

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ : Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ : "Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΤΗΝ  
ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΠΕΝΤΑΕΤΙΑ"

Πτυχιακή εργασία

Σπουδαστριών : 1. Ιωάννου Ιωάννας  
2. Καρλή Ιωάννας

Υπεύθυνος Καθηγητής

Δρ. Παπαδημητρίου Μαρία

Επιτροπή Εγκρίσεως Πτυχιακής  
Εργασίας:

- 1.
- 2.
- 3.

Πάτρα 10 - 9 - 91



ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	154
----------------------	-----

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΡΙΟ

---

Ευχαριστίες εκφράζουμε σε όλους όσους μας βοήθησαν στην εκπόνηση της εργασίας αυτής. Ιδιαίτερα οφείλουμε να ευχαριστήσουμε την επιβλέπουσα την πτυχιακή μας, καθηγήτρια Νοσηλευτικής Κα Παπαδημητρίου Μαρία, για την συνεχή συμπαράσταση και καθοδήγηση που μας προσέφερε. Ευχαριστούμε θερμά τις Διευθύνουσες Νοσηλευτικής των Νοσοκομείων, των τεσσάρων μεγάλων πόλεων που επισκεφθήκαμε (Αθήνας, Θεσ/κης, Πάτρας, Ιωαννίνων) καθώς και το προσωπικό (ιατρικό - νοσηλευτικό - διοικητικό), για την πολύτιμη βοήθεια που πρόσφεραν στην συλλογή των στοιχείων μας.-

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

Σελ.

A. ΠΡΟΛΟΓΟΣ	III
B. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
1. Εισαγωγή-Σκοπός έρευνας	1
2. Η συχνότητα του καρκίνου του στομάχου στην Ελλάδα και στον κόσμο	3
2.1. Ο καρκίνος στομάχου στην Ελλάδα	16
2.2. Συμπεράσματα	19
3. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ-ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ-ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ-ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΓΑΣΤΡΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ	20
3.1. Αιτιολογία-Προδιαθεσικοί παράγοντες	20
3.2. Παθολογική ανατομική	30
3.3. Σταδιοποίηση του καρκίνου του στομάχου	34
4. ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ	38
4.1. Συμπτώματα και σημεία-εργαστηριακά ευρήματα	38
5. ΔΙΑΓΝΩΣΗ-ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ-ΠΡΟΓΝΩΣΗ	43
5.1. Διάγνωση	43
5.2. Διαφορική Διάγνωση	44
5.3. Πρόγνωση	45
6. ΘΕΡΑΠΕΙΑ	48
6.1. Επιπλοκές γαστρικής χειρουργικής	51
7. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΣΤΟΜΑΧΟΥ	66
8. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΠΟΦΕΙΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ	71
8.1. Ψυχολογική και κοινωνική αντιμετώπιση του καρκινοπαθούς	71
8.2. Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην ψυχολογική υποστήριξη και αποκατάσταση του ασθενούς με καρκίνο	84

	Σελ.
9. ΝΕΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ	91
9.1. Ο ρόλος του-ης νοσηλεύτη-τριας στην πρό- ληψη του καρκίνου	93
9.2. Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην επιμόρφωση του κοινού	95
Γ. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
10. Συμβολή της Νοσηλευτικής στην έρευνα	98
11. ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ	101
11.1. Δείγμα	102
12. ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ	103
13. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	123
14. ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΑ ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ	134
15. ΠΕΡΙΛΗΨΗ	140
15.1. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	141
Δ. SUMMARY	142
Ε. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α (Ερωτηματολόγιο)	143
ΣΤ. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β (Φωτογραφίες)	144
Ζ. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	145

## A.- Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Καρκίνος είναι μία μεγάλη ομάδα ασθενειών, που χαρακτηρίζονται από ανεξέλεγκτη αύξηση και πολλαπλασιασμό ανωμάλλων κυττάρων με τοπική επέκταση και συστηματική εξάπλωση (μεταστάσεις) που γίνεται με τη βοήθεια των αιμοφόρων ή λεμφικών οδών.<sup>1</sup>

Πριν από 30 χρόνια ο χαρακτηρισμός του καρκίνου στα επισημονικά συγγράματα ήταν: "Νόσος άσκοπος, άναρχος, αγνώστου αιτιολογίας και μοιρίας απολήξεως". Η πλειοψηφία των καρκινοπαθών κατέληγε μετά από μία σχετικά σύντομη και βασανιστική πορεία. Η διαγνωστική τεχνολογία ήταν συγκριτικά με τη σημερινή, αρχέγονη και η έγκαιρη διάγνωση απλά τοποθετούσε τον άρρωστο σ' ένα πρωϊμότερο χρονικά στάδιο της νόσου με μοναδικό αποτέλεσμα τη φαινομενική μόνο επιμήκυνση του χρόνου της αρρώστιας του.

Σήμερα βρισκόμαστε στην πορεία μίας επανάστασης που έχει αλλάξει ριζικά την παραπάνω εικόνα και που μας δίνει την ελπίδα ότι στο μέλλον το πρόβλημα του καρκίνου θα έχει λυθεί.

Στις σελίδες που ακολουθούν γίνεται αναφορά, ειδικότερα για τον καρκίνο του στομάχου. Η εργασία μας αποτελείται από γενικό και ειδικό μέρος. Στο γενικό μέρος επιδιώξαμε να δώσουμε α) στατιστικά στοιχεία σχετικά με τη συχνότητα του καρκίνου του στομάχου στην Ελλάδα και την Ευρώπη, β) μερικές συνοπτικές γνώσεις γύρω από το βασικό θέμα "καρκίνος στομάχου". γ) Τις αρχές για τη συστηματική εκτίμηση των καρκινοπαθών, την εκτίμηση των αποτελεσμάτων της θεραπείας τους καθώς και την αντιμετώπιση της νόσου από Νοσηλευτικής πλευράς.

Στο ειδικό μέρος γίνεται παρουσίαση της ερευνητικής μας εργασίας, δίνοντας τα αποτελέσματα της μελέτης καθώς και τα

συμπεράσματα στα οποία οδηγεί η παρούσα έρευνα.

Προτείνονται μέτρα για την πρόληψη της εμφάνισης του καρκίνου του στομάχου.

Τέλος γίνεται παρουσίαση φωτογραφικού υλικού από εγχείρηση καρκίνου στομάχου, που έγινε στο Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας καθώς και του ερωτηματολογίου, που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα.

Β.-Γ Ε Ν Ι Κ Ο      Μ Ε Ρ Ο Σ



Σε σημαντικό βαθμό υπεύθυνοι για την πρόκληση του καρκίνου είμαστε, άλλος λίγο άλλος πολύ, όλοι μας, θεληματικά ή όχι, σαν άτομα ή οργανωμένες κοινωνίες.

Γ.Α.Κ.



1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ο καρκίνος του στομάχου αποτελεί νόσο της οποίας η συχνότητα φαίνεται να μειώνεται, σε πολλά μέρη του κόσμου, καθώς και στη χώρα μας. Όμως, παρόλο τη μείωση της εμφάνισής της, ο καρκίνος του στομάχου παραμένει ένα πάρα πολύ δύσκολο θέμα στη θεραπευτική του αντιμετώπιση. Και αυτό συμβαίνει, για δύο κύριους λόγους: α) δεν έχει γίνει συνειδητό καθήκον της Πολιτείας και του πολίτη η πρωτογενής πρόληψη της νόσου, που περιλαμβάνει τα κυρίως προληπτικά μέτρα με τα οποία επιδιώκεται η εξουδετέρωση των δυνητικών αιτιολογικών παραγόντων ή η αποφυγή έκθεσης του πληθυσμού σε αυτούς και β) στην πλειονότητα οι άρρωστοι με καρκίνο στομάχου προσέρχονται μάλλον αργά, ενώ έχουν προηγηθεί συμπτώματα από πολύ καιρό, που μας δίνουν την δυνατότητα να αποκαλύψουμε έγκαιρα την πάθηση. Τα συμπτώματα αυτά είναι χρόνιες καταστάσεις που οφείλονται συχνά στην υποχλωρυδρία, δηλαδή την μείωση-έλλειψη της έκκρισης του γαστρικού υγρού. Δεν πάσχουν, βέβαια, από καρκίνο όλοι όσοι εμφανίζουν τέτοιες ενοχλήσεις, κάθε άλλο. Αλλά ανάμεσα σ' αυτούς, μπορεί να υπάρχουν μερικοί στους οποίους μία λεπτομερή εξέταση, από τα μέσα που διαθέτει σήμερα η επιστήμη, θα αποδείξει ένα αρχόμενο καρκίνο. Αν μείνει αδιάγνωστος, θα επεκταθεί απελπιστικά και τότε πολύ δύσκολα θα μπορούμε να τον αντιμετωπίσουμε.

Η αναγκαιότητα για πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση οδήγησε στην επιλογή του θέματος της παρούσης ερευνητικής εργασίας, η οποία ασχολείται με την διερεύνηση των παραγόντων (γενετικοί-κοινωνικοί-περιβαλλοντικοί) που συνδέονται με την συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του στομάχου στην Ελλάδα και προχωρεί

σε αξιολόγηση αυτών με σκοπό τη σωστή πληροφόρηση του κοινού, αφ' ενός για τα αναγκαία μέτρα πρόληψης της νόσου και αφ' ετέρου για την καθοριστική σημασία της έγκαιρης διάγνωσης στην ίαση του καρκίνου του στομάχου.

## 2.- Η ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΣΤΟΝ ΚΟΣΜΟ

---

∫ Η συχνότητα του καρκίνου του στομάχου, ως αιτία θανάτου έχει σημαντική θέση τα τελευταία χρόνια, στις περισσότερες χώρες του κόσμου.

