшает риск рака желудка. Хотя когда-то считалось, что потребление витаминов и антиоксидантов эффективно для профилактики рака, хорошо проведенные рандомизированные исследования, как правило, показывают очень небольшую или нулевую пользу от их использования для предотвращения рака желудка или улучшения общего состояния здоровья [123,124]. Тем не менее, пищевые добавки могут играть профилактическую роль в популяциях с высоким уровнем рака желудка и низким потреблением микроэлементов [124-127].

Современные данные свидетельствуют о том, что прием нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) может иметь обратную связь с риском развития РЖ. Два метаанализа обсервационных исследований показали обратную связь между аспирином или любыми другими НПВП и кардиальным и некардиальным РЖ, тогда как в другом сообщалось об обратной связи аспирина с некардиальным раком желудка, но не с кардиальным РЖ [128-130]. В двух

самых актуальных мета-анализах (один с 13 исследованиями, а другой с 15 исследованиями) сообщалось об обратной связи между приемом аспирина и всем раком желудка (ОШ=60,65), с небольшой разницей между исследованиями случай-контроль и когортными исследованиями в этом отношении [131,132]. В объединенном анализе семи клинических испытаний ежедневного применения аспирина (проведенного первоначально для предотвращения сосудистых событий) риск смерти от РЖ в группе, принимающей аспирин, был не ниже, чем в контрольной группе: ЧСС (95% ДИ) был 1,85 (0,81–4,23) в течение от 0 до 5 лет наблюдения и 3,09 (0,64–14,9) для более длительного наблюдения [133]. В двух метаанализах предположили, что прием статинов был связан с примерно 30% снижением риска РЖ [134,135]. Однако, когда исследование с более отдаленными результатами было исключено, снижение риска составило приблизительно 15%, что было однородным по всем исследованиям [136-138].

Ожирение является растущей проблемой в современных обществах и связано с целым рядом заболеваний, включая РЖ кардии. По сравнению с лицами с индексом массы тела (ИМТ) <25, у людей с ИМТ от 30 до 35 характерен двукратный риск, а у людей с ИМТ > 40 риск развития рака пищевода и желудка в 3 раза выше, в том числе кардиальный рак желудка [139-143]. Недавно опубликованный метаанализ показал снижение риска РЖ на 21%, сравнивая людей, которые наиболее активны, с теми, кто менее активен. Это снижение риска наблюдалось как при раке желудка кардии (снижение риска на 20%), так и при раке желудка некардиально (снижение риска на 37%). [143].

ГЭРБ тесно связан с риском развития аденокарциномы пищевода, с увеличением риска примерно в 5-7 раз [144]. В нескольких исследованиях также сообщалось о статистически значимых связях между ГЭРБ и кардиальным раком желудка, с повышенным риском в 2–4 раза в большинстве исследований, хотя не все исследования согласны [144-147]. Некоторые исследователи предположили, что могут существовать две различные формы рака желудка кардии: одна похожа на аденокарциному пищевода и связана с ГЭРБ, а другая - с некардиальным раком желудка и связана с тяжелым атрофическим гастритом и инфекцией *H. pylori* [148-150]. Тяжелый атрофический гастрит может быть связан со снижением секреции желудочной кислоты и снижением риска развития ГЭРБ [148].

Положительный семейный анамнез (наличие родственника первой степени с раком желудка) является фактором риска развития рака желудка [151]. Величина относительного риска различается в зависимости от страны и исследования и колеблется от 2 до 10 [152]. Позитивная семейная история может быть фактором риска в результате общего окружения, например, передачи *H. pylori* от родителей детям или из-за общих генетических факторов [153,154].

Молекулярный патогенез РЖ развивается вследствие совокупности активации онкогенов и инактивации супрессорных генов. Многие генетические

нарушения (амплификация и/или гиперэкспрессия генов EGFR (HER1) и HER2 (ERBB2), мутации в гене p53) являются относительно неспецифическими для РЖ, т.е. обнаруживаются во многих других опухолях у человека. В то же время, ряд онкогенов, например гены K sam (FGFR2) и CDH1, упоминаются преимущественно в контексте гастроканцерогенеза. Ген EGFR (HER1) кодирует рецептор эпидермального фактора роста, являющийся мембранной тирозинкиназой и участвующий в регуляции множества клеточных процессов. Гиперэкспрессия данного гена наблюдается практически во всех опухолях эпителиального происхождения. Карциномы желудка экспрессируют EGFR почти в половине случаев [155]. Причастность EGFR к патогенезу РЖ указывает на возможность использования ингибиторов данного рецептора для терапии злокачественных новообразований желудка. Близкий гомолог EGFR, онкоген HER2 (ERBB2), был первоначально идентифицирован в опухолях молочной железы. Амплификация и гиперэкспрессия данного гена является относительно специфическим событием для карцином молочной железы и практически не встречается в опухолях других локализаций. Рак желудка представляется одним из немногих исключений: активация HER2 отмечается примерно в 10-15% злокачественных новообразований этого органа и коррелирует с агрессивным течением заболевания [156]. Подобное наблюдение явилось основанием для клинических испытаний специфических гуманизированных HER2 специфичных антител – препарата Герцептин; предполагается, что Герцептин может улучшить результаты лечения больных HER2 позитивной формой РЖ. Практически все опухоли отличаются активацией системы ангиогенеза. Одним из ключевых регуляторов ангиогенеза является фактор роста эндотелия (VEGF), который уже упоминался выше. Установлено, что гиперэкспрессия VEGF ассоциирована с плохим прогнозом заболевания [157].

В ряде интестинальных опухолей желудка наблюдаются точковые активирующие мутации в гене KRAS. Этот ген является передатчиком сигнала с поверхностных протеинкиназных рецепторов (EGFR, HER2) к ядру. В случае активации KRAS клетка приобретает независимость от стимуляции мембранных рецепторов. В интестинальных опухолях желудка часто наблюдается повышенная экспрессия циклооксигеназы 2 (COX2); ингибитор этого фермента – препарат целекоксиб – широко используется для лечения хронических воспалительных и аутоиммунных заболеваний [158, 159].

Одним из наиболее известных генов супрессоров является ген p53. Он выполняет множество различных функций. В частности, продукт гена p53 участвует в распознавании химических повреждений ДНК. В случае нарушения структуры ДНК ген p53 передаёт соответствующую информацию защитным системам клетки, отвечающим за репарацию (восстановление) ДНК. Инактивация гена p53 или его мишеней представляется одним из обязательных условий опухолевой прогрессии. В карциномах желудка ген p53 подвергается

инактивации посредством микромутаций, а также вследствие делеции соответствующего локуса хромосомы 17 [160]. Метилирование цитозинов, расположенных в регуляторных областях соответствующих генов, ассоциировано с подавлением их транскрипции. Механизм метилирования может быть сопряжён с инактивацией генов мисматч репарации ДНК, например hMLH1, приводящей к фенотипу микросателлитной нестабильности (microsatellite instability, MSI). Примечательно, что MSI позитивные опухоли характеризуются относительно неплохим прогнозом. Метилирование также может подавлять экспрессию гена рецептора ретиноевой кислоты (RARbeta), регуляторов клеточного цикла, генов семейства RUNX и т.д. [161,162]. Не исключено, что существенную роль в индукции аномального метилирования цитозинов играет инфекция *Helicobacter pylori* [163].

Тем не менее, РЖ представляет собой пример безусловного прогресса медицинской онкологии. Эпидемиологические исследования выявили основные факторы риска РЖ, в частности инфекцию *Helicobacter pylori*, и помогли сформулировать ряд рекомендаций, направленных на профилактику этого заболевания. Разработка инструментальных методов ранней диагностики привела к улучшению определения этой патологии на ранних, хирургически излечимых стадиях. Кишечный муцин MUC2 играет важную роль в дифференцировке нормальных и патологически изменённых клеток желудка и экспрессируется в очагах кишечной метаплазии [164]. Сведения о молекулярном патогенезе РЖ позволяют вести направленный поиск новых подходов к лекарственному лечению РЖ.

1.3. Подходы раннего выявления и лечения рака желудка

Скрининг для выявления РЖ на ранних стадиях может быть проведен для больших масс населения (массовый скрининг) или для лиц с высоким риском (оппортунистический скрининг). Хотя стоимость скрининга массовых групп населения по поводу РЖ остается спорным, она была представлена в некоторых странах с высоким уровнем заболеваемости раком желудка, таких как Япония, Венесуэла и Чили. Напротив, в странах с низким уровнем заболеваемости РЖ, таких как Соединенные Штаты, эта стратегия является дорогостоящей и необоснованной [165]. В регионах с низким риском, только люди с определенными условиями могут извлечь выгоду из скрининга рака желудка, включая пожилых людей с хронической желудочной атрофией или пернициозной анемией, и пациентов, у которых были полипы желудка, частичная гастрэктомия, FAP и наследственный неполипозный рак толстой кишки [166].

Скрининг может проводиться с использованием маркеров атрофии в желудке (предраковое поражение рака желудка), таких как сывороточные пепсиногены или сывороточный грелин; или сывороточные антитела к *H. pylori*, главному фактору риска развития рака желудка; или исследование слизистой

оболочки желудка с использованием таких методов, как флюорография на барии или эндоскопия [167]. Основные методы диагностики рака желудка представлены в таблице 3.

Таблица 3 - Методы диагностики рака желудка

Наименование	Описание
Флюорография [167-169]	Японское руководство по скринингу на рак желудка, в котором использовались данные пяти исследований «случай-контроль» и двух когортных исследований, рекомендовало фотофлюорографию как для массового, так и для оппортунистического скрининга. Несколько исследований показали, что 5-летняя выживаемость с использованием этих методов может увеличиться примерно с 50% до 80%.
Сывороточные пепсиногены [170-173]	Пелайо Корреа предложил модель прогрессирования для кишечного типа рака желудка. В этой модели рак желудка кишечного типа развивается после длительного латентного периода, которому предшествуют несколько предраковых стадий, а именно поверхностный гастрит, атрофический гастрит, метаплазия тонкого кишечника, метаплазия толстой кишки, легкая, умеренная и тяжелая дисплазия. Развитие атрофического гастрита приводит к снижению выработки нескольких белков, выделяемых из нормального желудка, в том числе пепсиногена I, которые могут быть использованы для скрининга. Существует два иммунологически различных типа пепсиногенов: сывороточный пепсиноген I (PGI) и сывороточный пепсиноген II (PGII; ссылка 147). С развитием атрофического гастрита концентрация PGI в сыворотке снижается, тогда как уровни PGII остаются относительно постоянными. Следовательно, отношение PGI / II в сыворотке может быть использовано в качестве маркера будущего развития рака желудка. Некоторые исследования предполагают, что отношение PGI / II можно использовать в качестве непрерывного маркера, а это означает, что чем ниже отношение PGI / II, тем выше риск развития рака желудка. Более низкое соотношение PGI / II предсказывает более высокий риск некардиального и кардиального рака желудка.
Сыворотка Грелина [174]	Грелин, гормон, выделяемый слизистой оболочкой желудка, играет ключевую роль в поддержании энергетического баланса. Хроническое воспаление и атрофический гастрит, вызванные инфекцией <i>H. pylori</i> , могут снизить выработку грелина, поэтому низкий уровень сывороточного грелина может указывать на более высокий риск рака желудка. До сих пор эта теория была подтверждена исследованием «случай-контроль» и когортным исследованием, которое показало существенный и статистически значимый повышенный риск возникновения рака желудка как кардиального, так и некардиального характера, связанного с более низкими концентрациями грелина. В этих исследованиях сывороточный грелин был предиктором рака желудка независимо от сывороточного PGI или отношения PGI / II.

Гастрин-17 [165]	Гастрин-17 (G-17), пептидный гормон, синтезируемый в G-клетках антрального отдела желудка, стимулирует секрецию желудочной кислоты. Поэтому его уровень определяется состоянием и функцией антрального отдела желудка, а также кислотой, выделяемой из париетальных клеток желудка. Учитывая, что существует очень мало эпидемиологических исследований G-17 в отношении рака желудка, значение G-17 для скрининга рака желудка неясно.
Антигастриальные антитела париетальных клеток [177]	Эти антитела, которые нацелены на париетальные клетки желудка, недавно были связаны со значительно более высоким риском атрофического гастрита. Антижелудочное париетальное антитело (APCA) может играть роль в канцерогенезе желудка, вызывая атрофию, и его можно использовать в качестве дополнения к другим маркерам, таким как H. pylori и пепсиногены. Однако это необходимо проверить в проспективных когортных исследованиях.
Эндоскопия	Верхняя желудочно-кишечная эндоскопия является золотым стандартом для диагностики рака желудка. Этот метод широко используется для скрининга рака желудка в Японии, Корее, Венесуэле и других районах высокого риска из-за его высокой частоты выявления. Кроме того, эндоскопия является инвазивной процедурой с небольшим риском кровоизлияния и перфорации, и сообщается о смертности 0,0008% и заболеваемости 0,43%. Консенсусные руководящие принципы, предполагают, что пациентам с обширной атрофией и / или кишечной метаплазией должна проводиться эндоскопия наблюдения каждые 3 года. Было показано, что узкополосная визуализация, технология улучшения, основанная на фильтрах, повышает диагностическую эффективность и точность выявления неоплазии желудка.

В Южной Корее общенациональная программа скрининга рака желудка началась в 1999 году в рамках Национальной программы скрининга рака (НМТП). НМТП предоставляет бесплатные услуги скрининга для участников программы Medicaid и лиц с государственным медицинским страхованием с премией ниже 50%. НМТП рекомендует двухгодичную верхнюю эндоскопию или верхнюю желудочно-кишечную серию для мужчин и женщин в возрасте ≥ 40 лет [185]. Целью скрининга рака желудка является снижение смертности от рака, и эффект скрининга рака желудка должен оцениваться на основе этой цели. С точки зрения системы здравоохранения Южной Кореи снижение смертности от рака желудка, по-видимому, имеет первостепенное значение [186]. Недавно эндоскопия заменила фотофлюорографию в качестве начального метода массового скрининга в Южной Корее. Этот метод становится все более полезным для скрининга рака желудка благодаря его высокой частоте выявления [187]. Учитывая обстоятельства в Южной Корее, что стоимость эндоскопии столь же

низка, как и стоимость флюорографии, а заболеваемость раком желудка все еще высока, эндоскопия считается наиболее экономически эффективным методом скрининга в Южной Корее. Однако скрининг рака желудка с использованием эндоскопии в качестве метода массового скрининга пока не сообщается [185].

Таким образом, применяемые методики позволяют обнаружить ранний рак и предраковое состояние, что важно для снижения заболеваемости и смертности от РЖ. Массовый скрининг с помощью эндоскопии рекомендуется в странах с высокой заболеваемостью РЖ, например, в Японии и Корее [188-192]. Для выявления лиц с высоким риском в странах с низким уровнем заболеваемости, поэтапный подход, исходя из демографических факторов и Н. Пилори статус кажется выполнимым. Из-за отсутствия рентабельной стратегии скрининг на РЖ не оправдан у лиц со средним риском от низкой заболеваемости популяции [192].

Долгосрочная выживаемость пациентов с раком желудка в последние десятилетия постепенно эволюционировала благодаря развитию хирургической техники и уменьшению послеоперационных осложнений. В последнее время был достигнут прогресс в знании паттерна рецидива опухоли, который всё еще встречается у более чем половины пациентов [193]. Понимание этого процесса усиливает концепцию рака желудка как локального проявления системного состояния, которое уже представляет собой метастатическое микроскопическое заболевание на момент постановки диагноза. Были предприняты попытки дополнить хирургическое лечение химиотерапией и / или радиотерапией, чтобы уменьшить большое количество рецидивов опухоли [194].

Несмотря на неудачу в последние десятилетия, начали появляться свидетельства эффективности комбинированного лечения. Непрерывная эволюция химиотерапевтических агентов, связанная с достижениями в понимании биологии опухоли, может обеспечить дальнейший прогресс в терапевтических альтернативах, повышая эффективность и уменьшая токсичность, связанную с лечением. В настоящее время имеется достаточно доказательств, чтобы рекомендовать химиотерапию практически во всех случаях прогрессирующего рака желудка. По-видимому, только ранние опухоли, без признаков метастазов в лимфатических узлах, можно лечить только хирургической резекцией [195]. Крайне важно, чтобы до принятия терапевтического решения была проведена тщательная диагностика, поскольку при наличии метастатической болезни хирургическое вмешательство не должно предлагаться [196,197].

Пациентам в азиатских странах часто диагностируют РЖ на более ранней стадии, чем в неазиатских странах. В Японии и Корее, где заболеваемость РЖ намного выше, чем в западных странах, скрининг на РЖ является обычным делом. Основные симптомы развития рака желудка обычно включают потерю веса, дисфагию, диспепсию, рвоту, раннее чувство сытости и / или железодефицитную анемию.

90% раковых заболеваний желудка — это аденокарциномы (АК), которые по гистологическим признакам подразделяются на диффузный (недифференцированный) и кишечный (хорошо дифференцированный) типы (классификация Лорен). Недавние крупномасштабные исследования в области молекулярных подтипов определили четыре подтипа рака желудка на геномном, транскриптомном и протеомном уровнях [198]. Если подозревается диагноз РЖ, должны быть сделаны гастрокопическая или хирургическая биопсия, и гистология согласно критериям ВОЗ [IV, С].

Начальная стадия и оценка риска должны включать физикальное обследование, анализ крови и дифференциальный анализ, тесты функции печени и почек, эндоскопию и компьютерную томографию (КТ) с контрастным усилением грудной клетки, брюшной полости и таза (таблица 1) [V, А]. Лапароскопия рекомендуется пациентам с резектабельным РЖ [III, В]. Планирование междисциплинарного лечения перед любым лечением является обязательным [IV, С]. В основной состав междисциплинарной группы должны входить хирурги, медицинские и радиационные онкологи, радиологи и патологи, а также другие члены [IV, С]. Основные Диагностические и постановочные исследования при раке желудка представлены в таблице 4[199].

Таблица 4 - Диагностические и постановочные исследования при раке желудка

Процедура	Цель
Общий анализ крови	на железодефицитную анемию
Почечная и печеночная функция	Оцените почечную и печеночную функцию, чтобы определить подходящие варианты лечения
Эндоскопия и биопсия	Получить ткани для диагностики, гистологической классификации и молекулярных биомаркеров, например, HER2 статус
КТ грудная клетка + брюшная полость + таз	Стадия опухоли - для выявления локальной / отдаленной лимфаденопатии и метастатического заболевания или асцита
EUS	Точная оценка стадии T и N при потенциально действующих опухолях
	Определить проксимальную и дистальную степень опухоли
Лапароскопия ± промывки	Исключить occultные метастатические заболевания с участием брюшины / диафрагмы
ПЭТ, если есть	может улучшить обнаружение occultных метастаз в некоторых случаях
КТ, компьютерная томография; EUS, эндоскопическое УЗИ; ПЭТ, позитронно-эмиссионная томография	

Степень узлового расслоения, сопровождающего радикальную гастрэктомию, широко обсуждалась. Резекция D1 подразумевает удаление перигастральных лимфатических узлов, а D2 подразумевает удаление

перигастральных лимфатических узлов плюс те, которые расположены вдоль левого желудка, общих печеночных и селезеночных артерий и целиакии (см. Рис. 1) [199]. Текущая классификация UICC / AJCC TNM (седьмое издание) рекомендует удаление как минимум 15 лимфатических узлов, чтобы обеспечить надежную постановку. В азиатских странах опыт наблюдательных и рандомизированных исследований показывает, что диссекция D2 приводит к лучшим результатам по сравнению с резекцией D1 [II, B]. В западных странах голландское, MRC и недавнее итальянское исследование не смогли продемонстрировать какое-либо первоначальное преимущество выживания с помощью резекции D2, хотя итальянское исследование предположило тенденцию к увеличению выживаемости при конкретных заболеваниях для пациенты с T2-T4 раком, положительным по лимфатическим узлам, получавшим резекцию D2 Долгосрочное (15-летнее) последующее наблюдение в ходе голландского исследования продемонстрировало меньшее количество рецидивов в местном и местном масштабе и связанных с раком желудка смертей с резекцией D2; тем не менее, это было немного компенсировано увеличением послеоперационной смертности и заболеваемости [199]. Недавний обзор качества диссекции лимфатических узлов также позволяет предположить, что несоблюдение требований в группе резекции D2 могло скрыть существенную разницу в выживаемости между рандомизированными группами [199].

В последнее время на политику лечения в Европе в некоторых отношениях повлияли японские руководящие принципы, и это отражено в большинстве европейских руководящих принципов профессиональной организации, таких как ESMO / ESSO / ESTRO [200-202]. Для планирования лечения руководящие принципы ESMO / ESSO / ESTRO требуют проведения многопрофильных групповых конференций, включающих хирургов, медицинских онкологов, гастроэнтерологов, рентгенологов, патологов, диетологов и медсестер. На рисунке 4 показан алгоритм лечения рака желудка в Европе. Рак желудка на западе, как правило, имеет большую долю гистологии диффузного типа, часто расположенной в проксимальном отделе желудка, по сравнению с типичной гистологией и положением опухоли на востоке, которые чаще всего имеют кишечный тип и обычно расположены в дистальный желудок. Кроме того, рак желудка в Европе чаще диагностируется на поздних стадиях из-за низкой заболеваемости и, как следствие, отсутствия программ скрининга [203]. Следовательно, из-за различий в характеристиках заболевания доля выполненных гастрэктомий существенно выше в западных популяциях и исследованиях [204,205]. Алгоритм лечения рака желудка представлен на рисунке 4[204].

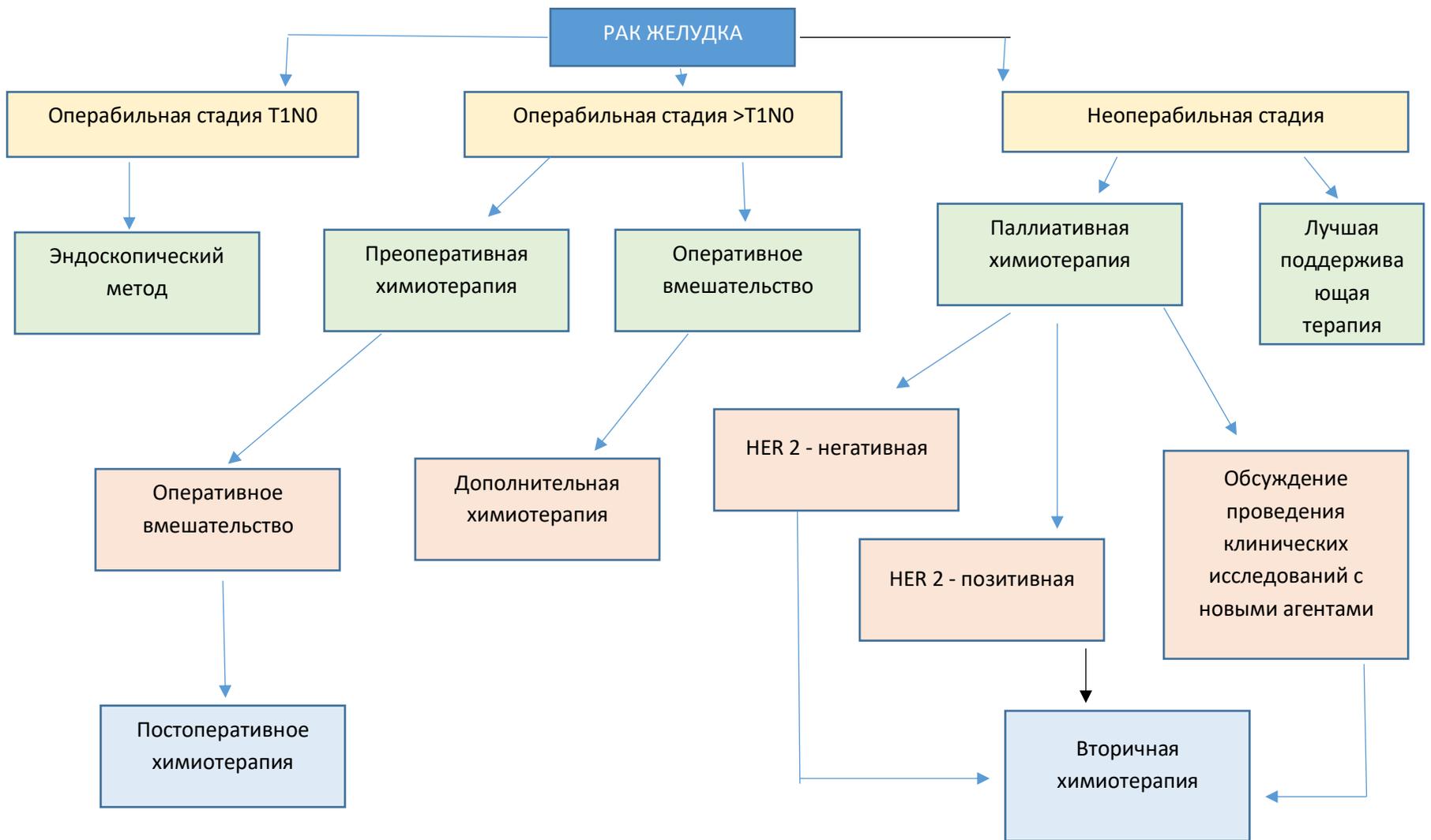


Рисунок 4 - Алгоритм лечения рака желудка.

Только около 10-15% случаев рака желудка в Европе диагностируются как ранние формы рака желудка. Хотя внедрение эндоскопической подслизистой диссекции (ESD) на Западе было медленным из-за более низкой заболеваемости раком желудка на ранних стадиях, рекомендации Европейского общества по эндоскопии желудочно-кишечного тракта (ESGE) предлагают ESD в качестве метода выбора для лечения большинства поверхностных новообразований желудка [204]. Руководства Национального онкологического центра в Токио расширили эти критерии, основываясь на большом количестве пациентов [204]. ОУР следует рассматривать для поражений с очень низким риском метастазирования в лимфатические узлы, независимо от того, соответствует ли он критериям абсолютных или расширенных показаний (Таблица 5). Западные исследования продемонстрировали частоту резекции en-block и R0 98,4% и 90,2% соответственно, что сопоставимо с соответствующими результатами из восточноазиатских учреждений [206-208]. Частота отсроченных кровотечений составляла 6%, а уровень перфорации - 1%, что также эквивалентно частоте в Восточной Азии [208-212]. В настоящее время признаны потенциальные преимущества ESD, и ESD стал многообещающим вариантом лечения наряду с традиционной эндоскопической резекцией слизистой оболочки (EMR) для раннего рака желудка в западных странах.

Таблица 5 - Критерии эндоскопической диссекции подслизистой оболочки.

критерий	Абсолютная индикация	Расширенная индикация				Вне индикации
		T1a (m)	T1a (m)	T1a (m)	T1b (sm, < 500 μm)	
Европейское руководство	T1a (m)	T1a (m)	T1a (m)	T1a (m)	T1b (sm, < 500 μm)	
	< 2 cm	> 2 cm	< 2 cm	< 3 cm	< 3 cm	
	Диф	Недиф	Диф	Диф	Диф	
	UI (-)	UI (-)	UI (-)	UI (-)	UI (-)	
Японское руководство	T1a (m)	T1a (m)	T1a (m)	T1a (m)		Любой подслизистый
	< 2 cm	> 2 cm	< 2 cm	< 3 cm		вторжение (> T1b)
	Диф	Диф	Недиф	Диф		
	UI (-)	UI (-)	UI (-)			
Диф- Дифференцированный; Недиф- Недифференцированный m: внутримышечно; sm: подслизистая; UI: изъязвление						

Эндоскопическая резекция рассматривается для опухолей, которые имеют очень низкую вероятность метастазирования в лимфатические узлы и пригодны для резекции внутри блока. Хотя недавние успехи в химиотерапии достигли значительной регрессии опухоли во многих случаях неоперабельного / рецидивного рака желудка, эти ответы в конечном итоге не привели к полному

излечению. Медиана выживаемости, достигнутая в клинических испытаниях для заболевания на этой стадии, составляет 6–13 месяцев. Поэтому текущей целью химиотерапии является отсрочка проявления симптомов, связанных с заболеванием, и/или продление выживаемости. Выгода выживания химиотерапии была доказана в рандомизированных контролируемых исследованиях, сравнивающих химиотерапию с наилучшим поддерживающим лечением у пациентов с неоперабельным раком желудка с состоянием эффективности (PS) 0–2. Хотя это очень редко, некоторые пациенты с запущенным заболеванием даже выживают более 5 лет только за счет химиотерапии. Таким образом, химиотерапия — это лечение, которое в первую очередь следует рассматривать при неоперабельном / рецидивирующем раке желудка у пациентов с достаточно хорошим PS.

Химиотерапия показана пациентам с неоперабельным или рецидивирующим заболеванием или пациентам, перенесшим резекцию R2, у которых общее состояние и основные функции органа сохраняются: в частности, пациентам с PS 0–2, с неоперабельным заболеванием T4b, обширным узловым заболеванием, метастазами в печень, диссеминацией брюшины или другими заболеваниями M1.

Рекомендуемые схемы для японских пациентов включает разделение лечения на следующие три категории в зависимости от степени, в которой режим может быть рекомендован. Категория рекомендаций была определена членами комитета на основе уровней представленных доказательств и, в конечном итоге, на основе консенсуса, достигнутого после тщательного анализа литературы и обсуждения среди членов.

Категория рекомендации 1: схемы лечения, рекомендуемые в клинической практике. Схемы, включенные в эту категорию, должны быть либо превосходящими, либо не уступающими стандартному лечению в исследовании фазы III с общей выживаемостью в качестве основной конечной точки. Кроме того, внутри членов комитета должен быть достигнут консенсус относительно интерпретации результатов исследования фазы III, доступности лекарств в Японии и достаточных данных о безопасности и эффективности с японскими участниками.

Категория рекомендации 2: схемы лечения, которые могут быть выбраны в клинической практике. Схемы этой категории включают следующее: (1) те, которые были признаны превосходящими или не уступающими стандартному лечению в исследовании фазы III, но не смогли получить достаточную поддержку от членов комитета для включения в категорию 1; (2) те, у кого достаточно данных об эффективности и безопасности, полученных в ходе исследования фазы II, и достигнут консенсус среди членов комитета.

Категория рекомендации 3: схемы лечения, которые не могут быть рекомендованы в клинической практике. Схемы в этой категории либо не

показали превосходства, ни неполноценности с точки зрения общей выживаемости в исследовании фазы III, или не имели достаточных данных об эффективности / безопасности с японскими участниками [205].

Хирургическая резекция остается единственным методом лечения, который потенциально излечивает местно-распространенный рак желудка. Тем не менее, степень хирургической резекции и диссекции лимфатических узлов все еще в некоторой степени противоречива. Тем не менее, большинство европейских руководств рекомендуют расслоение D2 при заболеваниях II и III стадии [204]. В то же время минимально инвазивная гастрэктомия становится все более распространенной [204,215].

Расслоение лимфатических узлов является важной частью достижения местного контроля над опухолями при лечении рака желудка, и в течение многих лет велись споры об оптимальной степени этого расслоения. Традиционно с 1960-х годов в Японии в качестве стандартной практики выполняли диссекцию лимфатических узлов D2 на основе превосходных отдаленных результатов в серии случаев из Японии [204]. В Японии D2 является нормой, в то время как многие хирурги на Западе все еще предпочитают выполнять диссекцию D1. Одной из причин являются результаты известного голландского рандомизированного клинического исследования, в котором сравнивалось преимущество выживания при диссекции лимфатических узлов D2 с резекцией D1, при этом не было продемонстрировано каких-либо преимуществ в группе D2 в основном анализе общей выживаемости [204,214]. Тем не менее, в этом испытании послеоперационная смертность была очень высокой в группе D2, что уравнивало любое потенциальное преимущество выживания расширенного расслоения лимфатических узлов через 5 лет наблюдения. Стратифицированный анализ показал, что большая доля заболеваемости и смертности в группе D2 была связана с синхронной спленэктомией и панкреатэктомией, в то время как в подгруппе пациентов без панкреатикоспленэктомии риск рецидива был значительно ниже в группе D2 по сравнению с группой D1. Тем не менее, в течение 10 лет наблюдалось значительное преимущество в общей выживаемости для группы D2, несмотря на большие потери в раннем послеоперационном периоде. Эта и другие публикации, показывающие превосходные краткосрочные результаты после гастрэктомии D2 в западных центрах с большим объемом, привели к общепринятому западному консенсусу, что диссекция D2 должна быть стандартной процедурой, если она проводится в специализированных центрах с большим объемом [204].

Лапароскопическая гастрэктомия была начата в 1991 году, а первая лапароскопическая полная гастрэктомия с лимфаденэктомией D2 для распространенного рака желудка была зарегистрирована в Японии в 2000 году [204]. Клиническая цель этого метода состояла в том, чтобы свести к минимуму травму хирургического доступа при одновременном проведении той же

онкологической операции с точки зрения T- и N-радикальности, что и при открытой гастрэктомии. Хотя лапароскопическая дистальная гастрэктомия при раннем раке желудка постепенно признается в качестве онкологически безопасной альтернативы открытой гастрэктомии в Европе, лапароскопическая общая гастрэктомия и лапароскопическая диссекция лимфатического узла D2 по-прежнему считаются сложными в силу их технической природы. Что касается хирургической и онкологической безопасности, эти процедуры должны тщательно выполняться опытными руками в центрах с высокой ежегодной нагрузкой.

Много клинических испытаний фазы III по проведению дополнительной терапии рака желудка было проведено во всем мире.

Профилактика рака желудка может быть достигнута с помощью первичной профилактики, то есть путем снижения заболеваемости раком желудка, или с помощью вторичной профилактики, то есть путем выявления и лечения заболевания на ранних стадиях. Любая профилактическая стратегия должна учитывать все преимущества и вред. Некоторые методы первичной и вторичной профилактики рака желудка включает: отказ от курения, сокращение потребления соли, увеличение потребления фруктов и овощей, другое здоровое поведение, борьба с *H. Pylori*. Наблюдательные исследования показывают, что прием НПВП и статинов может снизить риск рака желудка.

Вторичная профилактика: в группах высокого риска, таких как Япония, ежегодный скрининг с использованием метода двойного контраста бария и эндоскопии рекомендуется лицам старше 40 лет [54]. В других группах населения, подвергающихся риску агрессивного скрининга и профилактики, люди могут снизить смертность от рака желудка. Однако ни Американское онкологическое общество, ни Национальный институт рака в настоящее время не рекомендуют скрининг рака желудка в Соединенных Штатах.

Рак желудка остается распространенным видом рака и является предметом клинических, эпидемиологических и трансляционных исследований. Предыдущие исследования выявили несколько факторов окружающей среды и генетических факторов риска, а также некоторые предрасполагающие условия. Тем не менее, в наших знаниях о причинах и раннем выявлении рака желудка еще много пробелов. Некоторые области, представляющие потенциальный интерес для будущих исследований, включают мониторинг тенденций заболеваемости (18), дальнейшую оценку предполагаемых, но неподтвержденных факторов риска, таких как опиум, дальнейшую оценку радиации и химиотерапии как факторов риска рака желудка у выживших после рака, проведение GWAS на Кавказе и Африканские популяции, выявление механизмов идентифицированных SNP, оценка роли грелина, других гормонов желудочно-кишечного тракта и APC в риске рака желудка, понимание того, почему заболеваемость выше у мужчин, чем у женщин, дальнейшие хорошо

проведенные исследования роли аспирина, другие НПВП и статины в профилактике рака желудка, секвенирование всего генома опухолей для выявления общих мутаций и перестроек, а также для определения того, связаны ли эти изменения с определенными этиологическими факторами риска и с конкретными методами лечения и улучшением раннего выявления этих смертельных опухолей.

По прогнозам специалистов, онкологическая патология в XXI в. станет ведущей причиной смерти, а рак органов пищеварения по заболеваемости и смертности к 2020 г. выйдет на первое место. По данным IARS (International Agency for Research on Cancer), рак желудка (РЖ) по заболеваемости среди всех онкологических заболеваний занимает четвертое место, а по смертности— второе место, среди органов пищеварения в структуре заболеваемости — второе, в структуре смертности — первое место. Наилучших успехов в выявлении РЖ на ранних стадиях достигла Япония: до 60% случаев диагностируется на стадиях раннего рака, высока выявляемость пограничных изменений.

1.4. Эпидемиологическая ситуация по онкозаболеваниям в Республике Казахстан

По мнению ВОЗ, оценка деятельности систем здравоохранения определяется количеством сохранённых (QALY) или потерянных лет жизни (DALY) вследствие преждевременной смертности и инвалидности [216,217]. В Республике Казахстан (РК) ежегодные потери лет жизни вследствие преждевременной смертности составляют более 100 лет на 1000 человек, а наибольшее глобальное бремя болезней приходится на онкозаболевания [218].

В Казахстане при высоком уровне заболеваемости только в 5-10% рак выявляется на ранних стадиях. Казахстан относится к государству со средним уровнем заболеваемости и смертности по раку желудка. Есть некоторые области, где крайне высокие показатели заболеваемости раком желудка. Это восточный и северный регионы, Приаралье и прикаспийские области.

В 2012 году утверждён Общенациональный план мероприятий по реализации Послания Главы государства народу Казахстана «Социально-экономическая модернизация – главный вектор развития Казахстана» [219]. Принята Программа развития онкологической помощи в РК на 2012-2016 годы, создан Национальный научный онкологический центр в г. Астана на базе Медицинского холдинга и внесено предложение по развитию системы здравоохранения с учётом внедрения механизмов солидарной ответственности граждан за своё здоровье [219,220].

Смертность от онкозаболеваний в РК занимает второе место в структуре смертности (СС) населения. Ежегодно от рака умирает порядка 17000 человек, из которых 42% - лица трудоспособного возраста [8,9,10,11,12].

В 2019 году в Республике Казахстан зарегистрировано 32 573 новых, с впервые в жизни установленным диагнозом, случаев злокачественных новообразований (ЗН), без рака кожи (2018 год – 32 228). «Грубый» показатель заболеваемости составил 174,8 на 100 тыс. нас. (2018 год – 175,2‰) с темпом снижения $T_{сн.} = -0,2\%$.

РЖ по мировым данным занимает второе место в СС от онкозаболеваний, уступая по этому показателю лишь злокачественным новообразованиям лёгкого: на долю РЖ приходится около 10-13% летальных исходов, ассоциированных с опухолевой патологией [221]. В РК за 2019 год доля больных умерших от рака по 10 основным формам, определившим СС, составила 75,5% (78,1% за 2018 г.) от общего числа умерших. Общая структура смертности от злокачественным новообразованиям населения РК за три года осталась прежней для первой пятерки и РЖ в том числе, лишь в последующих локализациях несколько поменялось ранговое расположение (табл. 6).

Таблица 6 - Структура смертности от злокачественных новообразований населения РК с 2017-2019 гг.

Локализация опухолей:	Число умерших от ЗН						Темп прироста %	ранги		
	абсолютное число			на 100 тыс. населения %						
	2017г.	2018г.	2019г.	2017г.	2018г.	2019г.		2017г.	2018г.	2019г.
Все ЗН, в том числе:	16855	14369	14069	79,7	78,1	75,5	-3,3			
Трахеи, бронхов, легкого	2904	2377	2284	13,3	12,9	12,3	-5,1	1	1	1
Желудка	1699	1720	1700	9,5	9,4	9,1	-2,4	2	2	2
Молочной железы	1410	1252	1134	6,8	6,8	6,1	-10,6	3	3	3
Пищевода	1079	697	710	3,9	3,8	3,8	0,6	4	6	7
Поджелудочной железы	804	807	788	4,8	4,4	4,2	-3,6	5	4	4
Прямой кишки	766	696	667	3,8	3,8	3,6	-5,4	7	7	8
Ободочной кишки	767	755	727	4,6	4,1	3,9	-4,9	6	5	5
Гемобласты	721	664	712	4,3	3,6	3,8	5,9	8	8	6
Рак шейки матки	682	604	564	4,1	3,3	3,0	-7,8	10	9	10
Рак печени	704	588	642	3,1	3,2	3,4	7,8	9	10	9
другие локализации	5319	4209	4141	21,5	22,8	22,3	-	-	-	-

Таким образом, в 2019 году определилась основная десятка общей СС от ЗН: 1 – рак лёгкого (РЛ), 2 – рак желудка, 3 – рак молочной железы, 4 – рак поджелудочной железы, 5 – рак ободочной кишки, 6 – гемобласты, 7 – рак пищевода, 8 – рак прямой кишки, 9 – рак печени, 10 – рак шейки матки [221].

К настоящему времени РЖ занимает второе место среди онкологических патологий по встречаемости, уступая опухолям лёгкого [221]. В 2019 году по РК зарегистрировано 2680 новых случаев РЖ (2741 – 2018 г.), из которых 64,0% (63,2% - 2018 г.) выявлено у мужчин, 36,0% (36,8% - 2018 г.) – у женщин (табл. 8).

В структуре заболевших по 9-ти основным локализациям ЗН, которые составили 62,8% (2018 г. – 62,4%), расположение по рангам (оба пола) стабильно по первым 7 позициям, на 8 позицию с 10-ой поднялся рак почки, на прежней, 9-ой позиции остался рак предстательной железы, в целом она выглядит в сравнении с 2018 годом следующим образом:

- 1 – рак молочной железы – 15,2% от всех заболевших (2018 год – 14,4%),
- 2 – рак легкого – 11,5% (11,6%),
- 3 – рак желудка – 8,2% (8,5%),
- 4 – рак шейки матки – 5,5% (5,7%),
- 5 – рак ободочной кишки – 5,3% (5,2%),
- 6 – рак прямой кишки – 5,0% (4,8%),
- 7 – рак лимфатической и кроветворной тканей – 4,7% (4,6%),
- 8 – рак почки – 3,81% (3,7%),
- 9 – рак предстательной железы – 3,79% (3,7%) [221, 222].

Структура числа заболевших ЗН мужчин по рангам практически прежняя, кроме повышения на одну позицию удельного веса рака прямой кишки (с 5 на 4), рака ободочной кишки (с 6 на 5), снижения на две позиции частоты рака лимфатической и кроветворной тканей (с 4 до 6), роста позиции рака мочевого пузыря (с 10 на 9):

- 1 – рак легкого – 20,6% (20,8%),
- 2 – рак желудка – 11,9% (12,1%),
- 3 – рак предстательной железы – 8,6% (8,4%),
- 4 – рак прямой кишки – 6,0% (5,5%),
- 5 – рак ободочной кишки – 5,4% (5,3%),
- 6 – рак лимфатической и кроветворной тканей – 5,6% (5%),
- 7 – рак пищевода – 4,7% (4,9%),
- 8 – рак почки – 4,49% (4,4%),
- 9 – рак мочевого пузыря – 4,47% (4,2%) [14].

Структура частоты ЗН у женщин по рангам изменилась более значительно – рак тела матки поднялся с 4-го на 3-е место, рак лимфатической и кроветворной тканей – с 9 на 7 место, рак яичника опустился с 3 на 4 место, рак лёгкого – с 7 на 8, рак прямой кишки – с 8 на 9.

- 1 – рак молочной железы – 27,2% (26%),
- 2 – рак шейки матки – 9,9% (10,2%),
- 3 – рак тела матки – 6,5% (6,1%),
- 4 – рак яичника – 6,3% (6,3%),

- 5 – рак желудка – 5,3% (5,6%),
- 6 – рак ободочной кишки – 5,12% (5,1%),
- 7 – рак лимфатической и кроветворной тканей – 4,34% (3,9%)
- 8 – рак легкого – 4,32% (4,3%),
- 9 – рак прямой кишки – 4,1% (4,2%) [221,222].

Таблица 7- Структура онкопатологии населения Республики Казахстан 2018-2019 годах (%).

Локализация опухолей	Число случаев всего установленным диагнозом злокачественных новообразований, учтённых онкологическими организациями											
	Оба пола				Мужчины				Женщины			
	абс. число		%		абс. число		%		абс. число		%	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
Все ЗН, в том числе:	32228	32573	100,0	100,0	14330	14383	44,5	44,2	17898	18190	55,5	55,8
Молочной железы	4618	4955	14,4	15,2	-	-	-	-	4618	4955	26,0	27,2
Трахеи, bronхов, лёгкого	3741	3743	11,6	11,5	2974	2958	20,75	20,6	767	785	4,3	4,3
Желудка	2741	2680	8,5	8,2	1731	1715	12,1	11,9	1010	965	5,6	5,31
Шейки матки	1830	1797	5,68	5,52	-	-	-	-	1830	1797	10,2	9,9
Ободочной кишки	1667	1712	5,2	5,3	760	780	5,3	5,4	907	932	5,1	5,12
Прямой кишки	1551	1617	4,8	5,0	795	869	5,5	6,0	756	748	4,2	4,1
Пищевода	1225	1165	3,8	3,6	702	680	4,9	4,7	523	485	2,9	2,7
Предстатель ной железы	1202	1233	3,7	3,8	1202	1233	8,4	8,6	-	-	-	-
другие локализации	13653	13671	42,32	41,88	6166	6148	43,05	42,8	7487	7523	41,7	41,37

Таким образом, изучение РЖ представляет собой пример безусловного прогресса медицинской онкологии. Эпидемиологические исследования выявили основные факторы риска РЖ и позволили сформулировать ряд рекомендаций, направленных на снижение его заболеваемости. Разработка инструментальных методов ранней диагностики улучшила выявляемость этой патологии на ранних, хирургически излечимых стадиях. В настоящее время проводятся активные предклинические и клинические испытания лекарственных препаратов, предназначенных для терапии РЖ. Диагностика и лечение РЖ в РК улучшились за счёт внедрения скрининговых программ согласно Приказа Министра здравоохранения РК от 16 марта 2011 года №145 и Приказа Министра здравоохранения РК от 8 января 2013 года №8 «О внедрении скрининга на раннее выявление рака пищевода, рака желудка, рака печени и рака предстательной железы в пилотных регионах». Пять институциональных реформ и сто конкретных шагов по их реализации в Плане Нации усилили устойчивость системы здравоохранения на основе солидарной ответственности государства, работодателей и граждан. Первичная помощь стала центральным звеном национального здравоохранения для предупреждения и ранней борьбы с заболеваниями. Особенность доступности и качества медицинских услуг в РК заключается в принципах корпоративного управления и внедрения передовых стандартов медицинского обслуживания.

2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведение исследовательской работы включало несколько этапов, которые включили: библиографический поиск источников литературы по мировым и отечественным данным, разработка анкеты и проведение социологического опроса, а также анализ и синтез полученных данных (рисунок 5).

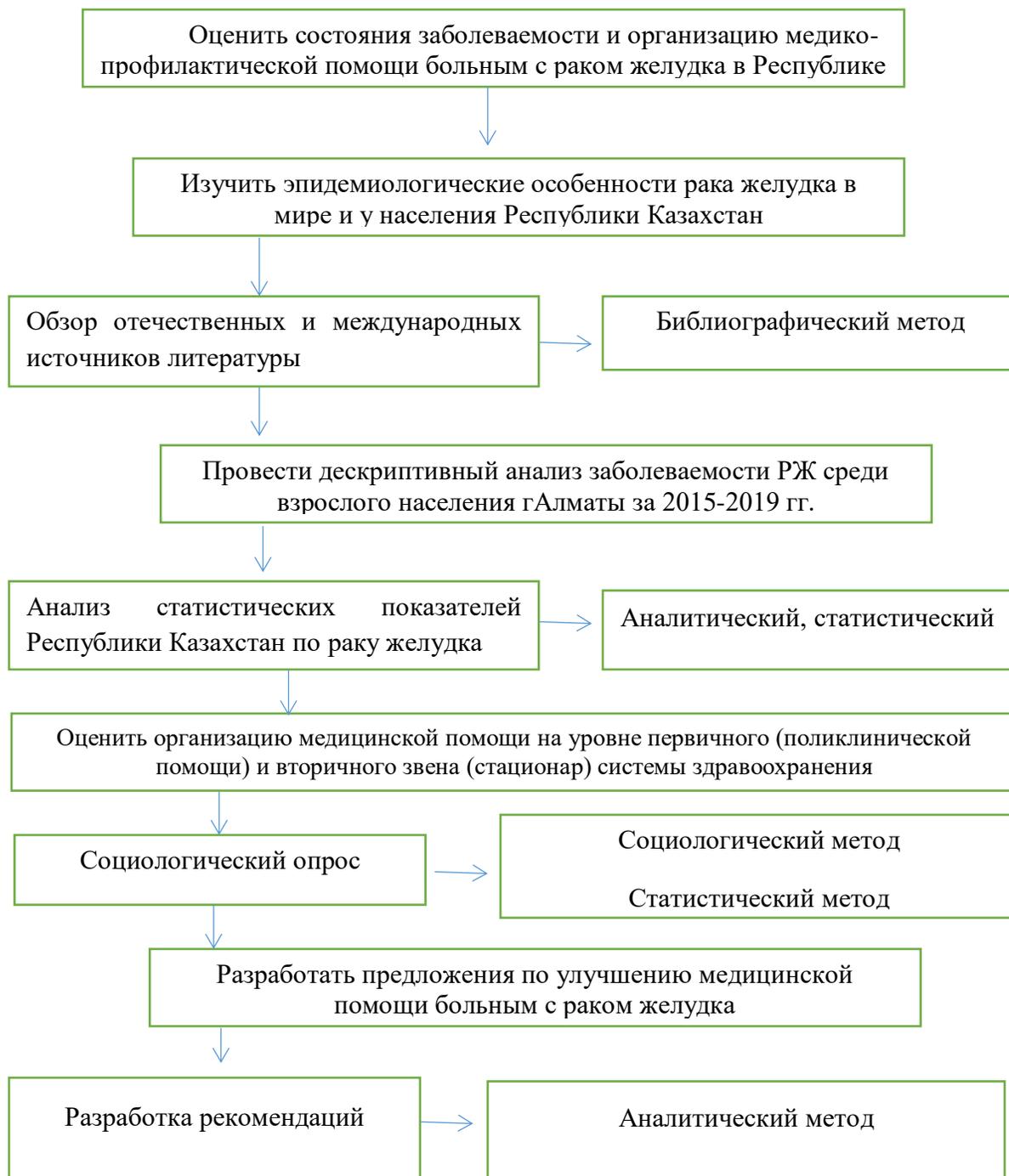


Рисунок 5- Основные этапы и методы исследовательской работы

Первый этап включил поиск и анализ отечественного и мирового опыта по вопросам распространенности, заболеваемости и смертности больных раком желудка. Также на данном этапе проведен анализ диагностических методов и лечения, и организации помощи больным с раком желудка.

Исследование эпидемиологических показателей РЖ проводилось в целом по Республике Казахстан и по всем 16 регионам страны по отдельности. Данные для анализа были извлечены из официальных статистических источников: Формы №35 Годовой «Отчет о больных злокачественными новообразованиями» и статистических материалов «Показатели онкологической службы Республики Казахстан» за период 2010-2019 гг. (10 лет). В процессе выполнения исследования оценивались следующие показатели, характеризующие эпидемиологическую ситуацию в отношении РЖ: заболеваемость (инцидентность), смертность от данного заболевания, а также доля случаев раннего выявления РЖ (I–II стадия), которые являются прогностически наиболее благоприятными в отношении эффективности лечебных мероприятий и выживаемости пациентов. В исследование вошли все зарегистрированные случаи заболеваемости и смертности за указанный период. Интенсивные эпидемиологические показатели рассчитывались на 100 000 населения.

На втором этапе нами проведен анализ показателей рака желудка по городу Алматы за период 2015-2019 гг. (5 лет). Данные для анализа были собраны из официальных статистических источников. Оценка динамики изучаемых показателей проводилась путем определения трендов – восходящего (рост значений изучаемых эпидемиологических показателей) или нисходящего (снижение значений).

На следующем этапе было проведено социологическое исследование. На основе проанализированных более 236 литературных источников был разработан опросник для проведения социологического опроса. Опросник состоял из трех блоков, таких как:

- паспортная часть;
- оценка оказания медицинской помощи в больнице/стационаре/первичном звене;
- оценка работы медицинских сотрудников (врача и среднего медицинского персонала);
- оценка услуги и организацию ухода в поликлинике/стационаре.

Ключевыми шагами при разработке опросника было определены: выбор необходимых данных для исследования, разработка отдельных вопросов, определение формулировки, кодирование, подготовка первого проекта и предварительного пилотного исследования и оценка формы [223-225].