Για την εμφάνισή του έχουν ενοχοποιηθεί πλήθος εξωγενών παραγόντων και έχει συσχετισθεί με κοινωνικοοικονομικούς και φυλετικούς παράγοντες, όπως επαγγελματική απασχόληση, είδος διατροφής, υπέδαφος και γεωγραφική κατανομή.<sup>2</sup>

Από τη γεωγραφική κατανομή διαφαίνεται ότι το γαστρικό καρκίνωμα, με μικρές εξαιρέσεις, είναι συχνότερο στα βόρεια κράτη, δηλαδή τα κράτη με το μεγαλύτερο γεωγραφικό πλάτος και σπανιότερα στα κράτη κοντά στον Ισημερινό. Είναι χαρακτηριστικό ότι τα τέσσερα κράτη με τη μεγαλύτερη συχνότητα (Ιαπωνία, Ισλανδία, Χιλή, Φιλανδία) περιβάλλουν ένα μεγάλο ωκεανό. Η διαφορά αυτή της συχνότητας είναι εντυπωσιακή. Ο δείκτης κυμαίνεται από 7,9/100.000 στο Ελ Πάσο του Τέξας μέχρι 95,3/100.000 στο MIYAGI της Ιαπωνίας.<sup>3</sup>

↓  
Στην Ιαπωνική αυτή επαρχία, οι πάσχοντες από Γαστρικό καρκίνωμα αποτελούν το 48,4% του συνολικού αριθμού καρκινοπαθών. Από την αναφερθείσα γεωγραφική κατανομή προκύπτουν δύο μεγάλες κατηγορίες κρατών. Τα κράτη με αυξημένο και τα κράτη με χαμηλό δείκτη νοσήσεως από γαστρικό καρκίνωμα. Παρ' όλα αυτά, η γεωγραφική σύγκριση της θνητότητας από καρκίνωμα του στομάχου δεν είναι ενδεικτική φυλετικής ανοσίας από νεόπλασμα.

Έχει παρατηρηθεί, επίσης διαφορετική συχνότητα του γαστρικού καρκινώματος σε διάφορες περιοχές της ίδιας χώρας. Χωρίς να αποτελεί κανόνα, σε μερικά κράτη υπάρχει σαφής υπεροχή

του δείκτη συχνότητας του γαστρικού καρκινώματος των βόρειων έναντι των νότιων περιοχών. Στην Ιαπωνία ο δείκτης συχνότητας γαστρικού καρκινώματος στην επαρχία NIIGATA (βόρεια) βρέθηκε 84,6 και 45,3/100.000 σε άντρες και γυναίκες αντίστοιχα, ενώ στην επαρχία KAGOSHIMA (νότια) πέφτει στο 40,9 και 20,0/100.000 αντίστοιχα.<sup>4</sup>

Έχουν περιγραφεί ακόμα διαφορές στη συχνότητα του Γαστρικού καρκινώματος μεταξύ αγροτικών και αστικών περιοχών της ίδιας χώρας (Δανία, Κολομβία). Οι διαφορές αυτές δεν θεωρούνται σημαντικό επιδημιολογικό δεδομένο. Το βασικό μειονέκτημα του διαχωρισμού αυτού είναι οι συχνές μετακινήσεις αγροτικού πληθυσμού στα μεγάλα αστικά κέντρα με αποτέλεσμα την ενσωμάτωση του από τον αστικό πληθυσμό. Αντίθετα, σημαντικό επιδημιολογικό δεδομένο, θεωρούνται οι διαφορές συχνότητας του γαστρικού καρκινώματος που παρατηρούνται σε σχέση με το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο των ασθενών. Οι χαμηλότερες βιοτικά τάξεις εμφανίζουν 2,5 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο νοσήσεως από Γαστρικό καρκίνωμα από τις τάξεις με υψηλό βιοτικό επίπεδο.<sup>5</sup>

Η εμφάνιση του γαστρικού καρκινώματος στις πρώτες δεκαετίες της ζωής είναι σπάνια αν και έχουν ανακοινωθεί περιπτώσεις σε νεογνό 10 ημερών και παιδί 12 ετών. Η μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης γαστρικών καρκινωμάτων βρίσκεται στην 6η και 7η δεκαετία της ζωής ενώ ο μέσος όρος ηλικίας κυμαίνεται στις διάφορες ανακοινώσεις από 55,4 έτη και 60,5 έτη έως 64 έτη. Η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του στομάχου είναι διαφορετική στην Ιαπωνία όπου συμπίπτει με το 50ο έτος γιατί στη χώρα αυτή το γαστρικό καρκίνωμα εμφανίζεται σε νεότερες ηλικίες. Με την ηλικία έχει σαφή σχέση και η ιστολογική εικόνα του καρκίνου του στομάχου. Σε νεαρές ηλικίες υπερिσχύει ο κατα LAUREN

διάχυτος τύπος (Μ.Ο. 47,7 έτη) ενώ ο εντερικός τύπος εμφανίζεται σε μεγαλύτερες ηλικίες (Μ.Ο. 65,5 έτη). Η σχέση συχνότητας του γαστρικού καρκινώματος μεταξύ ανδρών και γυναικών υφίσταται διακυμάνσεις ανάλογα με την ηλικία, όπως και η θνησιμότητα.<sup>6</sup>

Μέχρι την 4η δεκαετία το κλάσμα μεταξύ ανδρών και γυναικών είναι μικρότερο της μονάδας (0,7), εξισούται με τη μονάδα στη 5η δεκαετία και γίνεται μεγαλύτερο της μονάδας (σχέση 2:1) στην 6η δεκαετία. Μετά την 6η δεκαετία παρουσιάζει πάλι μικρή ελαττωση (1,5:1 και 1,3:1). Το κλάσμα αυτό επηρεάζεται και από τον ιστολογικό τύπο του γαστρικού καρκινώματος αυξανόμενο στον εντερικό (κατά LAUREN) τύπο ο οποίος σε αντίθεση με ό,τι συμβαίνει στο διάχυτο, υπερिσχύει στους άνδρες.

Στις ΗΠΑ, η συχνότητα προσβολής είναι 10 στους 100.000 κατοίκους, στην Ιαπωνία 90 στους 100.000, στη Δυτική Γερμανία 30 στους 100.000 και στην Αγγλία 20 στους 100.000. Στην Ελλάδα, αποτελεί το 10% όλων των καρκίνων και η κατανομή του σε όλα τα διαμερίσματα της χώρας είναι ομοιομερής. Κάθε χρόνο, περίπου 1.800 άτομα προσβάλλονται στη χώρα μας από το νεόπλασμα και από αυτά μόνο 13% επιβιώνουν πάνω από μία πενταετία.<sup>2</sup>

Παρά την κατ'απόλυτο αριθμό αύξηση των θανάτων από καρκίνο, οι θάνατοι κατά έτος, ειδικά από καρκίνο του στομάχου ανά 100.000 κατοίκους στις ΗΠΑ έχουν περίπου υποτετραπλασιαστεί.<sup>3</sup> Όσον αφορά την Ευρώπη η θνησιμότητα είναι αυξημένη στη Βόρεια και Κεντρική καθώς και στην Πορτογαλία. Η συχνότητα και η θνησιμότητα από το καρκίνωμα του στομάχου, αυξάνει σταθερά με την πάροδο της ηλικίας.<sup>7</sup>

Εντυπωσιακό επιδημιολογικό φαινόμενο αποτελεί η βαθμιαία αλλά σταθερά ελάττωση της εμφάνισης του Γαστρικού καρκινώματος τα τελευταία 15 χρόνια περίπου σε ορισμένες χώρες της Δυ-

τικής Ευρώπης και τη Ν.Ζηλανδία. Το φαινόμενο αυτό είναι ιδιαίτερα εντυπωσιακό στις Η.Π.Α. όπου ο δείκτης θνησιμότητας του γαστρικού καρκινώματος από 28,9/100.000 το 1955 έφτασε σε 10,0/100.000 το 1966.<sup>2</sup> Στην Ιαπωνία, αντίθετα ο δείκτης παραμένει μετά απο μία εντυπωσιακή άνοδο, σταθερός την τελευταία δεκαετία (69/100.000) παρά το γεγονός, ότι πρόσφατες μελέτες άρχισαν να παρουσιάζουν μία αρχόμενη ελάττωση του δείκτη, εμφανέστερη στις ηλικίες τις μεγαλύτερες από τα 65 έτη. Αυτή η ελάττωση στη συχνότητα, οφείλεται κατά ένα ποσοστό στη καθιέρωση, ιδίως στην Ιαπωνία, προγράμματος πρώιμης διάγνωσης του γαστρικού καρκινώματος. Έτσι, το 30% των γαστρεκτομών για καρκίνωμα στην Ιαπωνία, αφορούν το πρώιμο καρκίνωμα. Στην Ευρώπη και στην Αμερική τα ποσοστά των γαστρεκτομών για πρώιμο καρκίνωμα είναι σημαντικά χαμηλότερα και αντιπροσωπεύουν το 10%.<sup>4</sup>

Παράδοξο στοιχείο της επιδημιολογίας του γαστρικού καρκινώματος αποτελεί και η διαφορά συχνότητας με την οποία εμφανίζεται στις εθνικές μειονότητες της ίδιας χώρας. Το μεταναστευτικό στοιχείο, σε χώρες όπως κυρίως οι Η.Π.Α. και η Αυστραλία, εξακολουθεί να διατηρεί για μία τουλάχιστον γενεά, εφόσον προέρχεται από χώρες με αυξημένο κίνδυνο νοσήσεως από γαστρικό καρκίνωμα, τον υψηλό δείκτη που χαρακτηρίζει τη γενέτειρά του. Οι Νέγροι, οι Ιάπωνες, οι Πολωνοί των Η.Π.Α. παρουσιάζουν πολλαπλάσιο (διπλάσιο τουλάχιστον) κίνδυνο νοσήσεως από καρκίνωμα του στομάχου απ'ότι οι γηγενείς κάτοικοι. Το ίδιο ισχύει για τους Ιαπωνες της Χαβάης και τους Κινέζους της Ινδονησίας. Η αιτία που διατηρεί τον υψηλό δείκτη νοσήσεως των μεταναστών σε κοινωνίες "χαμηλού κινδύνου" θα πρέπει να αναζητηθεί στο γεγονός ότι οι μετανάστες, στην καινούργια τους πατρίδα, εξακολουθούν να διατηρούν τις διαιτητικές συνήθειες της γενέτειράς τους.<sup>6</sup>

Σημειώνεται, ότι ο δείκτης νοσήσεως από γαστρικό καρκίνωμα της δεύτερης γενεάς των μεταναστών, η οποία δεν έχει άμεση σχέση με το τόπο καταγωγής της, παρουσιάζεται στα ίδια επίπεδα με το δείκτη της νέας τους πατρίδας. Η επικρατούσα σήμερα άποψη ότι παράγοντες του περιβάλλοντος περισσότερο παρά γενετικοί, ενέχονται στη γαστρική καρκινογένεση ενισχύεται και από το γεγονός ότι σε μεγάλες ιστολογικές μελέτες στομάχου των διαφόρων εθνοτήτων της Ινδονησίας δεν βρέθηκαν ανατομικές ή λειτουργικές διαφορές.<sup>8</sup>