Анкетирование проводилось среди больных с раком желудка на уровне первичного звена и стационара. Проведено было пилотирование анкет среди 10

пациентов стационара и первичного звена, ответы которых в общий анализ не были включены. После анализа были введены корректировки в анкету. Участие в анкетировании было анонимным. Прежде чем проводить опрос, было получено согласие респондента, а также выявлено получал ли ранее услуги стационара и первичного звена. Для заполнения анкет необходимо было около 30-60 минут. Респондентам анкеты были предложены на казахском и русском языках. Анкетирование проводилось самим докторантом, в стационаре, а также в поликлинике г. Алматы.

На следующем этапе проводилась обработка данных. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета программ SPSS 17.0 (SPSS Inc. Chicago, IL, USA). В процессе анализа рассчитывались эпидемиологические показатели за исследуемый период для ранжирования регионов страны от минимальных до максимальных показателей.

Оценка динамики изучаемых показателей за период 2005–2018 годов проводилась путем определения трендов – восходящего (рост значений изучаемых эпидемиологических показателей) или нисходящего (снижение значений) [3,4]. Для количественного анализа и оценки статистической значимости полученных трендов использовался метод однофакторной линейной регрессии [1].

Результаты анализа представлены в виде средних арифметических для средних уровней заболеваемости за изучаемый период, нестандартизованных коэффициентов линейной регрессии (В) с 95 % доверительными интервалами (ДИ). Для каждого регрессионного коэффициента фиксировались значения достигнутого уровня статистической значимости. Так как одна и та же административно–территориальная единица страны не участвовала в сравнении более одного раза, множественные сравнения не проводились, и использование поправки Бонферрони для коррекции критического уровня статистической значимости не требовалась.

Также, для определения наиболее значимых факторов влияния нами была проведена процедура логистической регрессии с вычисление отношения шансов и 95% доверительного интервала. Факторы, отношение шансов которых было более единицы, а доверительный интервал не пересекал точку менее единицы и достигающие критической значимости (p менее 0,05) были определены как значимые факторы риска.

Сравнение долей и частот в группах произведено с помощью расчета критерия Хи-квадрат.

Заключительный шаг включил разработку выводов и практических рекомендации. Был проанализирован уровень оказания медицинской помощи больным с раком желудка на уровне первичного звена и стационара, определены сложности получения медико-профилактических услуг, а также определена удовлетворенность больных с раком желудка работой медицинских сотрудников

первичного звена и стационара. Синтез полученных данных способствовал разработке практических предложений по оказанию помощи больным с раком желудка на основе их нужд и потребностей.

Таким образом, выбранные нами методы и методология исследовательской работы, такие как социологические, математические и статистические методы, на наш взгляд, соответствовали целям работы и способствовали получению репрезентативной информации, на основе которой полученные результаты, синтез и ее анализ дал возможность решить поставленные задачи и сделать научно-обоснованные выводы.

3. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РАКА ЖЕЛУДКА г. АЛМАТЫ

3.1. Динамика заболеваемости и смертности рака желудка в Республике Казахстан

За период с 2010 по 2019 год в целом по Республике Казахстан отмечено снижение как заболеваемости РЖ (с 16,3 до 14,4 на 100 000 населения), так и смертности от данного заболевания (с 13,3 до 9,1 на 100 000 населения) (рис. б).

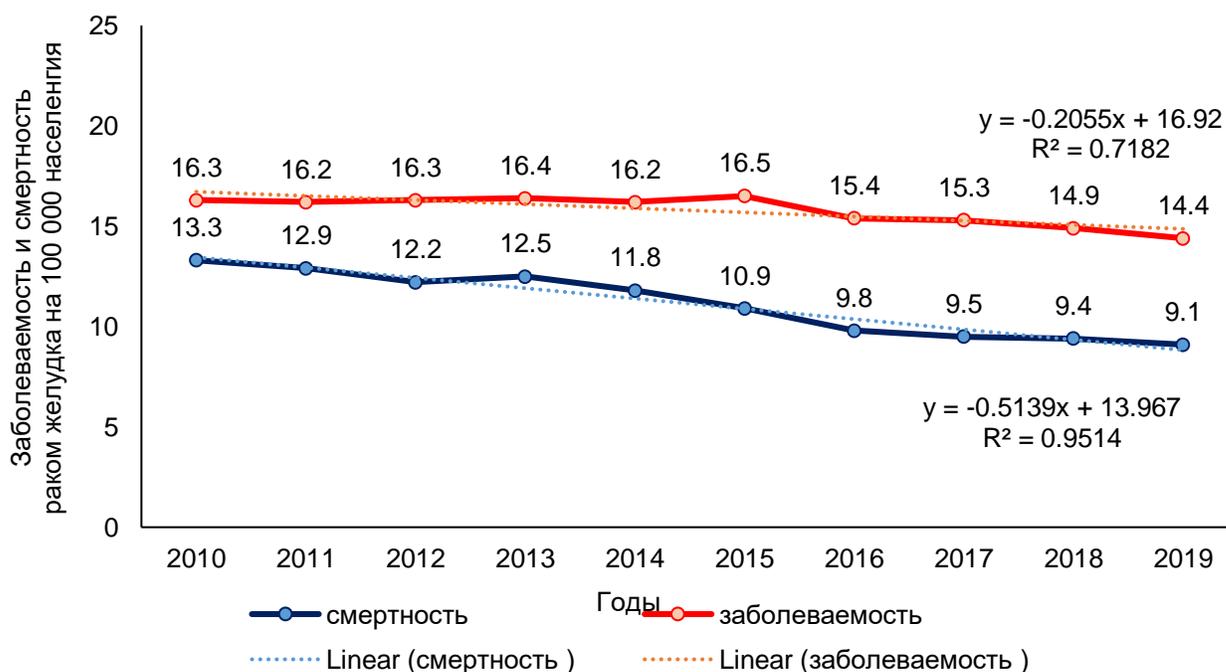


Рисунок 6 - Динамика заболеваемости раком желудка и смертности от него в Казахстане за период 2010-2019 гг. (на 100 000 населения)

Анализ тенденций показал наличие статистически значимых нисходящих трендов как для заболеваемости РЖ ($B = -0,34$ (95 % ДИ $-0,14; -0,20$), $p = 0,001$), так и для смертности от данного заболевания ($B = -0,39$ (95 % ДИ $-0,45; -0,33$), $p < 0,001$), причем в отношении смертности тренд был более выраженным.

Так как административно-территориальные единицы Казахстана существенно различаются по уровню жизни населения, обеспеченности населения медицинской помощью, значительный интерес представляет изучение заболеваемости и смертности от РЖ в разрезе региональной структуры страны.

В таблице 8 представлены результаты сравнения трендов заболеваемости по регионам Казахстана, причем в данной таблице регионы были ранжированы по

возрастанию среднемноголетнего значения заболеваемости (в Павлодарской области эпидемиологическая ситуация с заболеваемостью РЖ оказалась наиболее неблагоприятной).

Таблица 8- Заболеваемость раком желудка на 100 000 населения в Республике Казахстан по регионам в 2010–2019 гг.

Регион	Средне-многолетнее значение показателя	Коэффициент регрессии	95% ДИ для коэффициента регрессии		p
			Нижняя граница	Верхняя граница	
Республика Казахстан	17,2	-0,34	-0,49	-0,20	0,001
Мангистауская область	10,8	-0,48	-1,15	-0,20	0,141
Южно-Казахстанская область	11,6	-0,24	-0,47	-0,01	0,045
Алматинская область	13,5	-0,23	-0,54	0,08	0,119
Атырауская область	13,6	-0,11	-0,64	0,43	0,651
Жамбылская область	13,6	0,23	-0,04	0,49	0,085
г. Астана	15,9	-0,92	-1,26	-0,57	<0,001
Кызылординская область	16,0	-0,46	-0,14	-0,20	0,003
г. Алматы	16,9	-0,78	-1,08	-0,48	<0,001
Актюбинская область	17,9	-0,03	-0,58	0,52	0,898
Западно-Казахстанская область	19,1	-0,13	-0,71	0,44	0,607
Карагандинская область	21,3	-0,25	-0,60	0,09	0,126
Восточно-Казахстанская область	21,5	-0,21	-0,44	0,02	0,069
Акмолинская область	22,5	0,08	-0,38	0,54	0,702
Северо-Казахстанская область	22,8	-0,20	-0,78	0,38	0,447
Костанайская область	23,0	-0,18	-0,75	0,39	0,482
Павлодарская область	25,4	-0,73	-1,28	-0,18	0,015

По результатам анализа выявлено, что статистически значимые тренды снижения заболеваемости РЖ отмечены только в пяти из 16 регионов страны (Южно-Казахстанская, Кызылординская, Павлодарская области, г. Астана и г. Алматы). При этом наиболее выраженный тренд снижения заболеваемости РЖ отмечен в г. Астана ($B = -0,92$).

В таблице 9 представлены результаты сравнения трендов смертности по регионам Казахстана (регионы были ранжированы по возрастанию среднемноголетнего значения смертности от РЖ, и наиболее неблагоприятная ситуация была выявлена в Восточно-Казахстанской области).

Таблица 9 - Смертность от рака желудка на 100 000 населения в Республике Казахстан по регионам в 2010–2019 гг.

Регион	Среднегодовое значение показателя	Коэффициент регрессии	95% ДИ для коэффициента регрессии		p
			Нижняя граница	Верхняя граница	
Республика Казахстан	13,6	-0,39	-0,45	-0,33	<0,001
Мангистауская область	8,6	-0,32	-0,61	-0,04	0,031
Южно-Казахстанская область	8,7	-0,20	-0,38	-0,03	0,027
Алматинская область	10,8	0,01	-0,22	0,24	0,929
г. Астана	11,0	-0,47	-0,86	-0,07	0,025
Атырауская область	11,5	-0,04	-0,39	0,32	0,804
Жамбылская область	12,2	0,06	-0,2	0,37	0,662
г. Алматы	13,2	-0,29	-0,55	-0,03	0,033
Актюбинская область	13,7	-0,34	-0,70	0,03	0,067
Кызылординская область	14,0	-0,45	-0,73	-0,17	0,006
Западно-Казахстанская область	14,5	-0,63	-1,29	0,04	0,062
Костанайская область	15,3	-0,77	-1,07	-0,47	<0,001
Северо-Казахстанская область	16,2	-0,25	-0,58	0,07	0,110
Павлодарская область	16,5	-0,80	-1,08	-0,53	<0,001
Акмолинская область	17,4	0,04	-0,30	0,37	0,811
Карагандинская область	17,8	-0,88	-1,43	-0,32	0,007
Восточно-Казахстанская область	18,8	-0,32	-0,62	-0,02	0,042

По результатам анализа выявлено, что статистически значимые тренды на снижение смертности РЖ отмечены в девяти из 16 регионов страны (Восточно-Казахстанская, Карагандинская, Павлодарская, Костанайская, Кызылординская, Южно-Казахстанская, Мангистауская области, г. Астана и г. Алматы). Наиболее выраженным тренд на снижение смертности от РЖ был зарегистрирован в Карагандинской и Павлодарской областях ($B = -0,88$ и $B = -0,80$ соответственно).

Таким образом, за период 2010–2019 годов в пяти регионах Казахстана наблюдался статистически значимый тренд снижения и заболеваемости РЖ, и смертности от данного заболевания, и еще в четырех регионах отмечался статистически значимый тренд снижения только смертности от РЖ.

Ключевым показателем эффективности проводимых лечебных мероприятий, которая, в свою очередь, во многом зависит от своевременности диагностики РЖ на ранних стадиях, является пятилетняя выживаемость пациентов. На рисунке 7

представлена динамика пятилетней выживаемости пациентов с РЖ за период 2010–2019 годов. Оценка динамики данного показателя продемонстрировала, что с 2011 года пятилетняя выживаемость прогрессивно уменьшилась с 46,5 до 42,1%, а с 2017 года начала расти, достигнув к 2019-му значения 44,5%.

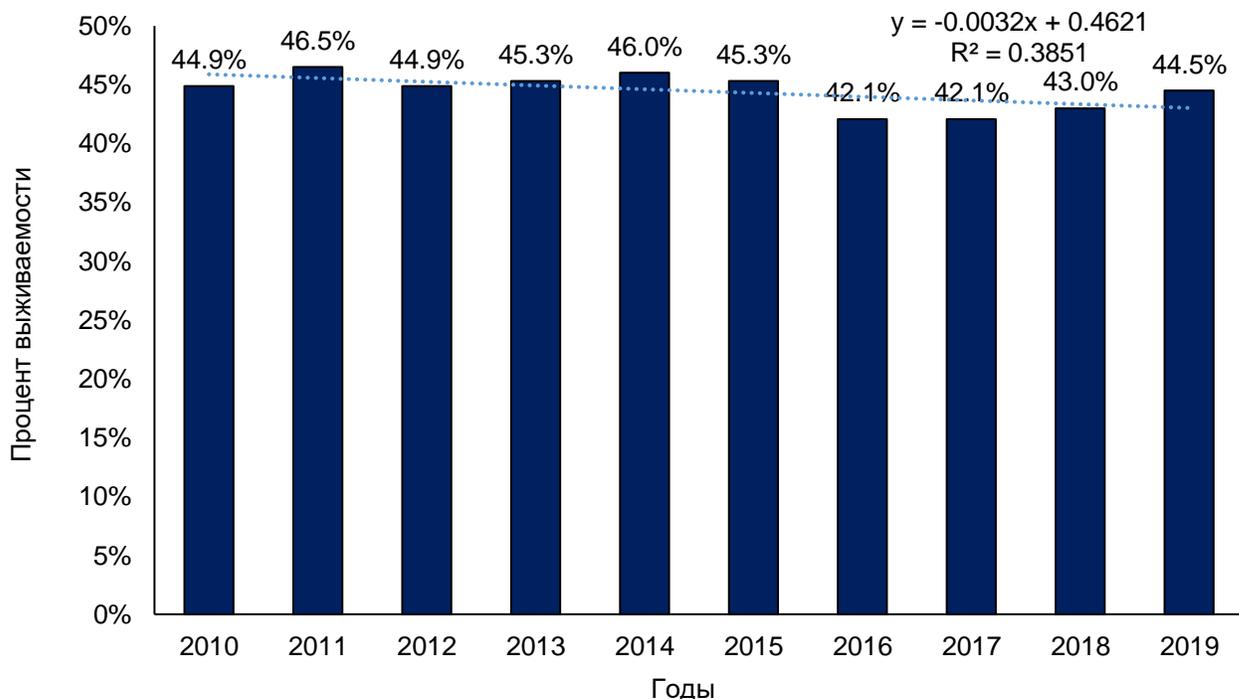


Рисунок 7 - Динамика пятилетней выживаемости пациентов с раком желудка за период 2010–2019 гг.

Так как стадия заболевания, на которой РЖ был выявлен, является ключевым прогностическим фактором в отношении выживаемости пациента, раннее выявление заболевания крайне важно, как с клинической точки зрения, так и с позиции общественного здравоохранения. На рис. 7 представлена динамика выявляемости разных стадий РЖ за период 2010–2019 годов. В течение указанного периода выявляемость РЖ по данным скринговых исследований на I–II стадиях в Казахстане в целом возросла с 23,0 до 42,9%. При этом тренд повышения раннего обнаружения РЖ (на I–II стадиях) был статистически значимым ($B = 1,62$ (95 % ДИ 1,16; 2,08), $p < 0,001$).

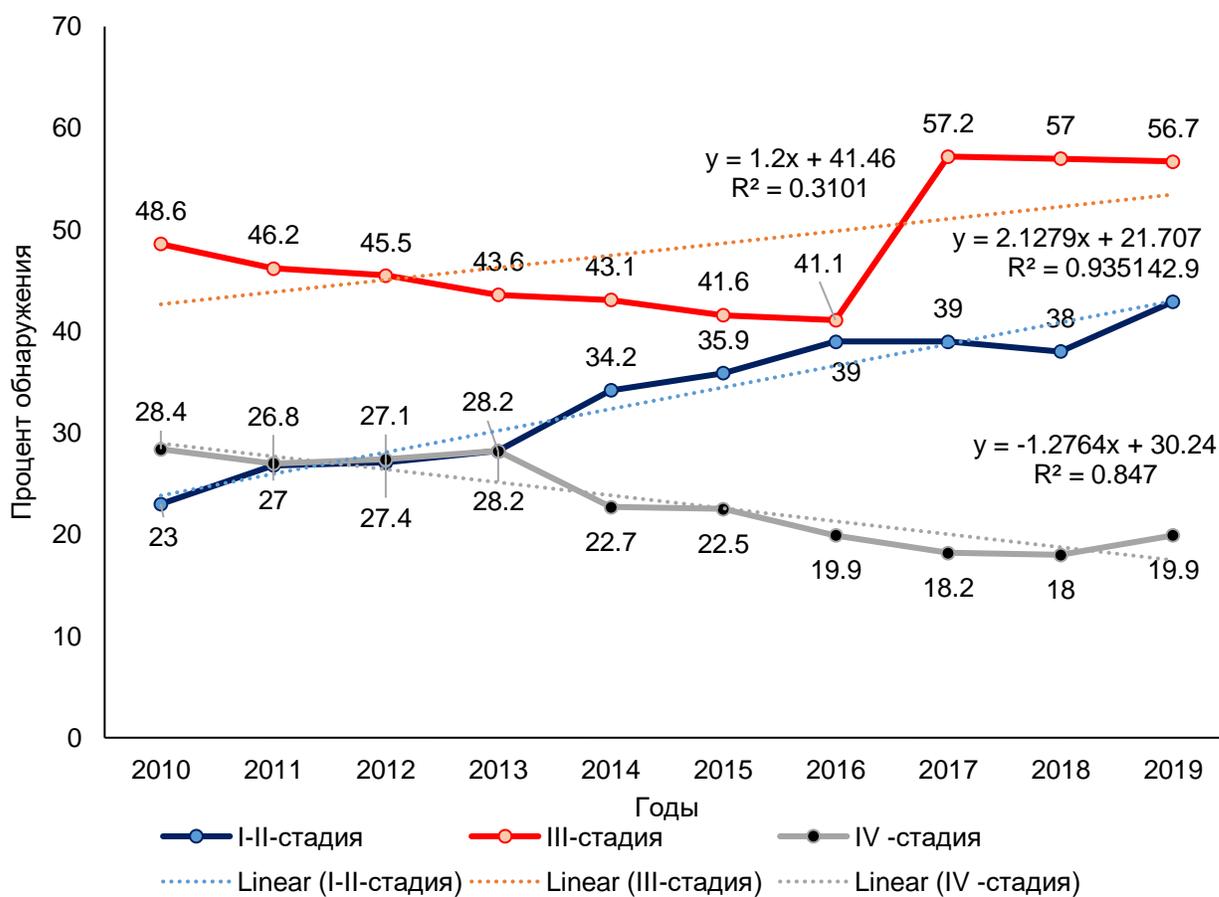


Рисунок 8 - Динамика обнаружения рака желудка на разных стадиях (%) за период 2010–2019 гг.

Частота выявления РЖ на I–II стадиях заболевания на 100 000 населения в Республике Казахстан в разрезе региональной структуры страны в 2010–2019 годов представлена в таблице 10. Наибольшая доля выявленных случаев РЖ на ранних стадиях за указанный период наблюдалась в Восточно-Казахстанской и Актюбинской областях.

Таблица 10 - Частота выявления рака желудка на I–II стадиях заболевания на 100 000 населения в Республике Казахстан по регионам в 2010–2019 гг.

Регион	Средне-многолетнее значение показателя	Коэффициент регрессии	95% ДИ для коэффициента регрессии		p
			Нижняя граница	Верхняя граница	
Республика Казахстан	24,3	1,62	1,16	2,08	<0,001
Восточно-Казахстанская область	41,2	1,55	-0,06	3,15	0,057
Актюбинская область	38,7	4,71	2,68	6,74	0,001
Мангистауская область	30,2	1,59	-0,52	3,69	0,121
Павлодарская область	29,2	1,34	0,56	2,12	0,004

Продолжение таблицы 10

Западно-Казахстанская область	28,1	0,92	-1,09	2,93	0,324
Атырауская область	26,2	3,29	1,53	5,06	0,003
Кызылординская область	25,6	0,50	-0,78	1,78	0,395
Северо-Казахстанская область	25,3	1,29	0,82	1,76	<0,001
г. Алматы	24,7	0,13	-1,43	1,68	0,853
Костанайская область	21,8	1,36	-0,10	2,82	0,064
г. Астана	20,8	2,65	0,88	4,42	0,009
Жамбылская область	20,5	3,18	1,74	4,61	0,001
Алматинская область	17,4	1,89	0,43	3,35	0,018
Южно-Казахстанская область	17,0	-0,17	-1,05	0,709	0,665
Акмолинская область	15,9	1,02	-0,21	2,25	0,093
Карагандинская область	15,4	2,91	1,66	4,17	0,001

По результатам регрессионного анализа статистически значимый тренд роста частоты обнаружения РЖ на ранних стадиях заболевания был выявлен в восьми из 16 регионов (Карагандинская, Алматинская, Жамбылская, Северо-Казахстанская, Атырауская, Павлодарская и Актыбинская области, г. Астана), причем в наибольшей степени он был выражен в Актыбинской области ($B = 4,71$).

В отличие от Республики Казахстан, в расположенной рядом Российской Федерации РЖ находится на шестом месте в структуре онкологической заболеваемости после рака кожи с меланомой (14,2 %), рака молочной железы (11,4 %), рака легкого (10,2 %), КРР (6,6 %) и рака предстательной железы (6,6 %), составляя 6,4 %. Заболеваемость РЖ в России снизилась с 19,0 в 2005 году до 14,5 на 100 000 населения в 2015-м. При этом мужчины в России заболевают РЖ в 2,5 раза чаще, чем женщины [2]. Средний возраст умерших от РЖ в России в 2005 году составил 66,9 года, в то время как в 2015-м – 68,3 года. Смертность от РЖ в Российской Федерации снизилась с 16,5 в 2005 году до 11,3 на 100 000 населения в 2015-м [2], что сопоставимо с динамикой смертности от РЖ в Казахстане.

Детализация ситуации по административно-территориальным единицам страны позволила выделить две области, в которых заболеваемость РЖ, смертность и выявление заболевания на ранней стадии не имеют тенденции к улучшению – Акмолинскую и Северо-Казахстанскую.

При этом за период 2010–2019 годов из 16 административно-территориальных единиц страны снижение заболеваемости РЖ наблюдается в пяти регионах, снижение смертности от РЖ – в девяти, рост выявляемости РЖ на ранних стадиях – в восьми. При этом не найдено связи между наличием тенденции благоприятного изменения эпидемиологических показателей РЖ и исходным уровнем данных показателей РЖ в регионе.

Таким образом, за период 2010–2019 годов эпидемиологическая ситуация с РЖ в Республике Казахстан имеет устойчивую тенденцию к улучшению, но при этом регионы страны существенно различаются как по исходным значениям эпидемиологических показателей, так и по наблюдаемым тенденциям их изменения. Одним из ключевых факторов, предположительно способствовавших снижению заболеваемости, смертности и улучшению ранней диагностики РЖ в стране, является внедрение Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Казахстан» на 2011–2015 годы.

3.2. Основные тенденции заболеваемости и смертности рака желудка по г. Алматы

В структуре пролеченных случаев рак желудка по городу Алматы занимает 4 место после рака женской молочной железы, трахеи, бронхов и легкого, шейки матки, яичника (таблица 11).

Таблица 11-Число пролеченных случаев по нозологиям за 2019 год.

Локализация	всего пролечено			
	больные		случаи	
	абс	%	абс	%
Всего	2643	100%	5487	100%
ЗН губы	2	0,08	2	0,04
ЗН языка, полости рта и ротоглотки, Саркома Капоши неба	34	1,29	65	1,18
ЗН слюнной железы	14	0,53	16	0,29
Носоглотки	8	0,30	24	0,44
Гортаноглотки	4	0,15	10	0,18
Пищевода	34	1,29	59	1,08
Желудка	131	4,96	244	4,45
Ободочной кишки	130	4,92	266	4,85
Прямой кишки, ректосигмоидного соединения, заднего прохода и анального канала	126	4,77	290	5,29
Печени	40	1,51	63	1,15
Поджелудочной железы	20	0,76	41	0,75
Гортани	12	0,45	22	0,40
Трахеи, бронхов, легкого	170	6,43	485	8,84
Костей и суставных хрящей	10	0,38	32	0,58
Соединительной и других мягких тканей	22	0,83	45	0,82
Меланома кожи	26	0,98	38	0,69
Другие новообразования кожи	33	1,25	34	0,62
Женской молочной железы	648	24,52	1742	31,75
Шейки матки	221	8,36	330	6,01
Тела матки	126	4,77	217	3,95

Продолжение таблицы 11

Яичника	147	5,56	494	9,00
Предстательной железы	120	4,54	137	2,50
Яичка	9	0,34	16	0,29
Почки	44	1,66	50	0,91
Мочевого пузыря	66	2,50	92	1,68
Головного мозга и центральной нервной системы	1	0,04	1	0,01
Щитовидной железы	50	1,89	51	0,92
Злокачественная лимфома	26	0,98	65	1,18
Лейкемии	2	0,08	2	0,03
Прочие	488	18,46	554	10,09

Тенденция заболеваемости рака желудка по г. Алматы показывает незначительную динамику в сторону снижения в сравнении 2018 года с 2014 годом, где составил на 0,4. Показатели заболеваемости среди мужского пола выше в сравнении с женским полом во всех изучаемых годах, особенно увеличение в два раза отмечается в 2016 и 2018 годах (рисунок 9). Как и в показателях международной литературы, также и в нашей стране показатель заболеваемости выше у мужчин в сравнении с женским полом [226].

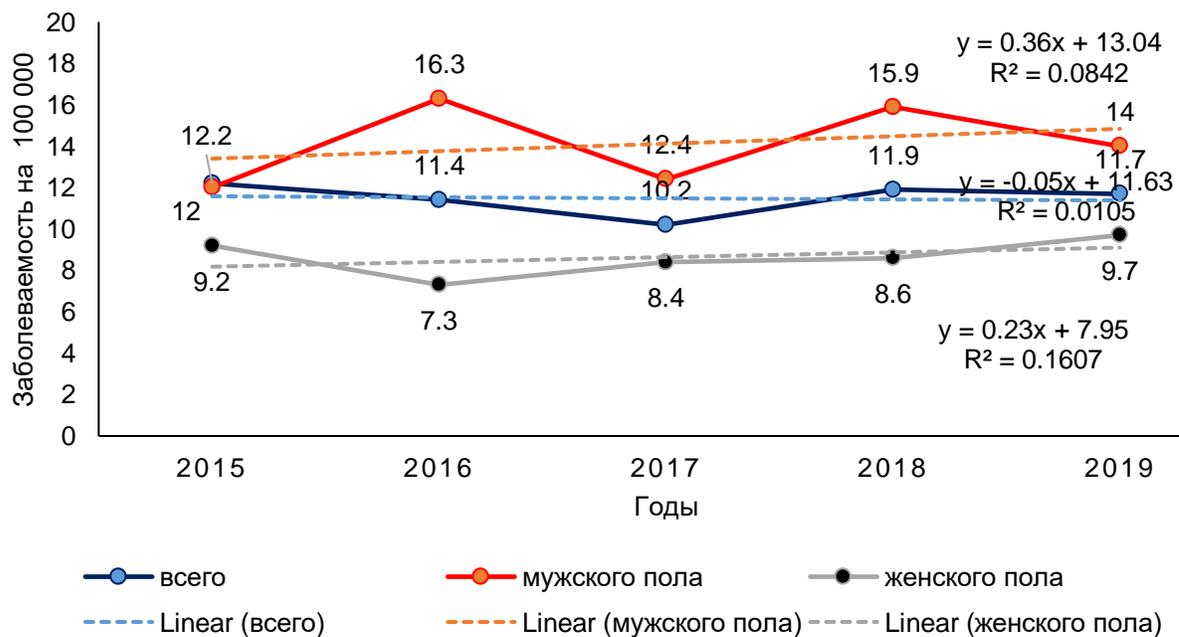


Рисунок 9 - Показатель заболеваемости рака желудка по г. Алматы (на 100 000 населения)

Наибольший показатель смертности больных с РЖ по г. Алматы выявлен в 2015 году 11,2, среди них у мужчин составил 14,7 и женщин 9,2. В период с 2015

до 2019 года наблюдается тенденция к снижению, однако в 2019 году показатель составил 8,9, среди мужского пола -8,9 и женского -7,2.

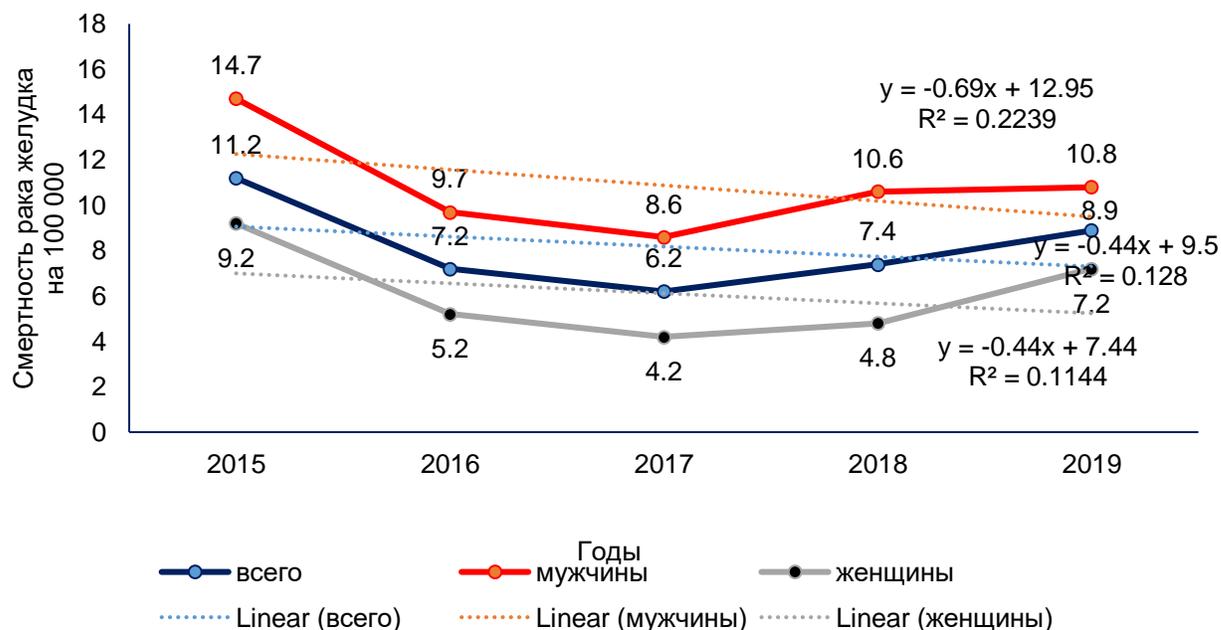


Рисунок 10- Показатель смертности больных с раком желудка по г. Алматы (на 100 000 населения)

Показатели болезненности указывают на наличие роста от 546 в 2015 году до 628 в 2019 году, то есть на 100 тысяч населения составил 33,1 до 33,9 соответственно. Также, как и показатель заболеваемости, тенденция болезненности среди мужского пола выше по сравнению с женским. В динамике можно выявить, что незначительное снижение болезненности наблюдается в 2016 году до 30,3, за счет значительного снижения у мужского пола от 42,6 до 34,7 и у женского пола от 29,2 до 26,6, это возможно связано с цифровизацией показателей деятельности первичного звена, и несвоевременном выявлении пациентов с РЖ.

Таблица 12- Показатель болезненности в период с 2015-2019 гг. по г.Алматы

Годы	Абс. число N за год	Абс. число N год - женщин	Абс. число N за год - мужчин	На 100 тыс. населения	На 100 тыс. населения - женщин	На 100 тыс. населения - мужчин
2015	546	246	300	33,1	29,2	42,6
2016	516	246	270	30,3	26,6	34,7
2017	561	268	293	32,5	28,6	37,1
2018	595	287	308	32,3	28,2	37,5
2019	628	299	329	33,9	29,7	38,8

При морфологической верификации РЖ наибольший показатель составил в 2016 году -94,3 и в 2018 году -93,8, наименьший показатель составил в 2015 году -80,4 и 2019 году - 90,8. Среди мужского показатель выше в сравнении с женским во всех изучаемых годах (рисунок 11).

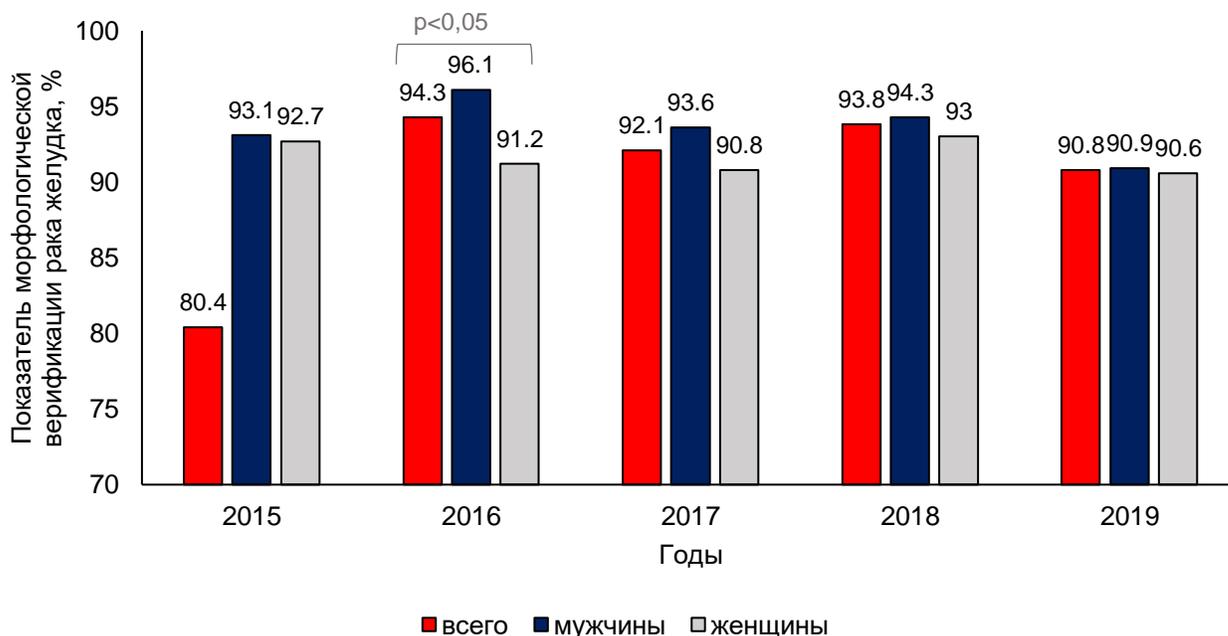


Рисунок 11 - Показатель морфологической верификации рака желудка по г. Алматы за 2015-2019 годы

Пятилетняя выживаемость среди женщин выше в сравнении с мужчинами во всех изучаемых годах. Среди женщин показатель варьируется между 48,7% в 2016 году и 53% в 2015 году. Среди мужчин данный показатель составил в 2016 году наименьший 39,2% и 46,3% в 2015 году. Показатель в целом за исследуемый период варьирует в пределах наименьший 43,7% в 2016 году, наибольший 50,0% (рисунок 12).

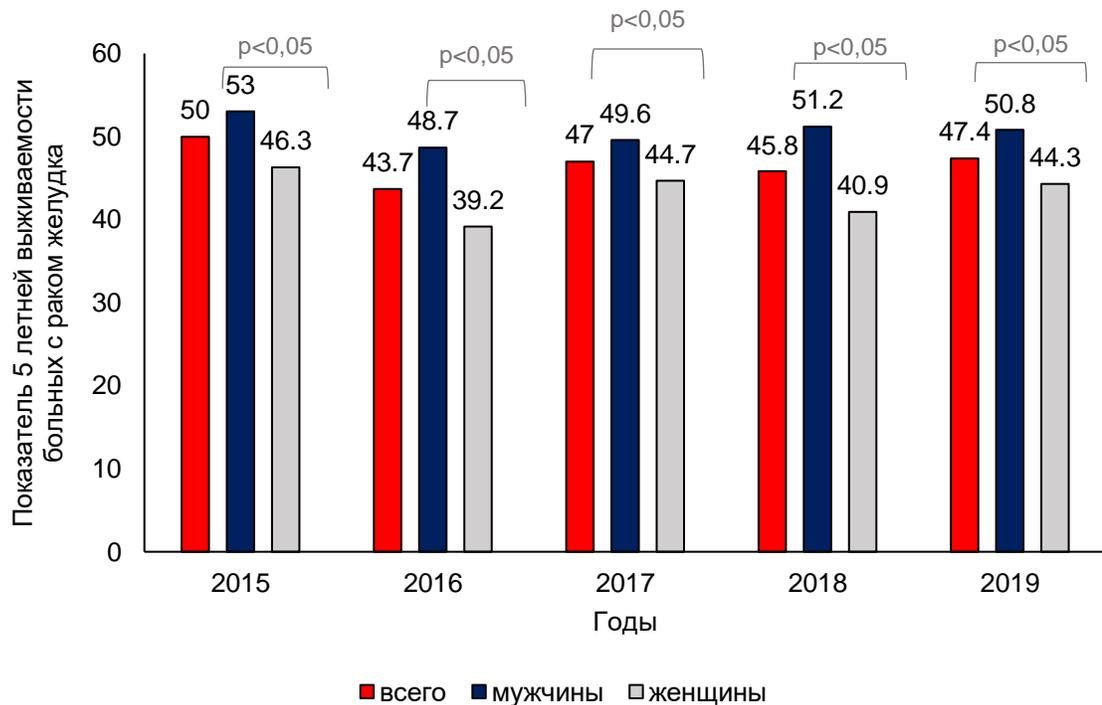


Рисунок 12 - Показатель 5 летней выживаемости больных с раком желудка по г. Алматы.

По итоговым данным удельный вес 1-2 стадии значительно выше в сравнении с 3-4 стадиями, что является положительной тенденцией, и означает о своевременном выявлении больных с РЖ. Тем не менее, в 2019 году наблюдается рост удельного веса 3-4 стадии до 14,7 в сравнении с предыдущими годами, где в 2018 году составил - 9,0 и 2017 году - 11,8 и 2016 году - 14,3. Удельный вес 1-2 стадии также выше в изучаемой 2019 году -36,4 в сравнении с предыдущими годами, где показатель варьировался между 22,0 в 2017 году и 32,3 - в 2018 году. Наибольшее количество больных наблюдается в 2015 году в обоих показателях (рисунок 13).

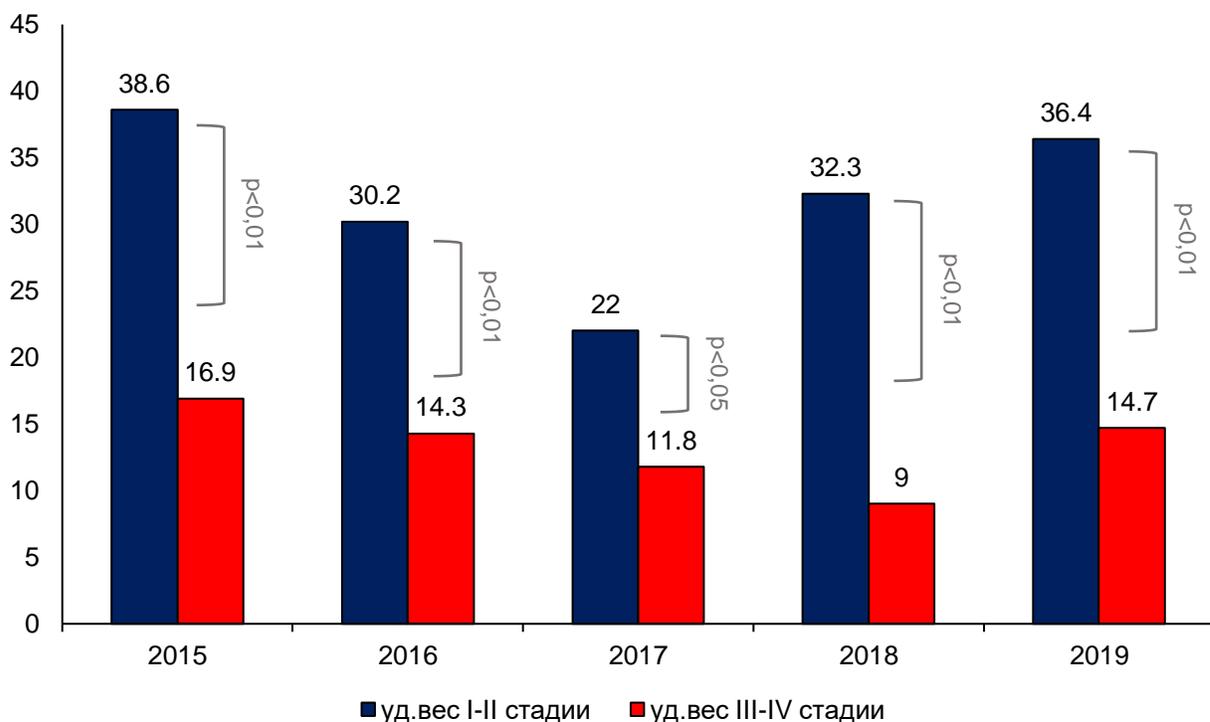


Рисунок 13 - Удельный вес больных с раком желудка по г. Алматы

Удельный вес 1-2 стадии мужского пола значительно выше в сравнении с женским во всех изучаемых годах кроме 2015 и 2018 года, где показатель в обеих группах одинаковый 16,1. В 2017 году показатель мужского пола в два раза выше в сравнении с женским (рисунок 14).

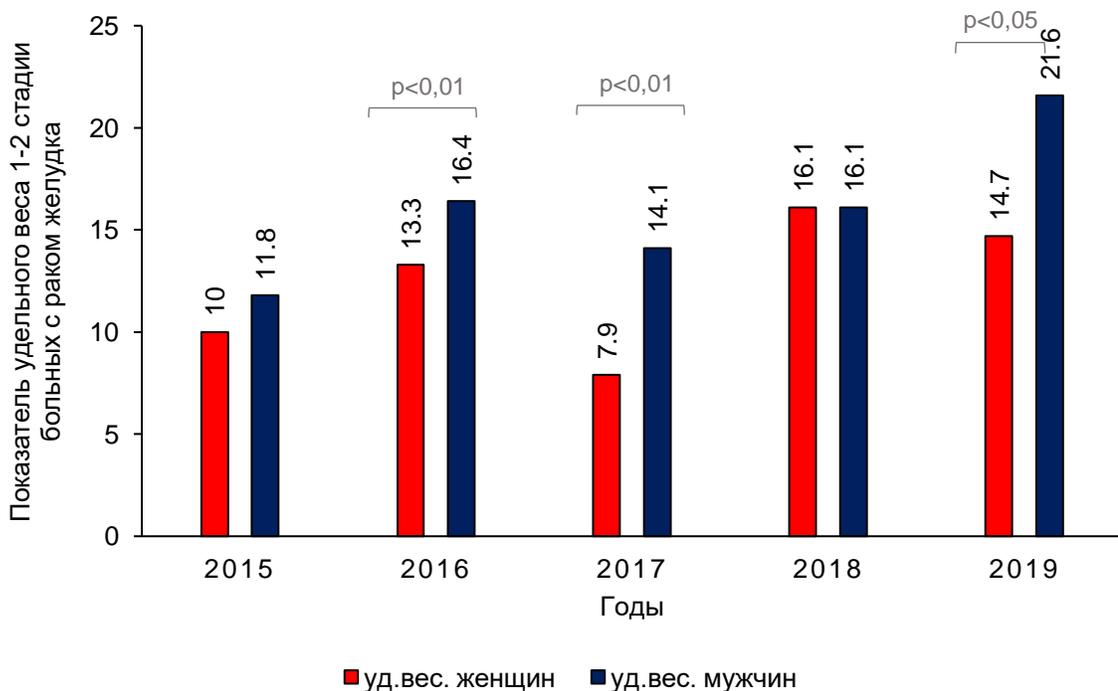


Рисунок 14 - Показатель удельного веса 1-2 стадии больных с раком желудка среди женщин и мужчин.

До 2017 года удельный вес 3-4 стадии выше среди женского пола, однако с 2017 года наблюдается резкое снижение, что требует изучения наличия статистической ошибки показателей. Среди показателей мужского пола наблюдается незначительные вариации в пределах 7,9 - в 2017 году и 16,1 - в 2018 году. Резкое изменение в показателях в пределах двукратного изменения требует более детального изучения данных.

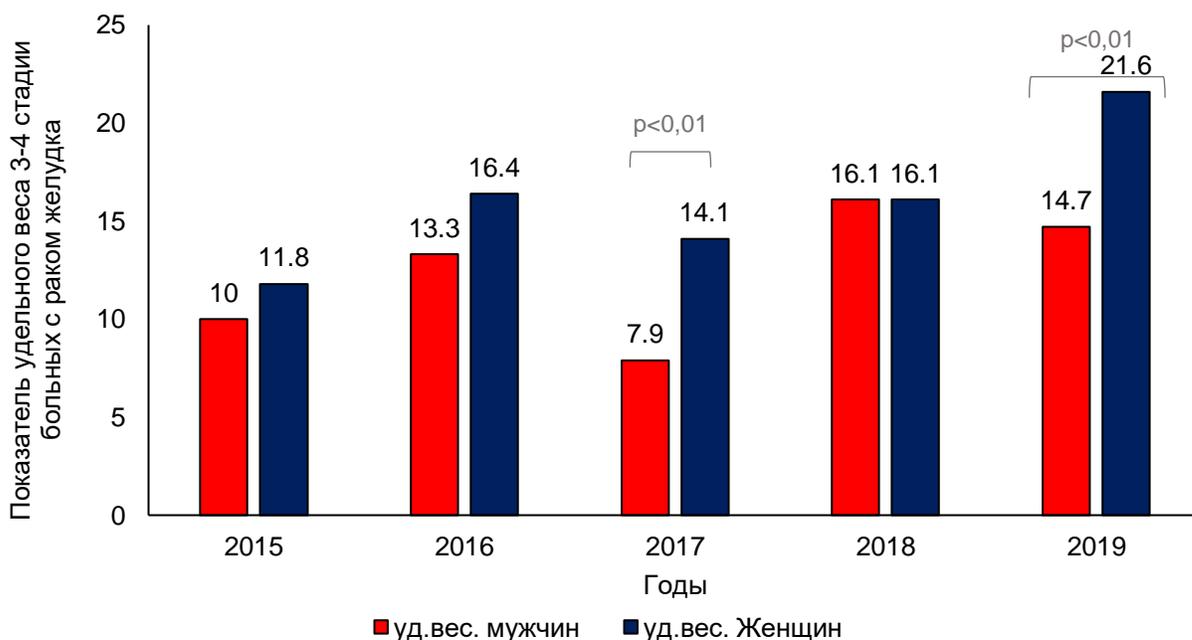


Рисунок 15 - Показатель удельного веса 3-4 стадии больных с раком желудка среди женщин и мужчин.

Таким образом, рак желудка является одним из распространенных видов рака по городу Алматы, заняв позицию четвертое место. Незначительное снижение заболеваемости в сравнении с 2015 годом наблюдается в 2019 году, среди мужского населения показатель заболеваемости и смертности выше в сравнении с женским, морфологическая верификация подтверждается в 90,0 и выше случаев в последние изучаемые годы, пятилетняя выживаемость среди женщин выше в сравнении с мужчинами во всех изучаемых годах. По итоговым данным удельный вес 1-2 стадии значительно выше в сравнении с 3-4 стадии, что является положительной тенденцией.

3.5 Исследование факторов риска возникновения РЖ по данным социологического опроса больных с РЖ

Для оценки возможных факторов возникновения Рака желудка у опрошенных пациентов был проведен социологический опрос 202 пациентов с раком желудка. При сборе материалов и формировании групп респондентов соблюдены принципы случайности выборки, ее качественной и количественной репрезентативности. С целью обеспечения качественной репрезентативности выборки, в соответствии с целью и задачами исследования, единицами наблюдения выбраны и определены пациенты, с установленным диагнозом РЖ.

Исследование было проведено лично исследователем с использованием инструмента – анкет (Приложение 1). Разработанная анкета содержит 8 вопросов, которые отражают основные этиологические факторы возникновения и развития РЖ. Половая принадлежность респондентов представлена на рисунке 16.

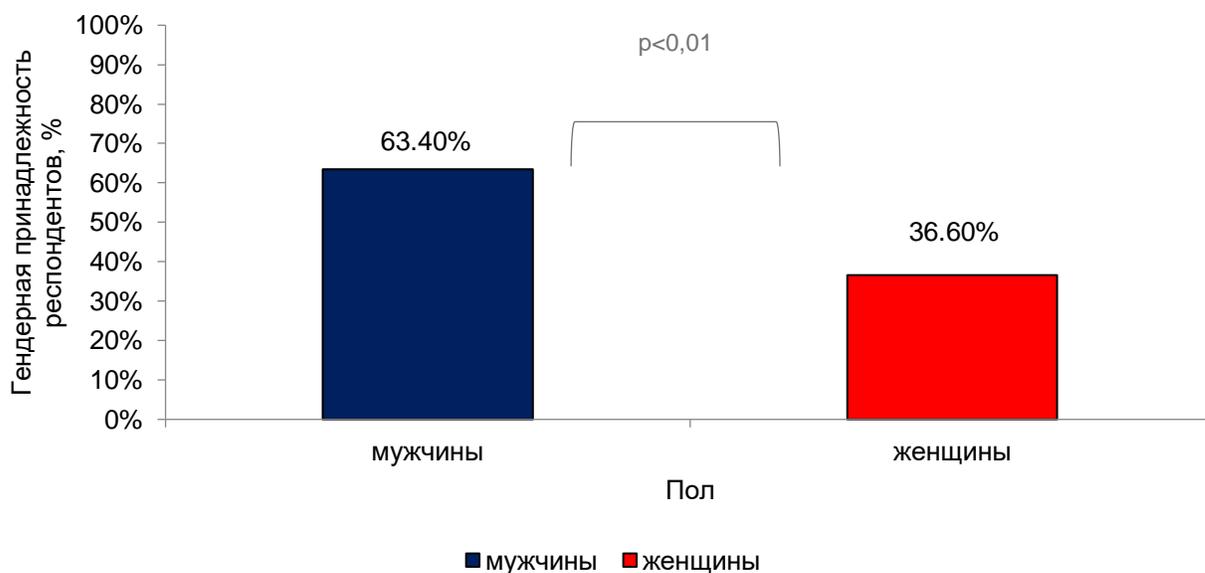


Рисунок 16- Половая принадлежность респондентов (в % к итогу)

Как показывают данные, мужское население (128 чел) среди пациентов с РЖ превалирует над женским (74 чел), на 26,8% больше. Таким образом, страдают РЖ, как мужчины, так и женщины, но с преобладанием данной патологии среди мужского населения в 1,7 раза. Данные по возрастной характеристике пациентов представлены на рисунке 17.

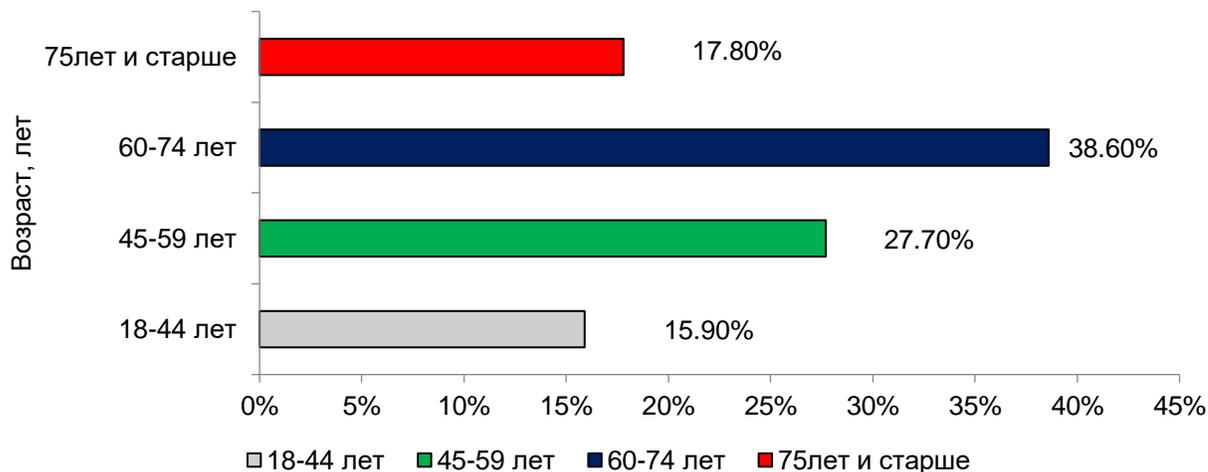


Рисунок 17 - Возрастная характеристика опрошенных пациентов с РЖ (в % к итогу)

Как показало исследование среди пациентов с РЖ отмечается преобладание лиц от 60-74 лет (78 чел.) – 38,6, каждый четвертый в возрасте в возрасте 45-59 лет – 27,7%, в возрасте 18-44 лет (32 чел.) -15,9%, что свидетельствует об увеличении частоты распространенности РЖ с возрастом.