Οι αιτιολογικοί παράγοντες που σχετίζονται με τη γαστρική καρκινογένεση πρέπει να δρουν σε μικρή ηλικία, πριν από τη μετανάστευση των ατόμων αυτών, προκαλώντας είτε μία μετάλλαξη (πιθανόν), το αποτέλεσμα της οποίας γίνεται εμφανές μετά από 30 ή περισσότερα χρόνια, είτε άλλες γαστρικές αλλοιώσεις π.χ. ατροφική γαστρίτιδα. Η τελευταία δεν εξαφανίζεται στο καινούριο περιβάλλον και προδιαθέτει σε γαστρικό καρκίνο. Σήμερα είναι ευρύτατα παραδεκτό ότι αρκεί η έκθεση σε καρκινογόνο παράγοντα κατά την 1η δεκαετία της ζωής για να οδηγηθεί το άτομο στην ανάπτυξη ενός γαστρικού καρκινώματος στη μέση ηλικία.<sup>9</sup>

Η διατροφή θεωρείται ο κυριότερος παράγοντας στην υπόθεση της γαστρικής καρκινογένεσεως και ο ρόλος των προσλαμβανόμενων τροφών εξακολουθεί να βρίσκεται στην κορυφή του επιδημιολογικού ενδιαφέροντος. Η σχέση διατροφής και γαστρικού καρκινώματος, υπήρξε το αντικείμενο πολλών επιδημιολογικών μελετών. Είναι δύσκολο να αποκλεισθεί η πιθανή σχέση τροφής με την εμφάνιση της νόσου.<sup>10</sup>

Επιδημιολογικές μελέτες αναφέρουν σαν πιθανή αιτία τη φτωχή διατροφή με λαχανικά και φρούτα. Βέβαια, δεν έχει αποδειχθεί αν είναι ένοχη η ίδια τροφή (φάρια, λάχανα, συντηρημένες

τροφές, αμυλώδη) και η ενδεχομένη περιεκτικότητά τους σε καρκινογόνα (βενζοπυρένιο - νιτροζαμίνες) ή ο τρόπος μαγειρέματος (τηγανιτά, καπνιστά) και λήψης τους (καυτά ροφήματα, μπαχαρικά).<sup>7</sup>

Ενοχοποιήθηκε το ρύζι και οι αλατισμένες τροφές στην Ιαπωνία, οι τηγανιτές τροφές στην Ουαλία, τα καρυκεύματα στην Ινδουησία, οι πατάτες στη Γιουγκοσλαβία, τα καπνιστά φάρια στην Ισλανδία και Φινλανδία, καθώς και οι αμυλώδεις τροφές. Για το ρύζι που αποτελεί το κύριο είδος διατροφής των Ιαπώνων, μελετάται, η πιθανότητα να αποτελεί ο αμίαντος τον υπεύθυνο καρκινογόνο παράγοντα. Ίνες παρόμοιες με του αμίαντου, γνωστής καρκινογόνου ουσίας, βρέθηκαν σε ρύζι επεξεργασμένο στην Ιαπωνία και σε περιεκτικότητα  $1,1 \times 10^4$  ανά γραμμάριο αποξηραμένου μαγειρεμένου παρασκευάσματος. Η υπόθεση αυτή είναι ενδιαφέρουσα αλλά δεν εξηγεί την υψηλή συχνότητα του Γαστρικού καρκινώματος σε χώρες με διαφορετικές διαιτητικές συνήθειες.<sup>11</sup>

Η ενοχοποίηση των καπνιστών τροφών που αποτελούν βασικό στοιχείο διατροφής στην Ισλανδία και Φινλανδία, σχετίζεται με την παρουσία φαινόλης, δευτερογενούς καρκινογόνου, που βρίσκεται στο καπνό, την αιθάλη, και την πίσσα όπως και στα πόσιμα νερά της βροχής που συλλέγονται σε δεξαμενές επιστρωμένες με πίσσα.

Οι SATO και RUBIN (1961 - 1974) ανακοίνωσαν ότι βρήκαν στοιχεία ενδεικτικά σχέσεως της αυξημένης νοσήσεως από γαστρικό καρκίνωμα με την κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων αλατισμένων φαριών και λαχανικών. Στα τηγανιτά λίπη που επαναχρησιμοποιούνται (Ισλανδία) παρατηρήθηκε έλλειψη βιταμινών A και C λόγω σχηματισμού από την επανειλημμένη χρήση, αντιβιταμίνης A, που πιθανόν να συμβάλλει στην ανάπτυξη γαστρικού καρκινώματος.



Αντίθετα με ό,τι συμβαίνει με την πρόσληψη λίπους, η οποία ακόμη δεν έχει ενοχοποιηθεί, οι αμυλώδεις τροφές (εκτός από τον αραβόσιτο) αποτελούσαν την κύρια πηγή διατροφής των ατόμων σε περιοχές με υψηλή συχνότητα γαστρικού καρκινώματος. Εκτός από είδη διατροφής που ενοχοποιούνται για πιθανή καρκινογόνο δράση αναφέρονται και άλλα που δρουν προστατευτικά. Το ρόλο αυτό φαίνεται να παίζουν οι ζωϊκές πρωτεΐνες.<sup>12</sup>

Από την άλλη πλευρά έχει παρατηρηθεί ότι το γάλα, τα φρούτα, τα φρέσκα λαχανικά, χυμοί και οι πλούσιες σε βιταμίνες Α και C τροφές κυριαρχούν στη διατροφή των χωρών με χαμηλή συχνότητα εμφάνισης της νόσου και στα ανωτερα από πλευράς κοινωνικοοικονομικής στρώματα του πληθυσμού.

Στην καρκινογένεση που συνδέεται με τη διατροφή πρέπει να ενταχθούν και τα ευρήματα που προήλθαν από μελέτες του υπεδάφους διαφόρων περιοχών, σε σχέση με το καρκίνωμα του στομάχου. Υψηλή συχνότητα καρκινώματος του στομάχου παρατηρήθηκε σε περιοχές με υγρά ή εν προσχώσει εδάφη ή σε μέρη όπου υπάρχουν σάπια χόρτα (Ολλανδία, Ουαλία). Οι μεγαλύτερες διαφορές εμφανίσεως γαστρικού καρκινώματος σε σχέση με τη σύσταση του υπεδάφους σημειώθηκαν στην Ουαλία όπου στους κήπους καρκινοπαθών από γαστρικό καρκίνωμα ή συγκέντρωση χρωμίου, ψευδαργύρου και κοβαλτίου ήταν σαφώς μεγαλύτερη από εκείνη που βρέθηκε στην ομάδα ελέγχου. Αντίθετα έχει παρατηρηθεί χαμηλή συχνότητα Γαστρικού καρκινώματος σε ασβεστολιθικές περιοχές, ενώ για το ουράνιο, σίδηρο ή τιτάνιο δεν υπάρχουν μελέτες. Ίσως χρειάζεται σαν απλη παρατήρηση να σημειωθεί ότι οι χώρες με τον υψηλότερο δείκτη νοσήσεως είναι ηφαιστειογενείς.<sup>6</sup>

Ασαφής φαίνεται η σχέση μεταξύ επαγγελματικής απασχόλησης και γαστρικό καρκίνωμα. Πάντως έχει υποστηριχθεί ότι συχ-

νότερα προσβάλλονται άτομα που ασκούν φυσική δύναμη όπως αγρότες, φάρδες, μεταλλωρύχοι, λατόμοι. Επίσης, παρατηρήθηκε ότι οι θάνατοι από γαστρικό καρκίνωμα ήταν συχνότεροι στους ανθρακωρύχους, στους ασχολούμενους με τη νεπεξεργασία του αμίαντου, και στους εργάτες βιομηχανικής επεξεργασίας καουτσούκ. Έτσι, φαίνεται, ότι η επίπτωση της νόσου είναι μεγαλύτερη στις βιομηχανικές αστικές περιοχές από την ύπαιθρο.<sup>2</sup>

Η ακτινοβολία δεν φαίνεται να σχετίζεται με τη συχνότητα γαστρικού καρκινώματος. Στο συμπέρασμα αυτό κατέληξαν οι μελέτες Ιαπώνων στη Χιροσίμα και το Ναγκασάκι.<sup>13</sup>

Αφ' ότου διαπιστώθηκε η στενή σχέση του καπνίσματος με το καρκίνωμα του οισοφάγου θεωρήθηκε σκόπιμη η μελέτη της σχέσης καπνού και γαστρικού καρκινώματος. Τα αποτελέσματα αυτών των μελετών είναι αμφίβολα. Θετική θεωρούν τη σχέση αυτή οι ZACHO (1973) οι οποίοι υποστηρίζουν ότι η γαστρική καρκινογένεση σχετίζεται με τη διάρκεια του καπνίσματος και τη ποσότητα του καπνού. Για το αλκοολ δεν υπάρχει σαφής ένδειξη ότι ασκεί καρκινογόνο δράση. Αντίθετα, η σχέση συχνής χρήσεως καθαρτικών σκευασμάτων και γαστρικού καρκινώματος θεωρείται απόλυτα θετική και ουσιώδης.<sup>11</sup>

Τα γενικά συμπεράσματα είναι:

1.- Το γαστρικό καρκίνωμα δεν είναι συνηθισμένο στις χώρες με μεγάλη κατανάλωση καλαμποκιού, ενώ είναι συνηθισμένο σ' εκείνες που έχουν μεγάλη κατανάλωση πατάτας.

2.- Συχνό είναι το καρκίνωμα του στομάχου σε περιοχές με κατανάλωση μεγάλης ποσότητας συντηρημένων φαριών (Ιαπωνία) και καπνιστών φαριών (Ισλανδία).

3.- Η καθημερινή κατανάλωση κρέατος και πράσινων λαχανικών φαίνεται ότι ελαττώνει τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου

ακόμη και μη καθημερινής λήψης γάλακτος, η οποία φαίνεται να έχει κάποιο προστατευτικό ρόλο.

4.- Η κατανάλωση αλκοόλ και καπνού ενοχοποιούνται επίσης σε κάποιο βαθμό.

Τελευταία έχει δοθεί μεγάλη έμφαση στο ρόλο των νιτροζαμινών, που αποτελούν δυνητικά καρκινογόνες ουσίες. Αυτές οι ουσίες μπορούν να παραχθούν όταν βρεθούν μαζί βακτηρίδια, δευτερογενείς αμίνες, και νιτρώδη ή νιτρικά άλατα. Αποικίες βακτηριδίων στο στόμαχο μπορεί να συνυπάρχουν με εκτεταμένη εντερική μετάπλαση ή να αναπτυχθούν μετά από BILLROTH II γαστρεκτομή και γαστροεντεροαναστόμωση.<sup>2</sup>

Αυτό σε συνδυασμό με τη λήψη δευτερογενών αμινων και νιτρωδών ή νιτρικών αλάτων μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα το σχηματισμό νιτροζαμινών. Η ύπαρξη υψηλης συγκέντρωσης νιτρικών αλάτων στο νερό βρέθηκε ότι αυξάνει το κίνδυνο εμφάνισης του όγκου.<sup>12</sup>

Οι γενετικοί παράγοντες παίζουν πιθανότητα μικρό ρόλο στη γαστρική καρκινογένεση. Οι VIDEBAK και MOSBESH το 1954 μετά από ευρεία έρευνα διαπίστωσαν ότι οι άνδρες και οι γυναίκες, συγγενείς ασθενών, παρουσίαζαν τέσσερεις φορές μεγαλύτερο κίνδυνο αναπτύξεως γαστρικού καρκίνου απ'ότι οι συγγενείς υγιών ανθρώπων. Παρόμοια μελέτη μεταξύ μονογενών ή διωγενών διδύμων ήταν αρνητική. Τα αποτελέσματα αυτά προσδιορίζουν πιθανότητα κάποια γενετική βάση στην ανάπτυξη του γαστρικού καρκινώματος που δεν οφείλεται σε απλό γενετικό κανόνα κληρονομικότητας αλλά πιθανόν είναι πολυγενής. Τα γενετικά στοιχεία συνδυαζόμενα με την επίδραση εξωγενών παραγόντων και την κατανομή της νόσου, εξηγούν την ύπαρξη "οικογενειών γαστρικού καρκίνου"<sup>14</sup>.

Η σκέψη της γενετικής σχέσης του γαστρικού καρκινώματος

ενισχύεται από το γεγονός ότι μεταξύ καρκινοπαθών από γαστρικό καρκίνωμα υπερισχύουν σημαντικά άτομα με ομάδα αίματος A. Συγκρινόμενα αποτελέσματα ανακοινώθηκαν πρόσφατα στην Ιαπωνία, στα οποία σημειώνεται ποσοστιαία έξαρση ασθενών με Γαστρικό καρκίνωμα που ανήκαν στην ομάδα αίματος B. Ο κίνδυνος αναπτύξεως γαστρικού καρκινώματος υπολογίζεται ότι είναι 16-20 φορές μεγαλύτερος σε άτομα με ομάδα αίματος A από ότι σε άτομα με ομάδα αίματος O. Παθογενετικά, θεωρείται πιθανόν ότι η έκκριση ουσιών της ομάδας αίματος στη γαστρική βλέννη συμβάλλει στη γαστρική καρκινογένεση. Πολλοί συγγραφείς εξηγούν το φαινόμενο με την υπόθεση ότι η έξαρση του γαστρικού καρκινώματος σε άτομα με ομάδα αίματος A οφείλεται στο μεγάλο κίνδυνο αναπτύξεως γαστρικού καρκινώματος σε ασθενείς με κακοήθη αναιμία ή όποια επίσης είναι συχνότερη σε άτομα με ομάδα αίματος A. Η παρατήρηση αυτή δεν εξηγεί, όμως, παρά ένα μικρό ποσοστό περιπτώσεων, στις οποίες ο γαστρικός καρκίνος αναπτύχθηκε σε έδαφος κακοήθους αναιμίας. Οι σχέσεις γαστρικού καρκινώματος με την εντόπιση νεοπλασματος, την ηλικία ή το φύλο των ασθενών ήταν αρνητικές. Αντίθετα ο STEMMERMAN ανακοίνωσε, ότι ο διάχυτος ιστολογικός τύπος καρκίνου σχετίζεται με την ομάδα αίματος A.<sup>5,6</sup>

Η εντερική μεταπλασία βρίσκεται σήμερα στο προσκήνιο του ενδιαφέροντος, γιατί θεωρείται απο πολλούς συγγραφείς προκαρκινωματώδης κατάσταση. Τα καρκινώματα του στομάχου που αναπτύσσονται σε έδαφος εντερικής μεταπλασίας υπολογίζονται από 32,7% έως 50% όλων των γαστρικών καρκίνων. Ο LAUREN χαρακτηρίζει την κατηγορία αυτή με τον όρο "εντερικού τύπου γαστρικά καρκινώματα."<sup>15</sup>

Ιδιαίτερη σημασία, αποδίδεται στο γεγονός ότι ποσοστό 70% των γαστρικών καρκίνων αναπτύσσεται στον πυλωρικό σωλήνα στον

οποίο κυρίως εντοπίζεται η εντερική μεταπλασία. Επίσης, συχνά στα καρκινώματα του στομάχου παρατηρούνται αλλοιώσεις εντερικής μεταπλασίας στον υγιή βλεννογόνο που βρίσκεται κοντά ή και σε απόσταση από το νεοπλασματικό όγκο. Τέλος, οι μελέτες σε μεγάλες σειρές ασθενών με κακοήθη αναιμία, απόδειξαν, ότι οι ασθενείς αυτοί παρουσιάζουν 10 φορές μεγαλύτερη συχνότητα γαστρικού καρκίνου, απ'ότι ο γενικός πληθυσμός. Συνδεδεικμένοι κρίκοι της κακοήθους αναιμίας και του γαστρικού καρκινώματος θεωρούνται η ατροφική γαστρίτιδα και η εντερική μεταπλασία που συνοδεύουν την κακοήθη αναιμία. Παρά την εντυπωσιακή σχέση της κακοήθους αναιμίας και του γαστρικού καρκίνου ο οποίος εντοπίζεται στις περιπτώσεις αυτές στο θόλο και το σώμα του στομάχου ο προκαρκινωματώδης ρόλος της κακοήθους αναιμίας θεωρείται πολύ μικρός γιατί η νόσος δεν είναι συχνή.<sup>16</sup>

Τη σχέση του γαστρικού καρκινώματος με την Εντερική μεταπλασία ενισχύει και η παρατήρηση ότι χώρες με υψηλή συχνότητα γαστρικού καρκίνου (Ιαπωνία, Κολομβία) παρουσιάζουν υψηλή συχνότητα Εντερικής μεταπλασίας ενώ αντίθετα, χώρες με χαμηλή συχνότητα γαστρικού καρκινώματος έχουν χαμηλό δείκτη εντερικής μεταπλασίας. Η παρατήρηση αυτή συνδέεται επίσης με το γεγονός ότι ο εντερικός τύπος του γαστρικού καρκίνου, εκείνος δηλαδή που συνδέεται κατά το LAUREN άμεσα με την Εντερική μεταπλασία, απαντάται σε χώρες με υψηλή συχνότητα καρκίνου στομάχου. Αντίθετα σε χώρες με χαμηλή συχνότητα γαστρικού καρκινώματος υπερέχει ο διαχυτός τύπος ο οποίος φαίνεται να μην έχει σχέση με την Εντερική Μεταπλασία.<sup>14, 16</sup>

Με τον όρο ULCER - CANCER (έλκος-καρκίνος) περιγράφονται περιπτώσεις χρόνιων γαστρικών ελκών τα οποία παρουσιάζουν στο ένα μόνο χείλος τους ανάπτυξη καρκινώματος. Σήμερα, είναι γε-

νικά παραδεκτό, ότι υπάρχουν πράγματι περιπτώσεις ελκών-καρκίνων, άποψη η οποία παλαιότερα είχε αμφισβητηθεί. Ακόμη όμως και σήμερα, ηφίστανται επιδημιολογικά και κλινικά δεδομένα που μειώνουν τη σημασία του γαστρικού έλκους σαν καρκινογόνο παράγοντα. Τα επιδημιολογικά στοιχεία αναφέρονται στη διαφορετική γεωγραφική κατανομή γαστρικού έλκους και γαστρικού καρκίνου στην Ιαπωνία και τη συχνότητα του γαστρικού έλκους στις Η.Π.Α., η οποία παρά τη σαφή μείωση που παρατηρείται στο γαστρικό καρκίνο, παραμένει σταθερή. Τα κλινικά δεδομένα αναφέρονται στο χαμηλό δείκτη αναπτύξεως γαστρικού καρκίνου σε ελκωπαθείς ασθενείς που αντιμετωπίσθηκαν συντηρητικά και στην απουσία γαστρικού έλκους, σε ασθενείς με γαστρικό καρκίνωμα.<sup>6</sup>

Τέλος, το πρόβλημα της γαστρικής καρκινογένεσεως έχει μελετηθεί και πειραματικά. Έχει διαπιστωθεί ότι μεγάλος αριθμός καρκινογόνων ουσιών χορηγούμενες σε επιμυες με τη διατροφή, το πόσιμο νερό και με ενδοτοιχωματική εμφύτευση προκαλούν ανάπτυξη αδenoκαρκινώματος ιδιαίτερα στην πυλωρική μοίρα του στομάχου. Η αποτελεσματικότερη καρκινογόνος ουσία με τις μικρότερες τοξικές παρενέργειες, είναι η Ν-μεθυ-Ν-νιτροξογουανιδίνη (MNNG ή NG) χορηγούμενη σε δόση 83 MG/L επί 7 συνεχείς μήνες ή ένα χρόνο. Επίσης, έχουν χρησιμοποιηθεί το 3 - μεθυλχολανθρένιο, ή Ν-2-φλουρενυλιεταμίδη, ή ακετυλ-με-θυλνιτροζουρία και το οξύ της 4-νιτρονικολίνης. Στα αρχικά στάδια του πειράματος προκαλούνται στο γαστρικό βλεννογόνο, κυρίως στην πυλωρική του μοίρα, διαβρώσεις συνοδευόμενες από εκσεσημασμένη κυτταρική ατυπία.<sup>11, 13</sup>

Υπολογίζεται ότι η διεργασία της κακοήθους εξαλλαγής απαιτεί χρονικό διάστημα 7 μηνών και το ίδιο χρονικό διάστημα απαι-

τείται εν συνεχεία για το σχηματισμό εμφανούς διηθητικού όγκου και το θάνατο του ζενιστή.