Как показывают полученные данные, удельный вес лиц старше 75 лет с диагностированным РЖ составляет 17,8%. Таким образом, наиболее чаще РЖ встречается в возрастной группе от 45 до 74 лет (66,3%), среди которых большинство трудоспособное население.

Исследование наличия наследственного фактора среди близких родственников пациентов с РЖ представлено на рисунке 18.

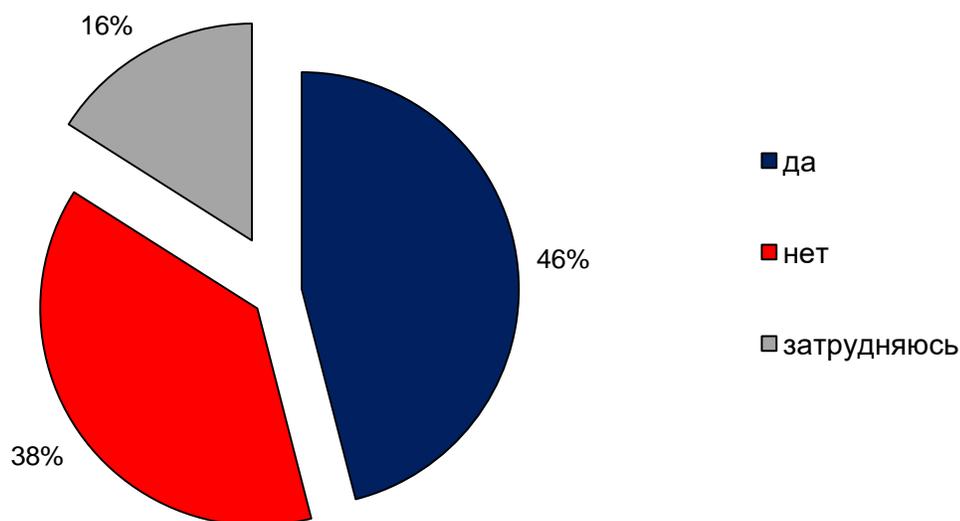


Рисунок 18 - Наличие онкологических заболеваний у близких родственников опрошенных (в % к итогу)

Опрос показал, что практически половина респондентов отметили наличие онкологических заболеваний у своих близких родственников (46%), при этом каждый третий – отрицал факт наследственного фактора в анамнезе, каждый четвертый (23%) затруднился ответить.

Исследование уровня предпочтений опрошенных по потреблению животных жиров, соли, пряностей, жареного и копченного представлено на рисунке 19.

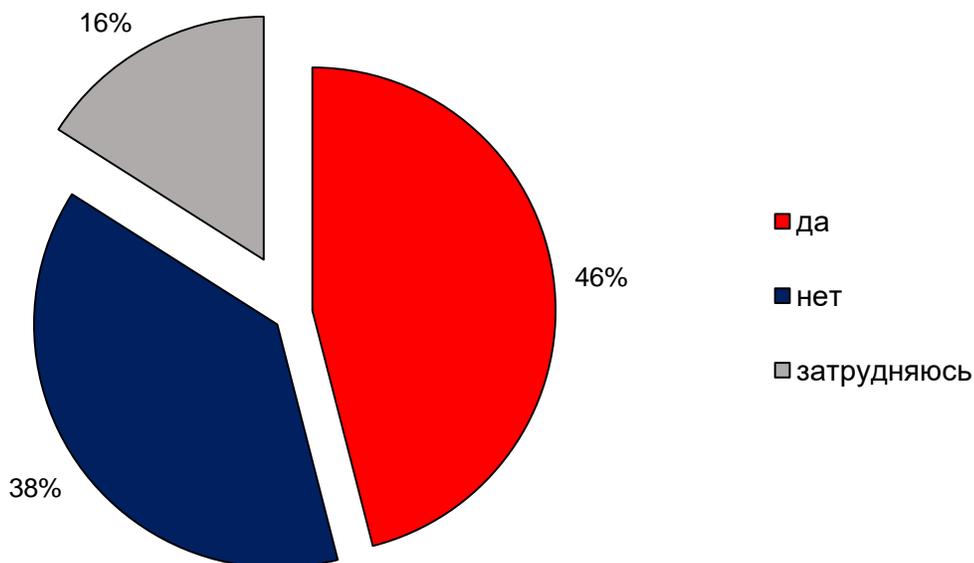


Рисунок 19 - Преобладание в рационе питания респондентов животных жиров, соли, пряностей, жареного и копченного (в % к итогу)

Как показал опрос, более половины опрошенных предпочитают в своем рационе блюда богатые животными жирами, с большим количеством пряностей, соли, жаренные и копченые продукты (61%), при этом треть пациентов не отметили данный фактор (32%).

Исследование потребления слишком горячей пищи опрошенными представлено на рисунке 20.

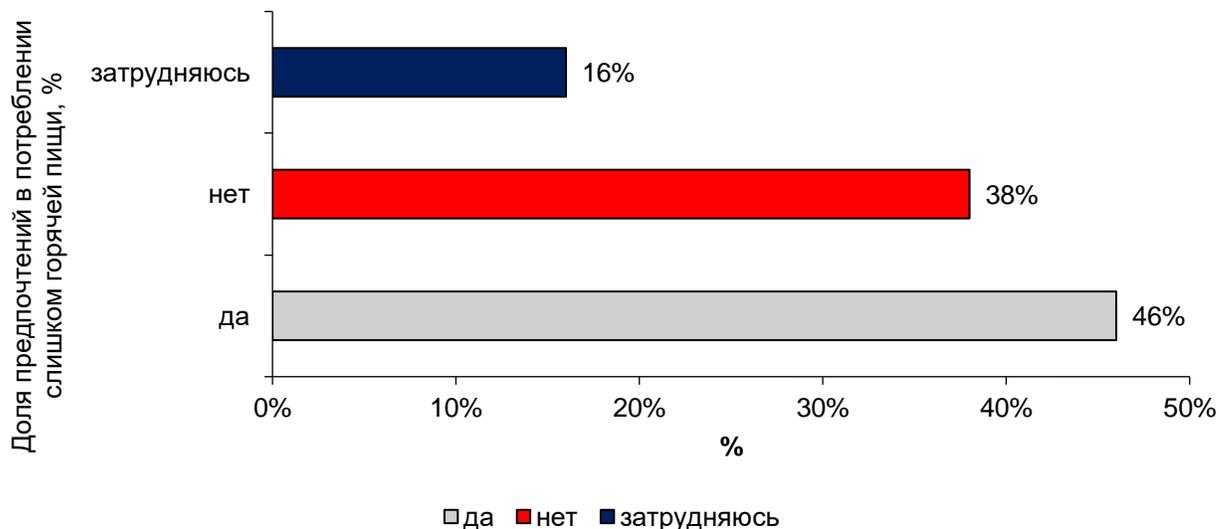


Рисунок 20 - Распределение предпочтений в потреблении слишком горячей пищи (в % к итогу)

Согласно полученным данным опроса, две трети пациентов с РЖ, любят достаточно горячую пищу (71%), при этом каждый четвертый не отметил такого предпочтения (26%).

Исследование оценки опрошенными уровня потребления свежих фруктов и овощей представлено на рисунке 21.

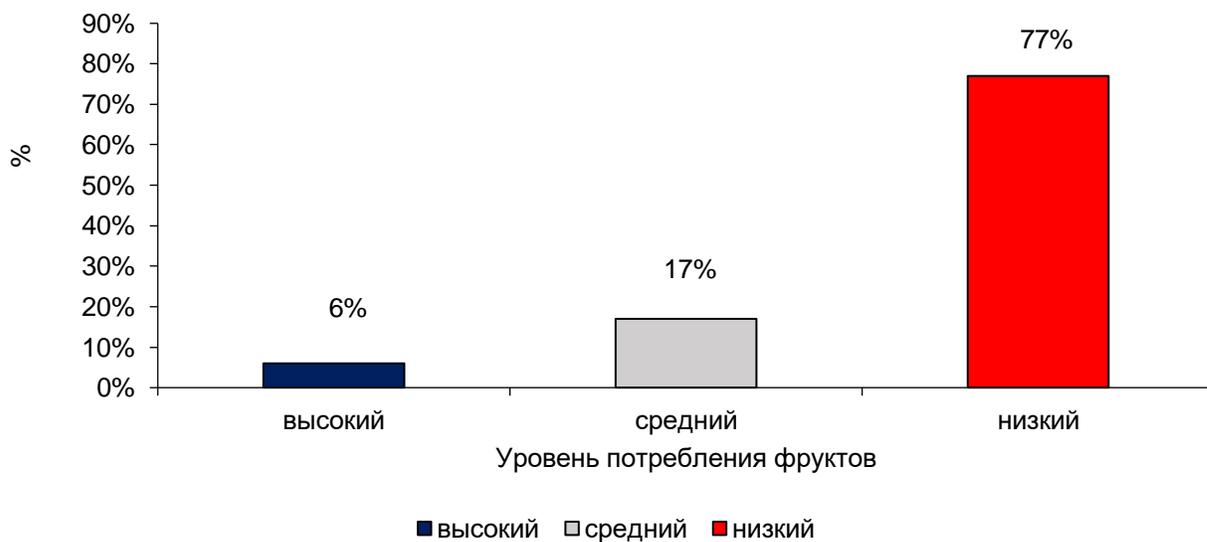


Рисунок 21 – Оценка опрошенными своего уровня потребления свежих фруктов и овощей (в % к итогу)

Данные опроса показали, что для респондентов с РЖ характерно в большинстве случаев (77%) низкое потребление свежих фруктов и овощей, при

этом средним оценил свой уровень потребления - каждый шестой опрошенный, и только 6% определили свой уровень как высокий.

Исследование регулярности приема пищи опрошенными представлено на рисунке 22.

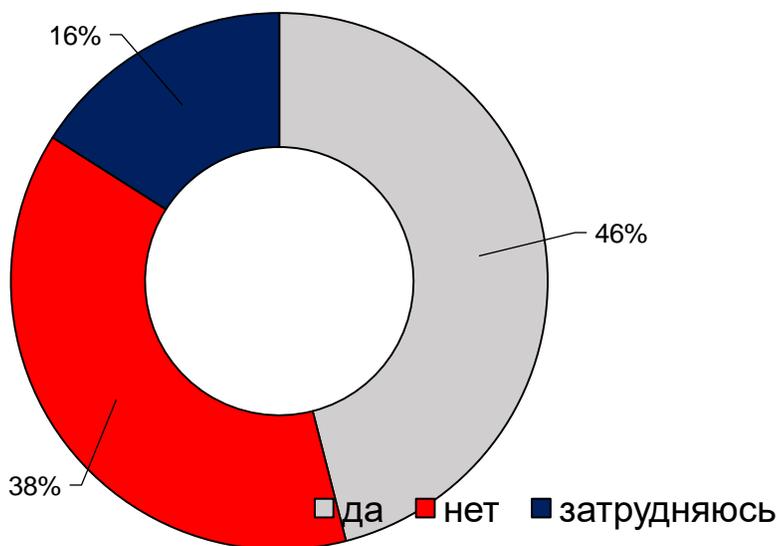


Рисунок 22 - Регулярность приема пищи по мнению опрошенных (в % к итогу)

4

Более половины респондентов (62%) отметили нерегулярность приема пищи, при этом только каждый третий питается вовремя, а 4% затруднились ответить.

Исследование фактов переедания опрошенными представлено на рисунке 23.

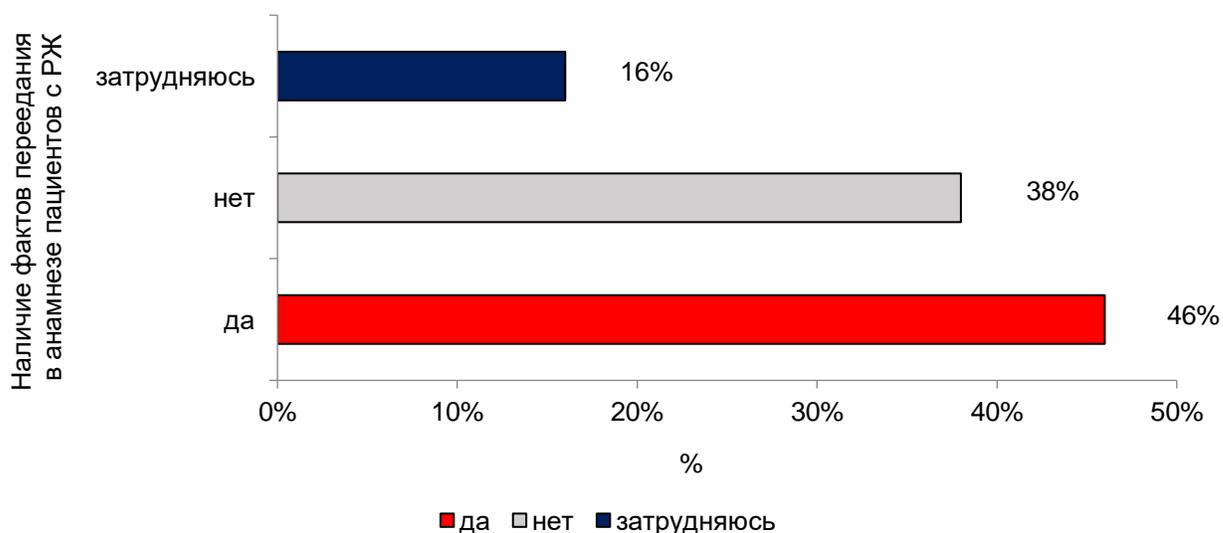


Рисунок 23 – Наличие фактов переедания в анамнезе пациентов с РЖ (в % к итогу)

Как показал опрос, половина пациентов с РЖ отметили факты переедания (51%), только каждый третий не превышает желаемый объем потребления пищи, при этом 16% затруднились ответить на данный вопрос. Исследование потребления алкогольных напитков респондентами представлено на рисунке 24.

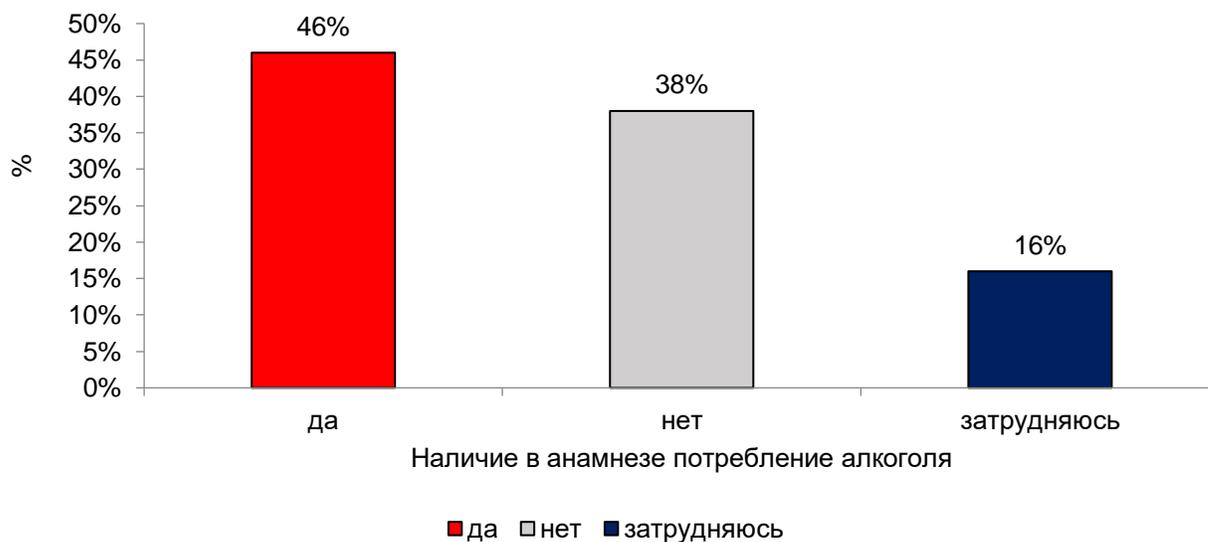


Рисунок 24- Наличие в анамнезе потребление алкоголя опрошенными (в % в итоге)

Проведенный опрос показал, что почти половина пациентов с РЖ (48%) отметили потребление алкогольных напитков, при этом каждый третий респондент дал отрицательный ответ (35%), а 17 % вообще затруднились дать ответ.

Исследование факта курения респондентами представлено на рисунке 25.

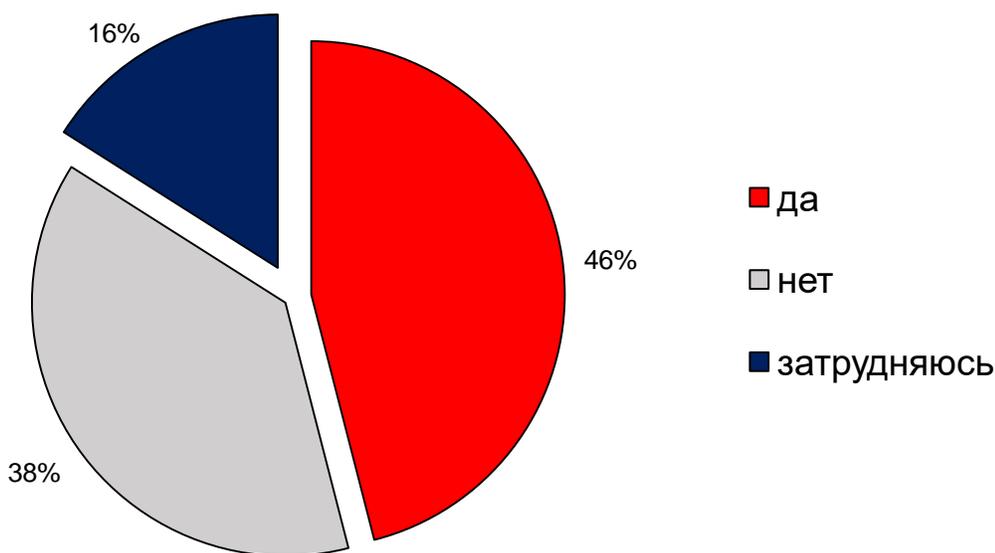


Рисунок 25- Наличие в анамнезе респондентов курения (в % в итоге)

Проведенный опрос показал, что почти половина пациентов с РЖ (46%) отметили употребление табачных изделий, при этом каждый третий респондент дал отрицательный ответ (38%), а 16 % вообще затруднились дать ответ.

Таким образом, социологический опрос пациентов с РЖ показал, что с преобладанием в 1,7 раза с данной онкопатологией чаще обращаются мужчины, чем женщины. Исследование возрастного состава пациентов с среди опрошенных преобладают лица старшей возрастной группы, мужского пола, с отягощенным семейным анамнезом. Также следует отметить особенности диеты опрошенных, как низкое потребление свежих фруктов и овощей, превалирование в анамнезе потребления соленой и копченой пищи, большого количества пряностей, пережаренных продуктов, употребление слишком горячей пищи, раздражение слизистой оболочки острыми приправами, нерегулярность питания и соответственно распространённость случаев переедания, что может приводить к систематической травматизации слизистой оболочки желудка, развитию хронических воспалительных изменений слизистой, как следствие возникновение очаговых пролиферативных процессов и самого рака желудка.

3.4 Показатели деятельности онкологической службы в ПМСП и стационаре

Динамика за 2017-2019 годы свидетельствует об увеличении кадровой обеспеченности в городских поликлиниках г. Алматы: если данный показатель в 2017 году составил 32,81%, то в 2019 году составил 43,27% (рисунок 16). Количество сотрудников по совместительству значительно превалирует в сравнении с штатными сотрудниками, тем самым обеспеченность сотрудниками по совместительству составил в 2019 году 27,8% и штатных 15,38%. Недостаточное количество обеспеченности сотрудниками - онкологами в поликлиниках может привести к позднему выявлению онкологических заболеваний, а также некорректному динамическому наблюдению пациентов с онкологическим заболеванием из-за увеличения нагрузки на деятельность врача.

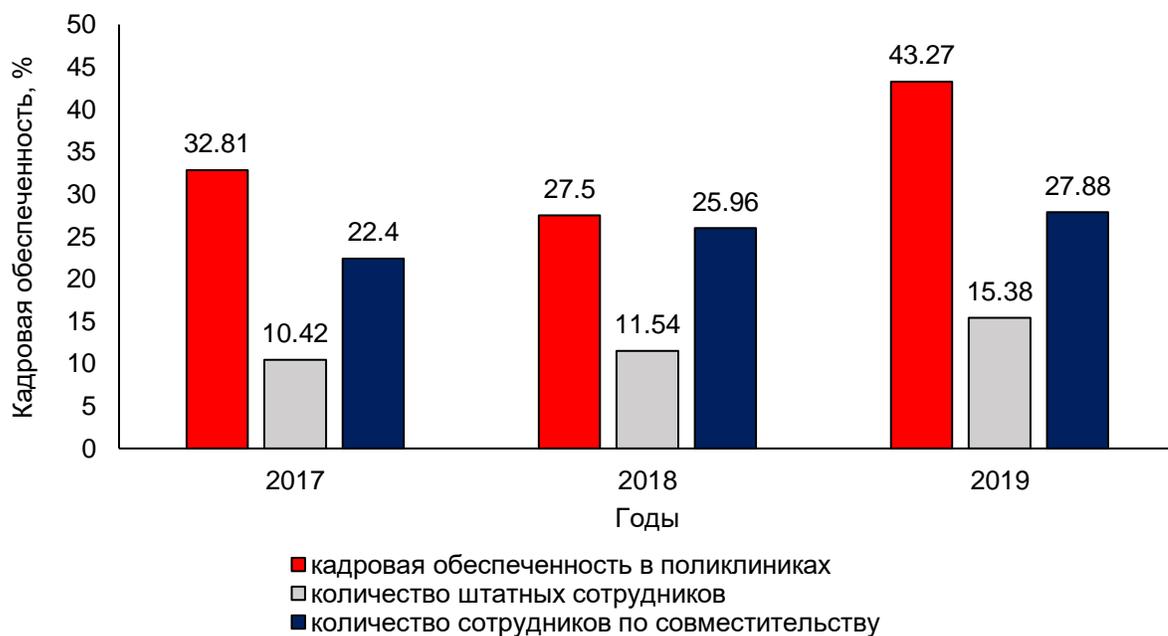


Рисунок 26 - Кадровая обеспеченность врачей онкологов в поликлиниках г. Алматы

В 2018 году повторные приемы превышали в сравнении с первичным приемом на 0,2. Во всех изучаемых поликлиниках показатели повторного приема преобладали в сравнении с первичным, кроме Центра ПМСП "Кулагер", где показатели первичного и повторного приема были равны. Из 42 организации первичного звена, в 11-ти медицинских организациях отсутствовали данные, что связано с отсутствием соответствующей кадровой обеспеченности (рисунок 27).

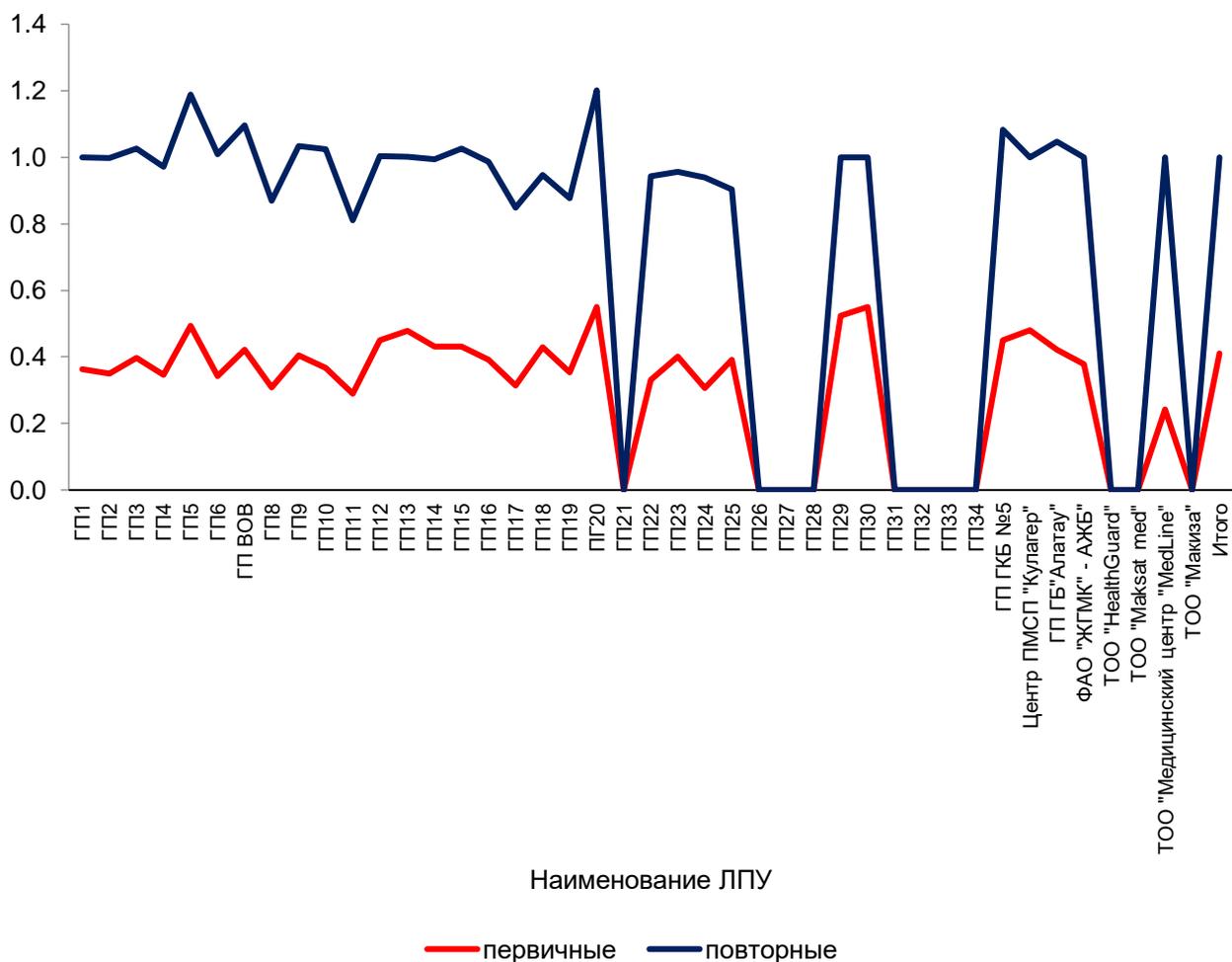


Рисунок 27 - Тренд по первичному и вторичному приему врача онкологов на уровне первичного звена в 2018 году

Проведенный анализ данных 42 медицинских организаций первичного звена в 2019 году по первичному приему свидетельствует о том, что первичный прием превышал показатель повторного на 0,6. В 19-ти медицинских организациях вторичный прием превышал первичный, в восьми организациях показатели первичного и повторного приемов были равны, в остальных организациях - превалирует данные первичного приема. Стоит отметить, что некоторые данные необходимо пересмотреть, и выявить причины столь веского различия первичного приема с повторным, что возможно связано с поздним обращением, в таких организациях первичного звена как: ТОО «Маркиза» разница составила - 0,8, ГП34 и ГП32 - 0,6, ТОО «HealthGuard», ГП29 и ГП19, ГП13, ГП15 и ГП12 на 0,4 (рисунок 28).

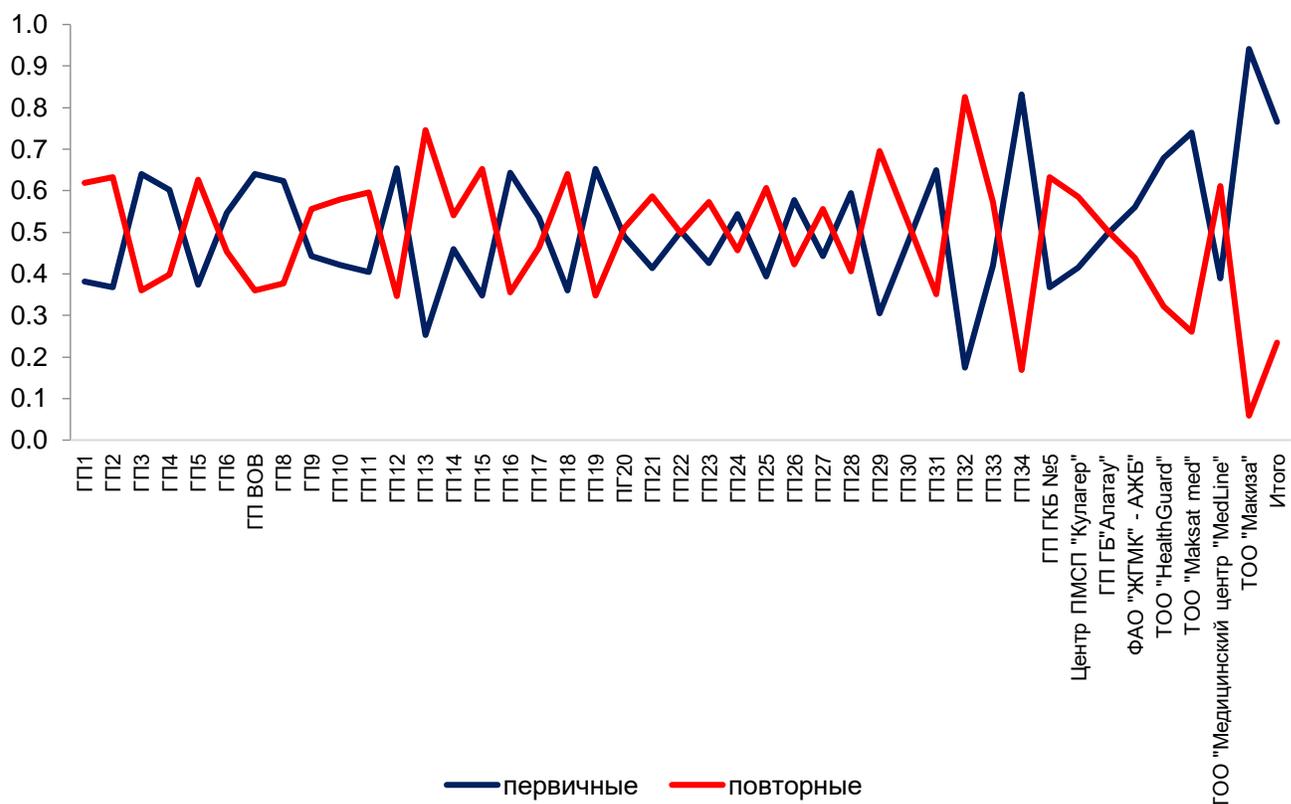


Рисунок 28- Тренд по первичному и вторичному приему врача онкологов на уровне первичного звена в 2019 году

Количество пациентов, впервые обратившихся к онкологу в 2019 году, выросло и составило 36054, хотя в 2018 году данный показатель составил 23301. На диспансерном учете состояли 22391 пациентов в 2018 году и 23548 - в 2019 году. По классам наибольшее процентное соотношение составило во 2 группе 53% в 2018 году, 60,5% - в 2019 году, в третьей группе показатель составил 42% в 2018 году и 37,2% - в 2019 году, а также в четвертой группе в 2018 году - 5% и 2,3% - в 2019 году.

Таблица 13- Показатели количества больных, состоящих на диспансерном учете

Всего больных, состоящих на конец года		Из них:											
		II кл. группа				III кл. группа				IV кл. группа			
2018 г.	2019 г.	2018 г.		2019 г.		2018 г.		2019 г.		2018 г.		2019 г.	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
22391	23548	11768	53	16117	60,5	9459	42	9915	37,2	1170	5	617	2,3

Таким образом, за исследуемый период отмечается положительная тенденция кадровой обеспеченности: увеличение показателей обеспеченности в городских поликлиниках г. Алматы, тем не менее наблюдается потребность кадровой обеспеченности врачами-онкологами в первичном звене. В изучаемом 2019 году обеспеченность и проведение первичных, вторичных приемов наблюдается во всех поликлинических службах города. Однако наблюдается потребность в мониторинге работы онкологов на уровне поликлинического звена, так как выявлена значительное расхождение показателей первичного и вторичного приема, возможно связано с недостаточно обученным персоналом и иными причинами, требующими изучения. Также наблюдается положительная динамика показателей диспансеризации пациентов с РЖ: если в 2018 году на диспансерном учете состояли 22391 пациентов, то в 2019 году цифра составила уже 23548 пациента.

4. АНАЛИЗ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С РАКОМ ЖЕЛУДКА НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА

4.1. Удовлетворённость больных раком желудка качеством медицинских услуг, оказанных поликлинической службой

Анализ удовлетворенности больных с РЖ, полученными услуги и уходом на уровне поликлинической службы, показал, что «плохо» оценили 47,0% респондентов: из них наибольшее количество среди лиц возрастной категории 41-60 лет (61,10%), при этом противоположного мнения 46,0% опрошенных: из них наибольшее количество лица старше 60 лет (67,2%, $p < 0,000$). Среди принявших участие в данном вопросе 202-х респондентов не определён возраст у 24-х респондентов (11,9%) (рисунок 29).

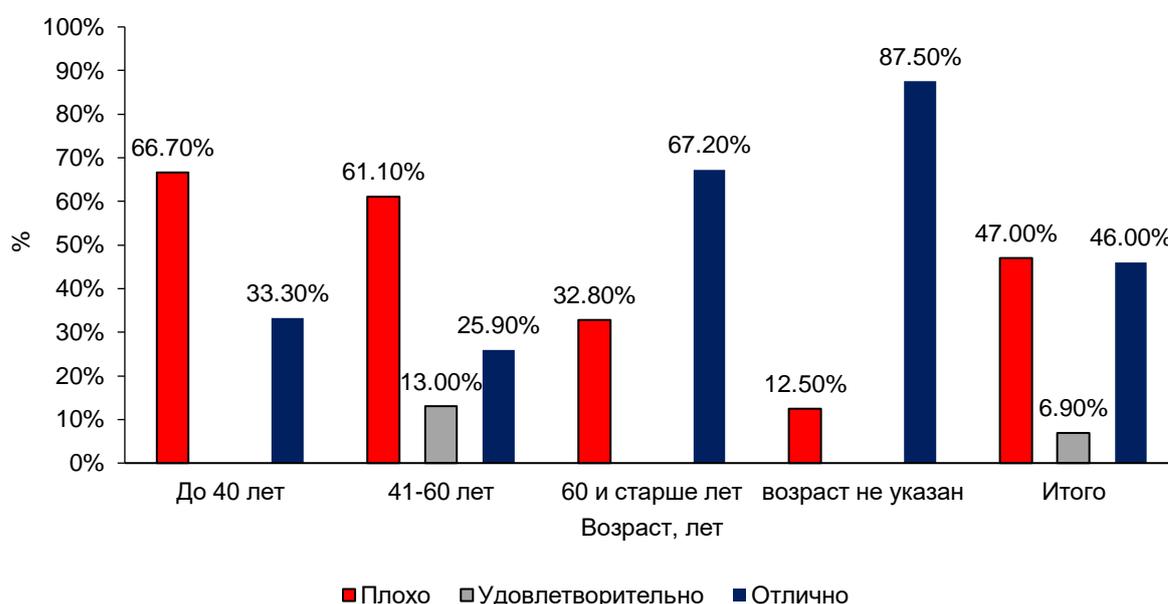


Рисунок 29 - Оценка услуг и ухода больных с раком желудка на уровне первичного звена (в % к итогу)

Согласно полученным данным опроса, только 6,9% респондентов оценили уход и медицинские услуги, представленные первичным звеном как «удовлетворительно». При распределении по половому признаку наибольшее количество мужчин отметили «плохо» - 51,6%, что противоположно мнению женского пола, где наибольшее количество оценили качество полученных услуг и уход как «отлично» - 60,0% ($p < 0,000$).

Таблица 14 - Распределение респондентов в зависимости от оценки полученного ухода и медицинских услуг в поликлинике с учетом половой принадлежности

	Мужской		Женский		Итого		P
	n	%	n	%	n	%	
Плохо	63	51,6%	32	40,0%	95	47,0%	0,000

Удовлетворительно	14	11,5%	0	0,0%	14	6,9%
Отлично	45	36,9%	48	60,0%	93	46,0%

Данные по изучению удовлетворенности опрошенных временем ожидания медицинского приема в зависимости от возраста представлены на рисунке 30.

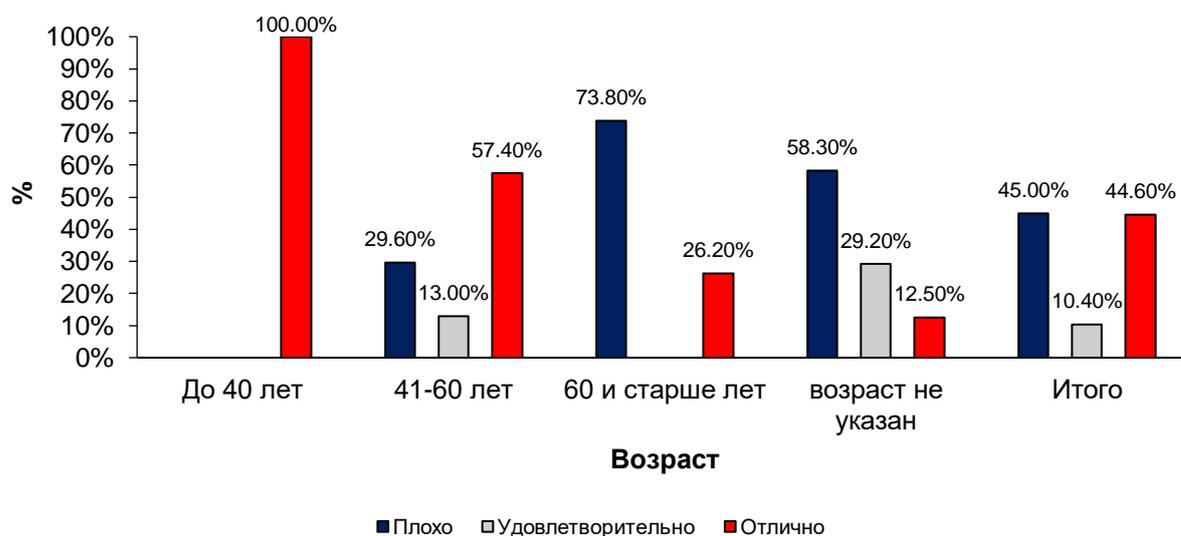


Рисунок 30 - Распределение респондентов в зависимости от оценки времени ожидания медицинского приема в поликлинике и по возрасту

При изучении удовлетворенности временем ожидания медицинского приема распределение ответов показало, что наибольшее количество 45,05% (91) оценили как «плохо», в основном такого мнения представители старше 60 лет 73,8% (45) и 44,6% (90) отметили «отлично» за счет представителей 41-60 лет 57,4% (62) ($p < 0,000$).

Исследование удовлетворенности респондентов временем ожидания медицинского приема в поликлинике в зависимости от пола представлено в таблице 15.

Таблица 15 - Распределение респондентов в зависимости от оценки времени ожидания медицинского приема в поликлинике и по полу

	Мужской		Женский		Итого		P
	n	%	n	%	n	%	
Плохо	46	37,7%	45	56,3%	91	45,0%	0,000
Удовлетворительно	21	17,2%	0	0,0%	21	10,4%	
Отлично	55	45,1%	35	43,8%	90	44,6%	

«Плохо» оценили время ожидания наибольшее количество респондентов женского пола 56,3% (45). Среди представителей мужского пола превалирует оценка «отлично» данного показателя - 45,1% (55) по сравнению с женским населением - 43,8% (35) ($p < 0,000$).

Исследование удовлетворенности респондентов предоставленной медицинским персоналом информацией в зависимости от возрастной группы представлено на рисунке 31.

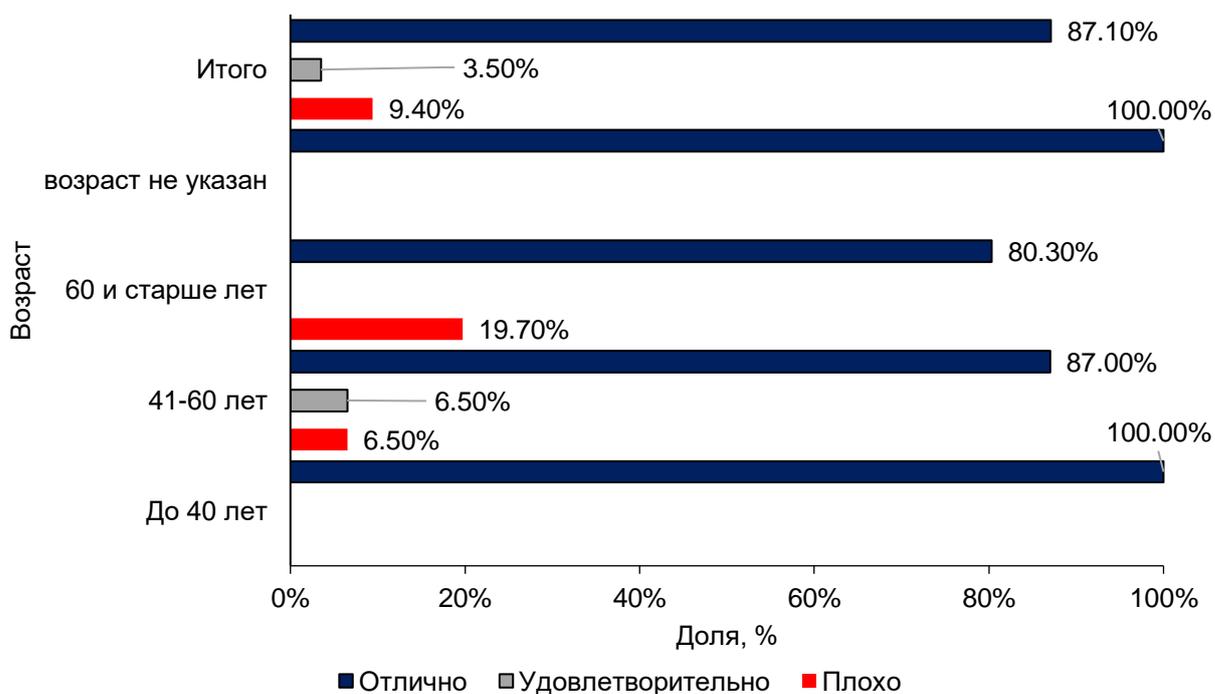


Рисунок 31 – Показатели удовлетворенности респондентов качеством информирования о заболевании в зависимости от возраста

Респонденты отметили, как «отлично» качество предоставления информации о том, что должны и не следует делать по поводу заболевания 87,1%, при этом в основном возрастной группе 41-60 лет - 87,0% (94), в группе 60 и старше лет - 80,3% (49), а также все респонденты до 40 лет (100%). Лишь незначительное количество респондентов отметили «плохо» 9,4% (19) и «удовлетворительно» - в возрастной группе 41-60 лет 3,5% (7) ($p < 0,000$).

Анализ оценки опрошенными предоставленной медицинским персоналом информации по поводу заболевания в зависимости от пола респондента представлен в таблице 16.

Таблица 16 - Показатели удовлетворенности респондентов качеством информирования о заболевании в зависимости от пола

	Мужской		Женский		Итого		P
	n	%	n	%	n	%	
Плохо	7	5,7%	12	15,0%	19	9,4%	0,003

Удовлетворительно	7	5,7%	0	0,0%	7	3,5%	
Отлично	108	88,5%	68	85,0%	176	87,1%	

Как показал опрос, на «отлично» оценили предоставленную информацию по поводу заболевания 87,1% (176) опрошенных, при этом отмечается незначительное превалирование таких оценок среди лиц мужского пола - 88,5% (108), по сравнению с женским 85,0% (68). Противоположного мнения лишь 9,4% респондентов.

Исследование оценок вопроса организации врачебных назначений в удобное для пациентов время представлено на рисунке 32.

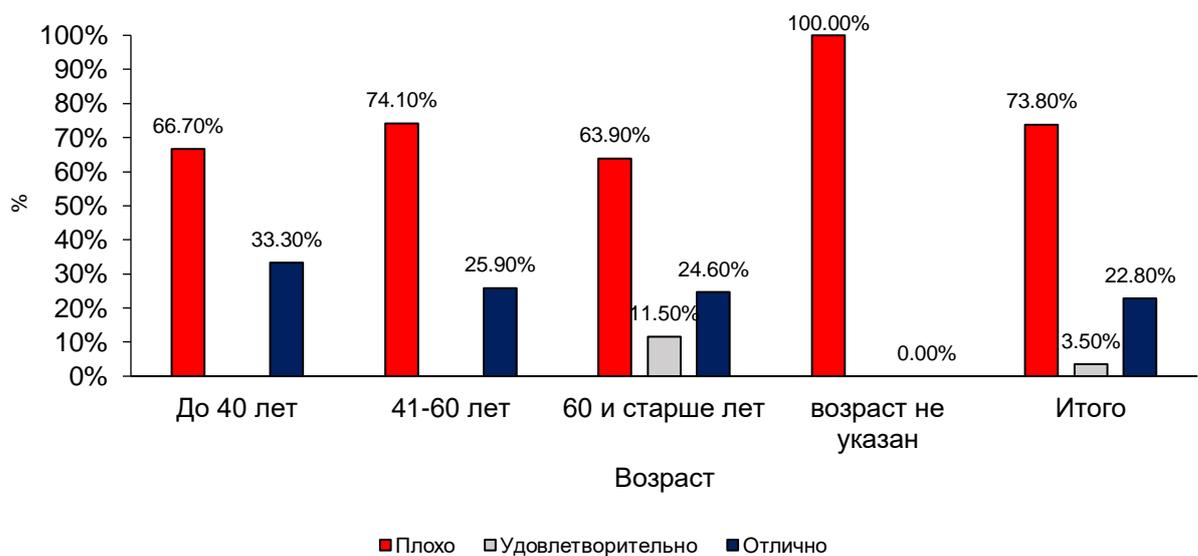


Рисунок 32 - Простота организации врачебных назначений в удобное для больных с раком желудка время

Как показал опрос, недовольны организацией врачебных назначений в удобное для пациентов время и оценили как «плохо» 73,9% (149) респондентов, при этом наибольшее количество в возрастной группе 41-60 лет - 74,1% (80) и 63,9% - (39) в возрасте 60 лет и старше. На «отлично» оценили сочетание проведения медицинских назначений и удобное для пациента время 22,8% респондентов ($p < 0,000$). При изучении с учетом половой принадлежности опрошенных, в обоих изучаемых полах 73,8% (80,3% мужчин и 63,8% женщин) отметили на оценку «плохо» организацию врачебных назначений в удобное для больных с РЖ время ($p < 0,000$).

Вопрос близкого и удобного расположения поликлиники к дому опрошенных рассмотрен в рисунке 33.

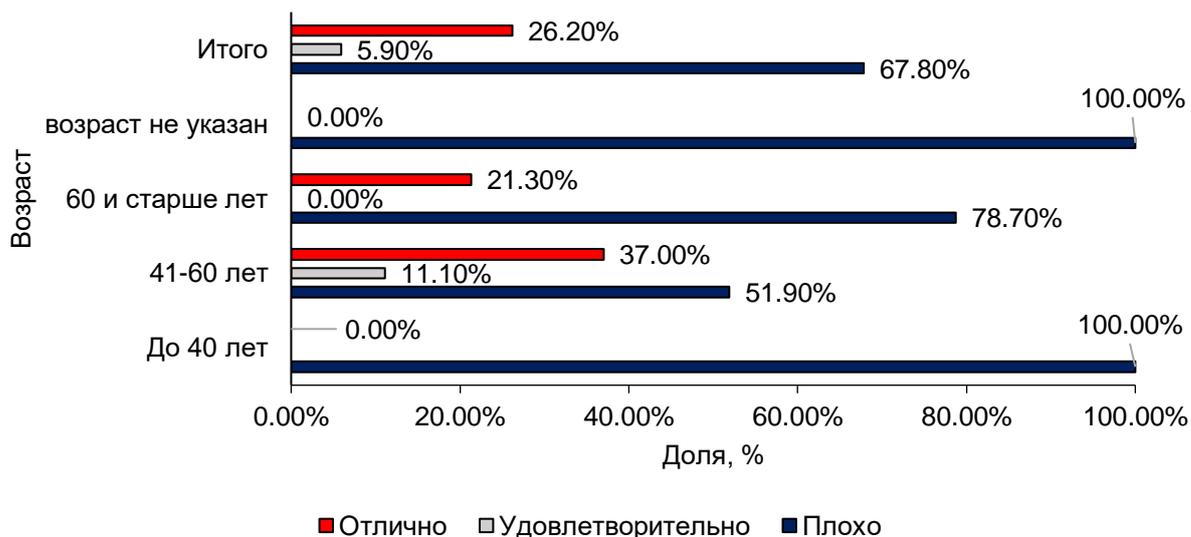


Рисунок 33 - Удобство близкого расположения поликлиники по отношению к дому опрошенного с учетом принадлежности к разным возрастным группам (в % к итогу)

Как свидетельствуют полученные данные, удобство коммуникации с поликлиникой из дома «отличным» воспринимается лишь каждым четвертым респондентом (26,2%), за счет лиц в возрасте 41-60 лет - 37,0% (40) и старше 60 лет -21,3% (13), основная масса респондентов оценили как «плохо» - 67,8% (137), до 40 лет все - 100,0% (9), старше 60 лет - 78,7% (48) и 41-60 лет - 51,9% (56) ($P < 0,000$). По половому признаку наибольшее количество женщин отмечают «плохо» 83,8% (67), среди мужского пола показатель чуть ниже - 57,4% (70), «отлично» оценили лишь 16,3% женщин и 32,8% мужчин.

Оценка информированности опрошенных о том, «с кем можно связаться, если больной почувствовал ухудшение самочувствия» представлена на рисунке 34.

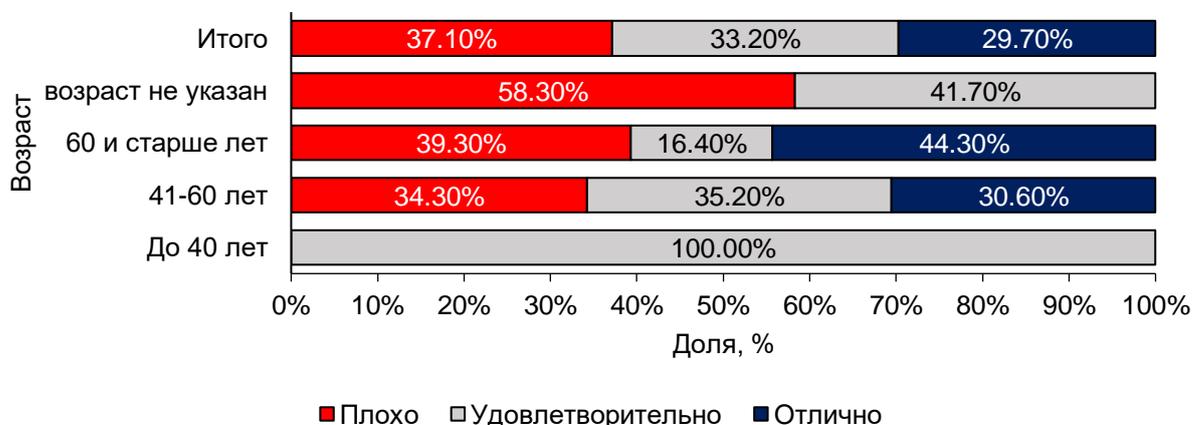


Рисунок 34 – Информированность больных о контактах персонала, с кем можно связаться в случае ухудшения самочувствия с учетом принадлежности к разным возрастным группам (в % к итогу)

Отличное информирование о том, «с кем можно связаться, если больной почувствовал ухудшение самочувствия» отметили лишь 29,7% респондентов из них в возрастной категории 41-60 лет - 30,6% (33), и старше 60 лет - 44,3% (27), при этом наибольшее количество респондентов дают оценку «плохо» 37,10% (75) в том числе в возрастной категории 60 лет и старше 39,3% (24), среди категории не указавших возраст - 58,3% (14), и 41-60 лет 34,3% (37), также «удовлетворительно» отметили 33,2% (67) респондентов за счет наибольшего количества 41-60 лет (35,2) ($p < 0,000$). Информация о том, «с кем можно связаться, если вы почувствовали ухудшение самочувствия» среди мужского пола отмечают треть «удовлетворительно» 36,9% (45) и «плохо» - 36,1% (44), а также «отлично» 27,0% (33), у женского пола ответы распределены аналогичным образом, треть «удовлетворительно» 27,5% (22) и «плохо» 38,8% (31), а также «отлично» 33,8% (27) ($p < 0,345$).