Η ανάπτυξη καρκινώματος βεβαιώνεται μόνο από την παρουσία διηθητικής αναπτυξεως και τη μοιραία κατάληξη. Συνήθως παρατηρείται διήθηση των χιτώνων του στομάχου, περιαγγειακή και περινευρική διήθηση, αλλά έχουν περιγραφεί και περιπτώσεις με μεταστάσεις στους μεσεντέριους λεμφαδένες, το πάγκρεας το ήπαρ, και τους πνεύμονες. Τα στάδια που ακολουθεί η καρκινωμάτωση εξαλλαγή στην πειραματική καρκινογένεση δεν έχουν με σαφήνεια προσδιορισθεί.<sup>17</sup>

Οι STEWART αναφέρουν, ότι δεν βρήκαν στο γαστρικό βλεννογόνο των πειραματοζώων αλλοιώσεις χρόνιας γαστρίτιδος, έλκη, πολύποδες ή εντερική μεταπλασία. Άλλοι ερευνητές παρατήρησαν εστίες εντερικής μεταπλασίας σε πολλές περιπτώσεις πειραματοζώων μετά από χορήγηση χαμηλών δόσεων καρκινογόνων ουσιών.<sup>6</sup>

Όλοι αυτοί οι παράγοντες που θα τους ονομάσουμε περιβαλλοντολογικούς παίζουν ασφαλώς κάποιο ρόλο στην εμφάνιση της νόσου και έχουν αποδειχτεί ισχυροί, αφού πρέπει να είναι κυρίως υπεύθυνοι για τη μειωμένη εμφάνιση της νόσου στους Ιάπωνες μετανάστες στην Αμερική, σε σύγκριση με εκείνους που ζουν στην Ιαπωνία και για την ίση συχνότητα εμφάνισης της νόσου στους λευκούς της Αμερικής και στους Ιάπωνες που γεννήθηκαν εκεί.

Δεδομένης της μεγάλης συχνότητας του νεοπλάσματος και της ταχείας εξέλιξής του, η αναγνώριση των επιβαρυντικών και προδιαθεσικών παραγόντων θα βοηθήσει ενδεχομένως στην απομάκρυνσή τους και στην ελάττωση της συχνότητας του όγκου.<sup>2</sup>

Η αναγνώριση εξ άλλου των προκαρκινωματώδων καταστάσεων και αλλοιώσεων θα βοηθήσει στην έγκαιρη διάγνωση πρώιμων μορφών καρκινώματος, με αποτέλεσμα την έγκαιρη αντιμετώπιση και βελτίωση της επιβίωσης, σε πολλές περιπτώσεις.

## 2.1. Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στη χώρα μας το ποσοστό θανάτων από καρκίνο στομάχου απέχει από τα επίπεδα των άλλων ευρωπαϊκών χωρών. Εδώ όπως και σε άλλες χώρες έχει παρατηρηθεί πτωτική τάση της επίπτωσης και της θνησιμότητας από καρκίνο αυτό. Η τάση αυτή, μπορεί να παρατηρηθεί σε όλες σχεδόν τις ηλικίες και στα δύο φύλα (1,7% στους άντρες και 2,5 στις γυναίκες). Οι μικρές ανοδικές διακυμάνσεις των δεικτών σε νεώτερες ηλικίες είναι πιθανώς τυχαίες, λόγω του μικρού αριθμού θανάτων σ' αυτές τις ηλικίες.<sup>18</sup>

Αναλυτικότερα, ο καρκίνος του στομάχου είναι δύο φορές συχνότερος στον ανδρικό σε σχέση με το γυναικείο πληθυσμό. Στους άνδρες, είναι συχνότερος στις αγροτικές περιοχές (αστικο-αγροτικό πηλίκο=0,8). Επίσης στη χώρα μας ο καρκίνος στομάχου προσβάλλει τον αντρικό πληθυσμό σε μικρότερη συχνότητα από τον καρκίνο του προστάτη. Δηλαδή κατέχει την δεύτερη θέση στην στήλη των νεοπλασμάτων, που προσβαλλουν τους Έλληνες, πίσω από τον καρκίνο-του-πνεύμονα.<sup>2</sup>

Ακόμα καταλαμβάνει την δεύτερη θέση και στις γυναίκες, μετά τον καρκίνο του μαστού. Τρίτος κατά σειρά, έρχεται εδώ και ο καρκίνος του πνεύμονα που τα τελευταία χρόνια αυξάνεται με αλματώδη ταχύτητα.<sup>18</sup>

Όσον αφορά την ηλικία, ο καρκίνος του στομάχου εμφανίζεται συνήθως, σε άτομα μέσης και μεγάλης ηλικίας, σε συχνότερη ανάπτυξη, μεταξύ 50 και 60 ετών. Σπάνια έχει αναφερθεί ανάπτυξη καρκίνου του στομάχου σε βράφη ή σε νεαρούς ενήλικες.<sup>19</sup>

Στη συνέχεια παραθέτουμε στοιχεία από την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία για την περίοδο 1965-1985 καθώς και για την τελευταία πενταετία 1985-1989.<sup>18</sup>



Πίνακας I: Θνησιμότητα από κακοήγη νεοπλάσματα του  
στομάχου στην Ελλάδα 1961 - 1985:

Χρονική περίοδος	Αριθμός θανάτων ♂	Αριθμός θανάτων ♀
1961 - 65	3765	2853
1966 - 70	3950	2785
1971 - 75	4196	2951
1976 - 80	4378	3097
1981 - 85	4130	2815

Για την τελευταία πενταετία 1985 - 1989 έχουμε τα εξής  
στοιχεία: Πίνακας II:

ΕΤΟΣ	ΣΥΝ. ΝΕΟΠΛ.	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΑΡΚ. ΣΤΟΜΑΧΟΥ	ΘΑΝΑΤΟΙ ΑΠΟ (α ΣΤΟΜ)
1985	75.958	2106	182
1986	80.552	2050	195
1987	86.802	2428	196
1988	95.001	2479	210
1989			

ΠΙΝΑΚΑΣ ΙΙΙ: Ασθενείς με καρκίνο στομάχου κατά ομάδες ηλικιών και φύλο, την τελευταία πενταετία.

ΕΤΟΣ:	ΓΕΝ. ΣΥ- ΝΟΛΟ		ΣΥΝΟΛΟ		20-29 ετ.		30-39 ετ.		40-49ετ.			
	Α	Θ	Α	Θ	Α	Θ	Α	Θ	Α	Θ		
1985	2106	1271	835	7	1	42	32	104	100			
1986	2050	1276	774	6	3	32	17	126	74			
1987	2428	1510	918	6	4	30	28	106	118			
1988	2479	1507	972	5	2	20	27	134	101			
1989												
	50-59 ετ.		60-64 ετ.		65-69 ετ.		70-79 ετ.		80-89 ετ.		90-99 ετ.	
	Α	Θ	Α	Θ	Α	Θ	Α	Θ	Α	Θ	Α	Θ
	259	166	140	79	177	100	381	226	128	94	11	21
	245	144	193	97	157	97	361	220	123	104	10	4
	364	144	198	114	212	148	416	224	154	114	6	12
	309	176	260	128	222	121	377	271	154	111	7	13

100 και άνω		Δεν δηλώθ.	
Α	Θ	Α	Θ
-	1	17	12
-	-	23	12
-	-	18	12
1	1	16	21

Από τα παραπάνω βλέπουμε ότι η επίπτωση του καρκίνου του στομάχου, αυξάνεται σε συνάρτηση με την ηλικία, είναι δύο φορές μεγαλύτερη στους άνδρες παρά στις γυναίκες.

Επίσης είναι μεγαλύτερη η επίπτωση στις αγροτικές περιοχές της χώρας μας.

## 2.2. Σ Υ Μ Π Ε Ρ Α Σ Μ Α Τ Α

---

Η συχνότητα του καρκίνου του στομάχου, σαν αιτία θανάτου στην Ελλάδα εξακολουθεί να είναι μεγάλη, παρόλο την πτωτική τάση που έχει σημειώσει ο καρκίνος αυτός, την τελευταία δεκαετία, στη χώρα μας. Ο αριθμός των νέων διαγνώσεων καρκίνου είναι αρκετά σημαντικός σε όλες τις περιφέρειες.

Οι κύριες εντοπίσεις της νόσου είναι στη:

α) πυλωρική περιοχή και β) στο έλλασον τόξο, ακολουθούν δε με μικρότερη συχν. η καρδιακή περιοχή και τα διάχυτα αναπτυσσόμενα διηθητικά καρκινώματα. Το μεγαλύτερο ποσοστό των αντρών που εμφανίζει οα στομάχου είναι ηλικίας 50-65 ετών και των γυναικών 60-70 ετών.

Αυτό σημαίνει ότι το σύστημα υγείας της χώρας μας πρέπει να οργανωθεί αποτελεσματικά, τόσο στο χώρο της πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης, όσο και στον τομέα της κάλυψης των αναγκών των καρκινοπαθών.

### 3. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ-ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓ.-ΠΑΘΟΛΟΓ. ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ-ΣΤΑΔΙΟ-ΠΟΙΗΣΗ ΓΑΣΤΡΙΚΟΥ ΚΑΡΚ.

#### 3.1. Αιτιολογία-Προδιαθεσικοί παράγοντες

..... Η αιτιολογία του καρκίνου του στομάχου παραμένει άγνωστη. Υπάρχουν όμως ορισμένοι βέβαιοι προδιαθεσικοί παράγοντες.

α. Φύλο. Υπάρχει σαφής υπεροχή μέχρι και 2/1 των ανδρών σε σχέση με τις γυναίκες.<sup>19</sup>

β. Κληρονομικότητα Τα μέλη οικογενειών που πάσχουν από καρκίνο του στομάχου εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου.

γ. Ομάδα αίματος A. Πριν από αρκετά χρόνια είχε υποστηριχθεί η σχέση μεταξύ καρκίνου του στομάχου και ατόμων με ομάδα αίματος A. Η συσχέτιση αυτή βασίσθηκε στην βλεννοπολυσακχαριδική σύνθεση της γαστρικής έκκρισης και στην διαφορετική ευαισθησία των ατόμων αυτών στους περιβαλλοντικούς καρκινογόνους παράγοντες.