Оценка обеспеченности последующим наблюдением со стороны персонала (врачи, медсестры, физиотерапевты, психологи и т. д.) после полученного лечения представлена на рисунке 35.

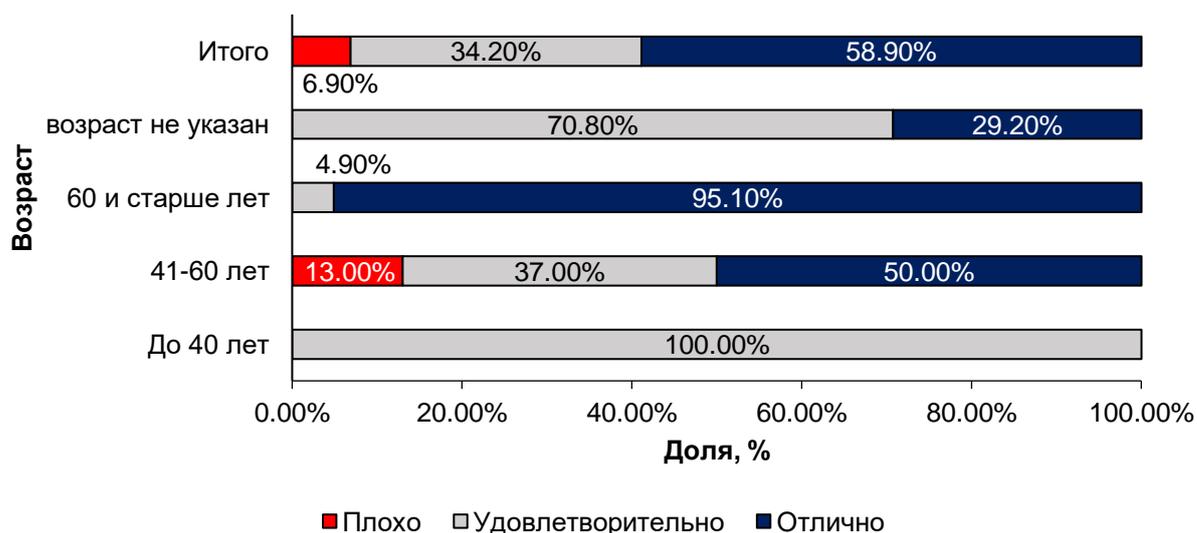


Рисунок 35 - Обеспечение наблюдения пациентов с РЖ после лечения различными лицами, обеспечивающими уход (врачи, медсестры, физиотерапевты, психологи и т. д.)

На «отлично» оценили обеспечение последующего наблюдения различными лицами, обеспечивающими уход (врачи, медсестры, физиотерапевты, психологи и т. д.) после лечения отметили 58,9%, в основном возрастная группа старше 60 лет - 95,1% (58) и 41-60 лет - 50,0% (54), а также «удовлетворительно» указали 34,2% респондентов, в основном в возрастной группе 41-60 лет - 37,0% (40) ($p < 0,000$). С учетом половой принадлежности респондентов, «отлично» отметили в основном лица женского пола - 72,5% (58), мужского - 50,0% (61), а также «удовлетворительно» 38,5% (47) мужского пола и 27,5% (22) женского ($p < 0,000$).

Оценка опрошенными уровня обеспечения ухода и поддержки больным с раком желудка на уровне первичного звена по половому признаку представлена в таблице 17

Таблица 17 – Оценка респондентами обеспечения ухода и поддержки больным с раком желудка на уровне первичного звена по половому признаку.

		Пол						p
		Мужской		Женский		Итого		
		n	%	n	%	n	%	
Простота организации врачебных назначений в удобное для вас время	Плохо	98	80,3%	51	63,8%	149	73,8%	0,000
	Удовлетворительно	0	0,0%	7	8,8%	7	3,5%	
	Отлично	24	19,7%	22	27,5%	46	22,8%	
Удобство коммуникации с поликлиникой из дома	Плохо	70	57,4%	67	83,8%	137	67,8%	0,000
	Удовлетворительно	12	9,8%	0	0,0%	12	5,9%	
	Отлично	40	32,8%	13	16,3%	53	26,2%	
Информация о том, с кем можно связаться, если вы почувствовали ухудшение самочувствия	Плохо	44	36,1%	31	38,8%	75	37,1%	0,345
	Удовлетворительно	45	36,9%	22	27,5%	67	33,2%	
	Отлично	33	27,0%	27	33,8%	60	29,7%	
Обеспечение последующего наблюдения различными лицами, обеспечивающими уход (врачи, медсестры, физиотерапевты, психологи и т. д.) после лечения	Плохо	14	11,5%	0	0,0%	14	6,9%	0,000
	Удовлетворительно	47	38,5%	22	27,5%	69	34,2%	
	Отлично	61	50,0%	58	72,5%	119	58,9%	

Как показало исследование, респонденты молодого возраста 41-60 лет и старше 60 лет противоположного мнения между собой в вопросе уровня оказания услуг и помощи на уровне первичного звена: если молодые оценили как «плохо», то старшее поколение отмечает как «отлично» ($p < 0,000$) данный показатель. Среди возрастной категории 41-60 лет неудовлетворённость может быть связана с тем, что как «плохо» оценили организацию врачебных назначений и удобства времени - 74,1% (80), удобство коммуникации с поликлиникой из дома - 51,9% (56) ($p < 0,000$), информирование о том, «с кем можно связаться, если больной почувствовал ухудшение самочувствия» - 34,3% (37). Но несмотря на то, что респонденты старшего поколения считают уровень оказания услуг и помощи на уровне первичного звена «отличным»,

недовольны временем ожидания медицинского приема, в основном женского пола ($p < 0,000$) 73,8%(45), организацией врачебных назначений в удобное время - 63,9% (39), удобство коммуникации с поликлиникой из дома - 78,7% (48) ($p < 0,000$), информирование о том, «с кем можно связаться, если больной почувствовал ухудшение самочувствия»- 39,3% (24). Стратегии коммуникации с опекуном, или с больным отражает активацию, включающий: демонстрацию знаний о пациенте/уходе, выражение мнения об уходе, запрос объяснений ухода, выражение беспокойства о пациенте и перенаправление беседы на пациента. В международных исследованиях медсестры вызвали активацию опекуна через сфокусированные вопросы, связанные с уходом, открытые вопросы / заявления и личные вопросы [227]. В нашем случае выявлена недостаточность активности со стороны среднего медицинского персонала к вышеуказанным потребностям пациентов.

4.2. Оценка деятельности медицинских сотрудников первичного звена

4.2.1. Удовлетворенность больных с раком желудка врачебной деятельностью в поликлинике

Развитие амбулаторной помощи является важной задачей системы здравоохранения республики, именно уровень ее развития определяет эффективность системы здравоохранения в целом, и онкологической службы в частности. Особую важность получает организации первичного звена в виду смещением приоритетов со стационарного на амбулаторное звено здравоохранения.

Существуют различные определения понятия «качество медицинской помощи», что связано с исключительной сложностью и многоплановостью понятий «медицинская помощь» и «качество медицинской помощи». Особенностью категории "качество" в приложении к медицинской помощи является то, что исполнение обследования и лечения больного в полном соответствии с видом патологии и спецификацией (категорией) медицинской организацией не всегда полностью удовлетворяет пациента в связи с отсутствием у последнего объективного представления о должном качестве. Для оценки качества путем определения удовлетворенности больных с РЖ полученными врачебными услугами был проведен социологический опрос 202 пациентов с РЖ. При сборе материалов и формировании групп респондентов соблюдены принципы случайности выборки, ее качественной и количественной репрезентативности [228].

Исследование было проведено лично исследователем с использованием инструмента – анкет (Приложение 2).

Оценка удовлетворенности больных с РЖ полученным лечением и проведенным медицинским наблюдением, оказанным врачами первичного звена, представлена на рисунке 36.

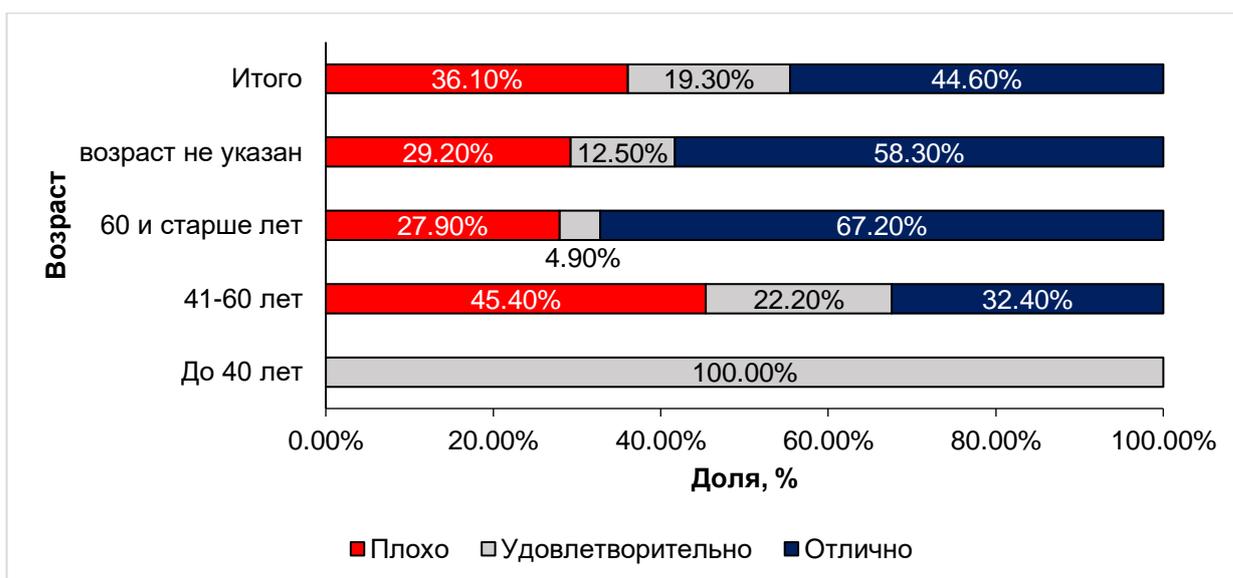


Рисунок 36 – Оценка удовлетворенности респондентов лечением и медицинским наблюдением, оказанным предоставленным врачебным персоналом первичного звена (в % к итогу)

Как показал опрос, врачебную деятельность (лечение и медицинское наблюдение) оценили на «отлично» менее половины опрошенных - 44,6% респондентов, из них: представители женского пола - 51,3% (41) и 40,2% мужского пола (49), треть респондентов противоположного мнения - «плохо» 36,1% (73), из них наибольшее количество составили мужчины 45,9% (56) и лишь - каждая пятая женщина 21,3% (17) ($P < 0,000$). В возрастной группе 41-60 лет 45,4% респондентов отмечают «плохое» лечение и медицинское наблюдение, при этом в группе старше 60 лет обратного мнения 67,2% (41) считают «отличным», в группе где не указан возраст 58,3%(14) солидарны в ответе с группой старше 60 лет (рисунок 36) ($p < 0,000$) [229].

Удовлетворенность респондентов вниманием врачей к физическим проблемам пациента представлена на рисунке 37.

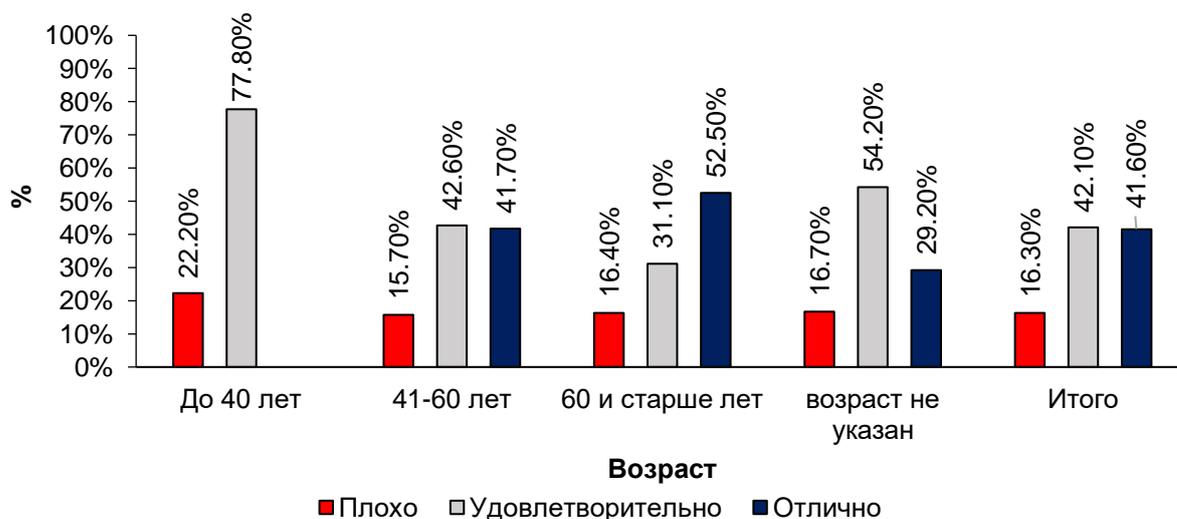


Рисунок 37 – Оценка внимание, которое уделили врачи физическим проблемам больных с раком желудка (в % к итогу)

Согласно полученным данным исследования, «удовлетворительно» отметили 42,1% (85) респондентов внимание, которое уделяют врачи на физические проблемы пациента, из них 48,8% (39) женского пола и 37,7% мужчин. При этом разница между оценкой «отлично» и «удовлетворительно» незначительная 0,5%, 42,6% мужчин и 40,0% женщин отметили «отлично» по данному пункту ($p < 0,160$). Лица, старше 60 лет оценили отлично 52,5% внимание врача на физические проблемы, среди 41-60 лет 41,7% «отлично» и 42,6% «удовлетворительно» ($p < 0,019$).

Исследование вопроса удовлетворенности опрошенных готовностью врачебного персонала первичного звена выслушать все опасения пациента представлено на рисунке 38.

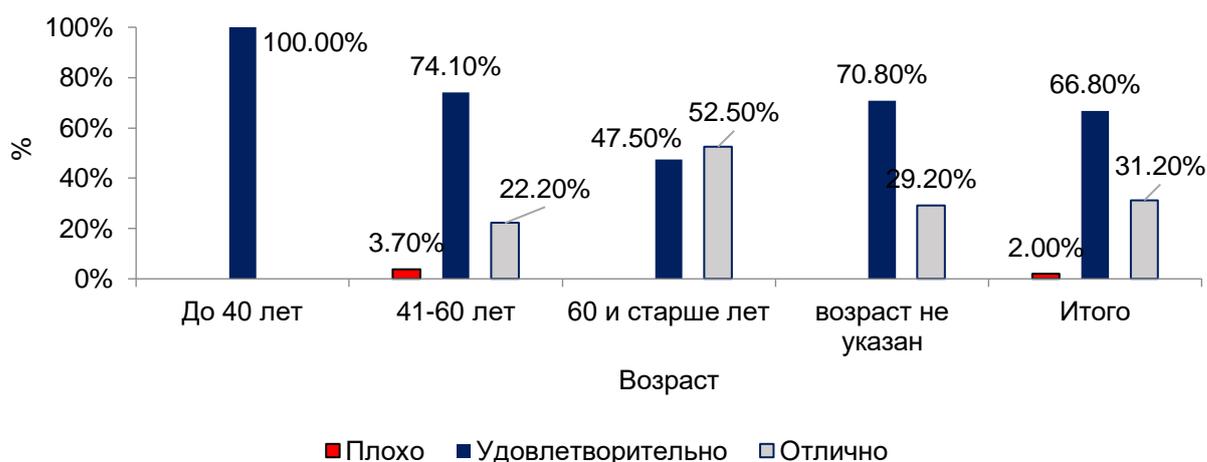


Рисунок 38 – Оценка респондентами готовности врачей выслушать опасения больных с раком желудка (в % к итогу)

Оценили «удовлетворительно» наибольшее количество респондентов по пункту «готовность выслушать все опасения пациента» 66,8% (135), 31,2% (63) - оценили «отлично». Среди «удовлетворительно» - количество мужского пола составило 65,6% и женского - 68,8%, тем самым нет особой разницы по половому признаку ($p < 0,128$). Наибольшее количество респондентов в возрастной группе 41-60 лет 74,10% отмечают «удовлетворительно» готовность выслушать все опасения пациента, 22,20% - «отлично», при этом среди группы старше 60 лет 52,2% оценили «отлично» и 47,5% - «удовлетворительно», в группе пациентов до 40 лет наблюдается 100,0% оценка по данному пункту как «удовлетворительно» ($p < 0,000$) [230].

Исследование вопроса удовлетворенности опрошенных проявлением интереса к пациенту по поводу заболевания со стороны врача представлено на рисунке 39.

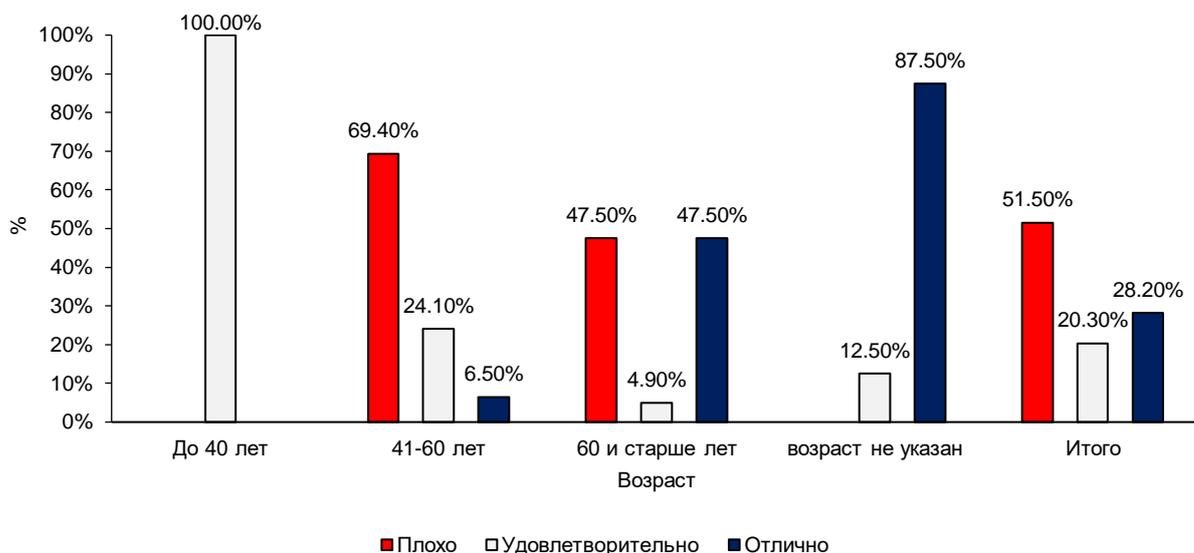


Рисунок 39 – Оценка респондентами проявления интереса врачебного персонала к больному с раком желудка по поводу заболевания (в % к итогу)

Полученные данные опроса свидетельствуют, что половина респондентов оценили «плохо» 51,5% (104) интерес врача к больному с РЖ, из них наибольшее количество недовольных среди мужчин -61,5% (75) и женщин 36,3% (29). Остальные 48,5% отмечают либо «удовлетворительно», либо «отлично». На «отлично» оценили треть женщин 36,3% ($p < 0,002$). Низкую оценку наибольшее количество респондентов дают в группе 41-60 лет 69,40% (75) и старше 60 лет 47,5% (29) на пункт проявление интереса к пациенту по поводу заболевания со стороны врача, удовлетворительная оценка наблюдается в возрастной группе до 40 лет 100,0% и 24,10% в группе 41-60 лет. «Отлично» по данному пункту оценили наибольшее количество в возрастной группе старше 60 лет 47,5% (29) ($p < 0,000$).

Исследование вопроса удовлетворенности респондентов проявлением поддержки со стороны врача по поводу заболевания представлено на рисунке 40.

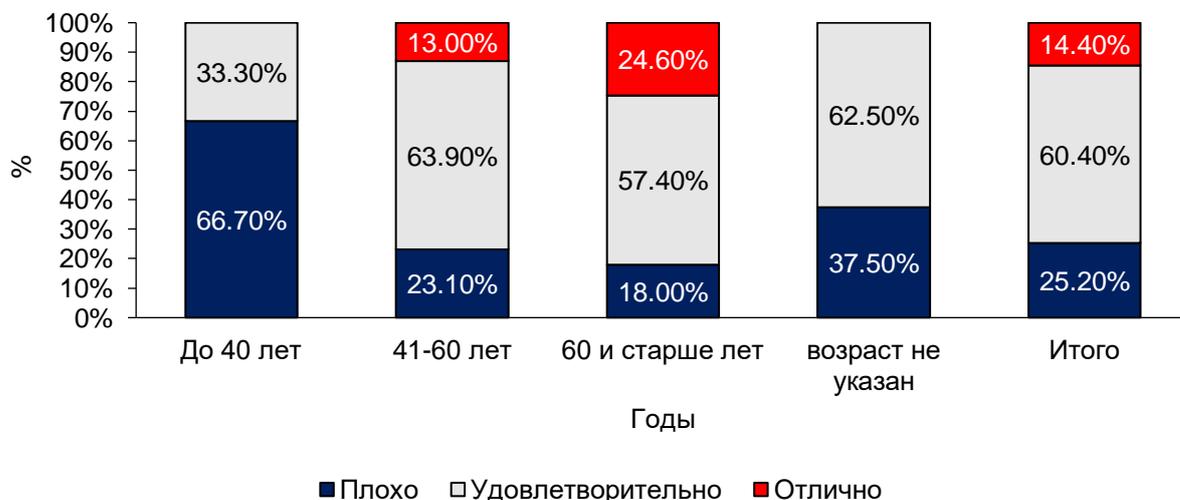


Рисунок 40 - Оценка респондентами проявления поддержки со стороны врачей к больному с раком желудка по поводу заболевания (в % к итогу)

Касательно изучения вопроса поддержки со стороны врача наибольшее количество респондентов указали «удовлетворительно» 60,4%, почти в обоих полах мнения единогласны, среди мужчин - 59,8% (73) и женщин - 61,3% (49) ($p < 0,288$). Поддержка со стороны врача оценена «удовлетворительно» наибольшим количеством респондентов в возрастной группе 41-60 лет 63,9%, и старше 60 лет 57,4% и группой где не указан возраст (62,5%) ($p < 0,001$) [231].

Исследование вопроса удовлетворенности респондентов информированием врачами пациентов по поводу заболевания представлено на рисунке 41.

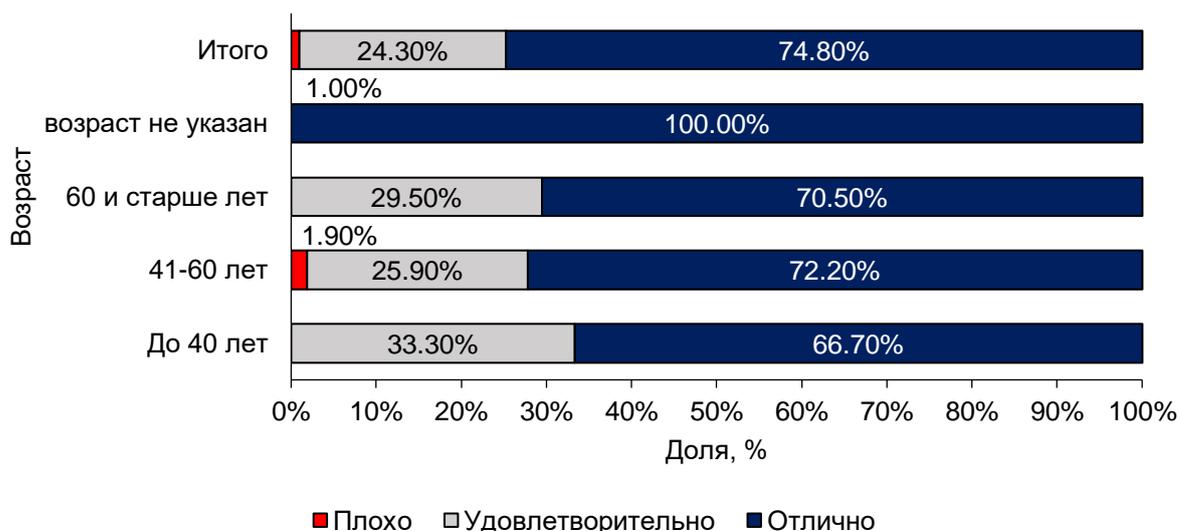


Рисунок 41 - Оценка респондентами удовлетворенности информированием врачами пациентов по поводу заболевания (в % к итогу)

На «отлично» информируют врачи о заболевании пациентов отметили более двух трети опрошенных - 74,8% (151), 24,3% - указали «удовлетворительно». Среди женского пола «отлично» считают 81,3% (65) и 70,5% (86) лиц мужского пола ($p < 0,107$). Практически во всех возрастных категориях солидарны в ответе, что все врачи информируют «отлично о заболевании» в возрастной группе до 40 лет 66,7%, 4-60 лет 72,2% и старше 60 лет 70,5% и 100,0% в группе где не указан возраст респондентов ($p < 0,008$).

Исследование вопроса удовлетворенности респондентов информированием врачами пациентов о результатах лабораторных исследований представлено на рисунке 42.



Рисунок 42 - Оценка респондентами удовлетворенности информированием врачами пациентов о результатах лабораторных исследований (в % к итогу)

Информирования врачами первичного звена больных с РЖ о результатах лабораторных исследований оценено более половиной опрошенных как «удовлетворительно» - 56,4%, и «отлично» - 43,6% случаев, выраженных отличий в ответах в зависимости от половой принадлежности респондентов не выявлено. По возрастному признаку «удовлетворенно» оценили наибольшее количество респондентов в возрасте 60 лет и старше - 63,9%, в группе не указавших возраст - 87,5%, а также 50,0% - 41-60 лет ($p < 0,000$). При этом 100% опрошенных в возрасте до 40 лет оценили данный показатель на «отлично».

Данные опроса об удовлетворенности респондентов информированием врачами пациентов о методах лечения представлены на рисунке 43.

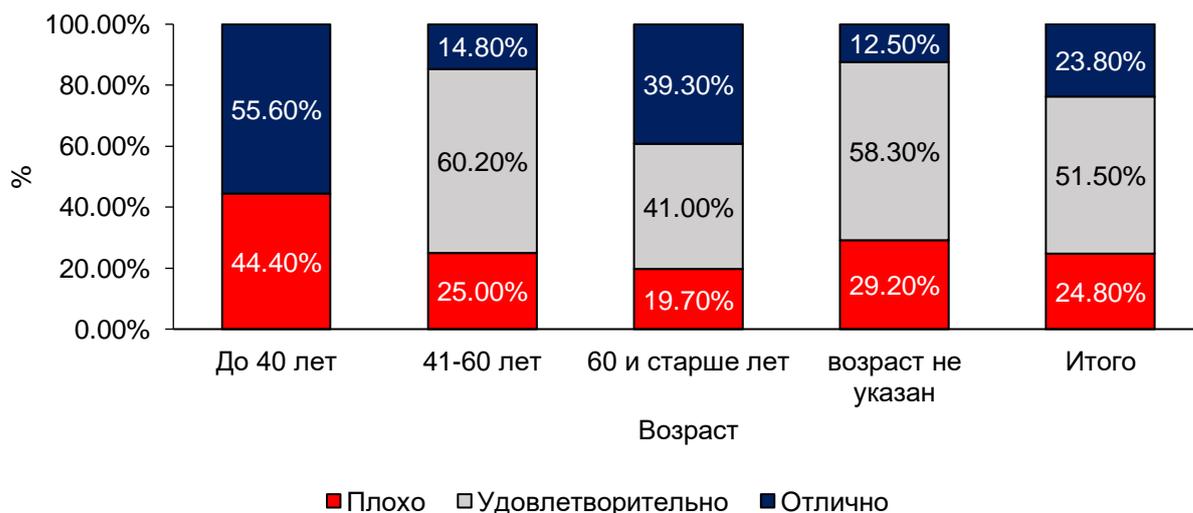


Рисунок 43 - Оценка респондентами удовлетворенности информированием врачами о методах лечения больных с раком желудка (в % к итогу)

Как показал опрос, большая половина респондентов (51,5%), считают, что информирование о методах лечения проводится «удовлетворительно», из них 54,1% мужчин и 47,5% - женщин, при этом остальные считают «плохо» проводится информирование (24,8%) и «отлично» - 23,8%. Наибольшее количество респондентов возрастной группе 41-60 лет 60,2% (65) и старше 60 лет - 41,0% (25) и не указавших возраст - 58,3% (14) указали «удовлетворительным» информирования о методах лечения со стороны врачей первичного звена ($p < 0,000$).

Данные опроса об удовлетворенности респондентов частотой посещений МО или полученными консультациями представлены на рисунке 44.

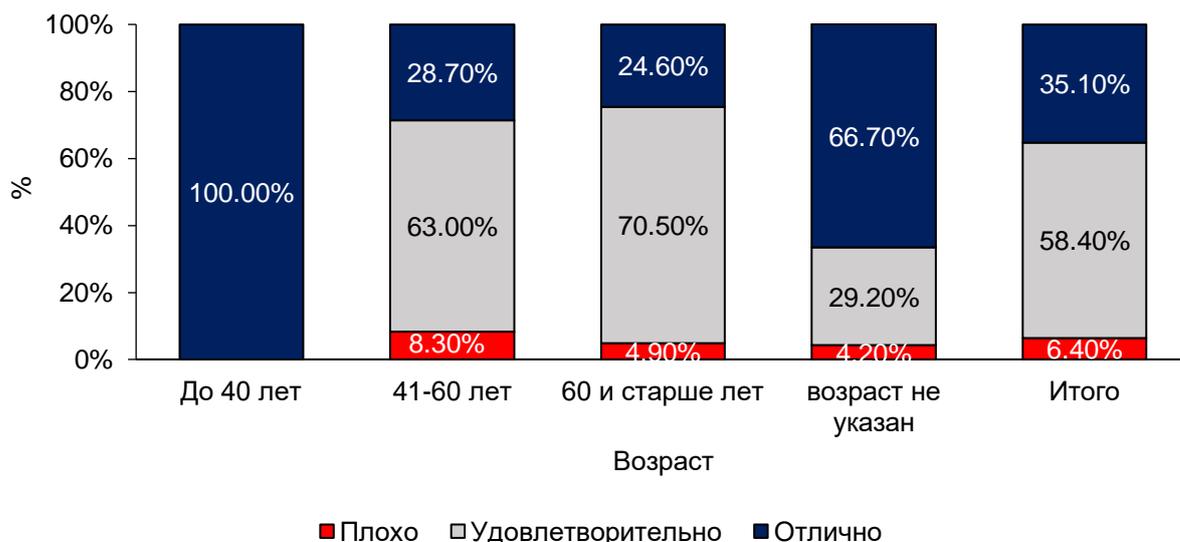


Рисунок 44 - Оценка респондентами удовлетворенности частотой посещений/консультаций (в % к итогу)

Результаты исследования свидетельствуют, что 58,4% респондентов считают, что частота посещений или консультации, которые они получают – «удовлетворительны»: из них 61,5% мужчин и 53,8% - женщин. Отличную оценку на данный пункт указали треть респондентов (35,1%): из них 32,0% мужского пола и 40,0% женского. Среди трех возрастных групп: как 41-60 лет - 63%, старше 60 лет - 70,5% и не указавших возраст - 29,2%, считают «удовлетворительной» возможность посещения или получения консультации со стороны врачей первичного звена ($p < 0,000$).

Исследование вопроса удовлетворенности респондентов временем, которое уделяет больному с РЖ врачебный персонал, представлено на рисунке 45.

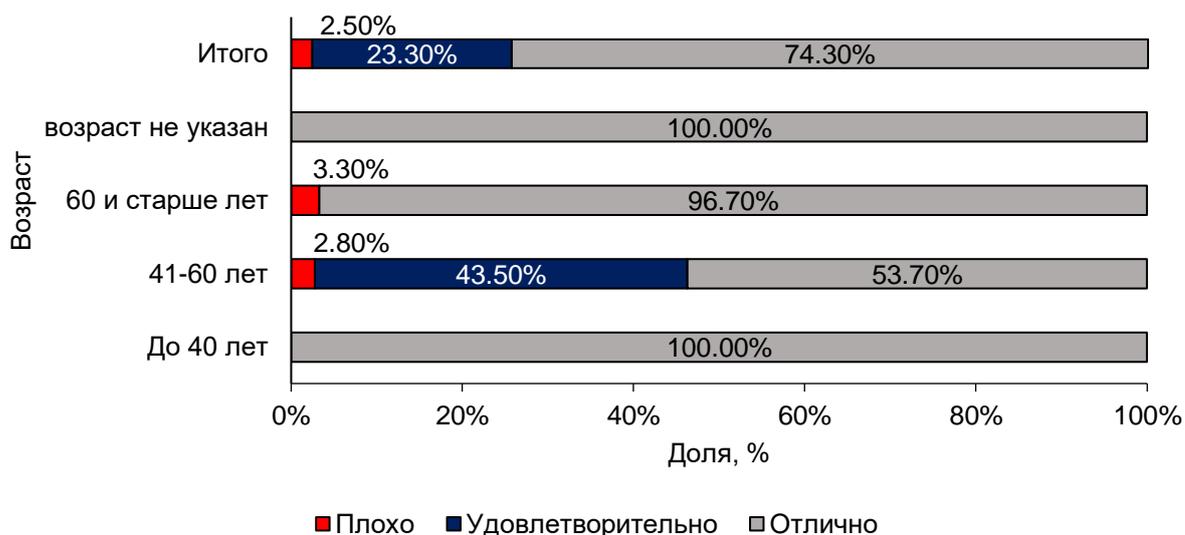


Рисунок 45 - Оценка респондентами удовлетворенности временем, которое уделяет больному с РЖ врачебный персонал (в % к итогу)

Согласно опросу, более две трети опрошенных (74,3%) оценили на «отлично» то время, которое им уделяет врачебный персонал первичного звена, из них: 90,0% - лица женского пола и 63,9% - мужчин. Каждый третий мужчина (32,8%) оценил на «удовлетворительно» время, посвященное врачом больному с РЖ, среди женщин - 8,8% ($p < 0,000$). Лица, старше 60 лет (96,7%) и группа, не указавших возраст (100%) и лица до 40 лет (100,0%) отметили на «отлично» то время, которое врач посвящает пациенту, при этом лишь 53,7% в возрастной группе 41-60 лет солидарны с данным ответом ($p < 0,000$).

Оценка удовлетворенности респондентов разными аспектами врачебной деятельности в поликлинике с учетом половой принадлежности опрошенных представлена в таблице 18.

Таблица 18- Удовлетворенность больных с раком желудка врачебной деятельностью в поликлинике, с учетом распределения опрошенных по полу

		Пол						p
		Мужской		Женский		Итого		
		n	%	n	%	n	%	
Лечение и медицинское наблюдение, которое врачи предоставили	Плохо	56	45,9%	17	21,3%	73	36,1%	0,001
	Удовлетворительно	17	13,9%	22	27,5%	39	19,3%	
	Отлично	49	40,2%	41	51,3%	90	44,6%	
Внимание, которое врачи уделили вашим физическим проблемам	Плохо	24	19,7%	9	11,3%	33	16,3%	0,160
	Удовлетворительно	46	37,7%	39	48,8%	85	42,1%	
	Отлично	52	42,6%	32	40,0%	84	41,6%	
Готовность выслушать все ваши опасения	Плохо	4	3,3%	0	0,0%	4	2,0%	0,128
	Удовлетворительно	80	65,6%	55	68,8%	135	66,8%	
	Отлично	38	31,1%	25	31,3%	63	31,2%	

Продолжение таблицы 18

Проявление интереса к вам	Плохо	75	61,5%	29	36,3%	104	51,5%	0,002
	Удовлетворительно	19	15,6%	22	27,5%	41	20,3%	
	Отлично	28	23,0%	29	36,3%	57	28,2%	
Поддержка со стороны врачебного персонала	Плохо	28	23,0%	23	28,8%	51	25,2%	0,288
	Удовлетворительно	73	59,8%	49	61,3%	122	60,4%	
	Отлично	21	17,2%	8	10,0%	29	14,4%	
Информирования о вашем заболевании	Плохо	2	1,6%	0	0,0%	2	1,0%	0,107
	Удовлетворительно	34	27,9%	15	18,8%	49	24,3%	
	Отлично	86	70,5%	65	81,3%	151	74,8%	
Информирования о ваших результатах лабораторных исследований	Удовлетворительно	69	56,6%	45	56,3%	114	56,4%	1,000
	Отлично	53	43,4%	35	43,8%	88	43,6%	
Информирование о методах лечения	Плохо	28	23,0%	22	27,5%	50	24,8%	0,639
	Удовлетворительно	66	54,1%	38	47,5%	104	51,5%	
	Отлично	28	23,0%	20	25,0%	48	23,8%	
Частота врачебных посещений / консультаций	Плохо	8	6,6%	5	6,3%	13	6,4%	0,501
	Удовлетворительно	75	61,5%	43	53,8%	118	58,4%	
	Отлично	39	32,0%	32	40,0%	71	35,1%	
Время, которое врачи уделили Вам	Плохо	4	3,3%	1	1,3%	5	2,5%	0,000
	Удовлетворительно	40	32,8%	7	8,8%	47	23,3%	
	Отлично	78	63,9%	72	90,0%	150	74,3%	

Как показало исследование, наиболее требовательны к врачебному персоналу лица мужского пола (лечение и медицинское наблюдение со стороны врача): из той трети респондентов 36,1% (73), которые не удовлетворены врачебной деятельностью ($p < 0,000$), лица мужского пола составляют 45,9% (56), особенно в возрастной группе 41-60 лет. При этом оценка проявления интереса со стороны врача к пациенту по поводу заболевания оценили «плохо» - 51,5% (104), из них мужчин больше часть 61,5% ($p < 0,002$), треть считают, что врачи «плохо» информируют о методах лечения, несмотря на то, что «поддержка со стороны врача» оценена на «удовлетворительно» и «информирование о заболевании» - отлично.

4.2.2. Оценка деятельности медицинских сестер первичного звена здравоохранения глазами больных с раком желудка

Деятельность среднего медицинского персонала оказывает свое влияние на восприятие пациентами с РЖ «качества» полученных медицинских услуг. Оценка проведения медицинскими сестрами обследования (измерение температуры, пульс, давления и др.) представлена на рисунке 46.

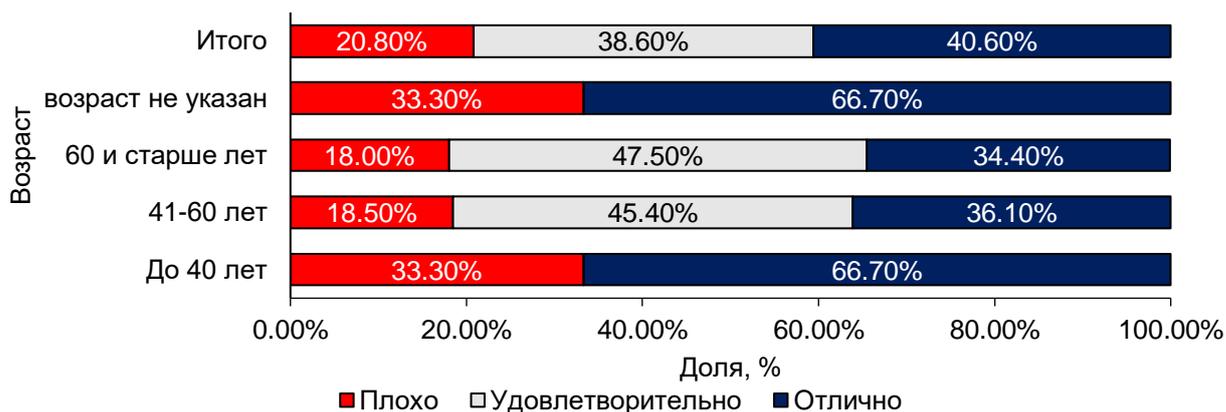


Рисунок 46 - Удовлетворенность больных с раком желудка проведением медицинскими сестрами обследований (измерение температуры, пульс, давления и др.) в % к итогу

Полученные данные свидетельствуют, что 40,6% респондентов отметили «отлично» и 38,6% «удовлетворительно» проведение медицинскими сестрами обследований (измерение температуры, пульс, давления и др.), «плохо» оценил каждый пятый опрошенный (20,8%): среди женского пола - 20,0% и мужского - 21,3%. По распределению ответов с учетом половой принадлежности в ответах отсутствует значимые различия ($p < 0,757$). 66,7% респондентов отметили «отлично» проведение медицинскими сестрами обследование (измерение температуры, пульс, давления и др.), остальные 38,6% - указали, что «удовлетворены», между возрастными группами особых различий в ответе нет ($p < 0,000$).

Распределение ответов опрошенных оценок удовлетворенности вниманием, которое уделяет средний медицинский персонал, представлено на рисунке 47.

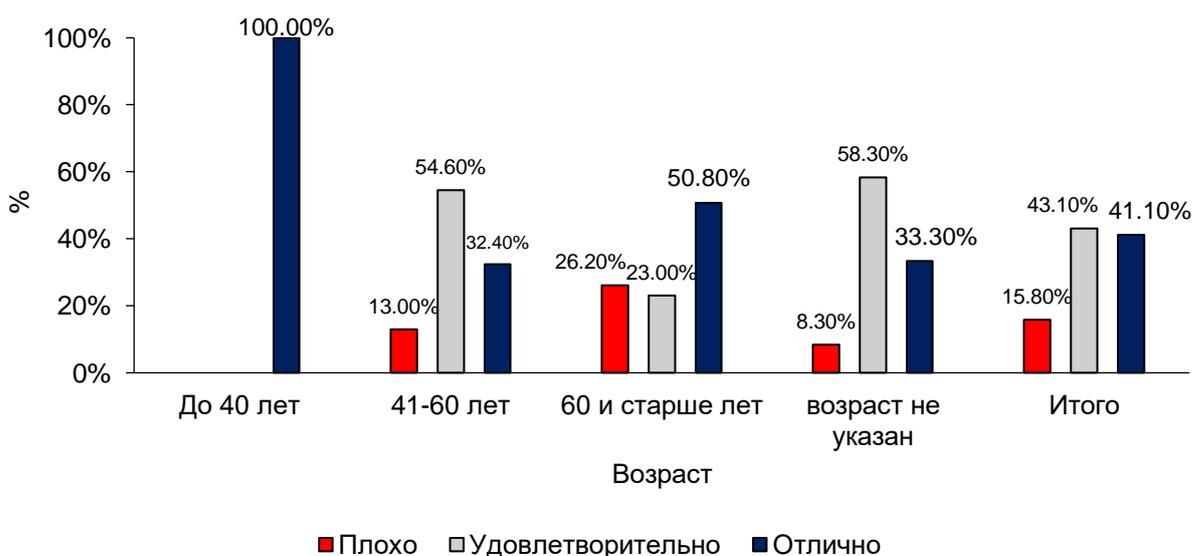


Рисунок 47 - Удовлетворенность больных с раком желудка вниманием со стороны медицинских сестер физическому комфорту опрошенных (в % к итогу)

Результаты исследования свидетельствуют, что среди женщин 47,5% и мужчин 36,9% оценили на «отлично» на внимание, которые уделяется средним медицинским персоналом, также «удовлетворительно» оценили 43,1% (87): из которых 48,3% (59) - мужчин и 35,0% (28) - женщин. Лишь 15,8% респондентов отметили «плохо» ($p < 0,166$) данный показатель. Касательно вопроса оценки по оказанию внимания физическому комфорту пациента 41,1% оценили «отлично» и 43,1% «удовлетворительно», между возрастными группами особых различий в ответе нет ($p < 0,000$).

Исследование вопроса удовлетворенности респондентов комфортным и поддерживающим морально отношением со стороны среднего медицинского персонала представлено на рисунке 48.

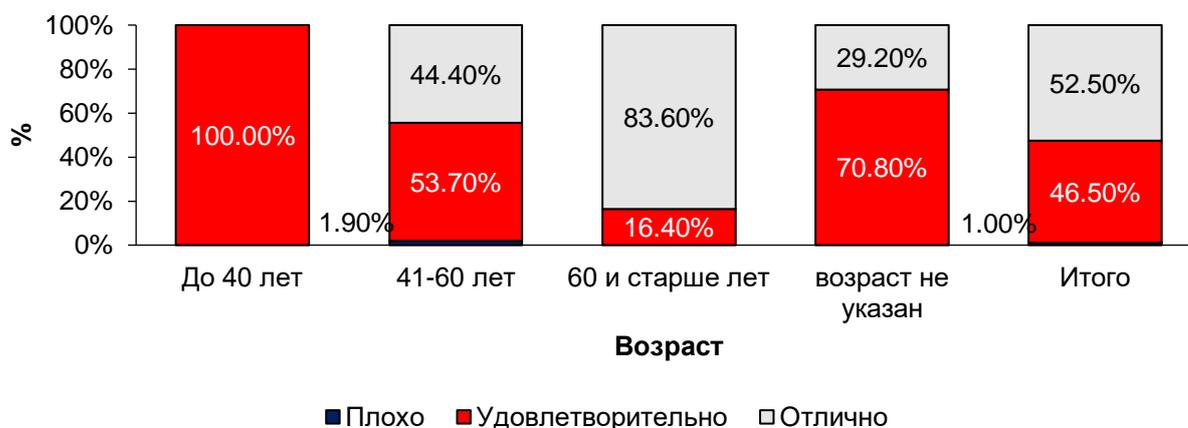


Рисунок 48 - Удовлетворенность больных с раком желудка комфортным и поддерживающим морально отношением со стороны медицинских сестер (в % к итогу)

Более половина респондентов 52,5% (106) отмечают на «отлично» комфортное и поддерживающие отношение со стороны среднего медицинского персонала, среди них 63,8% женщин и 45,1% мужчин. При этом «удовлетворительно» оценили 46,5% респондентов: из которые превалирует доля мужчин 53,3% (65) над долей женщин 36,3% ($p < 0,016$).

На «отлично» отметили комфорт и поддержку со стороны среднего медицинского персонала 52,5% респондентов, из них наибольшее количество группа старше 60 лет 83,6% и 44,4% в возрасте 41-60 лет, при этом наибольшее количество в данной возрастной группе отметили «удовлетворительно» - 53,7% респондентов.

Известно, что во время болезни, пациенты очень нуждаются в проявлении человеческих качеств (вежливость, уважение, чувствительность, доброта, терпение...), в том числе и со стороны медицинских сестер. Исследование данного вопроса представлено на рисунке 49.

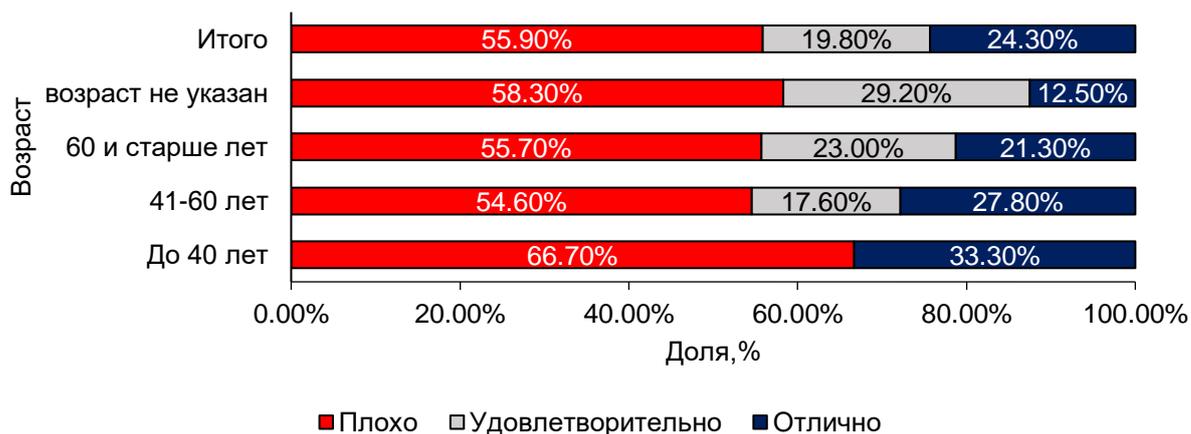


Рисунок 49 - Удовлетворенность больных с раком желудка проявлением человеческих качеств (вежливость, уважение, чувствительность, доброта, терпение...) со стороны медицинских сестер (в % к итогу)

Проявление человеческих качеств (вежливость, уважение, чувствительность, доброта, терпение...) средним медицинским персоналом по отношению к больным с РЖ, более половины (55,9%) опрошенных оценили как «плохо»: среди них преобладают женщины - 60,0%, по сравнению с мужчинами - 53,3% ($p < 0,002$). При этом каждый четвертый (24,3%) оценил на «отлично» из них: 31,3% - женщин и 19,7% - мужчин, а также 27% мужского пола указали «удовлетворительно». «Отлично» оценили проявление человеческих качеств треть респондентов во всех возрастных категориях, однако наибольшее количество респондентов во всех возрастных группах солидарны в ответе «плохо»: лица старше 60 лет - 55,7%, в возрасте 41-60 лет - 54,6%, до 40 лет 66,7%, и среди не отметивших возрастную группу 58,3% ($p < 0,239$).

Исследование вопроса информирования больных средним персоналом о результатах лабораторных исследований представлено на рисунке 50.

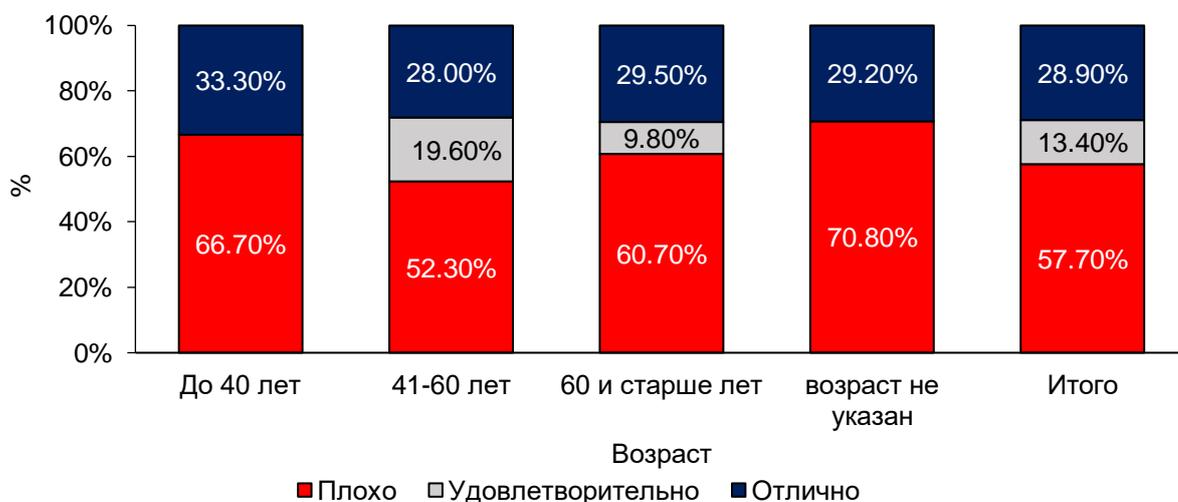


Рисунок 50 - Удовлетворенность больных с раком желудка информированием о результатах лабораторных исследований со стороны медицинских сестер (в % к итогу)

Согласно ответам респондентов, отмечается, что средний персонал «плохо» информирует о результатах лабораторных исследований в более половине случаев -57,7% (116): из них в возрастной группе 60 лет и старше - 60,7%, 41-60 лет - 52,3% и до 40 лет - 66,7%. На «удовлетворительно» отметили 13,4% среди которых 16,5% мужчин и 8,8% женщин, и треть женщин указали отлично 30,0%, как и мужчин 28,1% ($p < 0,267$), из которых почти треть респондентов во всех возрастных группах.

Исследование вопроса информирования больных о помощи, которую оказывает средний персонал, представлено на рисунке 51.

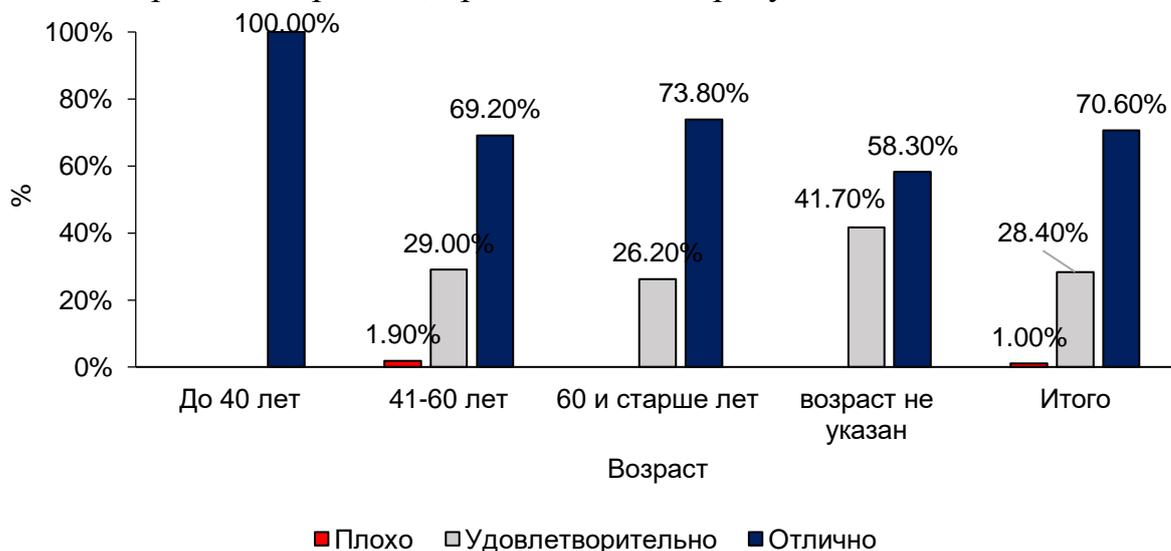


Рисунок 51 - Удовлетворенность респондентов информированием о помощи, которую оказывают медицинские сестры (в % к итогу)

Информирование о помощи, которую оказывает средний медицинский персонал оценили «отлично» две трети опрошенных (70,6%), из них женщин - 83,8% и мужчин - 62,0%) и «удовлетворительно» 28,4% (36,4% мужчин и 16,3% женщин) $p < 0,002$. Лишь треть респондентов (29,0%) в возрастной группе 41-60 лет и 26,2% - старше 60 лет, а 41,7% в группе без указания на возраст отмечают «удовлетворительно», в остальных случаях все отмечают «отлично» удовлетворенность информированием о помощи, которую оказывают медицинские сестры.

Вопрос информирования средним медицинским персоналом о методах лечения рассмотрен на рисунке 52.

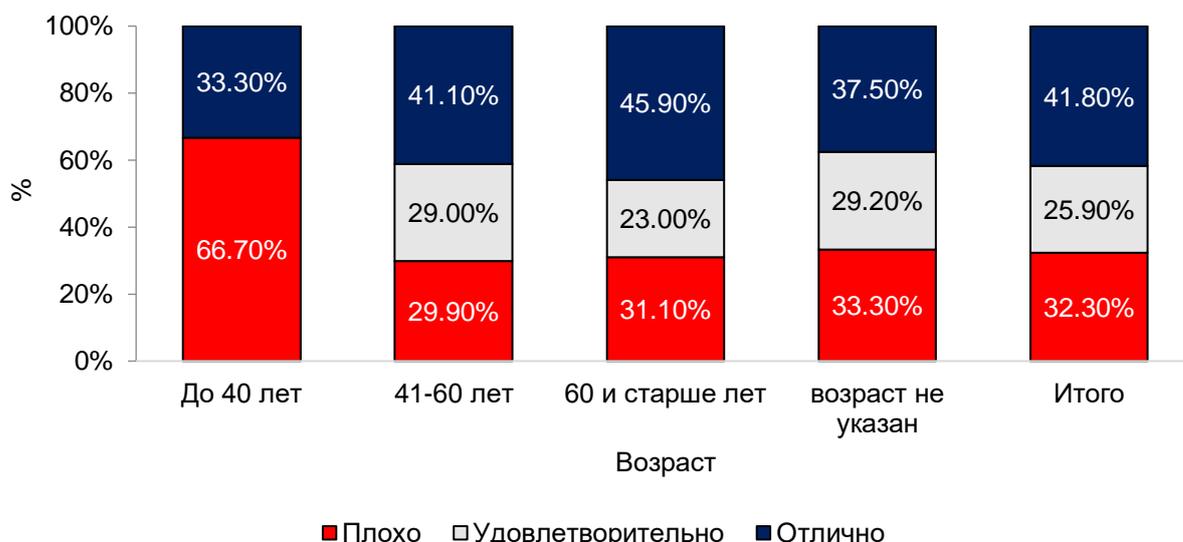


Рисунок 52 - Удовлетворенность респондентов информированием медицинскими сестрами о методах лечения (в % к итогу)

Как показал опрос, лишь треть респондентов (32,3%) отметили, что средний медицинский персонал «плохо» информирует о методах лечения, из них: 41,3% женщин и 26,4% мужчин ($p < 0,000$), возможно это связано, что данная функция является обязанностью врача, однако при делегировании части функции медицинским сестрам, о некоторых базовых аспектах лечения медицинские сестры могут сами проинформировать при наличии подготовки. В возрастной группе до 40 лет отмечают «плохое» информирование о методах лечения 66,7, в других группах данный показатель варьирует в пределах треть респондентов, например, в возрастной группе 41-60 лет 29,9%, старше 60 лет 31,1% и без указания возраста в группе 33,3% ($p < 0,197$) [232-234].

Вопрос готовности среднего медицинского персонала отвечать на звонки пациентов с РЖ рассмотрен на рисунке 53.

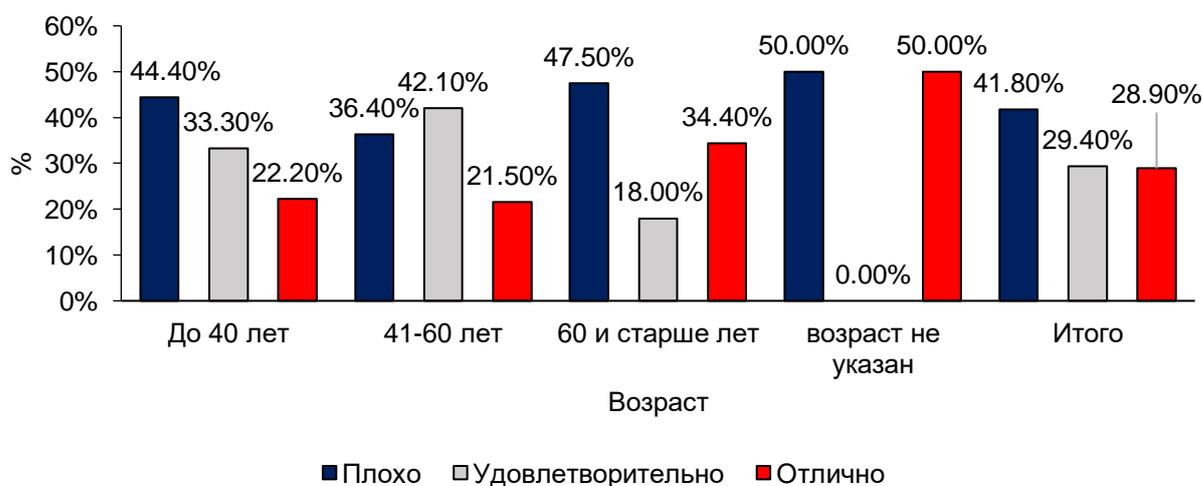


Рисунок 53 - Удовлетворенность респондентов готовностью среднего медицинского персонала отвечать на звонки пациентов с РЖ (в % к итогу)

Только треть респондентов отметили, что средний медицинский персонал готов отвечать на звонки пациентов 28,9% - «отлично», «удовлетворительно» отметили 29,4%, по половым признакам в ответах не отмечаются значительные различия ($p < 0,632$). «Удовлетворительно» оценили готовность отвечать на звонки пациентов 33,3% респондентов в возрастной группе до 40 лет, 42,1% - в возрасте от 41-60 лет, 18,0% - лиц старше 60 лет. «Плохо» оценили 44,4% до 40 лет, 36,4% в возрасте 36,4% и 47,5% опрошенных старше 60 лет ($p < 0,000$).

Исследование удовлетворенности больных временем, которое им уделяет средний медицинский персонал представлено на рисунке 54.

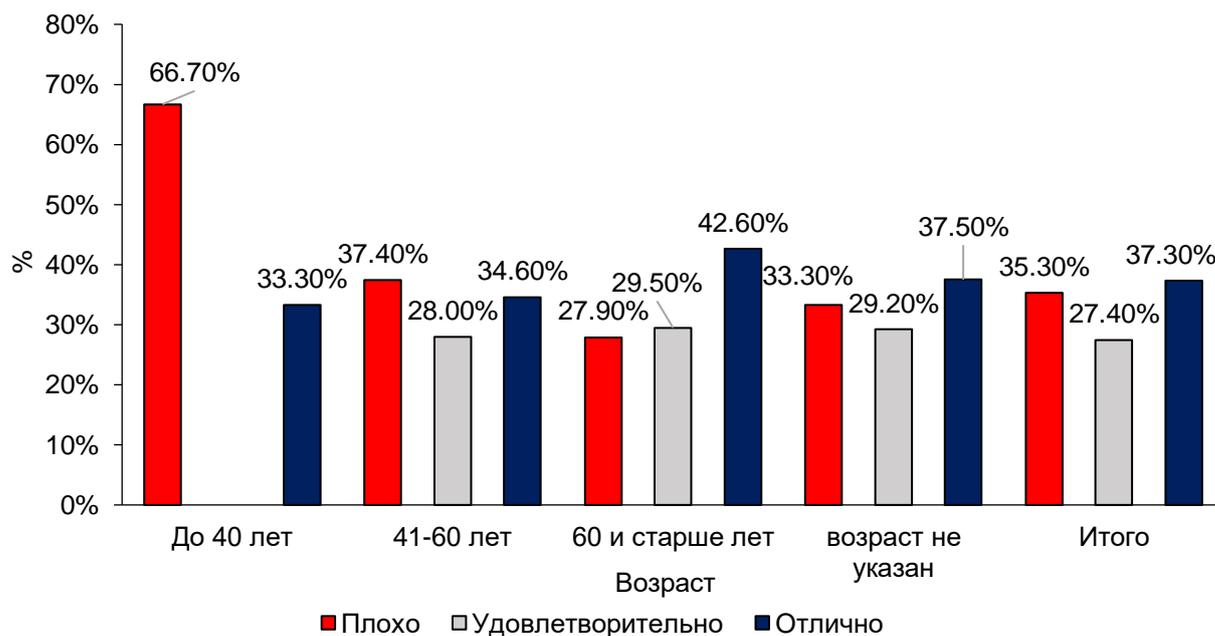


Рисунок 54 - Удовлетворенность респондентов временем, которое им уделяет средний медицинский персонал (в % к итогу)

На «удовлетворительно» оценили время, которое посвящает средний медицинский персонал больным с РЖ - 27,4% опрошенных, из них: 25,6% мужчин и 30,0% женщин, а также «отлично» указали 37,3% респондентов ($p < 0,727$). Время, которое посвящают медицинские сестры оценено как «плохо» - 66,7% респондентов до 40 лет, в остальных случаях в пределах треть респондентов 37,4% в возрасте 41-60 лет и старше 60 лет 27,9% ($p < 0,177$).

Оценка удовлетворенности респондентов разными аспектами деятельности среднего медицинского персонала в поликлинике с учетом половой принадлежности опрошенных представлена в таблице 19.

Таблица 19 - Удовлетворенность больных с раком желудка деятельностью среднего медицинского персонала в поликлинике, с учетом распределения опрошенных по полу

Таблица 19 - Оценка работы респондентами деятельностью среднего медицинского персонала в поликлинике, с учетом распределения опрошенных по полу

		Мужской		Женский		Итого		P
		n	%	n	%	n	%	
Проведение медицинскими сестрами обследование (измерение температуры, пульс, давления и др...)	Плохо	26	21,3%	16	20,0%	42	20,8%	0,757
	Удовлетворительно	49	40,2%	29	36,3%	78	38,6%	
	Отлично	47	38,5%	35	43,8%	82	40,6%	
Внимание, которое средний мед персонал уделил вашему физическому комфорту	Плохо	18	14,8%	14	17,5%	32	15,8%	0,166
	Удовлетворительно	59	48,4%	28	35,0%	87	43,1%	
	Отлично	45	36,9%	38	47,5%	83	41,1%	
Комфорт и поддержку, которые средний мед персонал вам дали	Плохо	2	1,6%	0	0,0%	2	1,0%	0,016
	Удовлетворительно	65	53,3%	29	36,3%	94	46,5%	
	Отлично	55	45,1%	51	63,8%	106	52,5%	
Проявление человеческих качества (вежливость, уважение, чувствительность, доброта, терпение.) средним мед персоналом	Плохо	65	53,3%	48	60,0%	113	55,9%	0,002
	Удовлетворительно	33	27,0%	7	8,8%	40	19,8%	
	Отлично	24	19,7%	25	31,3%	49	24,3%	
Информирования о вашем результатах лабораторных исследований	Плохо	67	55,4%	49	61,3%	116	57,7%	0,267
	Удовлетворительно	20	16,5%	7	8,8%	27	13,4%	
	Отлично	34	28,1%	24	30,0%	58	28,9%	
Информирование средним мед персоналом о помощи, которую вам оказывали	Плохо	2	1,7%	0	0,0%	2	1,0%	0,002
	Удовлетворительно	44	36,4%	13	16,3%	57	28,4%	
	Отлично	75	62,0%	67	83,8%	142	70,6%	
Информирование о методах лечения	Плохо	32	26,4%	33	41,3%	65	32,3%	0,000
	Удовлетворительно	45	37,2%	7	8,8%	52	25,9%	
	Отлично	44	36,4%	40	50,0%	84	41,8%	
Готовность среднего мед персонала отвечать на ваши звонки	Плохо	53	43,8%	31	38,8%	84	41,8%	0,632
	Удовлетворительно	36	29,8%	23	28,8%	59	29,4%	
	Отлично	32	26,4%	26	32,5%	58	28,9%	
Время, которое средний мед персонал посвятил вам	Плохо	45	37,2%	26	32,5%	71	35,3%	0,727
	Удовлетворительно	31	25,6%	24	30,0%	55	27,4%	
	Отлично	45	37,2%	30	37,5%	75	37,3%	

Касательно удовлетворенности работой среднего медицинского персонала, выявлено, что в целом проведения медицинскими сестрами обследования (измерение температуры, пульс, давления и др.) считается «неплохим» по мнению опрошенных, наибольшее количество оценили «удовлетворительно», либо «отлично». Несмотря на то, что респонденты в целом довольны вниманием, которое уделяет средний медицинский персонал, оказанию физического комфорта пациента, а также комфортное и поддерживающие отношение, касательно человеческих качеств (вежливость, уважение, чувствительность, доброта, терпение) со стороны среднего медицинского персонала 55,9% отметили «плохо», среди них преобладают

женщины 60,0%, по сравнению с мужчинами 53,3% ($p < 0,002$). Также наблюдается потребность в изучении вопроса недостаточного информирования пациентов о результатах лабораторных исследований 57,7% (116), информирование о методах лечения 32,3%, ($p < 0,000$), а также готовности отвечать на звонки пациентов ($p < 0,000$) и временем, которое посвящают медицинские сестры пациентам.

4.3. Организация ухода больным с раком желудка на уровне первичного звена

Вопросы удовлетворенности качеством организации ухода за больными с раком желудка на уровне первичного звена также были исследованы нами в данной работе. Оценка взаимодействия в отношении обмена информацией между лицами, обеспечивающий уход, представлена на рисунке 55.

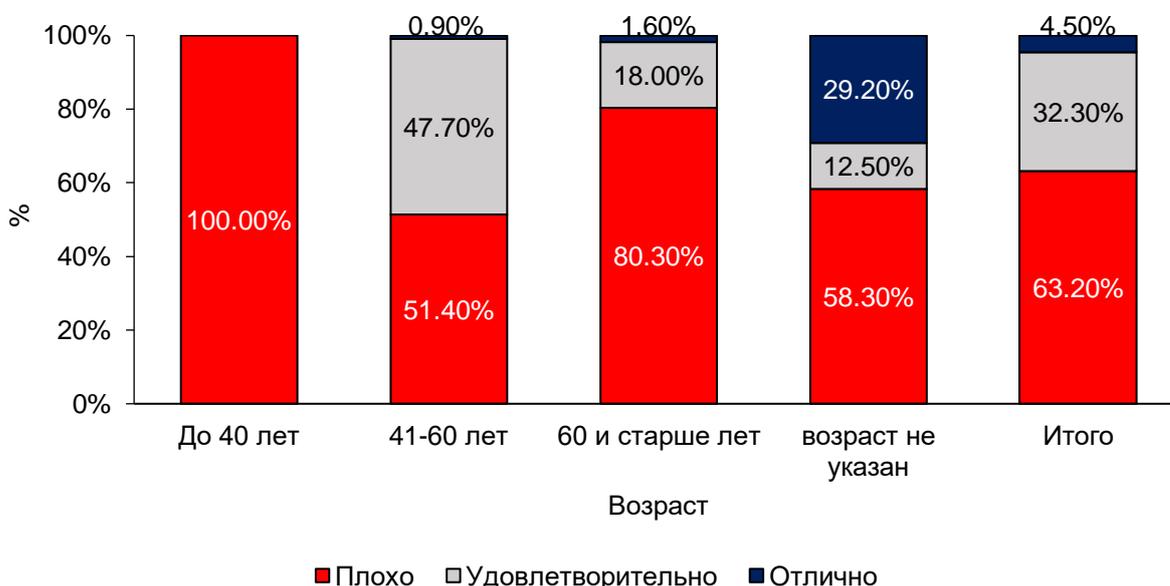


Рисунок 55 – Распределение ответов респондентов по оценке уровня обмена информацией между лицами, обеспечивающими уход персонал (в % к итогу)

Как показал опрос, значительное число (63,2%) опрошенных оценили как «плохое» уровень обмена информацией между лицами, обеспечивающими уход, из которых: 56,3% женщин и 67,8% мужчин ($p < 0,005$). Остальные - треть респондентов (32,3%) указали как «удовлетворительно». Обмен информацией между лицами, обеспечивающими уход отмечено наибольшим количеством респондентов как «плохо» среди всех возрастных групп 100,0% до 40 лет, 80,3% старше 60 лет и 41-60 лет 51,4% ($p < 0,000$).

Вопрос оценки времени ожидания получения результатов медицинских анализов респондентами представлен на рисунке 56.



Рисунок 56 – Распределение ответов респондентов по оценке времени ожидания получения результатов медицинских анализов (в % к итогу)

Большее половины респондентов отмечают как «плохо» время ожидания получения результатов медицинских анализов - 56,2%, (мужчин 58,7% и женщин 52,5%), остальные треть 32,3% отмечают «отлично»: женщин 40,0% и мужчин 27,3%. Время ожидания получения результатов медицинских анализов оценивается как «плохо» наибольшим количеством респондентов в возрастной группе 41-60 лет 49,5%, старше 60 лет 78,7% ($p < 0,000$).

Результаты опроса по изучению оценки респондентами времени проведения медицинских исследований и/или лечения представлены на рисунке 57.

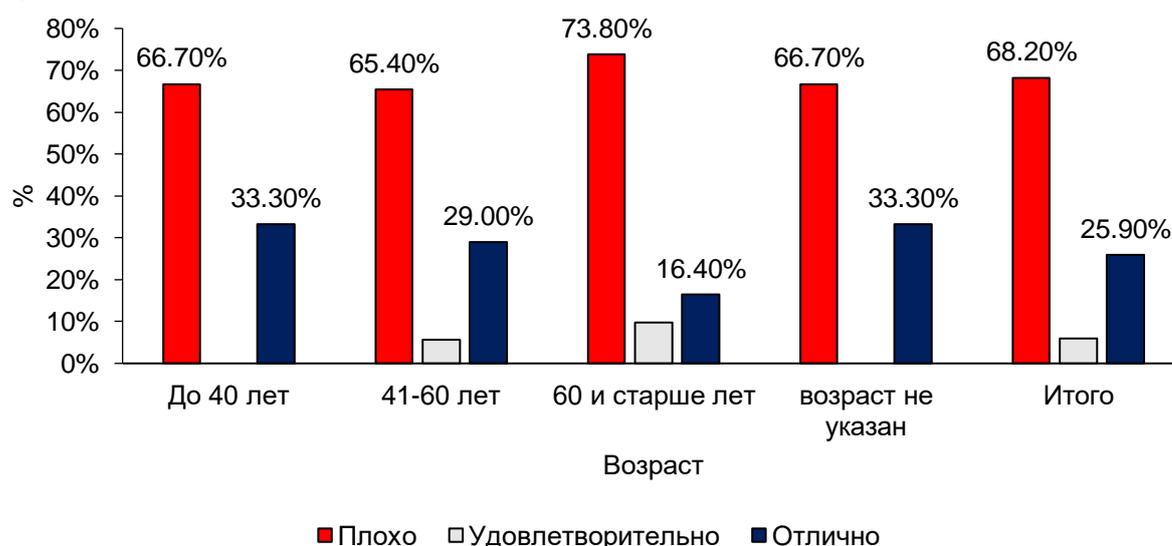


Рисунок 57 – Распределение ответов респондентов по оценке времени проведения медицинских исследований и/или лечения (в % к итогу)

Большинство респондентов (68,2%) не удовлетворены временем проведения медицинских исследований и/или лечения и оценили как «плохо»,

среди них наибольшее количество женского пола 75,0% и мужского 63,6% ($p < 0,001$). Лишь 25,9% считают «отличным» данный показатель. В основном указано «плохо» респондентами всех возрастных групп в пределах 66,8% до 73,8%, остальные треть респондентов остаются противоположного мнения указав как «отлично» ($p < 0,167$).

Вопрос удобства расположения различных отделений поликлиники рассмотрен на рисунке 58.

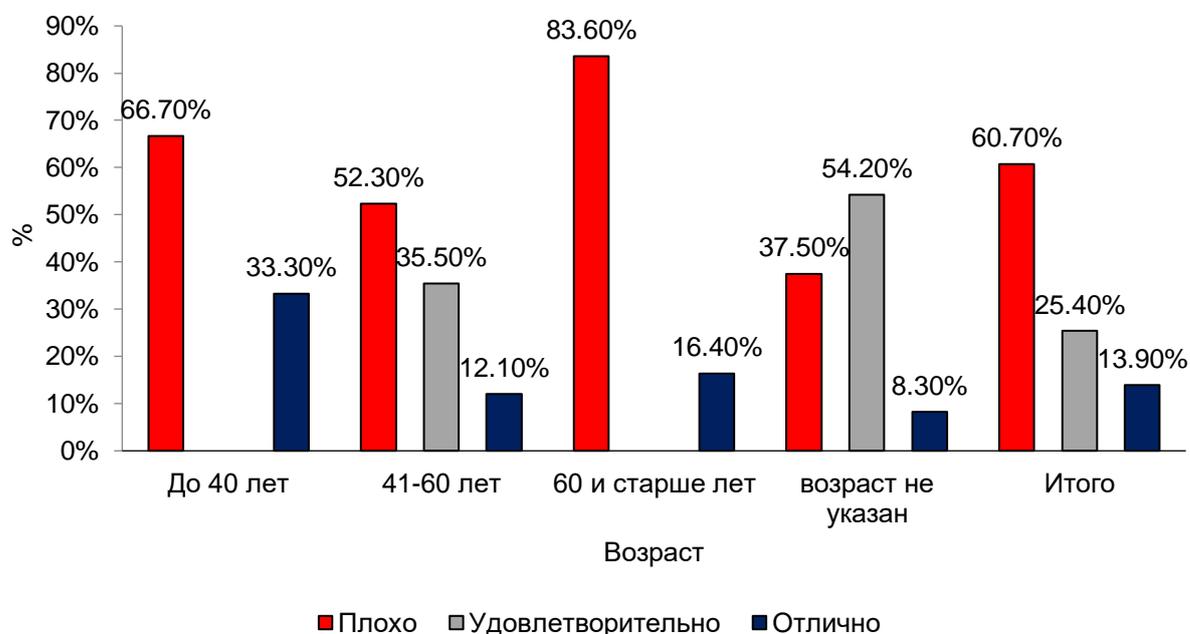


Рисунок 58 – Распределение ответов респондентов по оценке удобства расположения различных отделений поликлиники (в % к итогу)

Легкость поиска пути в разные отделы оценили на «отлично» только каждый седьмой опрошенный (13,9%), 25,4% - как «удовлетворительно». 60,7% респондентов, считают доставляющим неудобство поиск разных отделений в поликлинике, из них: 75,0% женского пола и 51,2% мужчин ($p < 0,000$). С учетом возрастных групп респондентов, на «плохо» оценено среди респондентов разных возрастных групп в пределах 52,3% (41-60 лет), 66,7% до 40 лет и 83,6% старше 60 лет ($p < 0,000$), что определяет потребность в пересмотре маршрута пациента в первичном звене.

Исследования мнений респондентов по оценке окружающей среды здания МО (чистота, простор, спокойствие) представлено на рисунке 59.



Рисунок 59 – Распределение ответов респондентов по оценке окружающей среды здания МО (чистота, простор, спокойствие...) в % к итогу

Анализ ответов респондентов по оценке окружающей обстановки вокруг поликлиники (чистота, простор, спокойствие) определено на «плохо» значительной частью опрошенных (66,2%), «удовлетворительно» - каждым пятым (19,9%), и «отлично» оценили только 13,9% всех опрошенных.

При этом наибольший процент неудовлетворенных обустройством территории вокруг поликлиники среди лиц в возрасте 60 лет и старше (72,1%), среди возрастной группы 41-60 лет - 64,5%, из них 71,1% мужчин и 58,8% женщин ($p < 0,190$).

Исследования мнений респондентов по оценке командной работы врачей, среднего медицинского персонала и других лиц, участвующих в процессе лечения и ухода за больными с РЖ представлено на рисунке 60.

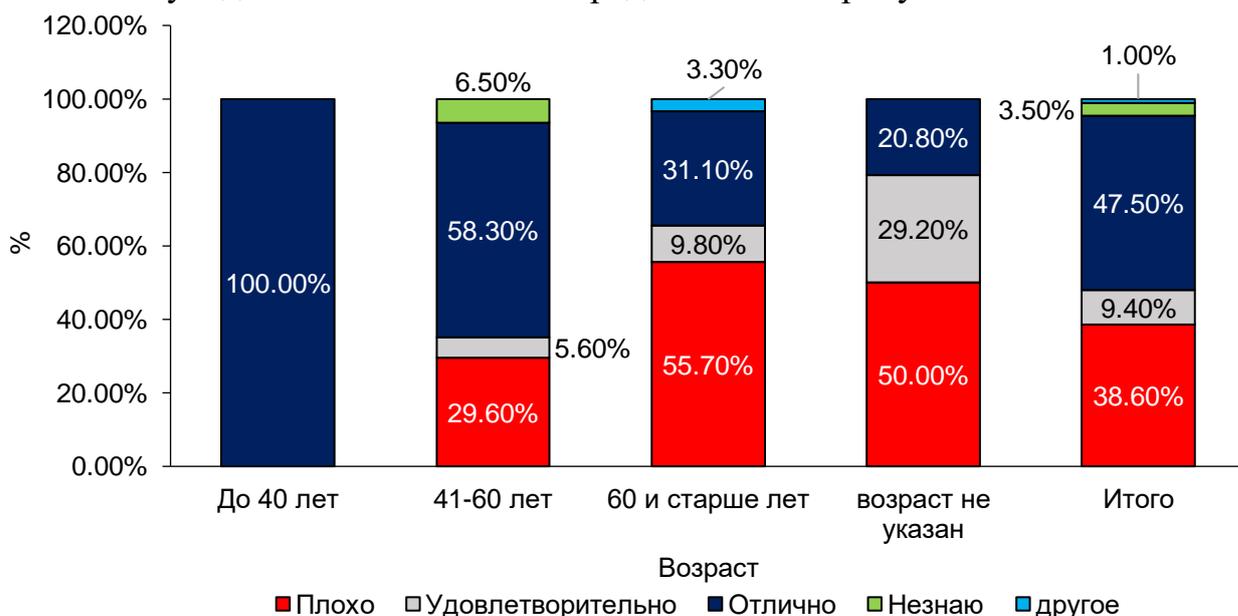


Рисунок 60 – Распределение ответов респондентов по оценке командной работы (в % к итогу)

На вопрос «как оцениваете командную работу врачей, среднего медицинского персонала и других лиц, участвующих в процессе лечения и ухода», в разных возрастных группах ответы изменчивы. Более половины респондентов отметили «отлично» 47,5%, при этом такие ответы преобладают у 49,3% мужчин и 45,0% женщин ($p < 0,000$). Среди лиц до 40 лет - 100,0% и в группе 41-60 лет - 58,3% оценили на «отлично» командную работу.

«Плохо» считают 38,6% респондентов, из них: 43,8% женщин и 35,2% мужчин, (старше 60 лет 55,7%) ($p < 0,000$). Затруднились оценить респонденты возрастной группы от 41-до 60 лет в 6,5% случаев.

Исследование оценки респондентами обмена информацией поликлиники с другими службами представлено на рисунке 61.

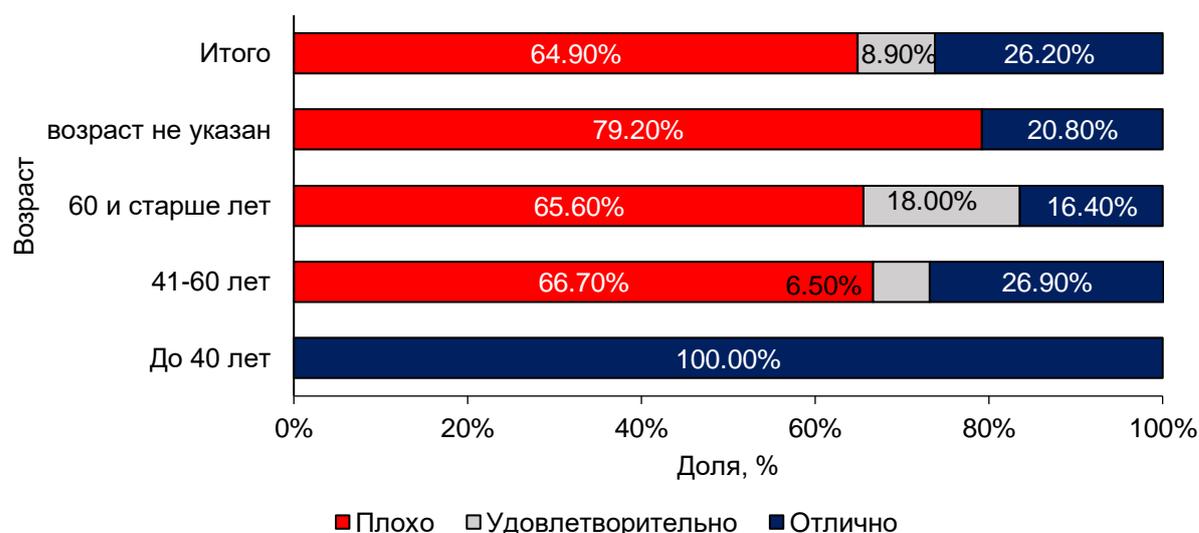


Рисунок 61 – Распределение ответов респондентов по оценке Обмена информацией поликлиники с другими службами (врач общей практики, уход на дому, дом престарелых, социальные службы и т. д.) (в % к итогу)

Обмен информацией с другими службами, как больница или уход на дому, дом престарелых, социальные службы и т. д. «плохим» отмечают 64,9% респондентов, из них: преобладают женщины (72,5%), у мужчин данный показатель составил 59,8% ($p < 0,000$). 8,9 % всех респондентов оценили «удовлетворительно», и только каждый четвертый опрошенный (26,2%) на «отлично» оценил обмен информацией между поликлиникой и другими.

Распределение мнений пациентов с РЖ о соблюдении конфиденциальности представлено на рисунке 62.

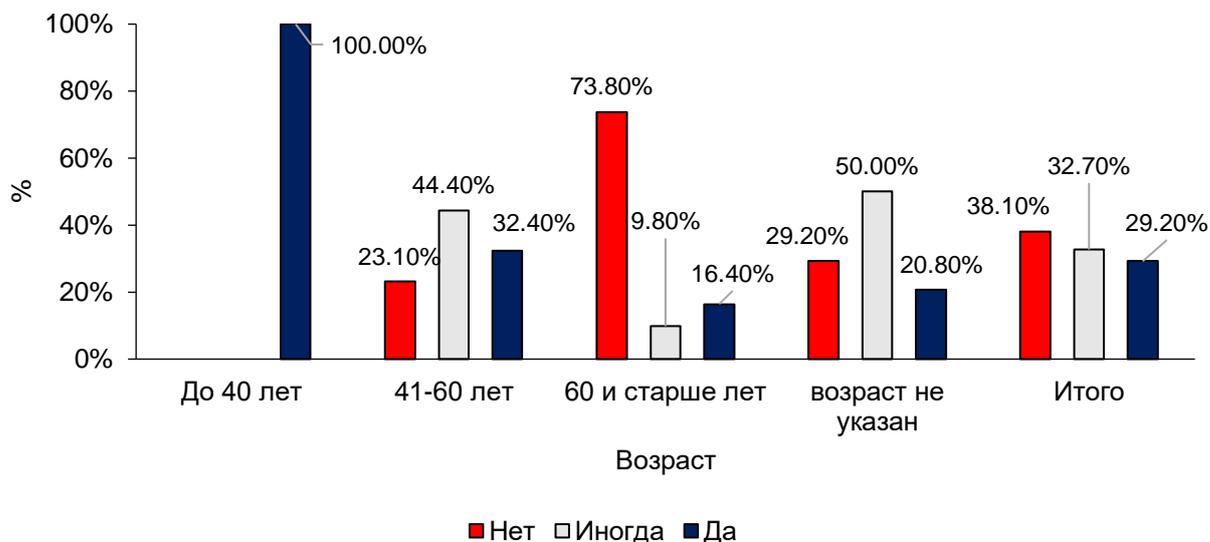


Рисунок 62 – Распределение ответов респондентов по оценке обеспечения конфиденциальности при лечении больных с раком желудка (в % к итогу)

Полное соблюдение конфиденциальности отметили среди респондентов до 40 лет - 100,0% и 32,4% - в возрастной группе 41-60 лет. При этом недовольны данным показателем деятельности большинство (73,8%) в старшей возрастной группе 60 лет и старше ($p < 0,000$).

Среди всех опрошенных каждый третий (29,2%) респондент отметил, что была предоставлена конфиденциальность, когда врачи осматривали или лечили, при этом 32,7% считают что только «иногда», «отсутствие» соблюдения конфиденциальности отметили 38,1% респондентов, в наибольшем количестве женщины 56,3% ($p < 0,000$).

Распределение мнений пациентов о возможности для семьи или близких людей пациента быть вовлеченным в процесс лечения представлено на рисунке 63.

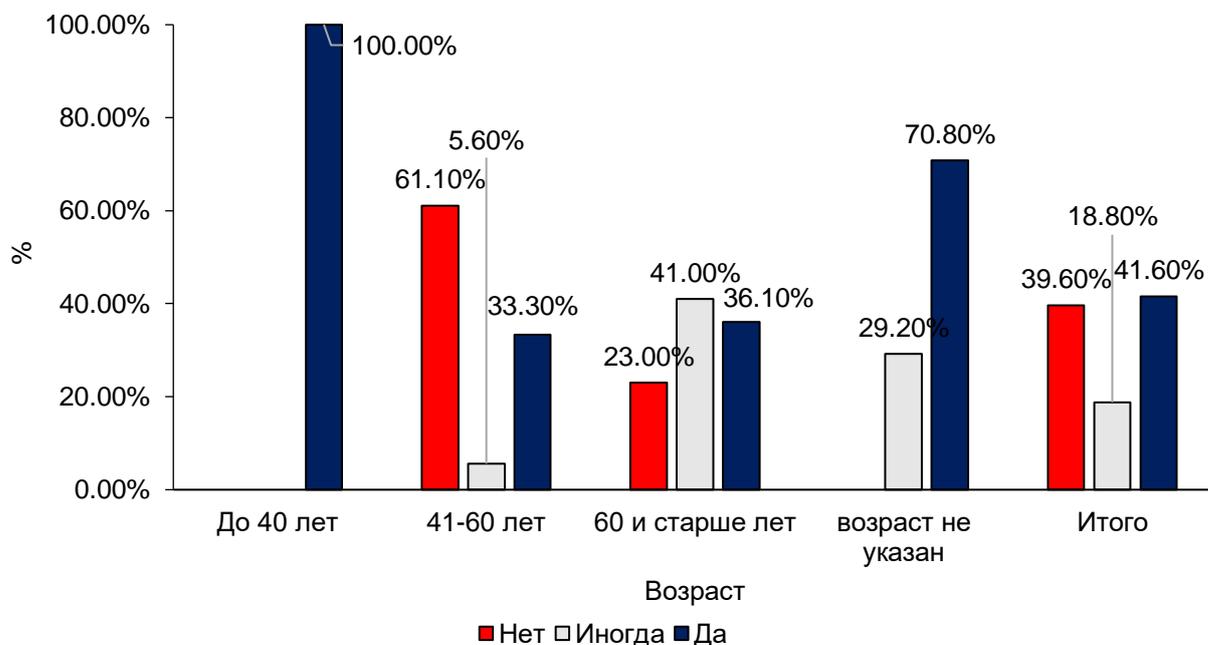


Рисунок 63 – Распределение ответов респондентов по оценке обеспечения возможности для членов семьи или близких людей быть вовлеченными в процесс лечения (разговаривать с врачами, получение информации о болезнях и уходе и т. д.) (в % к итогу)

Обеспечение возможности для семьи или близких людей пациента быть вовлеченными в процесс лечение (разговаривать с врачами, получение информации о болезнях и уходе и т. д.) положительно отметили 41,6% респондентов, из них: лица женского пола -50,0%, и респонденты молодого возраста до 40 лет 100,0%, и треть респондентов в возрасте от 41 старше ($p < 0,000$). Наибольшее количество респондентов мужского пола отмечают отсутствие такой возможности - 48,4% ($p < 0,006$).

Распределение мнений пациентов о процессе оформления госпитализации представлено на рисунке 64.

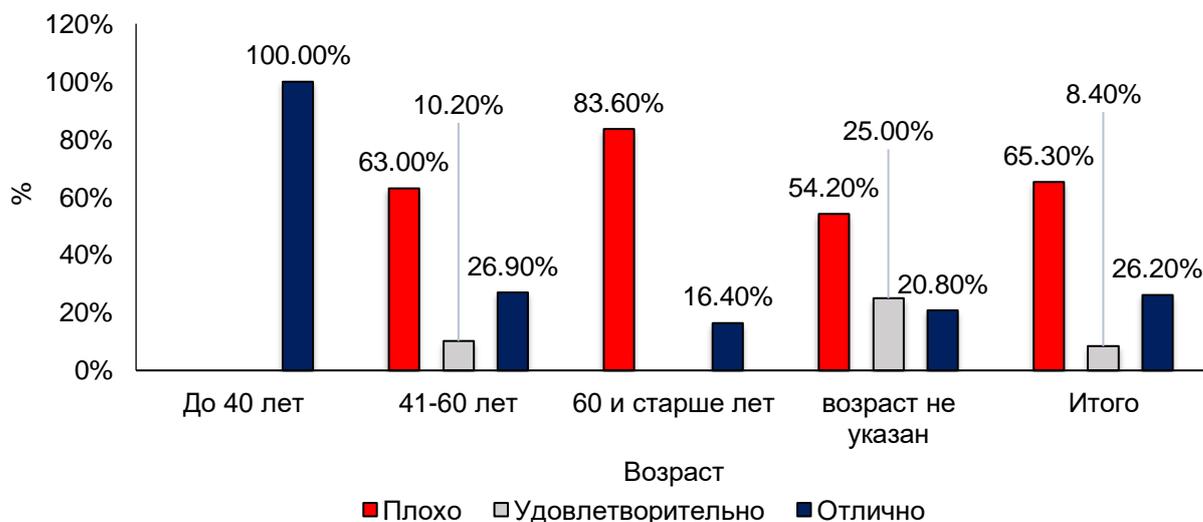


Рисунок 64 – Распределение ответов респондентов по оценке процесса оформления госпитализации в зависимости от возрастной группы опрошенных (в % к итогу).

Как показал опрос, значительное число респондентов считают, что оформление госпитализации осуществляется «плохо» 65,3%, только каждый четвертый оценил на «отлично» данную функцию МО, и только 8,4% выставили оценку «удовлетворительно». Среди них в 100% случаев лица до 40 лет оценили на «отлично» процесс оформления госпитализации ($p < 0,000$), при этом наиболее количество оценок «плохо» в возрастной группе 60 лет и старше ($p < 0,000$).

Распределение мнений пациентов о своевременности госпитализации представлено на рисунке 65.

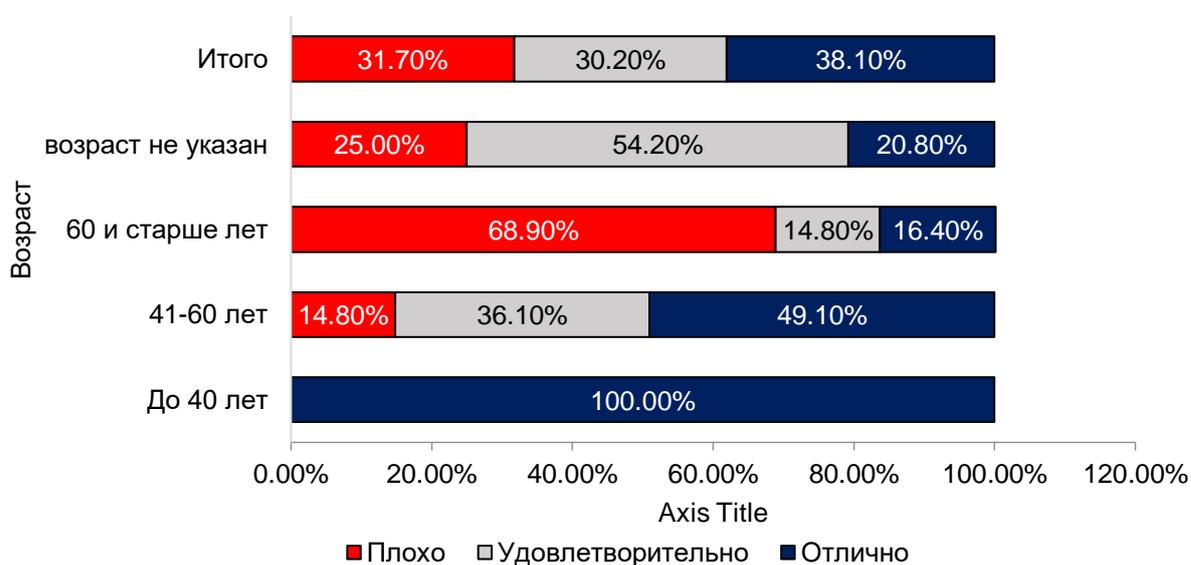


Рисунок 65 – Распределение ответов респондентов по оценке своевременности госпитализации от возрастной группы опрошенных (в % к итогу).

Треть опрошенных (31,7%) отмечают, что госпитализация проводится несвоевременно – «плохо», среди них преобладает число лиц женского пола 46,3%, у мужчин 22,1%. На «удовлетворительно» оценили своевременность госпитализации 30,2%, и «отлично» - 38,1% респондентов, из которых преобладают ответы мужчин 45,1% ($p < 0,001$).

Своевременность госпитализации «плохо» оценили в возрастной группе старше 60 лет 68,9%, в остальных группах преобладает «отлично или «удовлетворительно» ($p < 0,000$).

Распределение мнений пациентов о качестве оказанных медицинских услуг представлено на рисунке 66.

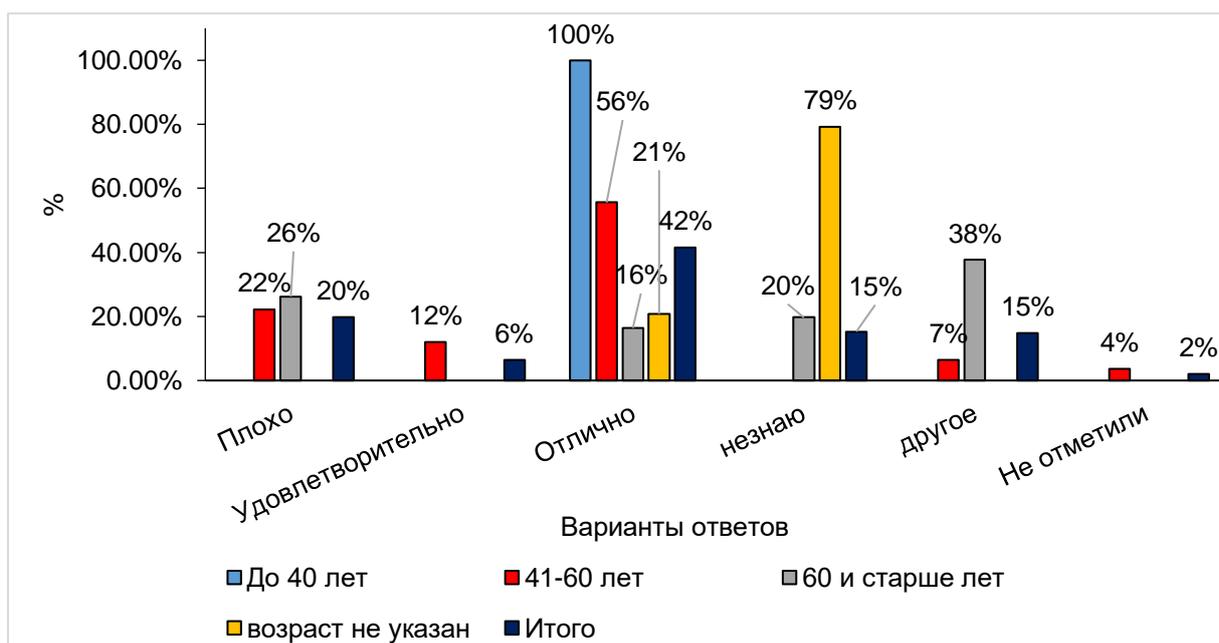


Рисунок 66 – Распределение ответов респондентов по оценке помощи, которую получили в поликлинике с учетом возрастной группы опрошенных (в % к итогу).

Как показал опрос, оценивают помощь, которую получили в поликлинике на «отлично» 41,6%, из них: 50,8% всех мужчин и 27,5% женщин. Не участвовали в данном опросе 2% респондентов. 15,3% «не знали» как оценить (22,5% женщин и 10,7% мужчин) и 14,9% отметили «другое», не указав причину. При этом «плохо» указали 19,8% респондентов из них: 20,0% женщин и 19,7% мужчин. В целом поликлиническую помощь оценили «отлично» более половины респондентов в возрастной группе 41-60 лет 55,6% и до 40 лет 100,0% ($p < 0,000$).

Распределение мнений пациентов по оценке полученных медицинских услуг и удовлетворенности организацией качества ухода в поликлинике представлено в таблице 20.

Таблица 20 - Распределение ответов респондентов по оценке услуг и организации ухода в поликлинике с учетом половой принадлежности опрошенных (в % к итогу).

		Мужской		Женский		Итого		P
		п	%	п	%	п	%	
Обмен информацией между лицами, обеспечивающими уход	Плохо	82	67,8%	45	56,3%	127	63,2%	0,005
	Удовлетворительно	38	31,4%	27	33,8%	65	32,3%	
	Отлично	1	0,8%	8	10,0%	9	4,5%	
Время ожидания получения результатов медицинских анализов	Плохо	71	58,7%	42	52,5%	113	56,2%	0,100
	Удовлетворительно	17	14,0%	6	7,5%	23	11,4%	
	Отлично	33	27,3%	32	40,0%	65	32,3%	

Продолжение таблицы 20

Время проведения медицинских исследований и / или лечения	Плохо	77	63,6%	60	75,0%	137	68,2%	0,001
	Удовлетворительно	12	9,9%	0	0,0%	12	6,0%	
	Отлично	32	26,4%	20	25,0%	52	25,9%	
Легкость поиска пути в разные отделы	Плохо	62	51,2%	60	75,0%	122	60,7%	0,000
	Удовлетворительно	44	36,4%	7	8,8%	51	25,4%	
	Отлично	15	12,4%	13	16,3%	28	13,9%	
Окружающая среда здания (чистота, простор, спокойствие...)	Плохо	86	71,1%	47	58,8%	133	66,2%	0,190
	Удовлетворительно	20	16,5%	20	25,0%	40	19,9%	
	Отлично	15	12,4%	13	16,3%	28	13,9%	
Как вы оцениваете командную работу: врачи, медсестры и другие лица, обеспечивающие уход	Плохо	43	35,2%	35	43,8%	78	38,6%	0,000
	Удовлетворительно	19	15,6%	0	0,0%	19	9,4%	
	Отлично	60	49,2%	36	45,0%	96	47,5%	
	Не знаю	0	0,0%	7	8,8%	7	3,5%	
	другое	0	0,0%	2	2,5%	2	1,0%	
Обмен информацией с другими службами, как поликлиника - по уходу (врач общей практики, уход на дому, дом престарелых, социальные службы и т. д.)	Плохо	73	59,8%	58	72,5%	131	64,9%	0,000
	Удовлетворительно	18	14,8%	0	0,0%	18	8,9%	
	Отлично	31	25,4%	22	27,5%	53	26,2%	
Предоставлена ли конфиденциальность, когда вас осматривали или лечили	Нет	32	26,2%	45	56,3%	77	38,1%	0,000
	Иногда	53	43,4%	13	16,3%	66	32,7%	
	Да	37	30,3%	22	27,5%	59	29,2%	
Возможность для вашей семьи или близких вам людей быть вовлеченным в ваше лечение (разговаривать с врачами, получение информации о болезнях и уходе и т. д.)	Нет	59	48,4%	21	26,3%	80	39,6%	0,006
	Иногда	19	15,6%	19	23,8%	38	18,8%	
	да	44	36,1%	40	50,0%	84	41,6%	
Оформление для госпитализации	Плохо	74	60,7%	58	72,5%	132	65,3%	0,000
	Удовлетворительно	17	13,9%	0	0,0%	17	8,4%	
	Отлично	31	25,4%	22	27,5%	53	26,2%	
Своевременность госпитализации	Плохо	27	22,1%	37	46,3%	64	31,7%	0,001
	Удовлетворительно	40	32,8%	21	26,3%	61	30,2%	
	Отлично	55	45,1%	22	27,5%	77	38,1%	
В целом как бы вы оценили помощь, которую вы получили в поликлинике	Плохо	24	19,7%	16	20,0%	40	19,8%	0,000
	Удовлетворительно	13	10,7%	0	0,0%	13	6,4%	
	Отлично	62	50,8%	22	27,5%	84	41,6%	
	Не знаю	13	10,7%	18	22,5%	31	15,3%	
	другое	6	4,9%	24	30,0%	30	14,9%	
	Не отметили	4	3,3%	0	0,0%	4	2,0%	

Медицинский персонал должен тщательно выбирать подходящее время для информирования пациентов об их диагнозе, оценивая их отношение к информированности, тем самым активно удовлетворяя потребности пациентов в информации и лечении [242]. Таким образом, наш анализ

полученных результатов показал, что необходимо усилить мероприятия по обмену информацией между лицами, обеспечивающий уход («плохо» оценили 63,2% ($p < 0,005$)): время ожидания получения результатов медицинских анализов 56,2%, времени проведения медицинских исследований и/или лечения 68,2%, командную работу врачей, среднего медицинского персонала и других лиц, вовлекающих в процесс лечения и ухода 38,6%, обмен информацией с другими службами, как больница или уход на дому, дом престарелых, социальные службы и т. д. «плохим» отмечают 64,9%. А также пересмотреть маршруты пациента по подразделению первичного звена 60,7% ($p < 0,000$) и оформлению госпитализации (плохо 65,3%, ($P < 0,000$)), 31,7% респондентов отмечают, что госпитализация проводится несвоевременно ($p < 0,000$).

5. АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТАЦИОНАРА ДЛЯ БОЛЬНЫХ С РАКОМ ЖЕЛУДКА

5.1. Определение удовлетворённости пациентов медицинскими сотрудниками стационара

Качество оказанных услуг пациентам с РЖ медицинским персоналом в стационаре, в частности оценка знаний и опыта работы врачей с учетом возрастной группы опрошенных представлено на рисунке 67.

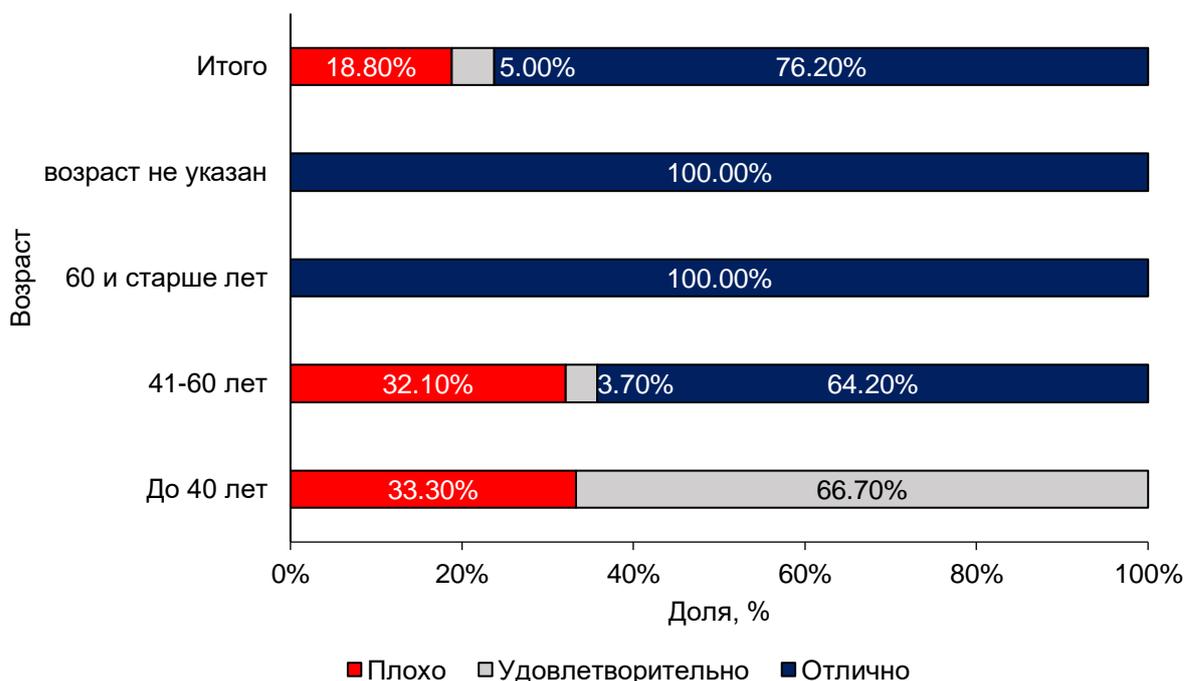


Рисунок 67 – Распределение ответов респондентов по оценке знания и опыта работы врачей в стационаре с учетом возрастной группы опрошенных (в % к итогу).

Более двух трети опрошенных с РЖ 76,2% (мужчин 71,5% и женщин 83,5%), отмечают отличные знания и опыт работы врачей в стационаре, из них: группа старше 41-60 лет 64,2% и старше 60 лет - 100,0% респондентов. Более молодого возраста респондентами до 40 лет оценено как «удовлетворительно» в 66,7% случаев и «плохо» 33,3%, где в пункте «плохо» также солидарны 32,1% респонденты возрастной категории 41-60 лет ($p < 0,000$). В целом менее треть респондентов мужского пола дают плохую оценку знания и опыта работы врачей в стационаре 25,2% ($p < 0,006$).

Анализ оценок респондентами полученным лечением и медицинским наблюдением представлен на рисунке 68.

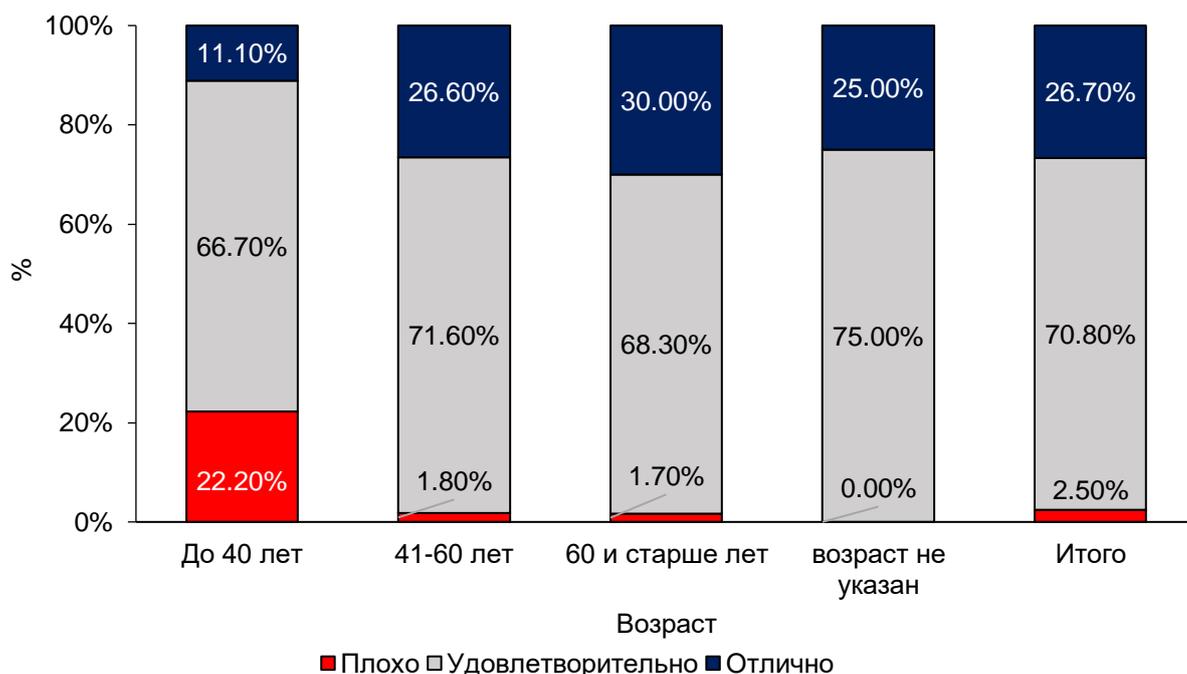


Рисунок 68 – Распределение ответов респондентов по оценке лечения и медицинского наблюдения в стационаре с учетом возрастной группы опрошенных (в % к итогу).

Полученные результаты опроса свидетельствуют, что лечение и медицинское наблюдение, которое представлено в больнице оценивается в целом «удовлетворительно» 70,8% респондентами, всеми возрастными группами, в пределах 66,7% до 75,0% ($p < 0,221$), остальные 26,7% ($p < 0,957$) оценили «отлично» (нет особой различий между ответами по половым признакам).

Анализ оценок респондентами полученного внимания к физическим проблемам больных с РЖ в стационаре представлен на рисунке 69.

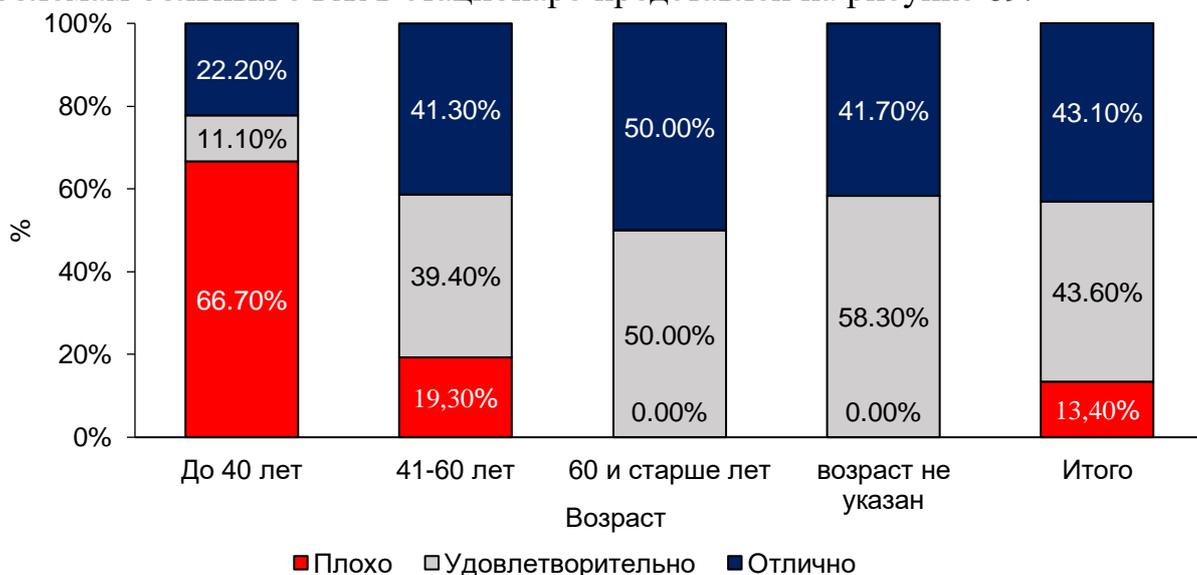


Рисунок 69 – Распределение ответов респондентов по оценке врачей стационара к физическим проблемам больных с РЖ с учетом возрастной группы опрошенных (в % к итогу).

Внимание, которое уделяют врачи физическим проблемам больных в стационаре оценено как «удовлетворительно» 43,6% всех опрошенных и 43,1% на «отлично» ($p < 0,573$). Наибольшее количество респондентов дали оценку «отлично» в возрастной группе 41-60 лет 41,3% и старше 60 лет 50,0%, только 22,2% до 40 лет, в остальных случаях указано «удовлетворительно», из них: в возрастной группе старше 60 лет 50,0% и 41-60 лет 39,4% ($p < 0,000$).

Исследование ответов респондентов по оценке готовности врачей выслушать их опасения представлено на рисунке 70.

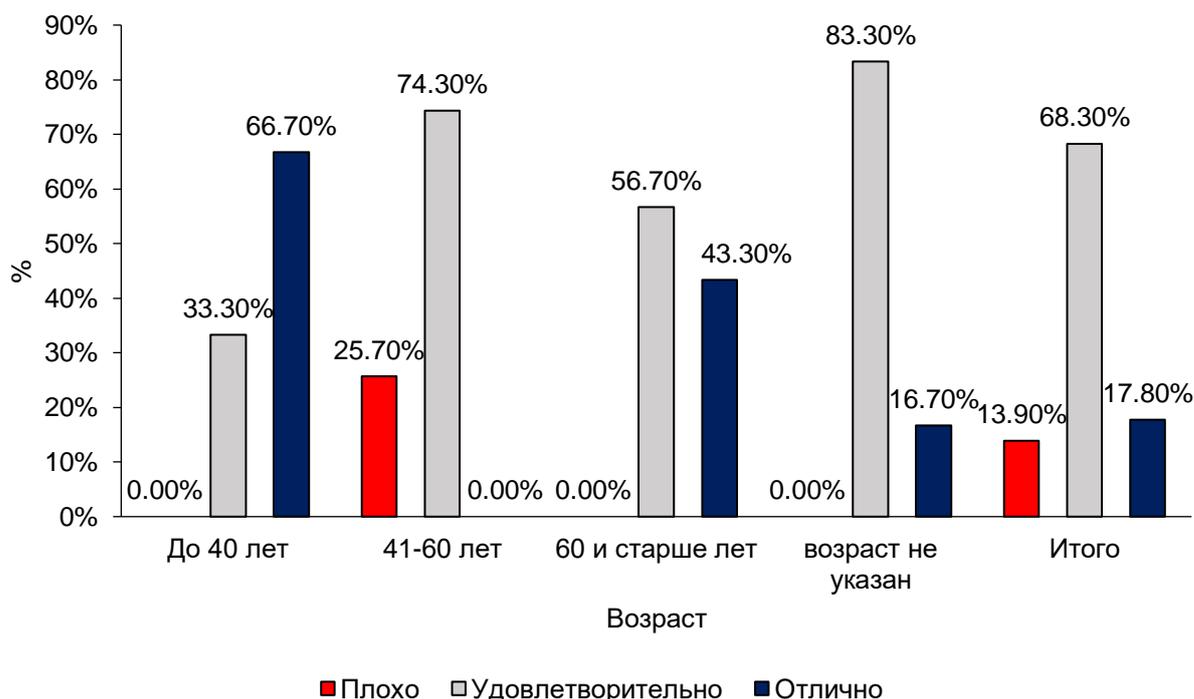


Рисунок 70 – Распределение ответов респондентов по оценке готовности врачей выслушать опасения больных с РЖ с учетом возрастной группы опрошенных (в % к итогу).

Как свидетельствуют полученные данные опроса, «удовлетворительную» оценку дают респонденты на вопрос готовности врачей выслушать их опасения в 68,3% всех случаев, при этом среди мужчин оценено 74,0%, среди женского пола оценена более высоко - 59,5% «удовлетворительно» и 31,6% «отлично» ($p < 0,000$). «Удовлетворительно» отметили 74,3% в возрастные категории 41-60 лет, и 56,7% в возрастной категорий старше 60 лет, при этом в данной возрастной категорий остальные 43,3% считают «отлично», в 41-60 лет группе противоположного мнения «плохо» указали 25,7% ($p < 0,000$).

Данные результатов исследования ответов респондентов по оценке проявления интереса врачебного персонала к состоянию пациентов с РЖ представлено на рисунке 71.

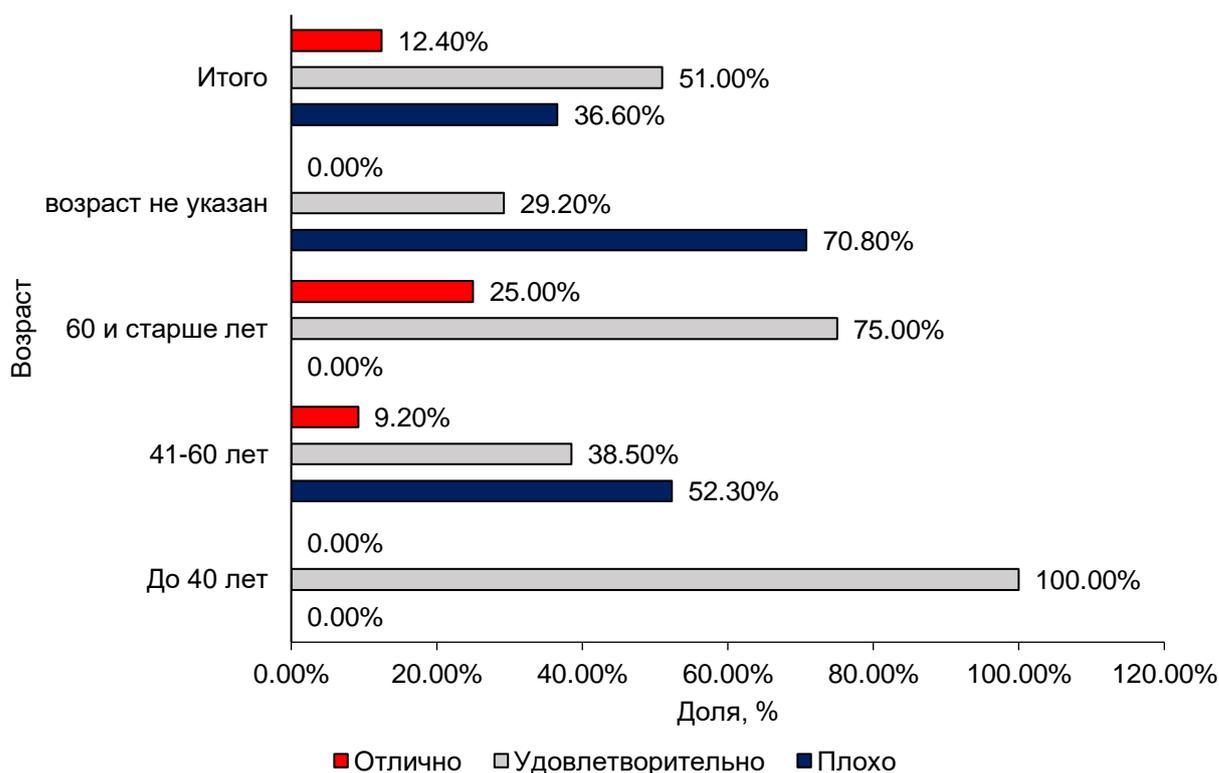


Рисунок 71 – Распределение ответов респондентов по оценке проявления интереса врачей к пациенту по вопросам их состояния с учетом возрастной группы опрошенных (в % к итогу).

Как видно из полученных данных, треть респондентов (36,6%) отметили, плохое проявление интереса врачей к пациенту по вопросам их состояния и 51,0% оценивают «удовлетворительно» (среди них наибольшее количество женского пола 73,4%), В возрастной группе 41-60 лет наибольшее количество считают плохо 52,3% ($p < 0,000$).

Данные результатов исследования ответов респондентов по оценке поддержки со стороны врачей представлено на рисунке 72.

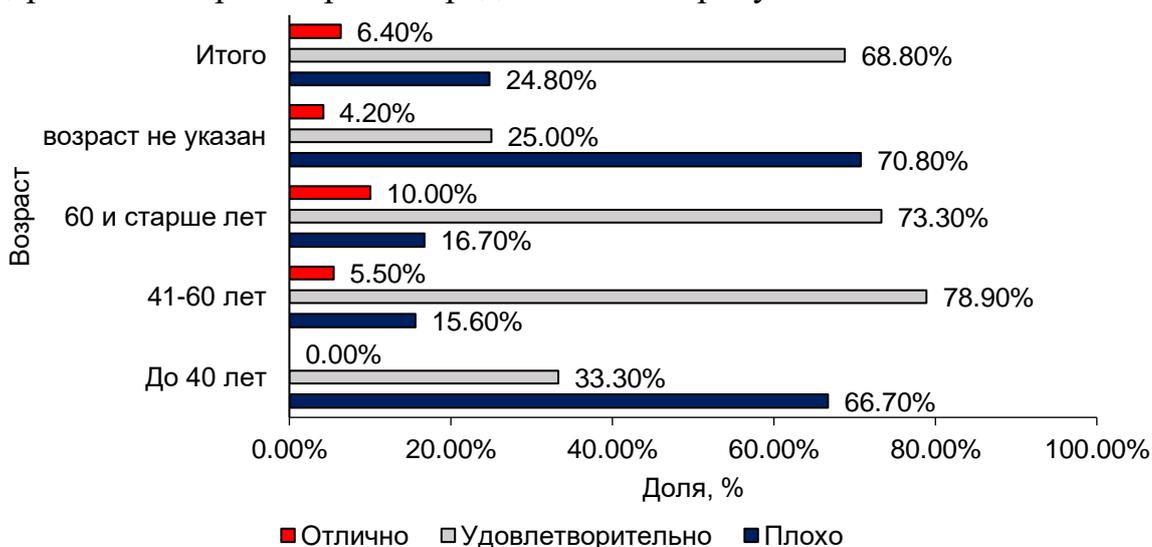


Рисунок 72 – Распределение ответов респондентов по оценке поддержки со стороны врачей с учетом возрастной группы опрошенных (в % к итогу).

Согласно опросу практически две трети респондентов (68,8%) оценили «удовлетворительно» поддержку со стороны врачей, среди них: преобладают мужчины 76,4% ($p < 0,007$). В основном «удовлетворительно» оценен данный показатель всеми группами, кроме до 40 лет, где наибольшее количество 66,7% отметили «плохо» и в группе не указавшие возраст 58,3% ($p < 0,000$).

Результаты исследования оценок респондентов уровня информирования пациентов об их заболевании со стороны врачей представлено на рисунке 73.

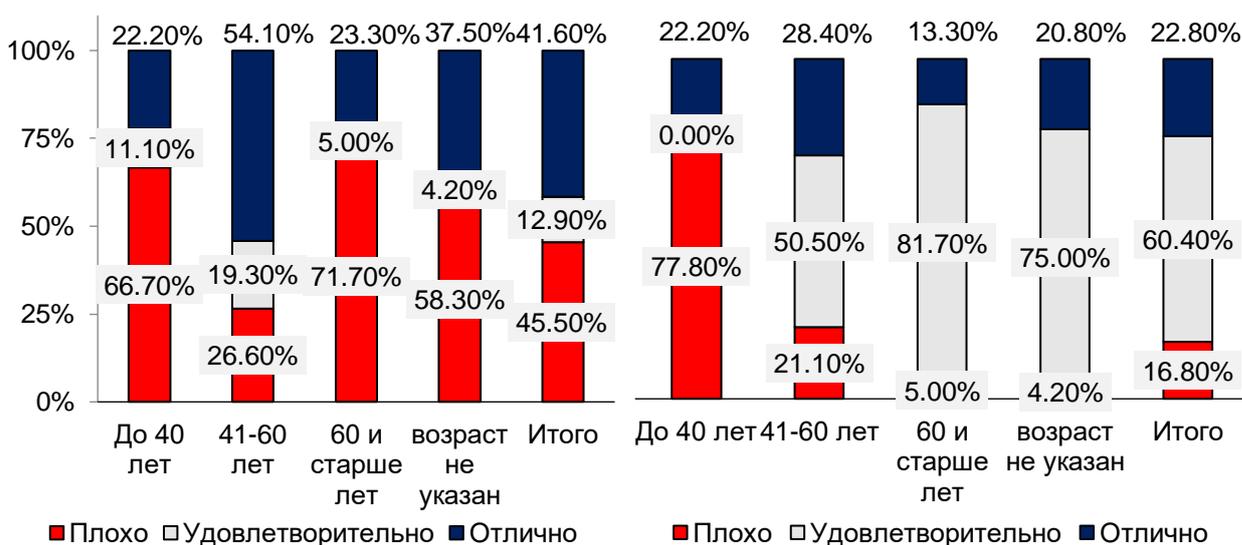


Рисунок 73 – Распределение ответов респондентов по оценке информирования врачами по заболеванию и лабораторных результатах с учетом возрастной группы опрошенных (в % к итогу).

По результатам опроса выявлено недостаточное информирование пациентов об их заболевании со стороны врачей, 45,5% оценили «плохо» ($p < 0,010$), среди них наибольшее количество женского пола 57,0%, в возрастных группах до 40 лет 66,7%, старше 60 лет 71,7% и не указавший возраст 58,3%, и треть 26,6% 41-60 лет. «Отличная» оценка по данному вопросу наблюдается за счет возраста 41-60 лет 54,1% ($p < 0,000$). Информирования о результатах лабораторных исследований оценено более лучше «удовлетворительно» 60,4% ($p < 0,166$), за счет возрастной группы старше 60 лет 81,7% и 41-60 лет 50,5%, «отлично» отметили в группах 22,2% до 40 лет, 28,4% 41—60 лет и 13,3% старше 60 лет и не указавший возраст 20,8% ($p < 0,000$).

Результаты опроса респондентов по оценке уровня информирования о методах лечения со стороны врачей представлено на рисунке 74.

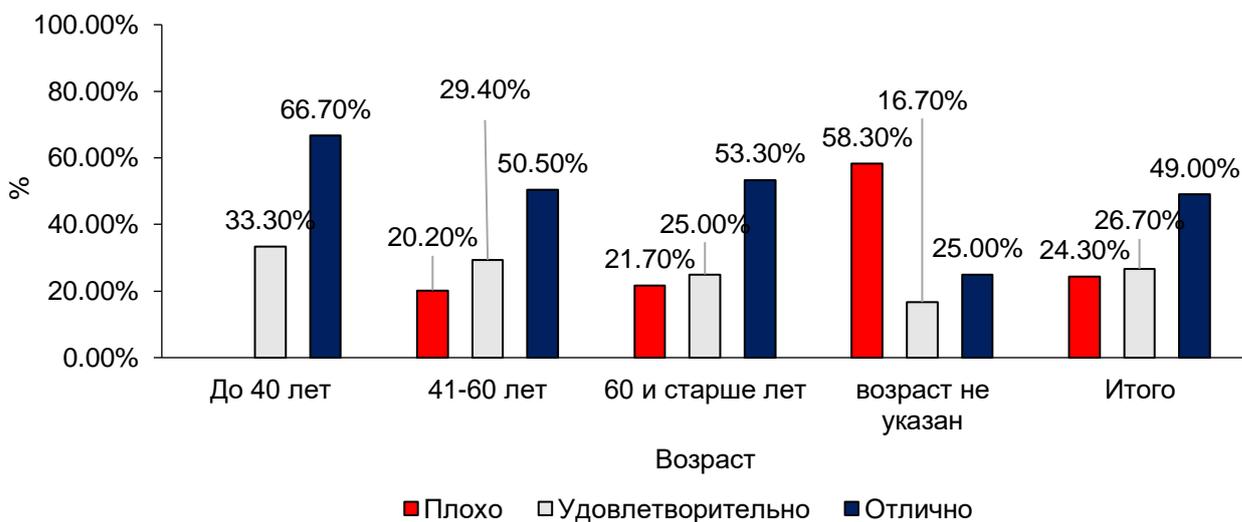


Рисунок 74 – Распределение ответов респондентов по оценке информирования врачами о методах лечения РЖ с учетом возрастной группы опрошенных (в % к итогу).

Практически половина (49,0%) опрошенных по вопросу об информировании больных с РЖ о методах лечения отмечает «отлично», лишь треть отмечают «плохо» 24,3% ($p < 0,0394$). В основном «отлично» в группах до 40 лет 66,7%, 41-60 лет 50,5%, старше 60 лет 53,3% и не указавшие возраст - каждый четвертый (25,0%). Оценено как «плохо» информирование в возрастной группе не указавших возраст - 58,3%, старше 41 года в пределах 20% ($p < 0,004$).

Исследование удовлетворенности уровнем частоты посещений врачей больных с РЖ представлено на рисунке 75.

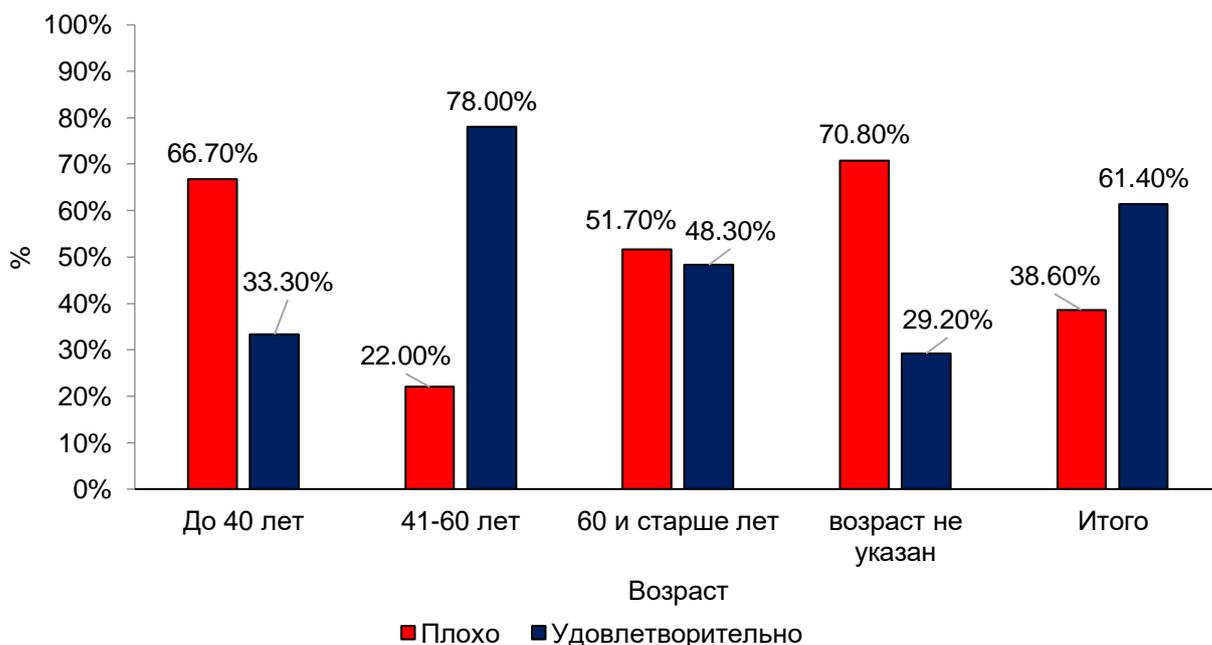


Рисунок 75 – Распределение ответов респондентов по оценке частоты посещений врачей больных с РЖ с учетом возрастной группы опрошенных (в % к итогу).

Частота посещений врачей больных с РЖ, респондентами оценена «удовлетворительно» в 61,4% всех случаев (женщинами 54,4% и мужчинами 65,9% ($p < 0,138$), за счет возрастной группы 41-60 лет 78,0% и старше 60 лет 48,3%, в остальных группах оценено как «плохо» до 40 лет 66,7%, старше 60 лет 51,7% и не указавших возраст - 70,8% ($p < 0,000$).

Данные по исследованию оценок респондентов времени, которое посвящают врачи больным с РЖ, представлены на рисунке 76.

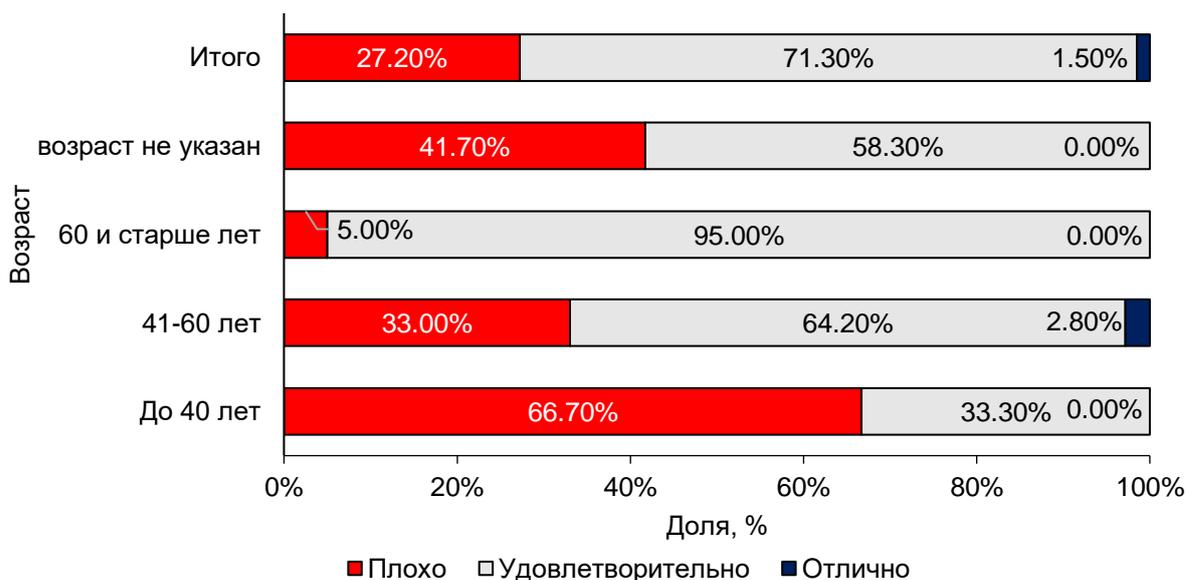


Рисунок 76 – Распределение ответов респондентов по оценке времени, посвящённого медицинским персоналом больным с РЖ с учетом возрастной группы опрошенных (в % к итогу).

Согласно исследованию, время, которое врачи посвящают пациентам, 71,3% опрошенных (мужчины 76,4% и женщины 63,3%) оценили «удовлетворительно», в том числе 64,2% в возрастной группе 41-60 лет, старше 60 лет 95,0%, остальные «плохо» оценили 66,7% в группе до 40 лет, и 41,7% опрошенных, не указавших возраст ($p < 0,000$).

Оценка респондентами различных аспектов деятельности среднего медицинского персонала в стационаре представлена в таблице 21.

Таблица 21 – Распределение ответов опрошенных по оценке работы среднего медицинского персонала во время пребывания в больнице (в % к итогу) с учетом половой принадлежности респондентов

Показатели		Пол						p
		Мужской		Женский		Итого		
		n	%	n	%	n	%	
Их знания и опыт о вашей болезни	Плохо	31	25,2%	7	8,9%	38	18,8%	0,006
	Удовлетворительно	4	3,3%	6	7,6%	10	5,0%	

Продолжение таблицы 21

Лечение и медицинское наблюдение, которое они предоставили	Отлично	88	71,5%	66	83,5%	154	76,2%	0,957
	Плохо	3	2,4%	2	2,5%	5	2,5%	
	Удовлетворительно	88	71,5%	55	69,6%	143	70,8%	
	Отлично	32	26,0%	22	27,8%	54	26,7%	
Внимание, которое они уделили вашим физическим проблемам	Плохо	14	11,4%	13	16,5%	27	13,4%	0,573
	Удовлетворительно	54	43,9%	34	43,0%	88	43,6%	
	Отлично	55	44,7%	32	40,5%	87	43,1%	
Готовность выслушать все ваши опасения	Плохо	21	17,1%	7	8,9%	28	13,9%	0,000
	Удовлетворительно	91	74,0%	47	59,5%	138	68,3%	
	Отлично	11	8,9%	25	31,6%	36	17,8%	
Проявление интереса к вам	Плохо	57	46,3%	17	21,5%	74	36,6%	0,000
	Удовлетворительно	45	36,6%	58	73,4%	103	51,0%	
	Отлично	21	17,1%	4	5,1%	25	12,4%	
Поддержку с их стороны	Плохо	21	17,1%	29	36,7%	50	24,8%	0,007
	Удовлетворительно	94	76,4%	45	57,0%	139	68,8%	
	Отлично	8	6,5%	5	6,3%	13	6,4%	
Информирование о вашем заболевании	Плохо	47	38,2%	45	57,0%	92	45,5%	0,010
	Удовлетворительно	21	17,1%	5	6,3%	26	12,9%	
	Отлично	55	44,7%	29	36,7%	84	41,6%	
Информирование о ваших результатах лабораторных исследований	Плохо	16	13,0%	18	22,8%	34	16,8%	0,166
	Удовлетворительно	76	61,8%	46	58,2%	122	60,4%	
	Отлично	31	25,2%	15	19,0%	46	22,8%	
Информирование о методах лечения	Плохо	28	22,8%	21	26,6%	49	24,3%	0,394
	Удовлетворительно	37	30,1%	17	21,5%	54	26,7%	
	Отлично	58	47,2%	41	51,9%	99	49,0%	
Частота их посещений / консультаций	Плохо	42	34,1%	36	45,6%	78	38,6%	0,138
	Удовлетворительно	81	65,9%	43	54,4%	124	61,4%	
Время, которое уделили вам	Отлично	26	21,1%	29	36,7%	55	27,2%	0,016
	Плохо	94	76,4%	50	63,3%	144	71,3%	
	Удовлетворительно	3	2,4%	0	0,0%	3	1,5%	

Проведение медицинскими сестрами обследований (измерение температуры, пульс, давления и др.) оценено «удовлетворительно» 63,9%, в основном в группе старше 60 лет 86,7% и 41-60 лет 65,1% ($p < 0,000$) и треть респондентов оценили «плохо», среди которых превалирует женщины 36,7% ($p < 0,028$), в основном до 40 лет группа респондентов отмечают как «плохо» 88,9% и не отметившие возраст 70,8%, а также треть 24,8% в группе 41-60 лет.

Также большее количество женщин (69,6%) дали «плохую» оценку работе приемного отделения 69,9% и только треть 29,3% мужчин ($p < 0,000$). Тем самым оказание помощи в приемном отделении требует пересмотра, в связи с наличием оценок «плохо» у 45,0% респондентов, из них превалирует в возрасте до 40 лет 66,7%, старше 60 лет 48,3% и 41-60 лет 35,8%. Лишь 34,2% респондентов считают работу «отличной», в возрастной группе 41-60 лет 38,5% и старше 60 лет 35,0% ($p < 0,043$) (таблица 21).

Комфорт и поддержка со стороны среднего медицинского персонала определена как «плохо» 62,9% респондентами, из них: больше половины мужчин - 54,5% и 75,9% - женщин ($p < 0,006$), за счет молодой группы до 40 лет 66,7% и 41-60 лет 69,7%. Комфорт и поддержку со стороны медицинских

сестер отметили «отлично» 19,8% и «удовлетворительно» 17,3%, за счет респондентов группы старше 60 лет 25 % отлично и 28,3% удовлетворительно ($p < 0,031$). При этом человеческие отношения оценены как «удовлетворительно» 65,8% ($p < 0,547$)), в основном лицами в возрасте старше 60 лет 85,0% и 41-60 лет 68,8% ($p < 0,000$). Возможно, такие низкие показатели связаны сложностью работы с онкобольными, требующей постоянного непосредственного внимания или наличие профессионального выгорания [243].

Оценка респондентами различных аспектов деятельности среднего медицинского персонала в стационаре представлена в таблице 22.

Таблица 22 – Распределение ответов опрошенных по оценке работы среднего медицинского персонала во время пребывания в больнице (в % к итогу) с учетом половой принадлежности респондентов

Показатели		Пол						p
		Мужской		Женский		Итого		
		n	%	n	%	n	%	
Проведение медицинскими сестрами обследования (измерение температуры, пульс, давления и др...)	Плохо	26	21,1%	29	36,7%	55	27,2%	0,028
	Удовлетворительно	83	67,5%	46	58,2%	129	63,9%	
	Отлично	14	11,4%	4	5,1%	18	8,9%	
Оказание помощи в приемном отделении	Плохо	36	29,3%	55	69,6%	91	45,0%	0,000
	Удовлетворительно	36	29,3%	6	7,6%	42	20,8%	
	Отлично	51	41,5%	18	22,8%	69	34,2%	
Комфорт и поддержку, которые они вам дали	Плохо	67	54,5%	60	75,9%	127	62,9%	0,006
	Удовлетворительно	25	20,3%	10	12,7%	35	17,3%	
	Отлично	31	25,2%	9	11,4%	40	19,8%	
Их человеческие качества (вежливость, уважение, чувствительность, доброта, терпение,...)	Плохо	40	32,5%	29	36,7%	69	34,2%	0,547
	Удовлетворительно	83	67,5%	50	63,3%	133	65,8%	
Информирования о ваших результатах лабораторных исследований	Плохо	14	11,4%	0	0,0%	14	6,9%	0,000
	Удовлетворительно	109	88,6%	72	91,1%	181	89,6%	
	Отлично	0	0,0%	7	8,9%	7	3,5%	
Информирование о помощи, которую вам оказывали	Плохо	48	39,0%	62	78,5%	110	54,5%	0,000
	Удовлетворительно	75	61,0%	17	21,5%	92	45,5%	
Информирования о методах лечения	Плохо	48	39,0%	62	78,5%	110	54,5%	0,000
	Удовлетворительно	8	6,5%	0	0,0%	8	4,0%	
	Отлично	67	54,5%	17	21,5%	84	41,6%	
Время, которое они посвятили вам	Плохо	78	63,4%	58	73,4%	136	67,3%	0,000
	Удовлетворительно	26	21,1%	0	0,0%	26	12,9%	
	Отлично	19	15,4%	21	26,6%	40	19,8%	

Если респонденты оценили информирование о результатах лабораторных исследований как «удовлетворительно» 89,6%, и варьируется в пределах 70,8% до 100,0% ($p < 0,000$) во всех возрастных группах, то информирование о помощи, которую оказывали остается недостаточным и оценено как «плохо» 54,5%, при этом наибольшем случае женщинами - 78,5% и мужчинами - 39,0%, за счет возрастной группы старше 60 лет - 71,7% и до 40 лет 100,0%. При этом «удовлетворительно» считают по данному вопросу 68,8% в возрасте 41-60 лет ($p < 0,000$). Информирование о методах лечения медицинскими сестрами оценивается «плохо» 54,5% респондентами, из них возрастной группы старше 60 лет 71,7% и 100,0% до сорока лет и не указавших возраст

($p < 0,000$). Однако необходимо отметить, если даже средний медицинский персонал считает, что информирование о методе лечения является функциональными обязанностями врачей, тем не менее, информирование о помощи, которую они оказывают должно быть на более высоком уровне, с потребностями и нуждами пациентов [240, 241].

Исследование оценок респондентов различных аспектов деятельности среднего медицинского персонала в стационаре представлено в таблице 23.

Таблица 23 – Распределение ответов опрошенных по оценке работы среднего медицинского персонала во время пребывания в больнице (в % к итогу) с учетом возрастной категории респондентов

Показатели		Возраст										p
		До 40 лет		41-60 лет		60 и старше лет		4		Итого		
		п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	
Проведение медицинскими сестрами обследование (измерение температуры, пульс, давления и др...)	Плохо	8	88,9	27	24,8	3	5,0	17	70,8	55	27,2	0,000
	Удовлетворительно	0	0,0	71	65,1	52	86,7	6	25,0	129	63,9	
	Отлично	1	11,1	11	10,1	5	8,3	1	4,2	18	8,9	
Оказание помощи в приемном отделении	Плохо	6	66,7	39	35,8	29	48,3	17	70,8	91	45,0	0,043
	Удовлетворительно	1	11,1	28	25,7	10	16,7	3	12,5	42	20,8	
	Отлично	2	22,2	42	38,5	21	35,0	4	16,7	69	34,2	
Комфорт и поддержку, которые они вам дали	Плохо	6	66,7	76	69,7	28	46,7	17	70,8	127	62,9	0,031
	Удовлетворительно	0	0,0	15	13,8	17	28,3	3	12,5	35	17,3	
	Отлично	3	33,3	18	16,5	15	25,0	4	16,7	40	19,8	
Их человеческие качества (вежливость, уважение, чувствительность, доброта, терпение,...)	Плохо	9	100,0	34	31,2	9	15,0	17	70,8	69	34,2	0,000
	Удовлетворительно	0	0,0	75	68,8	51	85,0	7	29,2	133	65,8	
Информирования о вашем результатах лабораторных исследований	Плохо	0	0,0	7	6,4	0	0,0	7	29,2	14	6,9	0,000
	Удовлетворительно	9	100,0	102	93,6	53	88,3	17	70,8	181	89,6	
	Отлично	0	0,0	0	0,0	7	11,7	0	0,0	7	3,5	
Информирование о помощи, которую вам оказывали	Плохо	9	100,0	34	31,2	43	71,7	24	100,0	110	54,5	0,000
	Удовлетворительно	0	0,0	75	68,8	17	28,3	0	0,0	92	45,5	
Информирования о методах лечения	Плохо	9	100,0	34	31,2	43	71,7	24	100,0	110	54,5	0,000
	Удовлетворительно	0	0,0	8	7,3	0	0,0	0	0,0	8	4,0	
	Отлично	0	0,0	67	61,5	17	28,3	0	0,0	84	41,6	
Их готовность отвечать на ваши звонки	Плохо	3	33,3	38	34,9	31	51,7	14	58,3	86	42,6	0,024
	Удовлетворительно	6	66,7	64	58,7	29	48,3	10	41,7	109	54,0	
	Отлично	0	0,0	7	6,4	0	0,0	0	0,0	7	3,5	
Время, которое они посвятили вам	Плохо	6	66,7	62	56,9	52	86,7	16	66,7	136	67,3	0,000
	Удовлетворительно	0	0,0	26	23,9	0	0,0	0	0,0	26	12,9	
	Отлично	3	33,3	21	19,3	8	13,3	8	33,3	40	19,8	

Готовность отвечать на звонки со стороны среднего медицинского персонала отмечается «удовлетворительно»: показатель во всех возрастных группах варьируется в пределах 41,7% и 66,7% ($p < 0,024$). Также респондентами оценено «плохо» время, которое проводит средний медицинский персонал 67,3%, за счет возрастной группы 86,7% старше 60 лет, 41-60 лет 56,9%, до 40 лет и не указавших возраст групп - 66,7% ($P < 0,000$) и «отлично» отметили только 19,8% респондентов.

Недостаточно хорошую оценку дают по вопросам знания и опыта работы врачей в стационаре 25,2% ($p < 0,006$), возможно это связано с тем, что респонденты отмечают «плохое» проявление интереса врачей к пациенту по вопросам их состояния 36,6%, особенно в возрастной группе 41-60 лет 52,3% ($p < 0,000$) и недостаточное информирование пациентов об их заболевании со стороны врачей, 45,5% оценили «плохо» ($P < 0,010$), и методах лечения отмечают «плохо» 24,3% ($p < 0,394$), времени, которое врачи посвятили больным с РЖ оценено «плохо» 66,7% в группе до 40 лет, 41,7% не указавших возраст ($p < 0,000$). Проведение медицинскими сестрами обследований (измерение температуры, пульс, давления и др.) оценено у трети респондентов «плохо», среди которых преобладают женщины - 36,7% ($p < 0,028$), также большее количество женщин дали плохую оценку 69,6% работе приемного отделения 69,9% и только треть (29,3%) мужчин ($p < 0,000$). Плохой уровень информирования о методах лечения со стороны медицинских сестер отметили 54,5% респондентов ($p < 0,000$) и время, которое проводят средний медицинский персонал 67,3%, за счет возрастной группы 86,7% старше 60 лет, 41-60 лет 56,9%, до 40 лет и не указавших возраст групп 66,7% ($p < 0,000$). Все перечисленные вопросы требуют пересмотра отношения медицинского персонала к пациентам, для соответствия оказания качественной медицинской помощи в соответствии с нуждами больных с раком желудка.

5.2. Организация ухода и лечения больных с раком желудка в стационаре

Вопросы качества медицинских услуг для пациентов с РЖ, также касаются удовлетворенности респондентов организационными моментами, которые представлены в таблице 24.

Таблица 24 – Распределение ответов опрошенных по оценке деятельности медицинского персонала и организации ухода за больными с РЖ во время пребывания в больнице (в % к итогу) с учетом половой принадлежности респондентов

Показатели		Пол						p
		Мужской		Женский		Итого		
		n	%	n	%	n	%	
Обмен информацией между лицами, обеспечивающими уход	Плохо	39	31,7%	20	25,3%	59	29,2%	0,000
	Удовлетворительно	56	45,5%	17	21,5%	73	36,1%	
	Отлично	28	22,8%	42	53,2%	70	34,7%	
Оказание помощи в приемном отделении	Плохо	71	57,7%	19	24,1%	90	44,6%	0,000
	Удовлетворительно	28	22,8%	17	21,5%	45	22,3%	
	Отлично	24	19,5%	43	54,4%	67	33,2%	
Информирование при поступлении в больницу	Плохо	70	56,9%	22	27,8%	92	45,5%	0,000
	Удовлетворительно	30	24,4%	28	35,4%	58	28,7%	
	Отлично	23	18,7%	29	36,7%	52	25,7%	
Информация, предоставленная при вашей выписке из больницы	Плохо	30	24,4%	36	45,6%	66	32,7%	0,000
	Удовлетворительно	74	60,2%	43	54,4%	117	57,9%	
	Отлично	19	15,4%	0	0,0%	19	9,4%	
Время ожидания получения результатов медицинских анализов	Плохо	59	48,0%	32	40,5%	91	45,0%	0,001
	Удовлетворительно	26	21,1%	5	6,3%	31	15,3%	
	Отлично	38	30,9%	42	53,2%	80	39,6%	
Время проведения медицинских исследований и / или лечения	Плохо	19	15,4%	12	15,2%	31	15,3%	0,000
	Удовлетворительно	69	56,1%	67	84,8%	136	67,3%	
	Отлично	35	28,5%	0	0,0%	35	17,3%	
Легкость поиска пути в разные отделы	Плохо	75	61,0%	25	31,6%	100	49,5%	0,000
	Удовлетворительно	26	21,1%	13	16,5%	39	19,3%	
	Отлично	22	17,9%	41	51,9%	63	31,2%	
Окружающая среда здания (чистота, простор, спокойствие, ...)?	Плохо	54	43,9%	29	36,7%	83	41,1%	0,486
	Удовлетворительно	62	50,4%	43	54,4%	105	52,0%	
	Отлично	7	5,7%	7	8,9%	14	6,9%	
Легкость признания ролей и обязанностей различных лиц, осуществляющих уход (врачи, медсестры, физиотерапевты, психологи и т. д.), которые занимаются вашим лечением	Плохо	46	37,4%	32	40,5%	78	38,6%	0,000
	Удовлетворительно	61	49,6%	16	20,3%	77	38,1%	
	Отлично	16	13,0%	31	39,2%	47	23,3%	
Обмен информацией между различными лицами, обеспечивающими уход (врачи, медсестры, физиотерапевты, психологи и т. д.)	Плохо	57	46,3%	20	25,3%	77	38,1%	0,000
	Удовлетворительно	45	36,6%	21	26,6%	66	32,7%	
	Отлично	21	17,1%	38	48,1%	59	29,2%	
Как вы оцениваете командную работу: врачи, медсестры и другие лица, обеспечивающие уход	Плохо	22	17,9%	7	8,9%	29	14,4%	0,043
	Удовлетворительно	41	33,3%	27	34,2%	68	33,7%	
	Отлично	56	45,5%	45	57,0%	101	50,0%	
	незнаю	4	3,3%	0	0,0%	4	2,0%	

Продолжение таблицы 24

Обмен информацией с другими службами, как поликлиника - по уходу (врач общей практики, уход на дому, дом престарелых, социальные службы и т. д.)	Плохо	25	20,3%	28	35,4%	53	26,2%	0,029
	Удовлетворительно	28	22,8%	10	12,7%	38	18,8%	
	Отлично	70	56,9%	41	51,9%	111	55,0%	
Предоставлена ли конфиденциальность, когда вас осматривали или лечили	Не совсем	13	10,6%	20	25,3%	33	16,3%	0,005
	иногда	41	33,3%	14	17,7%	55	27,2%	
	да	69	56,1%	45	57,0%	114	56,4%	
Возможность для вашей семьи или близких вам людей быть вовлеченным в ваше лечение (разговаривать с врачами, получение информации о болезнях и уходе и т. д.)	Плохо	74	60,2%	39	49,4%	113	55,9%	0,317
	Удовлетворительно	18	14,6%	14	17,7%	32	15,8%	
	Отлично	31	25,2%	26	32,9%	57	28,2%	
В целом как бы вы оценили помощь, которую вы получили в этой больнице?	Плохо	19	15,4%	13	16,5%	32	15,8%	0,000
	Удовлетворительно	78	63,4%	20	25,3%	98	48,5%	
	Отлично	26	21,1%	46	58,2%	72	35,6%	

Обмен информацией между лицами, обеспечивающими уход оценен как «плохо» третью респондентов 29,2% (женщины 25,3% и мужчины 31,7%), в возрастной группе старше 60 лет - 43,3%, а также респондентами в возрастной группе 41-60 лет - в 22,9% ($p < 0,000$). В целом по данному вопросу оценка наибольшего количество респондентов выше «удовлетворительной» 36,1%, среди них превалирует показатель у мужчин - 45,5% и женщин - 21,5% и «отлично» 34,7%, где женщин оценили лучше с показателем 53,2% ($p < 0,000$). Также оказание помощи в приемном отделении считают «плохим» 52,3% респондентов в возрасте 41-60 лет и 43,3% старше 60 лет, противоположного мнения треть респондентов возрастной группы 41-60 лет и старше 60 лет, и 100,0% до 40 лет ($p < 0,000$). Оказание помощи в приемном отделении наибольшим количеством женского пола оценено «отлично» 54,4%, а мужчинами наоборот «плохо» 57,7% ($p < 0,000$). В целом по итоговым данным «плохо» оценили 44,6% респондентов, остальные 22,3% «удовлетворительно» и треть респондентов 33,2% «отлично».

Информирование при поступлении в больницу считают «плохим» более половины респондентов мужского пола 56,9% и треть женского пола 27,8%, за счет мнения 57,8% в возрастной группе 41-60 лет и треть респондентов в группах старше 60 лет и не отметивших свой возраст ($p < 0,000$). Остальные респонденты женского пола считают либо «удовлетворительно», либо «отлично». В итоговом количестве оценили «плохо» 45,5% респондентов, «удовлетворительно» - 28,7% и «отлично» 25,7% ($p < 0,000$). Наибольшее количество респондентов, считают, что информация, предоставленная при выписке из больницы «удовлетворительно» 57,9% (мужчин 60,2% и женщины 54,4%), «отличную» оценку дали лишь 9,4%. Остальные 32,7% респондентов отметили «плохо» (женщин 45,6% и мужчин 24,4% ($p < 0,000$)), в возрастной группе 41-60 лет 33,9% и старше 60 лет 48,3%, при этом наибольшее количество в возрастной группе 41-

60 лет отмечают «удовлетворительно» 48,6% и старше 60 лет 51,7%, в остальных двух группах оценено 100,0% ($p < 0,000$).