Παράλληλα, από πολλές μελέτες προκύπτει αυξημένη συχνότητα αρρώστων με ομάδα αίματος A μεταξύ των πασχόντων από καρκίνο του στομάχου.<sup>20</sup>

δ. Δίαιτα. Η δίαιτα φαίνεται να είναι ο σπουδαιότερος περιβαλλοντικός παράγοντας στην καρκινογενεση του στομάχου, Δυνητικά καρκινογενετικές τροφές θεωρούνται εκείνες που είναι πλούσιες σε άμυλο, πτωχές σε ζωικές πρωτεΐνες και βιταμίνες καθώς επίσης, τα παστά φάρια, τα τουρσιά και τα καπνιστά που περιέχουν πολυκυκλικούς υδρογονάνθρακες.<sup>10</sup>

#### ε. Προκαρκινοματώδεις καταστάσεις και αλλοιώσεις

Με τον όρο προκαρκινοματώδη κατάσταση, εννοούμε την

κλινική οντότητα που συσχετίζεται με αύξηση της πιθανότητας εμφάνισης καρκίνου<sup>8</sup>. Τέτοιες είναι το γαστρικό έλκος, η κακοήθης αναιμία, το γαστρικό κολόβωμα, μετά από γαστρεκτομή για έλκος, οι πολύποδες του στομάχου, REFLUX Οισοφαγίτις. Προηγούμενες εγχειρήσεις του στομάχου και η νόσος του MENETRIER. Ο όρος προκαρκινωματώδης αλλοίωση είναι παθολογοανατομικός και αφορά τις ιστολογικές εκείνες ανωμαλίες, που συνοδεύονται από αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης του νεοπλάσματος. Τέτοιες είναι η ατροφική γαστρίτιδα με ή χωρίς εντερική μετάπλαση και η δυσπλασία.

Σε αρκετές προκαρκινωματώδεις καταστάσεις παρατηρείται και προκαρκινωματώδης αλλοίωση αλλά αυτό δε συμβαίνει πάντα.<sup>21</sup>

στ. Γαστρικό Έλκος. Η συχνότητα ανάπτυξης καρκινώματος στα χείλη πεπτικού έλκους (έλκος - καρκίνος), αποτέλεσε αντικείμενο συζήτησης για πολλά χρόνια.

Είναι ερώτημα αν η παλιά άποψη της καρκινωματώδους εξαλλαγής ενός κακοήθους γαστρικού έλκους ισχύει, και αν πράγματι ισχύει, είναι ερώτημα σε τι ποσοστό εμφανίζεται αυτή. Φαίνεται ότι στο μεγαλύτερο ποσοστό ένα γαστρικό έλκος είναι, είτε από την αρχή καλοήθες και θα παραμείνει τέτοιο ή είναι κακοήθες και ότι η πιθανότητα εξαλλαγής, αν υπάρχει, είναι πάρα πολύ μικρή<sup>22</sup>.

Για να τεθεί η διάγνωση έλκος - καρκίνος, είναι απαραίτητο να πληρούνται ορισμένες προϋποθέσεις:

α. Να υπάρχει σαφής κλινική και μορφολογική μαρτυρία, ότι προϋπήρξε πεπτικό έλκος.

β. Να ανευρίσκεται κακοήθεια στα χείλη του έλκους και

απόσταση από περιοχές επιθηλιακής αναγέννησης.

Η ανάπτυξη καρκινώματος στα χείλη πεπτικών έλκων είναι αναμφισβήτητη και διαφωνία υπήρξε μόνο αναφορικά με τη συχνότητα εμφάνισης.

Σήμερα οι περισσότεροι συγγραφείς συμφωνούν ότι "έλκος-καρκίνος" αναπτύσσεται σε ποσοστό 1% περίπου των πεπτικών ελκών.

Για τον ανωτέρω λόγο και ανεξάρτητα από την αθώα, ενδεχομένως, ακτινολογική εμφάνιση, θεωρείται σκόπιμη η τακτική γαστροσκόπηση με σύγχρονη λήψη βιοψιών από τα χείλη του έλκους.<sup>23</sup>

ζ. Κακοήθης αναιμία. Υπάρχει στατιστική και ιστολογική μαρτυρία, ότι ασθενείς με κακοήθη αναιμία, ανήκουν στους ομάδες υψηλού κινδύνου ως προς την εμφάνιση γαστρικού καρκινώματος. Αδενωματώδεις πολύποδες και καρκινώματα του στομάχου είναι τρεις έως τέσσερις φορές συχνότερα σε ασθενείς με κακοήθη αναιμία, παρά το γενικό πληθυσμό.

Τα καρκινώματα στις περισσότερες από τις περιπτώσεις με κακοήθη αναιμία εντοπίζονται στο σώμα και το πυθμένα του στομάχου και όχι στο πυλωρικό άντρο, που είναι η συνηθέστερη θέση ανάπτυξης καρκινωμάτων. Η αυξημένη συχνότητα εμφάνισης του καρκινώματος, σε περιπτώσεις με κακοήθη αναιμία, και η ασυνήθης εντόπιση του όγκου, μπορούν να αποδοθούν στην κατανομή και τη προκαρκινωματώδη φύση της γαστρικής ατροφίας και της εντερικής μετάπλασης.

Η τελευταία, όταν συνοδεύει την κακοήθη αναιμία είναι περισσότερο εκτεταμένη στο σώμα και τον πυθμένα<sup>24</sup>.

η. Γαστρικό Κολόβωμα. Ασθενείς στους οποίους έγινε μερική γαστρεκτομή για καλοήθες πεπτικό έλκος, έχουν αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης καρκινώματος στο γαστρικό κολόβωμα αρκετά χρόνια μετά την επέμβαση (NICHOLTS 1974). Για το λόγο αυτό θα πρέπει να γίνεται συχνή εξέταση αυτών των ασθενών.

Το καρκίνωμα στο γαστρικό κολόβωμα συνήθως αναπτύσσεται κοντά στην αναστόμωση.

Στην ίδια περιοχή παρατηρούνται συχνά πολυποειδικά μορφώματα, αρκετά από τα οποία είναι ψευδοπολύποδες, λόγω σύσπασης των περιοχών της αναστόμωσης, ενώ άλλα από αυτά είναι υπερπλαστικοί ή αναγεννητικοί πολύποδες, οι οποίοι, όπως αναφέρεται παρακάτω, δεν έχουν δυνητική κακοήθεια<sup>21</sup>.

η. Πολύποδες. Οι πολύποδες του στομάχου διακρίνονται σε εκείνους που είναι δυνητικά κακοήθεις και σε εκείνους που δεν είναι. Η πιθανότητα κακοήθειας αυξάνει με τον αριθμό, τη διάμετρο και τον τύπο των πολυπόδων, όμως σταθερή απόδειξη δεν υπάρχει.

Οι αμαρτωματικοί πολύποδες δεν είναι προκαρκινωμάτωσης. Οι αναγεννητικοί ή υπερπλαστικοί, οι οποίοι είναι οι συνηθέστεροι, πολύ σπάνια εξαλλάσσονται, ενώ οι αδеноματώδεις έχουν δυνατότητα κακοήθους εξαλλαγής αλλά είναι σπάνιοι. Οι τελευταίοι, είναι συνήθως λαχνωτοί ή σωληνολαχνωτοί, συνήθως άμισχοι και μονήρεις.

Το αδένωμα του στομάχου εμφανίζει ποικίλλου βαθμού επιθηλιακή δυσπλασία και για τον αποκλεισμό ανάπτυξης ενδοβλενογονίου καρκινώματος είναι απαραίτητη η εξέταση πολλών τομών<sup>16</sup>.

θ. Νόσος MENETRIER (υπερτροφική Γαστροπάθεια)

Η νόσος του MENETRIER είναι άγνωστης αιτιολογίας και χαρακτηρίζεται, όπως είναι γνωστό, από την παρουσία γιγαντιαίων γαστρικών πτυχών στο σώμα και τον πυθμένα του στομάχου.

Οι ασθενείς παρουσιάζονται με δυσπεψία, σιδηροπενική αναιμία και υποπρωτεϊναιμία, λόγω της απώλειας πλάσματος.

Η κλινική και ακτινολογική εικόνα της νόσου αυτής, δίνει την εντύπωση πολλαπλών, γαστρικών πολυπόδων ή Καρκίνων στομάχου. Υπάρχει συνεχής αύξηση του αριθμού των περιπτώσεων καρκινώματος του στομάχου, που αναπτύσσονται σε έδαφος νόσου του MENETRIER.

Το 75% των περιπτώσεων συνδυάζεται με υποχλωρυδρία που ευνοεί την ανάπτυξη κακοήθειας. Πιστεύεται ότι στο 10% των διαπιστωμένων περιστατικών συνυπάρχει<sup>3</sup> Κ.Σ.

ι. Εντερική Μεταπλασία

Η εντερική μεταπλασία του γαστρικού βλεννογόνου, η μετατροπή δηλαδή των αδενικών του στοιχείων σε επιθήλια που μορφολογικά, ιστοχημικά και με μελέτη στο Η.Μ. έχουν τους χαρακτήρες επιθηλίων φυσιολογικού βλεννογόνου λεπτού εντέρου, αποτελεί από τα τέλη του περασμένου αιώνα μέχρι σήμερα θέμα έρευνας και συζητήσεων τόσο για τη φύση της όσο και τη σχέση της με τη γαστρική καρκινογένεση. Με τον όρο Ε.Μ. η οποία είναι η πιο συχνή και ενδιαφέρουσα επιθηλιακή αλλοίωση στην ατροφική γαστρίτιδα και την γαστρική ατροφία, εννοούμε την παρουσία στο γαστρικό βλεννογόνο καλυκοειδών κυττάρων, μη εκκριτικών κυττάρων με ψηφροειδή παρυφή και κυττάρων PANETH και αργενταφειανών που εντοπίζονται, αντίθετα με ό,τι συμβαίνει



στον εντερικό βλεννογόνο, στα γαστρικά βοθρία (κρύπτες)<sup>6</sup>. Η Ε.Μ. βρίσκεται σήμερα στο προσκήνιο του ενδιαφέροντος, γιατί θεωρείται από πολλούς συγγραφείς προκαρκινωματώδης κατάσταση. Τα καρκινώματα του στομάχου που αναπτύσσονται σε έδαφος Ε.Μ. υπολογίζονται από 3,4,7% έως 50% όλων των γαστρικών καρκίνων. Ο LAUREN χαρακτηρίζει την κατηγορία αυτή με τον όρο "εντερικού τύπου γαστρικά καρκινώματα".