Время ожидания получения результатов медицинских анализов «отлично» оценили 39,6% респондентов, из них наибольшее количество 53,2% женщин и мужчин 30,9%, остальные 45,0% оценили «плохо», в группах старше 60 лет 51,7% и 41-60 лет 47,7%, противоположного мнения у трети респондентов 33,9% в возрасте 41-60 лет, старше 60 лет 41,7% и до 40 лет 66,7% ($p < 0,008$).

Время проведения медицинских исследований и / или лечения оценено наибольшим количеством респондентов 67,3% «удовлетворительно», из них 84,8% женщины и 56,1% мужчины ($p < 0,000$), по возрастным категориям 80,0% респондентами старше 60 лет, 50,5% 41-60 лет и 100,0% остальными двумя группами респондентов ($p < 0,000$).

Легкость поиска пути в разные отделы в стационаре оценили на «отлично» треть респондентов 31,2% (51,9% женщины и 17,9% мужчин), что означает, женщины ориентируется в больнице лучше. «Плохо» оценили по данному вопросу 49,5%, где превалирует мужчин 61,0% и лишь треть женщин согласились 31,6% ($p < 0,000$), в возрастных группах 41-60 лет 56% и старше 60 лет 53,3% ($p < 0,000$) и у этих возрастных групп трети респондентов противоположного мнения 20,2% в возрасте 41-60 лет и 26,7% старше 60 лет.

Окружающая среда здания (чистота, простор, спокойствие...) оценена «плохо» 41,1% опрошенных, из них 43,9% мужского пола и 36,7% женского пола ($p < 0,486$), за счет возрастных групп старше 60 лет 48,3% и 41-60 лет 49,5%, однако наибольшее количество указало «удовлетворительно» 37,6% в возрасте 41-60 лет, 51,7% старше 60 лет и 100,0% в остальных двух группах ($p < 0,000$).

Легкость признания ролей и обязанностей различных лиц, осуществляющих уход (врачи, медсестры, физиотерапевты, психологи и т. д.), которые занимаются лечением пациента оценено как «отлично» наименьшим числом респондентов 23,3%, среди которых превалирует женщины 39,2% и мужчины 13,0%, остальные 38,1% респондентов оценили, как «удовлетворительно», из них: наибольшее количество мужчин 49,6% и женщин 20,3%, и в обоих полах треть респондентов 38,6% (мужчин 37,4% и женщин 40,5%) указали «плохо» ($p < 0,000$). «Плохо» оценено 40,4% в возрастной группе 41-60 лет и «удовлетворительно» 44,0%. При этом старше 60 лет оценивают «плохо» 48,3% и 33,3% «удовлетворительно». Молодые до 40 лет считают «отличным» 88,9% ($p < 0,000$).

Обмен информацией между различными лицами, обеспечивающими уход (врачи, медсестры, физиотерапевты, психологи и т. д.) оценено «отлично» 29,2%, из которых превалирует женщины 48,1% и мужчины 17,1% (100,0% респондентами до 40 лет и 19,3% 41-60 лет, 25,0% старше 60 лет ($p < 0,000$)). Остальные треть 32,7% отметили «удовлетворительно», из них 40,4% в возрастной группе 41-60 лет и старше 60 лет 31,7%, между женским и мужским полом разница составило 10%, и 38,1% указали «плохо», где составило мужчины

46,3% и женщин 25,3% ($p < 0,000$), за счет возрастной группы 41-60 лет 40,4% и старше 60 лет 43,3%, остальные.

На вопрос «Как вы оцениваете командную работу врачей, среднего медицинского персонала и других лиц, обеспечивающих уход», половина опрошенных (50,0%) дали «отличную» оценку: за счет возрастной группы до 40 лет - 100,0% и 41-60 лет - 52,3%, между полами 11,5% разница, в сторону превалирования женщин; остальные треть (33,7%) определили, как «удовлетворительно» и «плохую» оценку дали лишь 14,4% опрошенных участников ($P < 0,043$). В возрастной группе старше 60 лет отметили командную работу на «отлично» -36,7% и «удовлетворительно» 45,0% ($p < 0,006$).

Обмен информацией с другими службами, как поликлиника - по уходу (врач общей практики, уход на дому, дом престарелых, социальные службы и т. д.) оценивается как «отлично» 55,0% опрошенных, особенно в возрастной группе до 40 лет 66,7%, 41-60 лет 54,1% и старше 60 лет 46,7%, а также в группе не указавших возраст - 75,0% ($p < 0,050$). При этом 18,8% считают «удовлетворительно», из них 22,8% мужчин и 12,7% женщин. Тем не менее треть респондентов 26,2% отмечают как «плохо»: 35,4% женщин и 20,3% мужчин ($p < 0,029$).

На вопрос «Предоставлена ли конфиденциальность, когда вас осматривали или лечили?» 56,4% респондентов отметили «да»: из них до 40 лет -100,0%, 41-60 лет -61,5%. В группе старше 60 лет по данному пункту по каждому ответу представлена треть респондентов ($p < 0,000$). «Иногда» указали 27,2%, из которых превалирует количество мужчин 33,3% над числом (17,7%) женщин. Наибольшее количество женщин отмечают «нет» 25,3% из 16,3% всех респондентов ($p < 0,005$).

Наличие возможности для семьи или близких пациентов быть вовлеченным в процесс лечения (разговаривать с врачами, получение информации о болезнях и уходе и т. д.) оценили «отлично» 28,2% респондентов (из них в возрастной группе 55,6% до 40 лет и старше 60 лет 36,7%), и половина указали «плохо» 55,9%, из них: превалирует данная оценка у мужчин -60,2% и женщин -49,4% ($p < 0,317$), за счет возрастной группы 41-60 лет 68,8%

В целом оценили помощь, которую получили пациенты в этой больнице «отлично» всех 35,6% респондентов, из них наибольшее количество женщин 58,2%, среди мужчин показатель составил 21,1% (в возрастной категории старше 60 лет 43,3% и трети 26,6% 41-60 лет) и «удовлетворительно» 48,5%, из них мужчин 63,4% и женщин 25,3% (53,3% старше 60 лет, в группе 41-60 лет 59,6% ($p < 0,000$)) и «плохую» оценку в целом дали только 15,8% опрошенных участников ($p < 0,000$).

Таблица 25 – Распределение ответов опрошенных по оценке работы медицинского персонала и организации ухода за больными с РЖ во время

пребывания в больнице (в % к итогу) с учетом возрастной характеристики респондентов

Показатели		Возраст										p
		До 40 лет		41-60 лет		60 и старше лет		4		Итого		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Обмен информацией между лицами, обеспечивающими уход	Плохо	0	0,0	25	22,9	26	43,3	8	33,3	59	29,2	0,000
	Удовлетворительно	0	0,0	56	51,4	17	28,3	0	0,0	73	36,1	
	Отлично	9	100,0	28	25,7	17	28,3	16	66,7	70	34,7	
Оказание помощи в приемном отделении	Плохо	0	0,0	57	52,3	26	43,3	7	29,2	90	44,6	0,000
	Удовлетворительно	0	0,0	28	25,7	17	28,3	0	0,0	45	22,3	
	Отлично	9	100,0	24	22,0	17	28,3	17	70,8	67	33,2	
Информирование при поступлении в больницу	Плохо	1	11,1	63	57,8	21	35,0	7	29,2	92	45,5	0,001
	Удовлетворительно	2	22,2	23	21,1	25	41,7	8	33,3	58	28,7	
	Отлично	6	66,7	23	21,1	14	23,3	9	37,5	52	25,7	
Информация, предоставленная при вашей выписке из больницы	Плохо	0	0,0	37	33,9	29	48,3	0	0,0	66	32,7	0,000
	Удовлетворительно	9	100,0	53	48,6	31	51,7	24	100,0	117	57,9	
	Отлично	0	0,0	19	17,4	0	0,0	0	0,0	19	9,4	
Время ожидания получения результатов медицинских анализов	Плохо	3	33,3	52	47,7	31	51,7	5	20,8	91	45,0	0,008
	Удовлетворительно	0	0,0	20	18,3	4	6,7	7	29,2	31	15,3	
	Отлично	6	66,7	37	33,9	25	41,7	12	50,0	80	39,6	
Время проведения медицинских исследований и / или лечения	Плохо	0	0,0	19	17,4	12	20,0	0	0,0	31	15,3	0,000
	Удовлетворительно	9	100,0	55	50,5	48	80,0	24	100,0	136	67,3	
	Отлично	0	0,0	35	32,1	0	0,0	0	0,0	35	17,3	
Легкость поиска пути в разные отделы	Плохо	0	0,0	61	56,0	32	53,3	7	29,2	100	49,5	0,000
	Удовлетворительно	0	0,0	26	23,9	12	20,0	1	4,2	39	19,3	
	Отлично	9	100,0	22	20,2	16	26,7	16	66,7	63	31,2	
Окружающая среда здания (чистота, простор, спокойствие..)	Плохо	0	0,0	54	49,5	29	48,3	0	0,0	83	41,1	0,000
	Удовлетворительно	9	100,0	41	37,6	31	51,7	24	100,0	105	52,0	
	Отлично	0	0,0	14	12,8	0	0,0	0	0,0	14	6,9	
Легкость признания ролей и обязанностей различных лиц, осуществляющих уход (врачи, медсестры, физиотерапевты, психологи и т. д.), которые занимаются вашим лечением	Плохо	0	0,0	44	40,4	29	48,3	5	20,8	78	38,6	0,000
	Удовлетворительно	1	11,1	48	44,0	20	33,3	8	33,3	77	38,1	
	Отлично	8	88,9	17	15,6	11	18,3	11	45,8	47	23,3	

Продолжение таблицы 25

Обмен информацией между различными лицами, обеспечивающими уход (врачи, медсестры, физиотерапевты, психологи и т. д.)	Плохо	0	0,0	44	40,4	26	43,3	7	29,2	77	38,1	0,000
	Удовлетворительно	0	0,0	44	40,4	19	31,7	3	12,5	66	32,7	
	Отлично	9	100,0	21	19,3	15	25,0	14	58,3	59	29,2	
Как вы оцениваете командную работу: врачи, медсестры и другие лица, обеспечивающие уход	Плохо	0	0,0	14	12,8	11	18,3	4	16,7	29	14,4	0,006
	Удовлетворительно	0	0,0	34	31,2	27	45,0	7	29,2	68	33,7	
	Отлично	9	100,0	57	52,3	22	36,7	13	54,2	101	50,0	
	Незнаю	0	0,0	4	3,7	0	0,0	0	0,0	4	2,0	
Обмен информацией с другими службами, как поликлиника - по уходу (врач общей практики, уход на дому, дом престарелых, социальные службы и т. д.)	Плохо	3	33,3	25	22,9	22	36,7	3	12,5	53	26,2	0,050
	Удовлетворительно	0	0,0	25	22,9	10	16,7	3	12,5	38	18,8	
	Отлично	6	66,7	59	54,1	28	46,7	18	75,0	111	55,0	
Предоставлена ли конфиденциальность, когда вас осматривали или лечили	Плохо	0	0,0	13	11,9	20	33,3	0	0,0	33	16,3	0,000
	Удовлетворительно	0	0,0	29	26,6	18	30,0	8	33,3	55	27,2	
	Отлично	9	100,0	67	61,5	22	36,7	16	66,7	114	56,4	
Возможность для вашей семьи или близких вам людей быть вовлеченным в ваше лечение (разговаривать с врачами, получение информации о болезнях и уходе и т. д.)	Плохо	4	44,4	75	68,8	18	30,0	16	66,7	113	55,9	0,000
	Удовлетворительно	0	0,0	12	11,0	20	33,3	0	0,0	32	15,8	
	Отлично	5	55,6	22	20,2	22	36,7	8	33,3	57	28,2	
В целом как бы вы оценили помощь, которую вы получили в этой больнице?	Плохо	6	66,7	15	13,8	2	3,3	9	37,5	32	15,8	0,000
	Удовлетворительно	0	0,0	65	59,6	32	53,3	1	4,2	98	48,5	
	Отлично	3	33,3	29	26,6	26	43,3	14	58,3	72	35,6	

Таким образом, по вопросам оказания услуг на уровне стационара выявлено, что «обмен информацией между лицами, обеспечивающими уход» оценен «плохо» третью респондентов (29,2%) и оказание помощи в приемном отделении считают «плохим» 44,6% всех респондентов. Несмотря на то, что работает система аккредитации, «легкость поиска пути в разные отделы в стационаре» оценили на «плохо» половина всех опрошенных (49,5%), где преобладают мужчины 61,0% ($p < 0,000$), в возрастных группах 41-60 лет 56% и старше 60 лет 53,3% ($p < 0,000$), а также «легкость признания ролей и обязанностей различных лиц, осуществляющих уход (врачи, медсестры, физиотерапевты, психологи и т.

д.), которые занимаются лечением пациента» оценено «плохо» 40,4% опрошенных в возрастной группе 41-60 лет ($p < 0,000$). Показатель «обмен информацией между различными лицами, обеспечивающими уход (врачи, медсестры, физиотерапевты, психологи и т. д.)» оценили как «плохо» 38,1 % всех респондентов: среди них, мужчин - 46,3% и женщин 25,3% ($p < 0,000$), за счет возрастной группы 41-60 лет 40,4% и старше 60 лет 43,3%, остальные. Исследование показало изменения качества жизни больных с раком желудка после гастрэктомии, например то, что существуют различные функциональные и симптоматические проблемы, которые медицинские работники должны решать в течение послеоперационного периода, такие как: борьба с усталостью, диареей, дисфагией, ограничениями в еде, нарушением образа тела и когнитивными функциями. Кроме того, необходимо информировать пациентов о возможных результатах качества жизни, пока они получают информацию об операции и подписывают информированное согласие на операцию [243].

По результатам множественного регрессионного анализа факторов низкой удовлетворенности пациентов нами было выявлено, что мужской пол, возраст пациента младше 40 лет, время, затрачиваемое на пациента (менее 5 минут), не своевременное информирование, не своевременная передача информации внутри организаций здравоохранения, низкое внимание к физическим проблемам и недостаточная психологическая поддержка увеличивают шансы негативной оценки от 1,3 до 2,25 раз, о чем свидетельствует показатель отношения шансов. Данный факт требует обязательного учета данных факторов в разработке рекомендаций по улучшению оказания медицинской помощи пациентам с РЖ (рисунок 77).

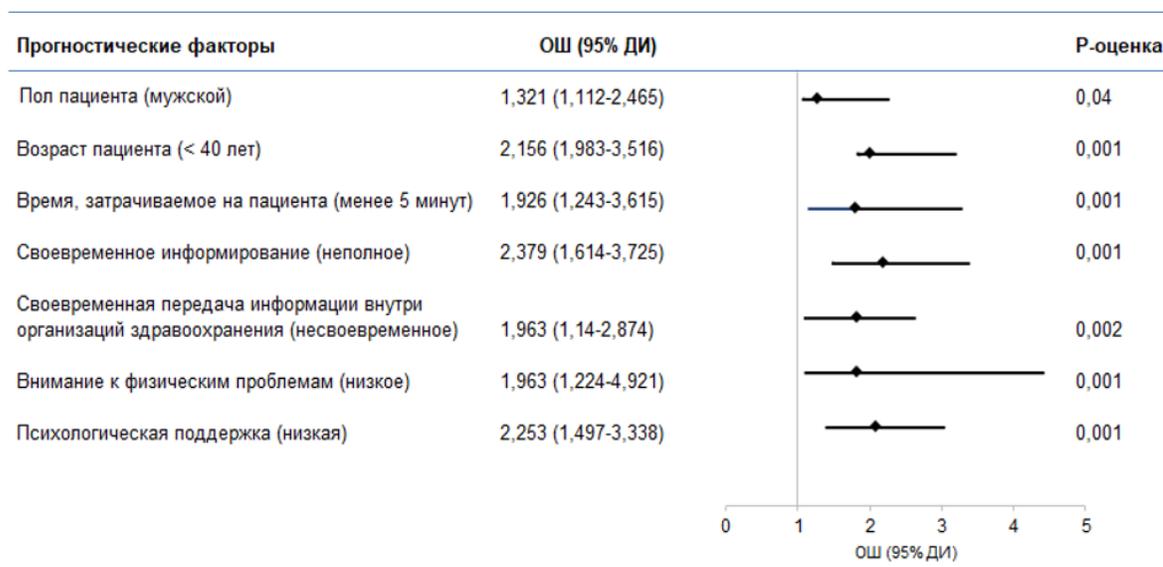


Рисунок 77 – Результаты множественного регрессионного анализа факторов низкой удовлетворенности пациентов

Полученные результаты свидетельствуют о потребности мониторинга маршрута пациента, а также соответствии процедур аккредитации и ее реализации в повседневной практической деятельности медицинского персонала.

Факторы риска низкой удовлетворенности пациентов должны быть минимизированы с учетом приоритезации данного компонента наряду с высоким качеством лечения и диагностики.

5.3 Разработка комплекса практических рекомендаций

С целью оптимизации работы на уровне ПМСП и стационара нами был разработан на основании полученных результатов исследования комплекс мероприятий, рекомендованных для использования при работе с пациентами с РЖ (рисунок 78).

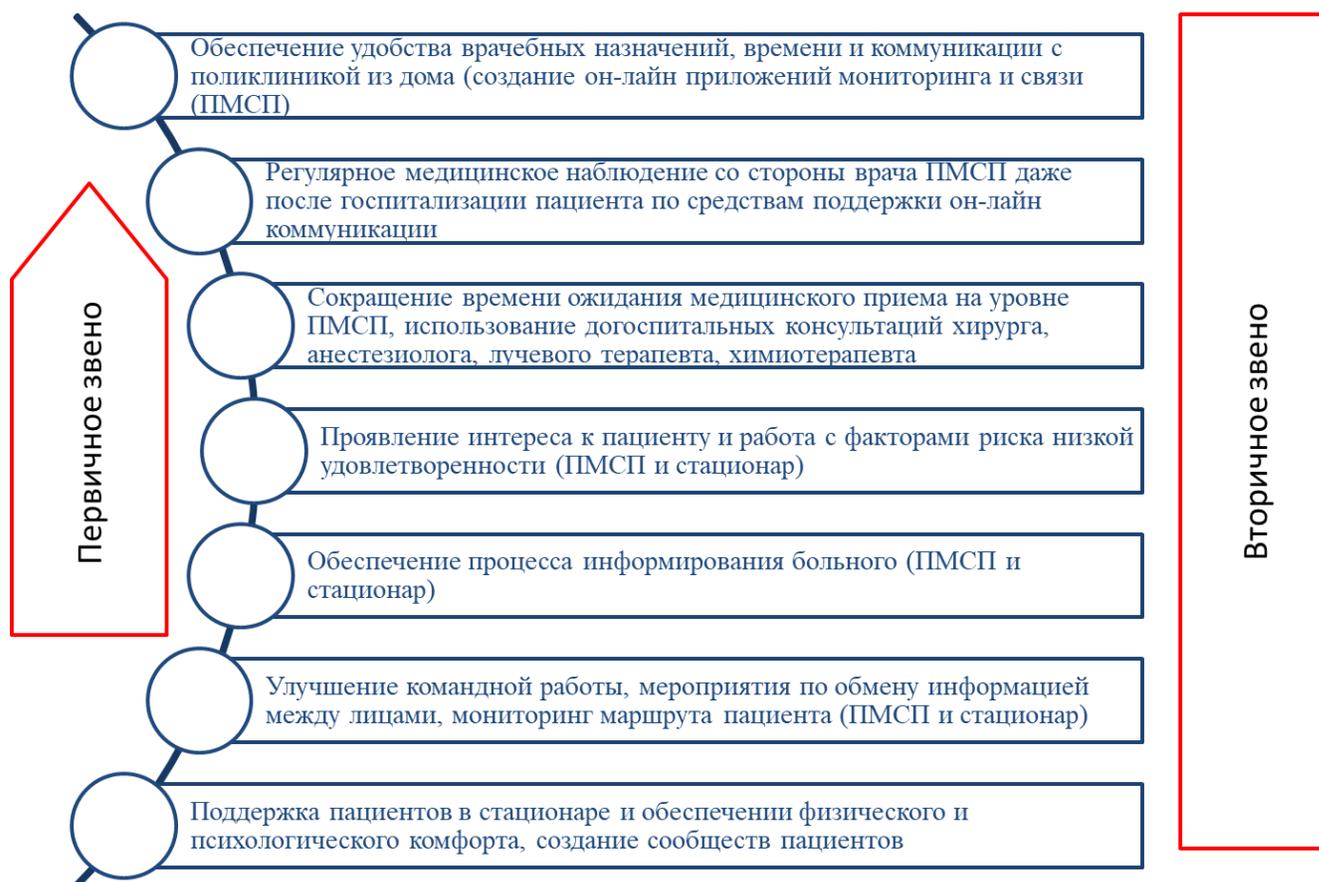


Рисунок 78 – Комплекс практических рекомендаций для организации работы с пациентами с диагнозом РЖ

Ключевыми компонентами, рекомендованными для включения в работу, являлись в первую очередь это обеспечение удобства врачебных назначений, времени и коммуникации с поликлиникой из дома (создание он-лайн приложений мониторинга и связи. Данная функция наиболее оптимальна для адаптации на уровне ПМСП и в то же время трансляция данного опыта может быть применена и для уровня стационара в будущем.

Во-вторых это регулярное медицинское наблюдение со стороны врача ПМСП даже после госпитализации пациента по средствам поддержки он-лайн коммуникации является необходимым фактором поддержания межсекторального взаимодействия в отношении клиничко-диагностического ведения пациента и его психологического комфорта.

В-третьих, важным компонентом, рекомендованным для улучшения организации медицинского обслуживания пациентов с РЖ является сокращение времени ожидания медицинского приема на уровне ПМСП и привлечение догоспитальных консультаций хирурга, анестезиолога, лучевого терапевта, химиотерапевта, также, как и проявление интереса к пациенту и работа с факторами риска низкой удовлетворенности (ПМСП и стационар), обеспечение процесса информирования больного (ПМСП и стационар).

В-четвертых, необходимо улучшение командной работы, разработка и проведение мероприятия по обмену информацией между ведущими пациента специалистами, мониторинг маршрута пациента, который должен быть единой траекторией на уровне ПМСП и стационара.

Финализирующей рекомендацией было создание сообществ пациентов для обеспечения поддержки пациентов в стационаре и обеспечении физического и психологического комфорта.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, в ходе диссертационного исследования мы выявили, что за период с 2010 по 2019 год в целом по Республике Казахстан отмечено снижение как заболеваемости РЖ (с 16,3 до 14,4 на 100 000 населения), так и смертности от данного заболевания (с 13,3 до 9,1 на 100 000 населения). По результатам анализа выявлено, что статистически значимые тренды снижения заболеваемости РЖ отмечены только в пяти из 16 регионов страны (Южно-Казахстанская, Кызылординская, Павлодарская области, г. Астана и г. Алматы). При этом наиболее выраженный тренд снижения заболеваемости РЖ отмечен в г. Астана ($B = -0,92$). За период 2010 по 2019 годов в пяти регионах Казахстана наблюдался статистически значимый тренд снижения и заболеваемости РЖ, и смертности от данного заболевания, и еще в четырех регионах отмечался статистически значимый тренд снижения только смертности от РЖ.

Ключевым показателем эффективности проводимых лечебных мероприятий, которая, в свою очередь, во многом зависит от своевременности диагностики РЖ на ранних стадиях, является пятилетняя выживаемость пациентов. Динамика пятилетней выживаемости пациентов с РЖ за период 2010 по 2019 годов продемонстрировала, что с 2010 года пятилетняя выживаемость прогрессивно уменьшилась с 37,3 до 30,5 %, а с 2013 года начала расти, достигнув к 2018-му значения 42 %. Пятилетняя выживаемость по городу Алматы среди женщин выше в сравнении с мужчинами в исследуемом периоде 2015-2019 годы. Так как стадия заболевания, на которой РЖ был выявлен, является ключевым прогностическим фактором в отношении выживаемости пациента, раннее выявление заболевания крайне важно как с клинической точки зрения, так и с позиции общественного здравоохранения. В течение 2010-2019 годов выявляемость РЖ на I–II стадиях в Казахстане в целом возросла с 16,8 до 38 % за счет снижения доли заболевания, выявленного на поздних III и IV стадиях (на 10,1 и 7,4 % соответственно). По городу Алматы удельный вес 1-2 стадии значительно выше в сравнении с 3-4 стадии, что является положительной тенденцией, и означает о своевременном выявлении больных. Удельный вес 1-2 стадии у лиц мужского пола выше в сравнении с женским во всех изучаемых годах кроме 2019 года, где показатель в обеих группах одинаковый 16,1.

Несмотря на то, что тенденция рака желудка в изучаемый период 2015-2019 года снижается по городу Алматы, в структуре пролеченных случаев РЖ занимает 4 место. Как и в международных исследованиях, показатель заболеваемости РЖ, смертности среди мужского пола выше в сравнении с женским полом. Морфологическая верификация РЖ варьируется в пределах выше 90,0. Динамика кадровой обеспеченности в первичном звене улучшается, за счет увеличения количество сотрудников по совместительству в сравнении с штатными сотрудниками. Возможно, недостаточность кадрового потенциала

повлияла на то, что в 2017 году повторные приемы превышали в сравнении с первичным приемом, однако в дальнейшем ситуация изменилась в противоположную сторону. Количество пациентов, впервые обратившихся к онкологу в 2018, выросло также, как и на диспансерном учете. Таким образом, эпидемиологическая и кадровая ситуация с РЖ в Республике Казахстан имеет устойчивую тенденцию к улучшению. Одним из ключевых факторов, предположительно способствовавших снижению заболеваемости, смертности и улучшению ранней диагностики РЖ в стране, является реализация Государственных программ.

Больные с раком желудка отметили, что необходимо улучшить на уровне поликлинической службы работу по услугам и уходу, временем ожидания медицинского приема 45,05% (91), по организации врачебных назначений и удобства времени, и удобство коммуникации с поликлиникой из дома 67,8% (137), до 40 лет все 100,0% (9), старше 60 лет 78,7% (48) и 41-60 лет 51,9% (56) ($p < 0,000$), а также информирование о том, с кем можно связаться, если больной почувствовал ухудшение самочувствия 37,10% (75). Касательно работы медицинских сотрудников в лице врача первичного звена отличные услуги отмечают 44,6% респондентами, из них наибольшее количество считают представители женского пола 51,3% (41) и 40,2% мужского пола (49) ($p < 0,000$). Оценено хорошая работа среднего медицинского персонала по вопросам проведения обследования (измерение температуры, пульс, давления и др.) ($P < 0,000$) и оказанию внимания на физический комфорт пациента 41,1% оценили отлично и 43,1% удовлетворительно ($p < 0,000$) и комфортное и поддерживающее отношение 52,5% (106), информирование о помощи, которую оказывают средний медицинский персонал, оценили отлично 70,6% респондентов (женщин 83,8% и мужчин 62,0%) и удовлетворительно 28,4% (36,4% мужчин и 16,3% женщин) $p < 0,002$. Тем не менее наблюдается потребность в улучшении работы по проявлению интереса к пациенту по поводу заболевания со стороны врача 51,5% (мужчины 61,5% и женщин 36,3%) ($p < 0,000$). Со стороны медицинского персонала необходимо улучшить отношение человеческих качеств (вежливость, уважение, чувствительность, доброта, терпение...) 55,9% отметили плохо ($p < 0,002$), информирование о результатах лабораторных исследований 57,7%.

По организации ухода больным с раком желудка на уровне первичного звена наблюдается неудовлетворенность по вопросам обмена информацией между лицами, обеспечивающий уход (плохое 63,2% ($p < 0,005$)), время ожидания получения результатов медицинских анализов 56,2%, временем проведения медицинских исследований и / или лечения 68,2%, командную работу врачей, среднего медицинского персонала и других лиц, вовлекающих в процесс лечения и ухода 38,6%, обмен информацией с другими службами, как больница или уход на дому, дом престарелых, социальные службы и т. д. плохим отмечают 64,9%. А также пересмотреть маршруты пациента по подразделению первичного звена

60,7% ($p < 0,000$) и оформлению госпитализации (плохо 65,3%, ($p < 0,000$)), 31,7% респондентов отмечают, что госпитализация проводится несвоевременно, ($p < 0,000$).

В целом больше половины больных с РЖ отмечают отличные знания и опыта работы врачей в стационаре 76,2%, из них группа старше 41-60 лет 64,2% и старше 60 лет 100,0% ($p < 0,000$). Треть респондентов отметили, плохое проявление интереса врачей к пациенту по вопросам их состояния 36,6%, особенно в возрастной группе 41-60 лет 52,3% ($p < 0,000$) и недостаточное информирование пациентов об их заболевании со стороны врачей 45,5% ($p < 0,010$), среди них наибольшее количество женского пола 57,0%, в возрастных группах до 40 лет 66,7%, старше 60 лет 71,7% ($p < 0,000$). Респонденты оценили информирования о результатах лабораторных исследований удовлетворительно врачей 60,4% ($p < 0,166$), за счет возрастной группы старше 60 лет 81,7% и 41-60 лет 50,5%, ($p < 0,000$), и среднего медицинского персонала 89,6%, ($p < 0,000$). Однако информирование о помощи, которую оказывали со стороны среднего медицинского персонала остается недостаточным и оценена как плохо 54,5%, при этом наибольшем случае женщинами 78,5% и мужчинами 39,0%, за счет возрастной группы старше 60 лет 71,7% и до 40 лет 100,0%. ($p < 0,000$). По информированию больных с РЖ о методах лечения респондентами отмечается работа врача отлично 49,0%, лишь треть отмечают плохо 24,3% ($p < 0,394$), у среднего медицинского персонала 54,5%. В основном отлично оценили врачей в группах до 40 лет 66,7%, 41-60 лет 50,5%, старше 60 лет 53,3% и не указавший возраст 25,0%, а плохо средний медицинский персонал оценили возрастная группа старше 60 лет 71,7% и 100,0% до сорока лет и не указавший возраст групп ($p < 0,000$). Однако необходимо отметить, если даже средний медицинский персонал считает, что информирование о методе лечения является функциональными обязанностями врачей, тем не менее информирование о помощи, которую они оказывают должно быть на более высоком уровне, с потребностями и нуждами пациентов. Респонденты оценивают удовлетворительно частоту посещений врачей больными 61,4% ($p < 0,138$) за счет возрастной группы 41-60 лет 78,0% и старше 60 лет 48,3%, ($p < 0,000$) и времени, которую врачи посвятили для пациентов 71,3%, в том числе 64,2% в возрастной группе 41-60 лет, старше 60 лет 95,0% ($p < 0,000$), готовность врачей выслушать опасения больных 68,3% респондентами (74,3% в возрастные категории 41-60 лет), при этом среди женского пола оценена более высоко 59,5% и мужчин 74,0% ($p < 0,000$), а также проведение медицинскими сестрами обследование (измерение температуры, пульс, давления и др.) 63,9%, в основном в группе старше 60 лет 86,7% и 41-60 лет 65,1% ($p < 0,000$).

Потребности в пересмотре и улучшении работы среднего медицинского персонала наблюдается на уровне приемного покоя 45,0% респондентов отмечают плохую работу, из них превалирует в возрасте до 40 лет 66,7%, старше

60 лет 48,3% ($p < 0,000$) (69,6% женщин), а также по вопросам комфорта и поддержки плохо отмечено 62,9% респондентами, из них больше половины мужчин 54,5% и 75,9% женщин ($p < 0,006$), и по времени, которое проводят средний медицинский персонал 67,3%, за счет возрастной группы 86,7% старше 60 лет, 41-60 лет 56,9%, до 40 лет и не указавший возраст групп 66,7% ($p < 0,000$).

Помощь, оказываемая в системе здравоохранения должна быть ориентирована на нужды и потребности больных, тем самым оказав скоординированную, своевременную помощь. При изучении вопроса обмена информацией между лицами, обеспечивающими уход оценено как плохо третью респондентов 29,2% (женщины 25,3% и мужчины 31,7%), в возрастной группе старше 60 лет 43,3%, а также третью респондентов в возрастной группе 41-60 лет 22,9% ($p < 0,000$) и оценка командной работы 50,0% дала отличную оценку, за счет возрастной группы до 40 лет 100,0% и 41-60 лет 52,3%, между полами 11,5% разница, в сторону превалирования женщин, остальные треть 33,7% определили, как удовлетворительно 33,7%. Легкость признания ролей и обязанностей различных лиц, осуществляющих уход (врачи, медсестры, физиотерапевты, психологи и т. д.), которые занимаются лечением пациента оценено в обоих полах треть респондентов 38,6% (мужчин 37,4% и женщин 40,5%) указали плохо ($p < 0,000$), а также обмен информацией с другими службами, как поликлиника - по уходу (врач общей практики, уход на дому, дом престарелых, социальные службы и т. д.) оценивается как плохо, 35,4% женщин и 20,3% мужчин ($p < 0,029$).

Информирование при поступлении в больницу считают «плохим» 45,5%, из них более половины респонденты мужского пола 56,9% и треть женского пола 27,8%, за счет мнения 57,8% в возрастной группе 41-60 лет и треть респондентов в группах старше 60 лет и не отметивших свой возраст ($P < 0,000$). Наибольшее количество респондентов, считают, что информация, предоставленная при выписке из больницы «удовлетворительно» 57,9% (мужчин 60,2% и женщины 54,4%) ($p < 0,000$).

«Легкости поиска пути в разные отделы в стационаре» дали наилучшую отметку треть респондентов - 31,2% (51,9% женщины и 17,9% мужчин), что означает, что пациенты женского пола ориентируется в больнице лучше. Окружающая среда здания (чистота, простор, спокойствие, ...) оценена «плохо» 41,1%, из них 43,9% мужского пола и 36,7% женского пола ($p < 0,486$), за счет возрастных групп старше 60 лет 48,3% и 41-60 лет 49,5%, однако наибольшее количество указало «удовлетворительно» 37,6% в возрасте 41-60 лет, 51,7% старше 60 лет и 100,0% в остальных двух группах ($p < 0,000$).

В целом оценили помощь, которую получили пациенты в этой больнице на «отлично» каждый третий -35,6%, и «удовлетворительно» - практически половина всех опрошенных 48,5%, ($p < 0,000$).

ВЫВОДЫ

1. Проведенный анализ выявил тенденцию снижения показателей заболеваемости (с 16,4 в 2015 году до 15,1 на 100 000 населения), и смертности (11,2 в 2015 году до 9,4 в 2019 году) от рака желудка по городу Алматы. В целом частота встречаемости рака желудка среди мужчин выше в сравнении с женским полом. Тем не менее в структуре пролеченных случаев рак желудка по городу Алматы занимает 4 место (по показателю болезненности наблюдается рост от 546 в 2015 году до 628 в 2019 году), тем самым является актуальной проблемой системы в целом.

2. Удельный вес 1-2 стадии показал снижение от 16,8 в 2016 году до 38 в 2019 году, также отмечается снижение показателя заболеваемости 3-4 стадии РЖ от 30 до 18 в 2019 году в сравнении с 2015, что является положительной тенденцией, и означает о своевременном выявлении больных (среди мужского 1-2 стадии удельный вес выше, чем у женщин, однако 3-4- стадиях удельный вес выше был у женщин в 2015 (14,7) и 2016 (10,2) годах далее ниже чем у мужского пола (2017-2019 гг).

3. Увеличение кадровой обеспеченности наблюдается в периоде 2017 (32,81%) - 2019 (43,27%). годы в городских поликлиниках г.Алматы. Количество сотрудников по совместительству 27,8% значительно превалирует в сравнении с штатными сотрудниками 15,38%.

4. Больные с раком желудка в возрасте 41-60 лет отмечают плохим уровень оказания услуг и помощи на уровне первичного звена, что может быть связано неудовлетворённостью организацией врачебных назначений и удобства времени 74,1%, удобство коммуникации с поликлиникой из дома 51,9% ($p < 0,000$), информирование о том, с кем можно связаться, если больной почувствовал ухудшение самочувствия 34,3%, медицинское наблюдение со стороны врача, 36,1%, из них мужчин 45,9%, а также по проявлению интереса к пациенту по поводу заболевания со стороны врача, 51,5%, из них мужчин 61,5% ($p < 0,002$).

5. Несмотря на то, что респонденты старшего поколения (старше 60 лет) считают уровень оказания услуг и помощи на уровне первичного звена «отличным», недовольны временем ожидания медицинского приема, в основном женского пола ($p < 0,000$) 73,8%, организацией врачебных назначений в удобное время 63,9%, удобство коммуникации с поликлиникой из дома 78,7% ($p < 0,000$), информирование о том, с кем можно связаться, если больной почувствовал ухудшение самочувствия 39,3%.

6. Наблюдается потребность в изучении вопроса недостаточного информирования пациентов о результатах лабораторных исследований со стороны среднего медицинского персонала 57,7%, информирование о методах лечения средним медицинским персоналом 32,3%, ($p < 0,000$) и врачами треть, а также готовности отвечать на звонки пациентов средним медицинским

персоналом ($p < 0,000$) и временем, которое посвящают медицинские сестры пациентам.

7. Командная работа охарактеризовали на низком уровне, оценено как «плохое» мероприятия по обмену информацией между лицами, обеспечивающий уход 63,2% ($p < 0,005$), время ожидания получения результатов медицинских анализов 56,2%, временем проведения медицинских исследований и / или лечения 68,2%, командную работу врачей, среднего медицинского персонала и других лиц, вовлекающих в процесс лечения и ухода 38,6%, обмен информацией с другими службами, как больница или уход на дому, дом престарелых, социальные службы и т. д. «плохим» отмечают 64,9%, а также пересмотреть маршруты пациента по подразделению первичного звена 60,7% ($p < 0,000$) и оформлению госпитализации (плохо 65,3%, ($p < 0,000$)), 31,7% респондентов отмечают, что госпитализация проводится несвоевременно, ($p < 0,000$).

8. Недостаточно проводится работа по информированию пациентов в стационаре, информирование о помощи, которую оказывали со стороны среднего медицинского персонала оценена как «плохо» 54,5% (женщин 78,5% и мужчин 39,0% и старше 60 лет 71,7% и до 40 лет 100,0% ($p < 0,000$)), а также информирование пациентов об их заболеваниях со стороны врачей 45,5% ($p < 0,010$), среди них наибольшее количество женского пола 57,0%, в возрастных группах до 40 лет 66,7%, старше 60 лет 71,7% ($p < 0,000$) и информированию о методах лечения врачами отмечают «плохо» 24,3% ($p < 0,394$), у среднего медицинского персонала 54,5%.

9. Потребности в пересмотре и улучшении работы среднего медицинского персонала наблюдается по вопросам, где отмечают «плохо» в оказании помощи на уровне приемного покоя 45,0%, из них превалирует в возрасте до 40 лет 66,7%, старше 60 лет 48,3% ($p < 0,000$) (69,6% женщин), возможно связано с недостаточным информированием при поступлении в больницу 45,5%, а также по вопросам комфорта и поддержки 62,9% респондентами, из них больше половины мужчин 54,5% и 75,9% женщин ($p < 0,006$), и по времени, которое проводят средний медицинский персонал 67,3%, за счет возрастной группы 86,7% старше 60 лет, 41-60 лет 56,9%, до 40 лет и не указавших возраст групп 66,7% ($p < 0,000$).

10. Недостаточную командную работу отмечают респонденты по вопросу обмена информацией между лицами, обеспечивающими уход: оценено как «плохо» треть респондентов 29,2% (женщины 25,3% и мужчины 31,7%), в возрастной группе старше 60 лет 43,3%, в группе 41-60 лет 22,9% ($p < 0,000$) и легкость признания ролей и обязанностей различных лиц, осуществляющих уход (врачи, медсестры, физиотерапевты, психологи и т. д.), которые занимаются лечением пациента оценено в обоих полах треть респондентов 38,6% (мужчин 37,4% и женщин 40,5%) указали плохо ($p < 0,000$), а также обмен информацией с другими службами, как поликлиника - по уходу (врач общей практики, уход на

дому, дом престарелых, социальные службы и т. д.) оценивается как плохо, 35,4% женщин и 20,3% мужчин ($p < 0,029$).

11. Женщины ориентируются в больнице лучше, так как легкость поиска пути в разные отделы в стационаре дали наилучшую отметку треть респондентов 31,2%, среди них 51,9% женщины и 17,9% мужчин, также окружающая среда здания (чистота, простор, спокойствие, ...) оценена «плохо» 41,1%, из них 43,9% мужского пола и 36,7% женского пола ($p < 0,486$).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Несмотря на положительную динамику снижения заболеваемости и смертности руководителям необходимо продолжить работу по оказанию медицинских услуг данной категории больных, так как по городу Алматы рак желудка занимает 4 место (по показателю болезненности наблюдается рост от 546 в 2015 году до 628 в 2019 году), тем самым является актуальной проблемой системы в целом.

2. Увеличение кадровой обеспеченности способствовало улучшению процесса диспансерного наблюдения, однако непосредственно заинтересованным сторонам необходимо разработать механизмы привлечения штатных сотрудников, с целью улучшения показателей пятилетней выживаемости, а также усиления медико-профилактической работы.

3. Первичное звено является приоритетным направлением, обеспечивающим качественную и своевременную помощь, для улучшения помощи больным с раком желудка на уровне первичного звена необходимо улучшить:

- удобства врачебных назначений и удобства времени, и коммуникации с поликлиникой из дома, медицинское наблюдение со стороны врача, временем ожидания медицинского приема, проявлению интереса к пациенту по поводу заболевания со стороны врача, особенно в процессе цифровизации, среди больных молодого возраста;

- наладить процесс информирования больного по вопросам связи с первичным звеном, о результатах лабораторных исследований со стороны среднего медицинского персонала, информирование о методах лечения, отвечать на звонки пациентов;

- улучшить оказание командной работы, мероприятия по обмену информацией между лицами, обеспечивающий уход, время ожидания получения результатов медицинских анализов, временем проведения медицинских исследований и / или лечения, обмен информацией с другими службами, как больница или уход на дому, дом престарелых, социальные службы и т. д., а также пересмотреть маршруты пациента по подразделению первичного звена и оформлению госпитализации.

4. Государственная политика системы здравоохранения отмечает важность оказания помощи ориентированной на нужды пациента, тем самым необходимо усилить работу по обучению медицинского персонала вопросам информирования пациентов о помощи, которую оказывали со стороны среднего медицинского персонала, а также информирование пациентов об их заболевании со стороны врачей.

5. Также, существует необходимость усиления командной работы по вопросу обмена информацией между лицами, обеспечивающими уход и

признания ролей и обязанностей различных лиц, осуществляющих уход (врачи, медсестры, физиотерапевты, психологи и т. д.), а также обмен информацией с другими службами, как поликлиника - по уходу (врач общей практики, уход на дому, дом престарелых, социальные службы и т. д.).

б. Несмотря на прохождение аккредитации, наблюдается потребность в пересмотре и улучшении работы среднего медицинского персонала на уровне приемного покоя, по вопросам поддержки пациентов в стационаре и обеспечении комфорта, и в пересмотре путей в разные отделы стационара, состоянии окружающей среды здания (чистота, простор, спокойствие и т.д.).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
2. Global Initiative for Cancer Registry Development. International Agency for Research on Cancer. Lyon: France
3. Ferlay J., Shin H. R., Bray F., Forman D., Mathers C., Parkin D. M. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008 // International Journal of Cancer. 2010. Vol. 127 (12). P. 2893–2917.
4. Jemal A., Center M. M., DeSantis C., Ward E. M. Global patterns of cancer incidence and mortality rates and trends // Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention. 2010. Vol. 19 (8). P. 1893–1907.
5. Stewart B.W., Wild C.P. World Cancer Report 2014 Online. The International Agency for Research on Cancer (IARC) Nonserial Publication. WHO Media centre (e-mail: mediainquiries@who.int).
6. Cancer. World Health Organization (February 2011). Проверено 15 сентября 2011. Архивировано из первоисточника 31 марта 2012. (англ.)
7. <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/stomach.html>
8. Noone AM, Howlader N, Krapcho M, Miller D, Brest A, Yu M, Ruhl J, Tatalovich Z, Mariotto A, Lewis DR, Chen HS, Feuer EJ, Cronin KA (eds). SEER Cancer Statistics Review, 1975-2015, National Cancer Institute. Bethesda, MD, https://seer.cancer.gov/csr/1975_2015/, based on November 2017 SEER data submission, posted to the SEER web site, April 2018.
9. The European Cancer Observatory data (<http://eco.iarc.fr>) were used for and 4.7). the production of this factsheet. A list of references is available (in PDF) at: http://www.encl.eu/images/docs/factsheets/ENCR_Factsheet_Stomach_2017_References.pdf
10. Stewart B. W., Kleihues P. World Cancer Report. Lyon: IARC Press, 2003.
11. Forman D., Burley V. J. Gastric cancer: global pattern of the disease and an overview of environmental risk factors // Best Practice and Research. Clinical Gastroenterology. 2006. Vol. 20 (4). P. 633–649.
12. GLOBOCAN 2012: estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. <https://www.iarc.fr/news-events/latest-world-cancer-statistics-globocan-2012-estimated-cancer-incidence-mortality-and-prevalence-worldwide-in-2012/>
13. Amiri M., Janssen F., Kunst A. E. The decline in stomach cancer mortality: exploration of future trends in seven European countries // European Journal of Epidemiology. 2011. Vol. 26 (1). P. 23–28.
14. Parkin D.M. International variation // Oncogene. – 2004. – Vol.23. – P.6329-6340.

15. 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*, in press. The online GLOBOCAN 2018 database is accessible at <http://gco.iarc.fr/>, as part of IARC's Global Cancer Observatory.
16. <https://www.wcrf.org/dietandcancer/cancer-trends/stomach-cancer-statistics>
17. Siegel R., Ma J., Zou Z., Jemal A. Cancer statistics, 2014 // *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2014. Vol. 64 (1). P. 9–29.
18. Isobe Y., Nashimoto A., Akazawa K, Oda I., Hayashi K., Miyashiro I., Katai H., Tsujitani S., Kodera Y., Seto Y., Kaminishi M. Gastric cancer treatment in Japan: 2008 annual report of the JGCA nationwide registry // *Gastric Cancer*. 2011. Vol. 14 (4). P. 301–316.
19. Побтоп Crew K. D., Neugut A. I. Epidemiology of gastric cancer// *World Journal of Gastroenterology*. 2006. Vol. 12 (3). P. 354–362.
20. World Health Organization. Global Health Observatory. Geneva: World Health Organization;2018. who.int/gho/database/en/. Accessed June 21, 2018.
21. Gersten, O, Wilmoth, JR. The cancer transition in Japan since 1951. *Demogr Res*. 2002; 7: 271-306.
22. Bray, F. Transitions in human development and the global cancer burden. In: BW Stewart, CP Wild, eds. *World Cancer Report 2014*. Lyon: IARC Press; 2014: 42- 55.
23. Maule, M, Merletti, F. Cancer transition and priorities for cancer control. *Lancet Oncol*. 2012;13: 745- 746.
24. Ferlay, J, Colombet, M, Soerjomataram, I et al. Global and Regional Estimates of the Incidence and Mortality for 38 Cancers: GLOBOCAN 2018. Lyon: International Agency for Research on Cancer/World Health Organization; 2018.
25. Parkin, DM, Bray, F, Ferlay, J, Pisani, P. Global cancer statistics, 2002. *CA Cancer J Clin*. 2005; 55:74- 108.
26. Jemal, A, Bray, F, Center, MM, Ferlay, J, Ward, E, Forman, D. Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin*. 2011; 61: 69- 90
27. Fidler, MM, Soerjomataram, I, Bray, F. A global view on cancer incidence and national levels of the Human Development Index. *Int J Cancer*. 2016; 139: 2436- 2446.
28. Torre, LA, Bray, F, Siegel, RL, Ferlay, J, Lortet-Tieulent, J, Jemal, A. Global cancer statistics, 2012. *CA Cancer J Clin*. 2015; 65: 87- 108.
29. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research (WCRF/AICR). Continuous Update Project Report: Diet, Nutrition, Physical Activity and Colorectal Cancer 2016. Revised 2018. London: World Cancer Research Fund International; 2018. aicr.org/continuous-update-project/reports/colorectal-cancer-2017-report.pdf. Accessed June 21, 2018.

30. Schreuders, EH, Ruco, A, Rabeneck, L, et al. Colorectal cancer screening: a global overview of existing programmes. *Gut*. 2015; 64: 1637- 1649.
31. Wu, K, Keum, N, Nishihara, R, Giovannucci, EL. Cancers of the colon and rectum. In: MJ Thun, MS Linet, JR Cerhan, CA Haiman, D, Schottenfeld eds. *Cancer Epidemiology and Prevention*. 4th ed. New York, NY: Oxford University Press; 2018: 681- 706
32. United Nations Development Programme. *Human Development Report 2016: Human Development for Everyone*. New York, NY: United Nations Development Programme; 2016.
33. Ferlay, J, Bray, F, Steliarova-Foucher, E, Forman, D. *Cancer Incidence in Five Continents, CI5plus*. IARC CancerBase No. 9. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2018.
34. Brinton, LA, Gaudet, MM, Gierach, GL. Breast cancer. In: MJ Thun, MS Linet, JR Cerhan, CA Haiman, D, Schottenfeld eds. *Cancer Epidemiology and Prevention*. 4th ed. New York: Oxford University Press; 2018: 861- 888.
35. Freddie Bray , Jacques Ferlay ME, Isabelle Soerjomataram etc. *Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries* First published: 12 September 2018 <https://doi.org/10.3322/caac.21492>
36. Plummer, M, Franceschi, S, Vignat, J, Forman, D, Martel, C. Global burden of gastric cancer attributable to *Helicobacter pylori*. *Int J Cancer*. 2015; 136: 487- 490.
37. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research (WCRF/AICR). *Continuous Update Project Report: Diet, Nutrition, Physical Activity and Stomach Cancer 2016*. Revised 2018. London: World Cancer Research Fund International; 2018. wcrf.org/sites/default/files/Stomach-Cancer-2016-Report.pdf. Accessed June 21, 2018.
38. deMartel, C, Parsonnet, J. Stomach cancer. In: MJ Thun, MS Linet, JR Cerhan, CA Haiman, D, Schottenfeld eds. *Cancer Epidemiology and Prevention*. 4th ed. New York: Oxford University Press; 2018: 593- 610.
39. GBD 2015 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016 Oct;388(10053):1659-1724.
40. Kolonel, LN, Hankin, JH, Nomura, AMY. Multiethnic studies of diet, nutrition, and cancer in Hawaii. In: Y Hayashi, M Nagao, T Sugimura, et al, eds. *Diet, Nutrition and Cancer*. Proceedings of the 16th International Symposium of the Princess Takamatsu Cancer Research Fund; Tokyo, Japan; 1985. Tokyo: Japan Scientific Societies Press; Utrecht, the Netherlands: VNU Science Press BV; 1986: 29-40.