Ιδιαίτερη σημασία αποδίδεται επίσης, στο γεγονός ότι ποσοστό 70% των γαστρικών καρκίνων αναπτύσσεται στον πυλωρικό σωλήνα στον οποίο κυρίως εντοπίζεται η Ε.Μ. Επίσης, συχνά στα καρκινώματα του στομάχου παρατηρούνται αλλοιώσεις Ε.Μ. στον υγιή βλεννογόνο, που βρίσκεται κοντά, ή και σε απόσταση, από το νεοπλασματικό όγκο. Τέλος, μελέτες σε μεγάλες σειρές ασθενών με κακοήθη αναιμία, απόδειξαν, ότι οι ασθενείς αυτοί παρουσιάζουν 10 φορές μεγαλύτερη συχνότητα γαστρικού καρκίνου απ'ότι ο γενικός πληθυσμός. Συνδετικοί κρίκοι της κακοήθους αναιμίας και του γαστρικού καρκινώματος θεωρούνται η ατροφική γαστρίτιδα, και η Ε.Μ. που συνοδεύουν την κακοήθη αναιμία. Παρά την εντυπωσιακή σχέση της κακοήθους αναιμίας και του γαστρικού καρκίνου ο οποίος εντοπίζεται στις περιπτώσεις αυτές, στο θόλο και το σώμα του στομάχου (περιοχές που αναπτύσσεται η ατροφική γαστρίτιδα σε κακοήθη αναιμία) ο προκαρκινωματώδης ρόλος της κακοήθους αναιμίας, θεωρείται πολύ μικρός γιατί η νόσος δεν είναι συχνή.<sup>26</sup>

Οι άρρωστοι που εμφανίζουν χρόνια ατροφική γαστρίτιδα, με ή χωρίς εντερική μεταπλασία έχουν αυξημένο κίνδυνο

ανάπτυξης καρκίνου. Η ύπαρξη γαστρίτιδας στα παρασκευάσματα καρκίνου του στομάχου, είναι συχνή και κατά πάσα πιθανότητα αυτή προϋπήρχε και δεν είναι αποτέλεσμα της νόσου.

Είναι στατιστικά αποδεδειγμένο, ότι ασθενείς με ατροφική γαστρίτιδα, αναπτύσσουν συχνά γαστρικό καρκίνωμα. Η εντερική μετάπλαση, η οποία συχνά συνοδεύει την ατροφική γαστρίτιδα, φαίνεται να αποτελεί τον προδιαθεσικό παράγοντα και το έδαφος, πάνω στο οποίο αναπτύσσεται το γαστρικό καρκίνωμα.<sup>5</sup>

Υπέρ της ανωτέρω άποψης συνηγορούν η μεγάλη έκταση της εντερικής μετάπλασης, του γαστρικού βλεννογόνου σε καρκίνωμα; η ιστολογική εντύπωση ότι αρμετά καρκινώματα αναπτύσσονται από περιοχές εντερικής μετάπλασης και η μορφολογία του επιθηλίου (εντερικού τύπου) αδενωματωδών πολυπόδων.

Τη σχέση του γαστρικού καρκινώματος με την Ε.Μ. ενισχύει και η παρατήρηση ότι χώρες με υψηλή συχνότητα γαστρικού καρκίνου (Ιαπωνία, Κολομβία) παρουσιάζουν υψηλή συχνότητα Ε.Μ. ενώ αντίθετα, χώρες με χαμηλή συχνότητα γαστρικού καρκινώματος έχουν χαμηλό δείκτη Ε.Μ. Η παρατήρηση αυτή, συνδέεται επίσης με το γεγονός, ότι ο εντερικός τύπος του γαστρικού καρκίνου, εκείνος δηλαδή, που συνδέεται κατά το LAUREN άμεσα με την Ε.Μ., απαντάται συχνότερα σε χώρες με υψηλή συχνότητα καρκίνου του στομάχου. Αντίθετα, σε χώρες με χαμηλή συχνότητα γαστρικού καρκινώματος, υπερέχει ο διάχυτος τύπος, ο οποίος δεν φαίνεται να έχει σχέση με την Ε.Μ. <sup>27</sup>

Παρά τα στοιχεία που αναφέρθηκαν, ορισμένοι συγγραφείς δεν αναγνωρίζουν τη σχέση της γαστρικής καρκινογένεσης με

με την Ε.Μ. και πιστεύουν ότι η τελευταία αποτελεί φαινόμενο γηράνσεως. Μεταξύ των δύο ακραίων απόψεων βρίσκεται μία τρίτη άποψη, ομάδας ερευνητών, οι οποίοι χωρίς να αποκλείουν την ανάπτυξη γαστρικού καρκίνου από περιοχές εντερικής μεταπλασίας του γαστρικού βλενογόνου, εκφράζουν την άποψη ότι η Ε.Μ. παριστάνει μη ειδική απάντηση σε μία βλεννογονική βλάβη και δεν αποτελεί υποχρεωτικά πρόδρομο σημείο του γαστρικού καρκίνου, γιατί ο νεοπλασματικός όγκος δεν έχει άμεση σχέση πάντα με περιοχές εντεροποιήσεως του γαστρικού βλεννογόνου, οι δε περιοχές αυτές δεν είναι σταθερά εμφανείς σ'όλες τις περιπτώσεις του γαστρικού καρκίνου.<sup>28</sup>

Εκτός από την εντερική μεταπλασία και καλοήγη νεοπλασματα του στομάχου, όπως οι γαστρικοί πολύποδες θεωρούνται ότι προδιαθέτουν σε Γ.Κ. Παρά τη σπανιότητά τους, οι όγκοι αυτοί παρουσιάζουν καρκινωματώδη εξαλλαγή, τα ποσοστά της οποίας κυμαίνονται από 10 - 46% για το IN SITU καρκίνωμα και από 0 - 44% για τη διηθητική του μορφή. Η κακοήθης εξαλλαγή των γαστρικών πολυπόδων έχει σαφή σχέση με τον ιστολογικό τους τύπο.<sup>20</sup> Οι αδενωματώδεις, είναι πολύποδες λόγω της σπανιότητάς τους μέτρου γενικά ενδιαφέροντος, εφ'όσον είναι φανερό ότι ο γαστρικός καρκίνος αναπτύσσεται συχνότατα σε μη πολύποδη γαστρικό βλεννογόνο<sup>3</sup>.

κ. Δυσπλασία. Η δυσπλασία είναι συνδυασμός διαταραγμένης αρχιτεκτονικής των αδενίων και κυτταρικών ανωμαλιών, τόσο του καλυπτικού επιθηλίου, όσο και του επιθηλίου αδενίων του γαστρικού βλεννογόνου.<sup>21</sup>

Δυσπλαστικές αλλοιώσεις, αναπτύσσονται συχνότερα σε έδαφος εντερικής μετάπλασης, ο δε βλεννογόνος επί δυσπλασίας είναι επίπεδος, χωρίς μακροσκοπικές αλλοιώσεις. Εξαιρέση αποτελούν οι αδενωματώδεις πολύποδες, όπου υπάρχει μακροσκοπικά προέχουσα βλάβη.

Η δυσπλασία μπορεί να χαρακτηριστεί σαν ελαφρού, μετρίου και σοβαρού βαθμού και για το σκοπό αυτό, αξιολογούνται κυτταρικές κυρίως ανωμαλίες, όπως ο πυρηνικός υπερχρωματισμός και πολυμορφισμός, η στοιβαδοποίηση και η απώλεια της πολικότητας του πυρήνα<sup>23</sup>.

Πρέπει να τονιστούν σ' αυτό το σημείο τα συχνά διαφοροδιαγνωστικά προβλήματα, που αντιμετωπίζουν οι Παθολογοανατόμοι μεταξύ αληθούς δυσπλασίας και της λεγόμενης "αναγεννητικής" δυσπλασίας.

Η τελευταία, είναι αναστρέψιμη, για τη διαφορική της δε διάγνωση, από την αληθή δυσπλασία πρέπει να αξιολογούνται τα φλεγμονώδη φαινόμενα, τα οποία τη συνοδεύουν.<sup>16</sup>

Πιστεύεται, ότι η δυσπλασία είναι δυναμική κατάσταση με δυνατότητα εξέλιξης, παρ' όλο που έχουν περιγραφεί αρνητικές περιπτώσεις στις οποίες η δυσπλασία έμεινε στάσιμη για πολλά χρόνια.

Ανάπτυξη γαστρικού καρκινώματος σε ασθενείς με σοβαρού βαθμού δυσπλασία, παρατηρήθηκε σε ποσοστό 8,7% σε διάστημα περισσότερο από τρία χρόνια.

Είναι πολύ πιθανό, ότι το δυσπλαστικό επιθήλιο, περνάει από τη φάση του ενδοεπιθηλιακού καρκινώματος, πριν εξελιχθεί σε διηθητικό καρκίνωμα. Στην πράξη είναι σχεδόν

αδύνατο να τεθεί η διάγνωση ενδοεπιθηλιακού καρκινώματος, λόγω του ότι δε μπορούμε να είμαστε ποτέ βέβαιοι, ότι δεν έχει επέλθει διήθηση<sup>29</sup>.

Για τον ανωτέρω λόγο, είναι προτιμότερο να αποφεύγεται ο όρος ενδοεπιθηλιακό καρκίνωμα. Όταν τα φαινόμενα ατυπίας είναι αρκετά για τον χαρακτηρισμό της βλάβης, σαν ενδοεπιθηλιακό καρκίνωμα, είναι προτιμότερο να γίνει υπερδιάγνωση και να υποτεθεί, ότι έχει πραγματοποιηθεί διήθηση. Σ' αυτή την περίπτωση θα γίνει χρησιμοποίηση του όρου ενδοβλεννογόνο καρκίνωμα. Το τελευταίο, αν και σπάνια, δίνει μεταστάσεις.

λ. REFLUX Οισοφαγίτις. Η κήλη οισοφαγείου τμήματος συνδέεται με REFLUX οισοφαγίτιδα. Το γεγονός αυτό, οδηγεί σε μετάπλασια του οισοφαγικού επιθηλίου, σε γαστρικό, πάνω στο οποίο θα αναπτυχθεί αδενοκαρκίνωμα<sup>3</sup>.

μ. Προηγούμενες Εγχειρήσεις του Στομάχου Πολλές ερευνητικές μελέτες δείχνουν τον αυξημένο κίνδυνο (2-6 φορές) που διατρέχουν άτομα που υποβάλλονται σε γαστρεκτομή για καλοήγη πάθηση. Οι περισσότερες περιπτώσεις συμβαίνουν μετά από εγχείρηση BILLROTH II και μάλιστα 20 χρόνια μετεγχειρητικά. Στους ασθενείς αυτούς συνιστάται συχνός ενδοσκοπικός και ακτινολογικός έλεγχος, 15 χρόνια μετά την εγχείρηση και ιδιαίτερα με την εμφάνιση καινούργιων συμπτωμάτων.