41. Plummer M, de Martel C, Vignat J, Ferlay J, Bray F, Franceschi S. Global burden of cancers attributable to infections in 2012: a synthetic analysis. *Lancet Glob Health*. 2016 Sep;4(9):e609-16. doi: 10.1016/S2214-109X(16)30143-7.
42. IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Personal habits and indoor combustions. Volume 100 E. A review of human carcinogens. *IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum*. 2012; 100(pt E): 1- 538.
43. Жандосов О.К., Каусова Г.К., Заболевания пародонта как прогностический фактор риска рака желудка «Vestnik» of the South-Kazakhstan state pharmaceutical academy, *REPUBLIC SCIENTIFIC JOURNAL*, 2019г.
44. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. Washington DC: AICR, 2007. Available from wcrf.org/about-the-report
45. The National Cancer Institute. Physical Activity and Cancer. 2017. Accessed 19/10/2017; available from <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/obesity/physical-activity-fact-sheet - q4>
46. Physical Activity Guidelines Advisory Committee. Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report. 2008.
47. Sedentary Behaviour Research Network. Letter to the editor: standardized use of the terms “sedentary” and “sedentary behaviours”. *Appl Physiol Nutr Metab* 2012; 37: 540–2.
48. Lochhead P., ElOmar E.M. Helicobacter pylori infection and gastric cancer // *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. – 2007. – Vol.21. – P.281-297. 36. Lochhead P., ElOmar E.M. Gastric cancer // *Brit. Med. Bull*. – 2008. – Vol.85. – P.87-100.
49. de Martel C, Ferlay J, Franceschi S, et al. Global burden of cancers attributable to infections in 2008: a review and synthetic analysis. *The Lancet Oncology* 2012; 13: 607-615.
50. Bray F, Ren JS, Masuyer E, Ferlay J. Global estimates of cancer prevalence for 27 sites in the adult population in 2008. *Int J Cancer* 2013;132:1133–45.
51. Арзыкулов Ж.А., Сейтказина Г.Ж, Игисинов С.И., Ажмагамбетова А.Е., Сейсенбаева Г.Т. Показатели онкологической службы Республики Казахстан за 2009 год (статистические материалы). Алматы, 2010. (e-mail: cancer_registr@mail.ru).
52. Brenner H., Rothenbacher D., Arndt V. Epidemiology of stomach cancer // *Methods Mol. Biol*. – 2009. – Vol.472. – P.467-77.
53. Crew K.D., Neugut A.I. Epidemiology of gastric cancer // *World J. Gastroenterol*. – 2006. – Vol.12. – P.354-362.
54. Karimi P., Islami F., Anandasabapathy S., Freedman N. D., Kamangar F. Gastric Cancer: Descriptive Epidemiology, Risk Factors, Screening, and Prevention // *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention*. 2014. Vol. 23 (5). P. 700–713.

55. Howlader N, Noone A, Krapcho M, Neyman N, Aminou R, Waldron W, et al. SEER cancer statistics review, 1975–2008. Bethesda, MD: National Cancer Institute 2011;19.
56. Brown LM, Devesa SS. Epidemiologic trends in esophageal and gastric cancer in the United States. *Surg Oncol Clin N Am* 2002;11:235–56.
57. Freedman N, Derakhshan M, Abnet C. Male predominance of upper gastrointestinal adenocarcinoma cannot be explained by differences in tobacco smoking in men versus women. *Eur J Cancer* 2010;46:2473–8.
58. Sheh A, Ge Z, Parry NMA, Muthupalani S, et al. 17 β -estradiol and tamoxifen prevent gastric cancer by modulating leukocyte recruitment and oncogenic pathways in helicobacter pylori–infected INS-GAS male mice. *Cancer Prev Res* 2011;4:1426–35.
59. Derakhshan MH, Liptrot S, Paul J, Oesophageal and gastric intestinal-type adenocarcinomas show the same male predominance due to a 17 year delayed development in females. *Gut* 2009;58:16–23.
60. Sipponen P, Correa P. Delayed rise in incidence of gastric cancer in females results in unique sex ratio (M/F) pattern: etiologic hypothesis. *Gastric Cancer* 2002;5:213–9.
61. Sipponen P, Correa P. Delayed rise in incidence of gastric cancer in females results in unique sex ratio (M/F) pattern: etiologic hypothesis. *Gastric Cancer* 2002;5:213–9.
62. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Ingested nitrate and nitrite, and cyanobacterial peptide toxins. *IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum* 2010;94:1–412.
63. Ladeiras-Lopes R, Pereira AK, Nogueira A, Pinheiro-Torres T, et al. Smoking and gastric cancer: systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Cancer Causes Control* 2008;19:689–701.
64. Cook MB, Kamangar F, et al. Cigarette smoking and adenocarcinomas of the esophagus and esophagogastric junction: a pooled analysis from the international BEACON consortium. *J Natl Cancer Inst* 2010;102:1344–53.
65. Freedman ND, Abnet CC, et al. A prospective study of tobacco, alcohol, and the risk of esophageal and gastric cancer subtypes. *Am J Epidemiol* 2007;165:1424–33.
66. Sadjadi A, Derakhshan MH, et al. Neglected role of hookah and opium in gastric carcinogenesis: a cohort study on risk factors and attributable fractions. *Int J Cancer* 2014;134:181–8.
67. Shakeri R, Malekzadeh R, et al. Association of tooth loss and oral hygiene with risk of gastric adenocarcinoma. *Cancer Prev Res* 2013;6:477–82.
68. Каусова Г. К., Жандосов О.К. Особенности онкоэпидемиологии и патогенеза рака желудка //Scientific-Practical Journal of Medicine," Vestnik KazNMU". – 2015. – №. 4.

69. González C.A., Pera G., Agudo A., Palli D. et al. Smoking and the risk of gastric cancer in the European Prospective Investigation Into Cancer and Nutrition (EPIC) // *Int. J. Cancer.* – 2003. – Vol.107. – P.629-634
70. LadeirasLopes R., Pereira A.K., Nogueira A., PinheiroTorres T., Pinto I., SantosPereira R., Lunet N. Smoking and gastric cancer: systematic review and metaanalysis of cohort studies // *Cancer Causes Control.* – 2008. – Vol.19. – P.689-701.
71. Tsugane S., Sasazuki S. Diet and the risk of gastric cancer: review of epidemiological evidence // *Gastric Cancer.* – 2007. – Vol.10. – P.75-83
72. Unidentified curved bacilli on gastric epithelium in active chronic gastritis. *Lancet* 1983;1:1273–5.
73. Kamangar F, Sheikhattari P, Mohebtash M. Helicobacter pylori and its effects on human health and disease. *Arch Iran Med* 2011;14:192–9.
74. Helicobacter and Cancer Collaborative Group. Gastric cancer and Helicobacter pylori: a combined analysis of 12 case control studies nested within prospective cohorts. *Gut* 2001;49:347–53.
75. Marshall B.J., Warren J.R. Unidentified curved bacilli in the stomach of patients with gastritis and peptic ulceration // *Lancet.* – 1984. – Vol.1. – P.1311-1315.
76. Infection with Helicobacter pylori // *IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum.* – 1994. – Vol.61. – P.177-240.
77. Malfertheiner P., Fry L.C., Mönkemüller K. Can gastric cancer be prevented by Helicobacter pylori eradication? // *Best Pract Res. Clin. Gastroenterol.* – 2006. – Vol.20. – P.709-719.
78. Peter S., Beglinger C. Helicobacter pylori and gastric cancer: the causal relationship // *Digestion.* – 2007. – Vol.75. – P.25-35.
79. Eslick G.D. Helicobacter pylori infection causes gastric cancer? A review of the epidemiological, metaanalytic, and experimental evidence // *World J. Gastroenterol.* – 2006. – Vol.12. – P.2991-2999.
80. Weyermann M., Adler G., Brenner H., Rothenbacher D. The mother as source of Helicobacter pylori infection // *Epidemiology.* – 2006. – Vol.17. – P.332-334.
81. Berrino F. The EURO CARE Study: strengths, limitations and perspectives of populationbased, comparative survival studies // *Ann Oncol.* – 2003. – Vol.14, suppl.
82. Prinz C., Schwendy S., Voland P. H pylori and gastric cancer: shifting the global burden // *World J. Gastroenterol.* – 2006. – Vol.12. – P.5458-5464.
83. Lochhead P., ElOmar E.M. Helicobacter pylori infection and gastric cancer // *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* – 2007. – Vol.21. – P.281-297.
84. Correa P., Schneider B.G. Etiology of gastric cancer: what is new? // *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* – 2005. – Vol.14. – P.1865-1868.
85. Ando T., Goto Y., Maeda O., Watanabe O., Ishiguro K., Goto H. Causal role of Helicobacter pylori infection in gastric cancer // *World J. Gastroenterol.* – 2006. – Vol.12. – P.181-186.

86. Жандосов О.К., Каусова Г.К., Акильжанова А.Р., Файзулина К.М. Капсульная диагностика заболеваний желудочно-кишечного тракта, «Vestnik» of the South-Kazakhstan state pharmaceutical academy, REPUBLIC SCIENTIFIC JOURNAL, 2019г.
87. Mantovani A., Allavena P., Sica A., Balkwill F. Cancer-related inflammation // *Nature*. – 2008. – Vol.454. – P.436-444.
88. Hamajima N., Naito M., Kondo T., Goto Y. Genetic factors involved in the development of Helicobacter pylori-related gastric cancer // *Cancer Sci*. – 2006. – Vol.97. – P.1129-1138.
89. Tumour necrosis factor A polymorphisms and gastric cancer risk: a meta-analysis // *Brit. J. Cancer*. – 2008. – Vol.98. – P.1443-1451.
90. Prinz C., Schwendy S., Volland P. H pylori and gastric cancer: shifting the global burden // *World J. Gastroenterol*. – 2006. – Vol.12. – P.5458-5464.
91. Kuipers E.J., Sipponen P. Helicobacter pylori eradication for the prevention of gastric cancer // *Helicobacter*. – 2006. – Vol.11, Suppl. 1. – P.52-57.
92. Trautmann K., Stolte M., Miehlke S. Eradication of H pylori for the prevention of gastric cancer // *World J. Gastroenterol*. – 2006. – Vol.12. – P.5101-5107
93. González C, Megraud F, et al. Helicobacter pylori infection assessed by ELISA and by immunoblot and noncardia gastric cancer risk in a prospective study: the Eurgast-EPIC project. *Ann Oncol* 2012;23:1320–4.
94. Chen Y, Blaser MJ Helicobacter pylori colonization is inversely associated with childhood asthma. *J Infect Dis* 2008;198:553–60.
95. Blaser MJ, Falkow S. What are the consequences of the disappearing human microbiota? *Nat Rev Microbiol* 2009;7:887–94.
96. Julia C, Valleron A-J Louis-René Villermé (1782–1863), a pioneer in social epidemiology: re-analysis of his data on comparative mortality in Paris in the early 19th century. *J Epidemiol Community Health* 2011;65:666–70.
97. Hanley J. Edwin Chadwick and the poverty of statistics. *Med Hist* 2002;46:21.
98. Kamangar F. Socio-economic health inequalities: ever-lasting facts or amenable to change? *Int J Prev Med* 2013;4:621–3.
99. Adler NE, Ostrove JM. Socioeconomic status and health: what we know and what we don't. *Ann N Y Acad Sci* 2006;896:3–15.
100. Mendoza D, Herrera P, Gilman RH, et al. Variation in the prevalence of gastric cancer in Peru. *Int J Cancer* 2008;123:414–20.
101. Hansson LE, Baron J, Nyren O, et al. Early-life risk indicators of gastric cancer. A population-based case-control study in Sweden. *Int J Cancer* 1994;57:32–7.
102. Uthman OA, Jadidi E, Moradi T. Socioeconomic position and incidence of gastric cancer: a systematic review and meta-analysis. *J Epidemiol Community Health* 2013;67:854–60.

103. Kelley JR, Duggan JM. Gastric cancer epidemiology and risk factors. *J Clin Epidemiol* 2003;56:1–9.
104. Epplein M, Signorello LB, Zheng W, et al. Race, African ancestry, and *Helicobacter pylori* infection in a low-income United States population. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2011;20:826–34.
105. Wiseman M. The second World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research expert report. Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective. *Proc Nutr Soc* 2008;67:253–6.
106. World Health Organisation. Global Status Report on Noncommunicable Diseases. 2014.
107. WHO. Global Recommendations on Physical Activity for Health. 2010.
108. Howson, CP, Hiyama, T, Wynder, EL. The decline in gastric cancer: epidemiology of an unplanned triumph. *Epidemiol Rev.* 1986; 8: 1- 27.
109. Joossens JV, Hill MJ, et al. Dietary salt, nitrate and stomach cancer mortality in 24 countries. European Cancer Prevention (ECP) and the INTERSALT Cooperative Research Group. *Int J Epidemiol* 1996;25:494–504.
110. Ge S, Feng X, Shen L, Wei Z, Zhu Q, Sun J . Association between habitual dietary salt intake and risk of gastric cancer: a systematic review of observational studies. *Gastroenterol Res Pract* 2012;2012:808120.
111. Kim J, Park S, Nam BH . Gastric cancer and salt preference: a population-based cohort study in Korea. *Am J Clin Nutr* 2010;91:1289–93.
112. Tsugane S, Sasazuki S, Kobayashi M, Sasaki S. Salt and salted food intake and subsequent risk of gastric cancer among middle-aged Japanese men and women. *Br J Cancer* 2004;90:128–34.
113. Dungal N. The special problem of stomach cancer in Iceland with particular reference to dietary factors. *JAMA* 1961;178:789–98.
114. Dungal N, Sigurjónsson J. Gastric cancer and diet. A pilot study on dietary habits in two districts differing markedly in respect of mortality from gastric cancer. *Br J Cancer* 1967;21:270–6.
115. Nagini S. Carcinoma of the stomach: a review of epidemiology, pathogenesis, molecular genetics and chemoprevention. *World J Gastroint Oncol* 2012;4:156–69.
116. Wogan GN, Hecht SS, Felton JS, Conney AH, Loeb LA. Environmental and chemical carcinogenesis. *Semin Cancer Biol* 2004;14:473–86.
117. Zhou Y, Zhuang W, Hu W, Liu GJ, Wu TX,. Consumption of large amounts of allium vegetables reduces risk for gastric cancer in a meta-analysis. *Gastroenterology* 2011;141:80–9.
118. Key TJ. Fruit and vegetables and cancer risk. *Br J Cancer* 2011;104:6–11.
119. Kamangar F, Karimi P . The state of nutritional epidemiology: why we are still unsure of what we should eat? *Arch Iran Med* 2013;16:483–6.

120. Freedman ND, Subar AF, Hollenbeck AR. Fruit and vegetable intake and gastric cancer risk in a large United States prospective cohort study. *Cancer Causes Control* 2008;19:459–67.
121. Gonzalez CA, Lujan-Barroso L, et al. Fruit and vegetable intake and the risk of gastric adenocarcinoma: a reanalysis of the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC-EURGAST) study after a longer follow-up. *Int J Cancer* 2012;131:2910–9.
122. Ma J-L, Zhang L, Brown LM, et al. Fifteen-year effects of *Helicobacter pylori*, garlic, and vitamin treatments on gastric cancer incidence and mortality. *J Natl Cancer Inst* 2012;104:488–92.
123. Kamangar F, Emadi A. Vitamin and mineral supplements: do we really need them? *Int J Prev Med* 2012;3:221–6.
124. Taylor PR, Greenwald P. Nutritional interventions in cancer prevention. *J Clin Oncol* 2005;23:333–45.
125. Qiao Y-L, Dawsey SM, 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;101:507–18.
126. Praud D, Bertuccio P, Bosetti C, . Adherence to the Mediterranean diet and gastric cancer risk in Italy. *Int J Cancer* 2013 Nov 21. [Epub ahead of print].
127. Bertuccio P, Rosato V, et al. Dietary patterns and gastric cancer risk: a systematic review and meta-analysis. *Ann Oncol* 2013;24:1450–8.
128. Abnet C, Freedman N, Kamangar F, Leitzmann M, Hollenbeck A, Schatzkin A. Non-steroidal anti-inflammatory drugs and risk of gastric and oesophageal adenocarcinomas: results from a cohort study and a meta-analysis. *Br J Cancer* 2009;100:551–7.
129. Tian W, Zhao Y, Liu S, Li X. Meta-analysis on the relationship between nonsteroidal anti-inflammatory drug use and gastric cancer. *Eur J of Cancer Prev* 2010;19:288–98.
130. Yang P, Zhou Y, et al. Aspirin use and the risk of gastric cancer: a meta-analysis. *Dig Dis Sci* 2010;55:1533–9.
131. Algra AM, Rothwell P. Effects of regular aspirin on long-term cancer incidence and metastasis: a systematic comparison of evidence from observational studies versus randomised trials. *Lancet Oncol* 2012;13:518–27.
132. Bosetti C, Rosato V, Gallus S, Cuzick J, La Vecchia C. Aspirin and cancer risk: a quantitative review to 2011. *Ann Oncol* 2012;23:1403–15.
133. Rothwell PM, Fowkes FGR, Belch JF, . Effect of daily aspirin on long-term risk of death due to cancer: analysis of individual patient data from randomised trials. *Lancet* 2011;377:31–41.
134. Singh PP, Singh S. Statins are associated with reduced risk of gastric cancer: a systematic review and meta-analysis. *Ann Oncol* 2013;24:1721–30.

135. Wu XD, Zeng K, Xue FQ, hen JH, Chen YQ. Statins are associated with reduced risk of gastric cancer: a meta-analysis. *Eur J Clin Pharmacol* 2013;69:1855–60.
136. Beales IL, Hensley A, Loke Y . Reduced esophageal cancer incidence in statin users, particularly with cyclo-oxygenase inhibition. *World J Gastrointest Pharmacol Ther* 2013;4:69–79.
PubMedGoogle Scholar
137. Vallianou NG, Kostantinou A, Kougias M, . Statin sand cancer. *Anticancer Agents Med Chem* 2013;28:28.
138. Baigent C, Blackwell L,et al. Efficacy and safety of more intensive lowering of LDL cholesterol: a meta-analysis of data from 170,000 participants in 26 randomised trials. *Lancet* 2010;376:1670–81.
139. Hoyo C, Cook MB, etc Body mass index in relation to oesophageal and oesophagogastric junction adenocarcinomas: a pooled analysis from the International BEACON Consortium. *Int J Epidemiol* 2012;41:1706–18.
140. Chen Y, Liu L, et al. Body mass index and risk of gastric cancer: a meta-analysis of a population with more than ten million from 24 prospective studies. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2013;22:1395–408.
Abstract/FREE Full TextGoogle Scholar
141. Corley DA, Kubo A, Zhao W. Abdominal obesity and the risk of esophageal and gastric cardia carcinomas. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2008
142. Aleman JO, Eusebi LH, etc.. Mechanisms of obesity-induced gastrointestinal neoplasia. *Gastroenterology* 2014;146:357–73.
143. Singh S, Varayil JE, etc. Physical activity is associated with reduced risk of gastric cancer: a systematic review and meta-analysis. *Cancer Prev Res* 2014;7:12–22.
144. Rubenstein JH, Taylor JB . Meta-analysis: the association of oesophageal adenocarcinoma with symptoms of gastro-oesophageal reflux. *Aliment Pharmacol Ther* 2010;32:1222–7.
145. Farrow DC, Vaughan TL, Sweeney C, Gammon MD,et al. Gastroesophageal reflux disease, use of H2 receptor antagonists, and risk of esophageal and gastric cancer. *Cancer Causes Control*2000;11:231–8
146. Engel LS, Chow WH, Vaughan TL, et al Population attributable risks of esophageal and gastric cancers. *J Natl Cancer Inst*2003;95:1404–13
147. Figueroa JD, Terry MB, Gammon MD, et al. Cigarette smoking, body mass index, gastro-esophageal reflux disease, and non-steroidal anti-inflammatory drug use and risk of subtypes of esophageal and gastric cancers by P53 overexpression. *Cancer Causes Control* 2009;20:361–8
148. Hansen S, ollset SE, Derakhshan MH, Fyfe V,et al. Two distinct etiologies of cardia cancer; evidence from premorbid serological markers of gastric atrophy and *Helicobacter pylori* status. *Gut*2007;56:918–25

149. Horii T, Koike T, Abe Y, etc Two distinct types of cancer of different origin may be mixed in gastroesophageal junction adenocarcinomas in Japan: evidence from direct evaluation of gastric acid secretion. *Scand J Gastroenterol* 2011;46:710–9
150. Solaymani-Dodaran M, Logan RF, West J, Card T, Coupland C. Risk of oesophageal cancer in Barrett's oesophagus and gastro-oesophageal reflux. *Gut* 2004;53:1070–4
151. Bernini M, Barbi S, Roviello F, et al. Family history of gastric cancer: a correlation between epidemiologic findings and clinical data. *Gastric Cancer* 2006;9:9–13
152. La Vecchia C, Negri E, Gentile A, Franceschi S. Family history and the risk of stomach and colorectal cancer. *Cancer* 2006;70:50–5
153. Yaghoobi M, Bijarchi R, Narod S. Family history and the risk of gastric cancer. *Br J Cancer* 2009;102:237–42.
154. Kolonel LN, Hankin JH, Nomura AM. Multiethnic studies of diet, nutrition, and cancer in Hawaii. *Princess Takamatsu Symp* 1985;16:29–40
155. Galizia G., Lieto E., Orditura M., Castellano P., Mura A.L., Imperatore V., Pinto M., Zamboli A., De Vita F., Ferraraccio F. Epidermal growth factor receptor (EGFR) expression is associated with a worse prognosis in gastric cancer patients undergoing curative surgery // *World J. Surg.* – 2007. – Vol.31. – P.1458-1468.
156. Johnson S.M., Evers B.M. Translational research in gastric malignancy // *Surg. Oncol. Clin. N. Am.* – 2008. – Vol.17. – P.323-340
157. Lieto E., Ferraraccio F., Orditura M., Castellano P., Mura A.L., Pinto M., Zamboli A., De Vita F., Galizia G. Expression of vascular endothelial growth factor (VEGF) and epidermal growth factor receptor (EGFR) is an independent prognostic indicator of worse outcome in gastric cancer patients // *Ann. Surg. Oncol.* – 2008. – Vol.15. – P.69-79.
158. Жандосов О. К., Каусова Г. К., Калматаева Ж. А. Влияние качества своевременной диагностики на эпидемиологию рака желудка в пмсп казахстана // *фармация казахстана.* – 2015. – №. 2. – с. 39-41.
159. Panani A.D. Cytogenetic and molecular aspects of gastric cancer: clinical implications // *Cancer Lett.* – 2008. – Vol.266. – P. 99-115
160. Smith M.G., Hold G.L., Tahara E., ElOmar E.M. Cellular and molecular aspects of gastric cancer // *World J. Gastroenterol.* – 2006. – Vol.12. – P.2979-2990..
161. Tamura G. Alterations of tumor suppressor and tumorrelated genes in the development and progression of gastric cancer // *World J. Gastroenterol.* – 2006. – Vol.12. – P.192-198.
162. Parkin D.M., Bray F., Ferlay J., Pisani P. Global cancer statistics, 2002 // *CA Cancer J. Clin.* – 2005. – Vol.55. – P.74-108.
163. Bernstein C., Bernstein H., Payne C.M., Dvorak K., Garewal H. Field defects in progression to gastrointestinal tract cancers // *Cancer Lett.* – 2008. – Vol.260. – P.1-10.

164. Степанов И.В., Завьялова М.Б., Перельмутер В.М., Вторушин С.В., Чердынцева Н.В., Афанасьев С.Г. «Особенности экспрессии MUC2 и MUC5 при кишечном и диффузном типах рака желудка», «Характеристика экспрессии показателей апоптоза при раке желудка кишечного и диффузного типов». VII съезд онкологов и радиологов стран СНГ «Эпидемиология злокачественных новообразований», №338 и №339, Астана, 5-7 сентября 2012г. - стр.161-162.
165. Leung WK, Wu M, et al. Screening for gastric cancer in Asia: current evidence and practice. *Lancet Oncol* 2008;9:279–87
166. Zhandossov O., Kausova G. THE IDENTIFICATION OF GASTRIC CANCER PATIENTS ISSUE, CONFERENCE ABSTRACTBOOK, Public organization “Young Doctors of Azerbaijan” with official partnership of the West-Kazakhstan Marat Ospanov State Medical University & Nizhny Novgorod State Medical Academy 4th Annual International Scientific-Practical Conference «MEDICINE PRESSING QUESTIONS» October 29-30, 2015, Baku, Azerbaijan. Стр. 32
167. Hamashima C, Shibuya D, et al. The Japanese guidelines for gastric cancer screening. *Jpn J Clin Oncol* 2008;38:259–67.
168. Croswell JM, Ransohoff DF, Kramer BS. Principles of cancer screening: lessons from history and study design issues. *Semin Oncol* 2010;37:202–15
169. Suzuki KJ, Nakaji S, Tokunaga S, Shimoyama T, Umeda T, Sugawara K. Confounding by dietary factors in case-control studies on the efficacy of cancer screening in Japan. *Eur J Epidemiol* 2005;20:73–8
170. Samloff IM, Taggart RT. Pepsinogens, pepsins, and peptic ulcer. *Clin Invest Med* 1987;10:215–21
171. Ren JS, Kamangar F, Qiao YL, Taylor PR, Liang H, Dawsey SM, et al. Serum pepsinogens and risk of gastric and oesophageal cancers in the General Population Nutrition Intervention Trial cohort. *Gut* 2009;58:636–42.
172. Abnet CC, Zheng W, Ye W, Kamangar F, Ji BT, Persson C, et al. Plasma pepsinogens, antibodies against *Helicobacter pylori*, and risk of gastric cancer in the Shanghai Women's Health Study Cohort. *Br J Cancer* 2011;104:1511–6
173. Watabe H, Mitsushima T, Yamaji Y, Okamoto M, Wada R, Kokubo T, et al. Predicting the development of gastric cancer from combining *Helicobacter pylori* antibodies and serum pepsinogen status: a prospective endoscopic cohort study. *Gut* 2005;54:764–8.
174. Dong CX, Brubaker PL. Ghrelin, the proglucagon-derived peptides and peptide YY in nutrient homeostasis. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2012;9:705–15
175. Murphy G, Kamangar F, et al. The relationship between serum ghrelin and the risk of gastric and esophagogastric junctional adenocarcinomas. *J Natl Cancer Inst* 2011;103:1123–9

176. Sadjadi A, Yazdanbod A, Lee YY, et al. Serum ghrelin; a new surrogate marker of gastric mucosal alterations in upper gastrointestinal carcinogenesis. *PLoS ONE* 2013;8:e74440.
177. Zhang Y, Weck MN, Schottker B, Rothenbacher D, Brenner H. Gastric parietal cell antibodies, *Helicobacter pylori* infection, and chronic atrophic gastritis: evidence from a large population-based study in Germany. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2013;22:821–6.
178. Areia M, Carvalho R, Cadime AT, Rocha Goncalves F, Dinis-Ribeiro M. Screening for gastric cancer and surveillance of premalignant lesions: a systematic review of cost-effectiveness studies. *Helicobacter* 2013;18:325–37.
179. Choi KS, Kwak MS, Lee HY, Jun JK, Hahm MI, Park EC. Screening for gastric cancer in Korea: population-based preferences for endoscopy versus upper gastrointestinal series. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2009;18:1390–8
180. Ricci C, Holton J, Vaira D. Diagnosis of *Helicobacter pylori*: invasive and non-invasive tests. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2007;21:299–313
181. Dinis-Ribeiro M, Areia M, de Vries AC, Marcos-Pinto R, Monteiro-Soares M, O'Connor A, et al. Management of precancerous conditions and lesions in the stomach (MAPS): guideline from the European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE), European *Helicobacter* Study Group (EHS), European Society of Pathology (ESP), and the Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED). *Endoscopy* 2012;44:74–94.
182. Aida K, Yoshikawa H, Mochizuki C, Mori A, Muto S, Fukuda T, et al. Clinicopathological features of gastric cancer detected by endoscopy as part of annual health checkup. *J Gastroenterol Hepatol* 2008;23:632–7.
183. Lee BE, Kim GH, Park do Y, Kim DH, Jeon TY, Park SB, et al. Acetic acid-indigo carmine chromoendoscopy for delineating early gastric cancers: its usefulness according to histological type. *BMC Gastroenterol* 2010;10:97.
184. Yao K, Iwashita A, Tanabe H, Nishimata N, Nagahama T, Maki S, et al. White opaque substance within superficial elevated gastric neoplasia as visualized by magnification endoscopy with narrow-band imaging: a new optical sign for differentiating between adenoma and carcinoma. *Gastrointest Endosc* 2008;68:574–80.
185. Kim BJ, Heo C, Kim BK, Kim JY, Kim JG. Effectiveness of gastric cancer screening programs in South Korea: organized vs opportunistic models. *World J Gastroenterol*. 2013;19(5):736-41.
186. Kim YS, Park HA, Kim BS, Yook JH, Lee MS. Efficacy of screening for gastric cancer in a Korean adult population: a case-control study. *J Korean Med Sci*. 2000;15:510–515.
187. Kubota H, Kotoh T, Masunaga R, Dhar DK, Shibakita M, Tachibana M, Kohno H, Nagasue N. Impact of screening survey of gastric cancer on clinicopathological features and survival: retrospective study at a single institution. *Surgery*. 2000;128:41–47

188. Town Lin Screening of Gastric Cancer: Who, When, and How *Jaw–Clinical Gastroenterology and Hepatology* 2014;12:135–138 [https://www.cghjournal.org/article/S1542-3565\(13\)01513-9/pdf](https://www.cghjournal.org/article/S1542-3565(13)01513-9/pdf)
189. Oshima A, Hirata N, Ubukata T, Umeda K, Fujimoto I. Evaluation of a mass screening program for stomach cancer with a case-control study design. *Int J Cancer*. 1986;38:829–833.
190. Fukao A, Tsubono Y, Tsuji I, Hisamichi S, Sugahara N, Takano A. The evaluation of screening for gastric cancer in Miyagi Prefecture, Japan: a population-based case-control study. *Int J Cancer*. 1995;60:45–48.
191. Mizoue T, Yoshimura T, Tokui N, Hoshiyama Y, Yatsuya H, Sakata K, Kondo T, Kikuchi S, Toyoshima H, Hayakawa N, et al. Prospective study of screening for stomach cancer in Japan. *Int J Cancer*. 2003;106:103–107.
192. Masahiro Asaka A new approach for elimination of gastric cancer deaths in Japan *International of journal cancer* First published: 26 November 2012 <https://doi.org/10.1002/ijc.27965>
193. Abzalbek Y. et al. Minimally invasive surgical approach for the treatment of esophageal cancer as a component of multimodal treatment // *Annals of Oncology*. – 2019. – T. 30. – С. 107.
194. О.К. Жандосов, Г.К. Каусова «к вопросу лечебного патоморфоза после неoadьювантной лекарственной терапии рака желудка», научно-практический журнал казахского национального медицинского университета «вестник каззму», Алматы-2015, №4 Стр. 127-129. 3
195. Japanese Gastric Cancer Association. Japanese gastric cancer treatment guidelines 2014 (ver. 4). *Gastric Cancer*. 2016;20(1):1-19.
196. Tokunaga M, Ohya S, Hiki N, et al. Therapeutic value of lymph node dissection in advanced gastric cancer with macroscopic duodenum invasion: is the posterior pancreatic head lymph node dissection beneficial? *Ann Surg Oncol*. 2009;16:1241–1246. doi: 10.1245/s10434-009-0345-4.
197. Wilke H, Muro K, Van Cutsem E, et al. Ramucirumab plus paclitaxel versus placebo plus paclitaxel in patients with previously treated advanced gastric or gastro-oesophageal junction adenocarcinoma (RAINBOW): a double-blind, randomised phase 3 trial. *Lancet Oncol*. 2014;15:1224–1235. doi: 10.1016/S1470-2045(14)70420-6.
198. Zhandossov O, Kaussova G, Koten A. Combined treatment for gastric cancer: Immunological approach *Turk J Gastroenterol* 2018; 29: 151-6.
199. E. C. Smyth M. Verheij W. Allum D. Cunningham A. Cervantes D. Arnold Gastric cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up *Annals of Oncology*, Volume 27, Issue suppl_5, September 2016, Pages v38–v49, <https://doi.org/10.1093/annonc/mdw350> Published: 23 September 2016
200. Japanese Gastric Cancer Association. Japanese gastric cancer treatment guidelines 2014 (ver.4). *Gastric Cancer* 2017;20:1-19

201. . Japanese Gastric Cancer Association. Japanese classification of gastric carcinoma: 3rd English edition. *Gastric Cancer* 2011;14:101-12
202. Waddell T, Verheij M, Allum W, Cunningham D, Cervantes A, Arnold D; European Society for Medical Oncology (ESMO); European Society of Surgical Oncology (ESSO); European Society of Radiotherapy and Oncology (ESTRO). Gastric cancer: ESMO-ESSO-ESTRO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Eur J Surg Oncol* 2014;40:584-91
203. World Health Organization. GLOBOCAN 2012: estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide 2012.
204. Каусова Г.К. Жандосов О.К. Оценка результатов комбинированного лечения местно распространенного рака желудка: роль предоперационной химиотерапии, Материалы Третьей международной конференции молодых ученых и студентов «Перспективы развития биологии, медицины и фармации» - Шымкент, 9-10 декабря 2015г.
205. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5215069/>
206. Pimentel-Nunes P, Dinis-Ribeiro M, Ponchon T, Repici A, Vieth M, De Ceglie A, Amato A, Berr F, Bhandari P, Bialek A, Conio M, Haringsma J, Langner C, Meisner S, Messmann H, Morino M, Neuhaus H, Piessevaux H, Rugge M, Saunders BP, Robaszkiewicz M, Seewald S, Kashin S, Dumonceau JM, Hassan C, Deprez PH. Endoscopic submucosal dissection: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy* 2015;47:829-54.
207. Ono H, Yao K, Fujishiro M, Oda I, Nimura S, Yahagi N, Iishi H, Oka M, Ajioka Y, Ichinose M, Matsui T. Guidelines for endoscopic submucosal dissection and endoscopic mucosal resection for early gastric cancer. *Dig Endosc* 2016;28:3-15.
208. Probst A, Schneider A, Schaller T, Anthuber M, Ebigbo A, Messmann H. Endoscopic submucosal dissection for early gastric cancer: are expanded resection criteria safe for Western patients? *Endoscopy* 2017;49:855-65.
209. Ahn JY, Jung HY, Choi KD, Choi JY, Kim MY, Lee JH, Choi KS, Kim DH, Song HJ, Lee GH, Kim JH, Park YS. Endoscopic and oncologic outcomes after endoscopic resection for early gastric cancer: 1370 cases of absolute and extended indications. *Gastrointest Endosc* 2011;74:485-93.
210. Park CH, Shin S, Park JC, Shin SK, Lee SK, Lee YC, Lee H. Long-term outcome of early gastric cancer after endoscopic submucosal dissection: expanded indication is comparable to absolute indication. *Dig Liver Dis* 2013;45:651-6.
211. Hotta K, Oyama T, Akamatsu T, Tomori A, Hasebe O, Nakamura N, Kojima E, Suga T, Miyabayashi H, Ohta H. A comparison of outcomes of endoscopic submucosal dissection (ESD) for early gastric neoplasms between high-volume and low-volume centers: multi-center retrospective questionnaire study conducted by the Nagano ESD Study Group. *Intern Med* 2010;49:253-9.
212. Oda I, Saito D, Tada M, Iishi H, Tanabe S, Oyama T, Doi T, Otani Y, Fujisaki J, Ajioka Y, Hamada T, Inoue H, Gotoda T, Yoshida S. A multicenter

retrospective study of endoscopic resection for early gastric cancer. *Gastric Cancer* 2006;9:262-70.

213. Ono H, Yao K, Fujishiro M, Oda I, Nimura S, Yahagi N, Iishi H, Oka M, Ajioka Y, Ichinose M, Matsui T. Guidelines for endoscopic submucosal dissection and endoscopic mucosal resection for early gastric cancer. *Dig Endosc* 2016;28:3-15.

214. Cunningham D, et al. . Perioperative chemotherapy versus surgery alone for resectable gastroesophageal cancer. *N Engl J Med* 2006; 355: 11–20

215. Черенков В. Г. Клиническая онкология: учеб. пособие для системы последипломого образования врачей. М.: МК, 2010. - 434 с.

216. Информационный бюллетень Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) №297, февраль 2014г.

217. Muray C.J. Quantifying the burden of disease: the technical basis for disability-adjusted life years. *Bull World Health Organ.* 1994;72(3):429-45. / Global comparative assessments in the health sector. -Geneva-1994-P.3-19

218. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2000г. Системы здравоохранения: улучшение деятельности. - 232с.

219. Искакова Б.С., Ким С.В. «Потери лет жизни вследствие преждевременной смертности», «Оценка онкологической службы Акмолинской области вследствие преждевременной смертности». Научно-практический медицинский журнал «Клиническая медицина Казахстана» №3,4 (22,23) 2011, Специальный выпуск ISSN 1812-2892. Материалы международного конгресса «Инновационные технологии и прогресс в медицине», посвящённого 20-летию Независимости Казахстана и 10-летию со дня основания АО «Национальный научный медицинский центр». Астана, 7-9 октября 2011г.- С.93-95.

220. 8. Указ президента Республики Казахстан от 30 января 2012 года №261 «О мерах по реализации Послания Главы Государства народу Казахстана от 27 января 2012года «Социально-экономическая модернизация – главный вектор развития Казахстана». Утверждён Указом Президента Республики Казахстан Н.Назарбаевым.

221. Нургазиев К.Ш., Сейтказина Г.Ж, Байпеисов Д.М., Сейсенбаева Г.Т., Ажмагамбетова А.Е., Жылкайдарова А.Ж. Показатели онкологической службы Республики Казахстан за 2012 год (статистические материалы). Алматы, 2013.

222. Шаназаров Н. А. и др. Рак желудка. Эпидемиологические особенности на современном этапе //Современные проблемы науки и образования. – 2014. – №. 4. – С. 256-256.

223. Жандосов О. К. и др. Эпидемиология рака желудка в Казахстане в 2004-2015 годах //Экология человека. – 2017. – №. 6, - стр. 50-57.

224. Baker R. Development of a questionnaire to assess patients' satisfaction with consultations in general practice. *Br J Gen Pract.* 1990;40(341):487–490.

225. Rawla P, Barsouk A. Epidemiology of gastric cancer: global trends, risk factors and prevention. *Prz Gastroenterol.* 2019;14(1):26–38. doi:10.5114/pg.2018.80001

226. Dingley CE, Clayton M, Lai D, Doyon K, Reblin M, Ellington L. Caregiver Activation and Home Hospice Nurse Communication in Advanced Cancer Care. *Cancer Nurs.* 2017;40(5):E38–E50. doi:10.1097/NCC.0000000000000429

227. Жандосов О.К., Жандосов К.М. «Влияние первичной медико-санитарной помощи на качество своевременной диагностики рака желудка (эпидемиологические аспекты)», Журнал инфектологии. Материалы международной научно-практической конференции «Актуальные проблемы инфектологии, эпидемиологии и медицинской паразитологии: современные технологии системы эпиднадзора, диагностики, лечения и профилактики» 16-17 апреля 2015г. Приложение Том 7 №2, 2015 г., стр 42-43.

228. Zhandossov O., Kaussova G., Koten A. Features of oncological epidemiology and pathogenesis of gastric cancer //International Journal of Pharmacy and Technology. – 2016. – Т. 8. – №. 3. – С. 18043-18057.

229. Жандосов О.К., Каусова Г.К. «К вопросу выявления больных раком желудка», IV Ежегодная Международная Научно-Практическая Конференция «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНЫ» 29-30 октября 2015г. Баку, Азербайджан стр. 31.

230. Жандосов О.К., Каусова Г.К. Системное биоимпедансное исследование при злокачественных новообразованиях желудка в РК Печатный «Vestnik» of the South-Kazakhstan state pharmaceutical academy, republic scientific journal, 2019г.

231. Жандосов О.К., Каусова Г.К. «Комбинированное лечение рака желудка: иммунологический подход», («Асқазан қатерлі ісігінің комбинирленген емі: иммунологиялық түрі», Алматы қ., Қазақстан), Материалы Третьей международной конференции молодых ученых и студентов «Перспективы развития биологии, медицины и фармации» - Шымкент, 9-10 декабря 2015г. (УДК 616:33-006.6-08—089-018+615.28)

232. Рак желудка: Лекарственная терапия Печатный «Vestnik» of the South-Kazakhstan state pharmaceutical academy, REPUBLIC SCIENTIFIC JOURNAL, №4 (77)-2016г.

233. Жандосов О.К., Каусова Г.К., Материалы IV Международной научной конференции молодых ученых и студентов «Перспективы развития биологии, медицины и фармации» инициированной советом молодых ученых фонда первого Президента Республики Казахстан – лидера нации и Южно-Казахстанской государственной фармацевтической академии, в год празднования 25-летия независимости Республики Казахстан 9-10 декабря 2016г., г. Шымкент, Республика Казахстан. Стр. 136-138.

234. Yang F., Zhang Q., Kong W., Shen H., Lu J., Ge X., Zhuang Y., A qualitative study on the attitudes of patients with gastrointestinal cancer toward being informed of the truth. *Journals » Patient Preference and Adherence » Volume 12* 31 October 2018 Volume 2018:12 Pages 2283—2290 <https://doi.org/10.2147/PPA.S179465>
235. Krithika Murali, Vicky Makker, James Lynch, and Susana Banerjee From Burnout to Resilience: An Update for Oncologists American Society of Clinical Oncology Educational Book 2018 :38, 862-872 https://ascopubs.org/doi/10.1200/EDBK_201023
236. Fay J. Hlubocky, Anthony L. Back, and Tait D. Shanafelt Addressing Burnout in Oncology: Why Cancer Care Clinicians Are At Risk, What Individuals Can Do, and How Organizations Can Respond American Society of Clinical Oncology Educational Book 2016 :36, 271-279 https://ascopubs.org/doi/10.1200/EDBK_156120
237. Kleiner S, Wallace JE. Oncologist burnout and compassion fatigue: investigating time pressure at work as a predictor and the mediating role of work-family conflict. *BMC Health Serv Res.* 2017;17(1):639. Published 2017 Sep 11. doi:10.1186/s12913-017-2581-9
238. <https://www.esmo.org/Career-Development/Young-Oncologists-Corner/Initiatives/Burnout-Project>
239. Odai-Afotey, A., Kliss, A., Hafler, J. *et al.* Defining the patient experience in medical oncology. *Support Care Cancer* (2019) doi:10.1007/s00520-019-04972-1
240. Ciarlo G, Liebl P, Zell J, Fessler J, Koester MJ, Ruetters D, Mugele K, Huebner J Information needs of oncologists, general practitioners and other professionals caring for patients with cancer. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2016 Nov;25(6):1015-1023. doi: 10.1111/ecc.12557. Epub 2016 Aug 23.
241. Beom, S., Choi, Y.Y., Baek, S. *et al.* Multidisciplinary treatment for patients with stage IV gastric cancer: the role of conversion surgery following chemotherapy. *BMC Cancer* 18, 1116 (2018) doi:10.1186/s12885-018-4998-x
242. Kim AR¹, Cho J, Hsu YJ, Choi MG, Noh JH, Sohn TS, Bae JM, Yun YH, Kim S. Changes of quality of life in gastric cancer patients after curative resection: a longitudinal cohort study in Korea. *Ann Surg.* 2012 Dec;256(6):1008-13. doi: 10.1097/SLA.0b013e31827661c9.

Анкета опроса пациентов с РЖ

Данный опросник разработан для изучения факторов риска возникновения РЖ. Пожалуйста, ответьте на все вопросы, поставив галочкой, который ответ наилучшим образом подходит по вашему мнению

В данном опросе нет утверждения что - то правильно или неправильно

Предоставленная вами информация останется строго конфиденциальной, опрос проводится анонимно.

№	Вопрос	Ответ
1	Укажите галочкой напротив свой пол	мужской ____ женский ____
2	Укажите галочкой напротив свою возрастную группу	18-44 лет ____ 45-59 лет ____ 60-74 лет ____ 75 лет и старше ____
3	Укажите галочкой напротив было ли у близких родственников диагностирован РЖ	Да ____ Нет ____ Затрудняюсь ответить __
4	Предпочитаете ли Вы в своем рационе питания блюда с высоким уровнем животных жиров, соли, пряностей, жареного и копченного?	Да ____ Нет ____ Затрудняюсь ответить __
5	Предпочитаете ли Вы употребление слишком горячей пищи?	Да ____ Нет ____ Затрудняюсь ответить __
6	Как Вы оцениваете в вашем рационе уровень потребления свежих фруктов и овощей?	высокий ____ средний ____ низкий ____
7	Регулярное ли питание у Вас	Да ____ Нет ____ Затрудняюсь ответить __
8	Часто ли случаи переедания?	Да ____ Нет ____ Затрудняюсь ответить __
9	Употребляете ли алкогольные напитки?	Да ____ Нет ____ Затрудняюсь ответить __
10	Курите ли Вы?	Да ____ Нет ____ Затрудняюсь ответить __

Анкета удовлетворенности уходом за больными раком желудка

Данный опросник разработан для изучения вашего опыта при получении медико-профилактической помощи со стороны медицинского персонала. Опросник разработан с целью совершенствования процессов оказания помощи пациентам и совершенствовать удовлетворённость получаемой помощи.

Пожалуйста, ответьте на все вопросы, поставив галочкой, который ответ наилучшим образом подходит по вашему мнению

В данном опросе нет утверждения что - то правильно или неправильно

Предоставленная вами информация останется строго конфиденциальной, опрос проводиться анонимно.

Сколько вам лет

- a) до 40 лет
- b) 40-60 лет
- c) 60 и старше

1. Ваш пол

- a) Мужской
- b) Женский

2. Ваше образование

- a) Незаконченное среднее
- b) Среднее
- c) Средне-специальное
- d) Высшее
- e) Другое

3.

Оценка оказания помощи в больнице/стационаре	Плохо	Удовлетворительно	Отлично
Как бы вы оценили работу врачей во время пребывания в больнице			
Их знания и опыт о вашей болезни			
Лечение и медицинское наблюдение, которое они предоставили			
Внимание, которое они уделили вашим физическим проблемам			
Готовность выслушать все ваши опасения			
Проявление интереса к вам			
Поддержку с их стороны			
Информирования о вашем заболевании			
Информирования о вашем результатах лабораторных исследований			
Информирования о методах лечения			
Частота их посещений / консультаций			
Времени, которую они посвятили для вас			
Как бы вы оценили работу медицинских сестер во время пребывания в больнице			
Проведение медицинскими сестрами обследование (измерение температуры, пульс, давления и др...)			
Внимание, которое они уделили вашему физическому комфорту			
Комфорт и поддержку, которые они вам дали			
Их человеческие качества (вежливость, уважение, чувствительность, доброта, терпение,...)			

Информирования о вашем результатах лабораторных исследований			
Информирование о помощи, которую вам оказывали			
Информирования о методах лечения			
Их готовность отвечать на ваши звонки			
Время, которое они посвятили вам			
Как бы вы оценили услуги и организацию ухода во время вашего пребывания в больнице			
Обмен информацией между лицами, обеспечивающими уход			
Оказание помощи в приемном отделении			
Информирование при поступлении в больницу			
Информация, предоставленная при вашей выписке из больницы			
Время ожидания получения результатов медицинских анализов			
Время проведения медицинских исследований и / или лечения			
Легкость поиска пути в разные отделы			
Окружающая среда здания (чистота, простор, спокойствие, ...)?			
Легкость признания ролей и обязанностей различных лиц, осуществляющих уход (врачи, медсестры, физиотерапевты, психологи и т. д.), которые занимаются вашим лечением			
Обмен информацией между различными лицами, обеспечивающими уход (врачи, медсестры, физиотерапевты, психологи и т. д.)			
Как вы оцениваете командную работу: врачи, медсестры и другие лица, обеспечивающие уход			
Обмен информацией с другими службами, как поликлиника - по уходу (врач общей практики, уход на дому, дом престарелых, социальные службы и т. д.)			
предоставлена ли конфиденциальность, когда вас осматривали или лечили			
Возможность для вашей семьи или близких вам людей быть вовлеченным в ваше лечение (разговаривать с врачами, получение информации о болезнях и уходе и т. д.)			
В целом как бы вы оценили помощь, которую вы получили в этой больнице?			
Оценка оказания помощи в поликлинике			
В амбулаторных условиях, как бы вы оценили услуги и уход			
Время ожидания до получения медицинского приема			
Предоставленная информация о том, что вы должны /не следует делать по поводу вашего заболевания			
Простота организации врачебных назначений в удобное для вас время			
Удобство общения с поликлиникой из дома			
Информация о том, с кем можно связаться, если вы почувствовали ухудшение самочувствия			
Обеспечение последующего наблюдения различными лицами, обеспечивающими уход (врачи, медсестры, физиотерапевты, психологи и т. д.) после лечения			
Как бы вы оценили работу врачей в поликлинике			
Их знания и опыт о вашей болезни			

Лечение и медицинское наблюдение, которое они предоставили			
Внимание, которое они уделили вашим физическим проблемам			
Готовность выслушать все ваши опасения			
Проявление интереса к вам			
Поддержку с их стороны			
Информирование о вашем заболевании			
Информирование о ваших результатах лабораторных исследований			
Информирование о методах лечения			
Частота их посещений / консультаций			
Время, которое они посвятили Вам			
Как бы вы оценили работу медицинских сестер в поликлинике			
Проведение медицинскими сестрами обследование (измерение температуры, пульс, давления и др...)			
Внимание, которое они уделили вашему физическому комфорту			
Комфорт и поддержку, которые они вам дали			
Их человеческие качества (вежливость, уважение, чувствительность, доброта, терпение)			
Информирование о ваших результатах лабораторных исследований			
Информирование о помощи, которую вам оказывали			
Информирование о методах лечения			
Их готовность отвечать на ваши звонки			
Время, которое они посвятили вам			
Как бы вы оценили услуги и организацию ухода в поликлинике			
Обмен информацией между лицами, обеспечивающими уход			
Информирование по поводу вашего заболевания			
Время ожидания получения результатов медицинских анализов			
Время проведения медицинских исследований и / или лечения			
Легкость поиска пути в разные отделы			
Окружающая среда (чистота, простор, спокойствие)			
Как вы оцениваете командную работу: врачи, медсестры и другие лица, обеспечивающие уход			
Обмен информацией с другими службами, как поликлиника - по уходу (врач общей практики, уход на дому, дом престарелых, социальные службы и т. д.)			
Предоставлена ли конфиденциальности, когда вас осматривали или лечили			
Возможность для вашей семьи или близких вам людей быть вовлеченным в ваше лечение (разговаривать с врачами, получение информации о болезнях и уходе и т. д.)			
Оформление для госпитализации			
Своевременность госпитализации			
В целом как бы вы оценили помощь, которую вы получили в поликлинике			

Благодарим, Вас, за участие в опросе!

АЛМАТЫ ҚАЛАСЫ
ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ БАСҚАРМАСЫНЫҢ
ШАРУАШЫЛЫҚ ЖҮРГІЗУ ҚҰҚЫҒЫНДАҒЫ
«№ 16 ҚАЛАЛЫҚ ЕМХАНА»
КОММУНАЛДЫҚ
МЕМЛЕКЕТТІК КӘСПОРНЫ



КОММУНАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ
ПРЕДПРИЯТИЕ НА ПРАВЕ
ХОЗЯЙСТВЕННОГО ВЕДЕНИЯ
«ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 16»
УПРАВЛЕНИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ
ГОРОДА АЛМАТЫ

050036, Алматы қаласы, 12 ықшам ауданы, 19 үй
Тел./факс: 8 (727) 303-24-84

050036, город Алматы, микрорайон 12, д. 19
Тел./факс: 8 (727) 303-24-84

13.04.2021 № 905-01.1

Ректору Казахстанского медицинского
Университета «ВШОЗ»
доктору философии PhD Аuezовой А.М.

СПРАВКА

Научные результаты, полученные в результате изучения основных показателей заболеваемости рака желудка среди взрослого населения Республики Казахстан и г. Алматы, оценки организации медицинской помощи на уровне первичного (поликлинической помощи) и вторичного звена (стационар) системы здравоохранения, а также положения, выводы, и рекомендации, изложенные в докторской диссертации докторанта PhD Казахстанского медицинского университета Высшей школы общественного здравоохранения Министерства здравоохранения РК Жандосова Олжаса Каиртаевича легли в основу разработки практических рекомендаций по совершенствованию оказания медицинских услуг больным с раком желудка Республики Казахстан.

И.о. главного врача КГП
Городская поликлиника № 16



Құланбаева С.А.

000020

**«Клиника функциональной медицины
«Doctor Credo»**

БИН 181240002546
г. Алматы, мкр. Думан-2. н.п.72

Ректору Казахстанского медицинского
Университета «ВШОЗ»
доктору философии PhD Ауезовой А.М.

СПРАВКА

Научные результаты, полученные в результате изучения основных показателей заболеваемости рака желудка среди взрослого населения Республики Казахстан и г. Алматы, оценки организации медицинской помощи на уровне первичного (поликлинической помощи) и вторичного звена (стационар) системы здравоохранения, а также положения, выводы, и рекомендации, изложенные в докторской диссертации докторанта PhD Казахстанского медицинского университета Высшей школы общественного здравоохранения Министерства здравоохранения РК Жандосова Олжаса Каиртаевича легли в основу разработки практических рекомендации по совершенствованию оказания медицинских услуг больным с раком желудка Республики Казахстан.

Генеральный директор
«Клиника
функциональной медицины»

Алла **Пашева А.К.**