Είναι αρκετά τεκμηριωμένο ότι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε υφολική γαστρεκτομή για καλοήθες έλκος εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο να παρουσιάσουν καρκίνο του γαστρικού κολοβάματος μετά τη πάροδο πολλών ετών από την αρχική επέμβαση.<sup>5,22</sup>

Σύμφωνα με τα παραπάνω τα γενικά συμπεράσματα είναι:

. Είναι δυνατή η ανάπτυξη καρκινώματος στα χείλη χρόνιου γαστρικού έλκους αν και αυτό συμβαίνει πολύ σπάνια (1%). Η αιθία, ενδεχομένως, ακτινολογική εμφάνιση, δεν αποκλείει την ύπαρξη αρχόμενου καρκινώματος στα χείλη και για το λόγο αυτό, θεωρείται σκόπιμη η τακτική γαστροσκόπηση, με συγχρονη λήψη βιοψιών, από τα χείλη του έλκους.

. Είναι στατιστικά και ιστολογικά τεκμηριωμένο, ότι ασθενείς με κακοήθη αναιμία αναπτύσσουν συχνά καρκινώματα εντοπισμένα κυρίως στο σώμα και τον πυθμένα του στομάχου.

. Αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης καρκινώματος στο κολόβωμα, έχουν ασθενείς γαστρεκτομηθέντες για έλκος ενώ συνεχώς αυξάνουν οι ανακοινώσεις περιπτώσεων ανάπτυξης καρκινώματος σε έδαφος νόσου του MENETRIER.

. Η ατροφική γαστρίτιδα και η εντερική μετάπλαση, που συχνά τη συνοδεύει, αποτελούν το έδαφος δυσπλασίας (επίπεδος η υπό μορφή αδενωματώδους πολύποδα), η οποία είναι δυναμική κατάσταση με δυνατότητα εξέλιξης σε καρκίνωμα.

### 3.2. Παθολογική Ανατομική

Ο καρκίνος του στομάχου είναι κατά κανόνα πρωτογενής, εντοπίζεται δε κατά σειρά συχνότητας στην πυλωρική μοίρα, το ελασσον τόξο και τη καρδιά του στομάχου. Την πιο συνηθισμένη μορφή αποτελεί ο σκιρος καρκίνος, έπειτα δε το αδenoκαρκίνωμα, το μυελοκαρκίνωμα και σπανίως, ο κολλοειδής ή πηκτωματώδης καρκίνος.

Το καρκίνωμα του στομάχου προέρχεται πάντοτε από τα αδενικά στοιχεία του βλεννογόνου, επεκτείνεται εύκολα στα

γύρω όργανα και προκαλεί μεταστάσεις στους λεμφικούς αδένες και άλλα όργανα, συχνότερα στο ήπαρ. Χαρακτηριστική είναι η διήθησις των αδένων της αριστεράς υπερκλειδίου χώρας.<sup>26</sup>

Η αιματογενής διασπορά μέσω του συστήματος της πυλαίας δίνει μεταστάσεις στο ήπαρ και μέσω της συστηματικής κυκλοφορίας στους πνεύμονες, τα οστά κ.λ.π. Μετά από διήθηση του γαστρικού τοιχώματος αναπτύσσονται εμφυτεύσεις στο επιπλου στο τοίχωματικό περιτόναιο, ωοθήκες, ελασσονα πύελο. Η ανεύρεση ενδοπνευλικών μεταστατικών μαζών αποτελεί ένδειξη προχωρημένης καρκινώματωσης.<sup>21</sup>

Χαρακτηριστικό του καρκίνου του στομάχου είναι η τάση προς επέκταση και σε βάθος και σε έκταση. Η επέκταση σε βάθος έχει μεγάλη σημασία για την πρόγνωση. Απόδειξη είναι ότι η διήθηση και του ορογόνου χιτώνα είναι κακά προγνωστικό σημείο, ενώ ο αρχόμενος καρκίνος που μπορεί να φθάνει στον υποβλεννογόνιο αλλά δεν τον ξεπερνά, έχει καλή πρόγνωση, ακόμη κι αν συνυπάρχουν διηθημένοι λεμφαθένες.<sup>16</sup>

#### Τύποι καρκινωμάτων

Τα καρκινώματα παρουσιάζονται οπουδήποτε στο στομάχι, αλλά το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών αναπτύσσεται στα βλεννοεκκριτικά κύτταρα του αντρου του πυλωρού και ειδικότερα κατά μήκος του ελάσσονος τόξου. Κατά τον ORRHAN οι περιπτώσεις μπορούν να καταταγούν σύμφωνα με τα μακροσκοπικά γνωρίσματα και κατά αύξουσα σειρά κακοήθειας ως εξής:

Ομάδα I: Πολυκοειδές καρκίνωμα. Όγκος μονήρης περιγεγραμμένος, αναπτυσσόμενος, στην επιφάνεια, χωρίς σημαντική έλκωση.

Ομάδα II: Ελκωτικό καρκίνωμα. Διεισδυτική νεοπλασία με ανύψωση της περιφέρειας σαν τοίχος και σαφώς αφοριζόμενα όρια.

Ομάδα III: Επεντατικό καρκίνωμα. Αναπτυσσόμενη διεισδυτική νεοπλασία με μερική όμως διάχυτη επέκταση.

Ομάδα IV: Διάχυτο καρκίνωμα. Διηθητική νεοπλασία, χωρίς εντοπισμένο σε μέγεθος όγκο ή εκτεταμένη έλκωση, πολλές φορές με πυκνό ινώδες υπόστρωμα<sup>30</sup>.

Το πολυποειδές ή ανθοκραμβοειδές καρκίνωμα είναι μεγάλος σε μέγεθος όγκος, που βρίσκεται μέσα στη γαστρική κοιλότητα. Το νεόπλασμα μπορεί να αποκτήσει μεγάλο μέγεθος πριν την έναρξη εντονων συμπτωμάτων. Η επιφάνεια του όγκου έχει τάση προς έλκωση και μόλυνση, αιμορραγεί επίσης εύκολα. Τελικά το νεόπλασμα διηθεί το μυϊκό τοίχωμα και εισδύει μέσα σ' αυτό, αλλά η πορεία του είναι σχετικώς βραδεία. Η μορφή αυτή αποτελεί το 15% των γαστρικών καρκινωμάτων και προσφέρεται προς χειρουργική εξαίρεση?

Το ελκωτικό ή διεισδυτικό καρκίνωμα είναι η συχνότερη μορφή γαστρικού καρκινώματος και αποτελεί το 30% όλων των περιπτώσεων. Η ανάπτυξη γίνεται κυρίως απ' την κοιλότητα προς την εξωτερική επιφάνεια. Επίσης παρατηρείται πρόϊμη και εκσεσημασμένη έλκωση. Το έλκος τείνει να λάβει σχήμα κυπέλου, είναι αβαθές με επαρμένα οζώδη χείλη, τα οποία όμως δεν προσπίπτουν μέσα στον κρατήρα. Ο βλεννογόνος που βρίσκεται γύρω από το έλκος γίνεται λείος.<sup>29</sup>

Παρά τις διαφορές αυτές η μακροσκοπική διάκριση από το καλοήθες πεπτικό έλκος είναι πολλές φορές δύσκολη.



Το διάχυτο, επεκτατικό ή διηθητικό σκίροκαρκίνωμα είναι η ολιγότερη εμφανιζόμενη σε συχνότητα μορφή. Η ανάπτυξη του καρκίνου γίνεται ενδοτοιχωματικώς χωρίς σχηματισμό κάποιου εντοπισμένου έλκους. Δημιουργείται υπόστρωμα από άφθονο ινώδες ιστό, με τρόπο ώστε η προσβεβλημένη μοίρα του στομάχου να ριχνούται. Μπορεί να αρχίζει από το πυλωρό, περιβάλλοντας τη μοίρα αυτή και προκαλώντας απόφραξη. Η πρόγνωση είναι κακή και μόνο σπάνια επέρχεται ίαση.

Το κατά επιφάνεια επεκτατικό καρκίνωμα καταλαμβάνει τον βλεννογόνο και υποβλεννογόνο χιτώνα και μόνο αργότερα εισδύει βαθύτερα και δημιουργεί μεταστάσεις. Εντοπίζεται κυρίως στο ανδρο και στον πυλωρό.<sup>1</sup>

Η ιστολογική ταξινόμηση από πρακτικής άποψης είναι σχετικώς άνευ σημασίας. Τα καρκινώματα του στομάχου είναι αδενοκαρκινώματα, που προέρχονται από αδενικά κύτταρα με ποικίλου βαθμού διαφοροποιήσεις. Παραγωγή βλέννης είναι δυνατόν να παρατηρηθεί σε οποιαδήποτε ποικιλία γαστρικού καρκινώματος, είτε σε μικρές εντοπισμένες περιοχές, είτε σε όλη την έκταση του νεοπλάσματος.<sup>30</sup>

Σάρκωμα στομάχου: Το σάρκωμα αποτελεί το 2% περίπου των κακοήθων νεοπλασμάτων του στομάχου. Οι διάφορες ποικιλίες του περιλαμβάνουν το λειομυοσάρκωμα, το ινοσάρκωμα, και το κακοήθες λέμφωμα.

Η συχνότερη μορφή είναι το κακοήθες λέμφωμα. Είναι ενδοτοιχωματικό, φοιάζει προς τα υπόλοιπα κακοήθη λεμφώματα και είναι πολύ ακτινευαίσθητο. Ο βλεννογόνος μπορεί να παρουσιάζει μεγάλη πάχυνση, γιγαντιαίες πτυχές πολλαπλών όγκων ή

ενός εγκώδους πολυοειδούς μονήρους νεοπλάσματος. Στα τελικά στάδια αναπτύσσεται έλκωση. Ο πυλωρός δεν προσβάλλεται συνήθως και η απόφραξη είναι σπάνια.

Οι ιστολογικές ποικιλίες περιλαμβάνουν: λεμφοξιδιακό τύπο (σπάνιος) λεμφοκυτταρικό τύπο και δικτυοκυτταρικό τύπο (συχνότερος).

Είναι φανερό ότι δύο είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν την επιβίωση σε εξαιρεσίμους όγκους. α) Η εξάπλωση του όγκου διά του τοιχώματος του στομάχου, β. Η παρουσία διηθημένων επιχωρίων λεμφαδένων.<sup>23</sup>

### 3.3. Σταδιοποίηση του γαστρικού καρκίνου

Για τη σταδιοποίηση του καρκίνου του στομάχου έχουν προταθεί δύο συστήματα: του HOER από το 1954 και της Αμερικανικής Επιτροπής Σταδιοποίησης του καρκίνου (σύστημα T.N.M.) από το 1970.

Η ταξινόμηση του HOER είναι απλή και επαρκής, αφού δίνει πληροφορίες για την τοπική εξάπλωση και τη μεταστατική επέκταση της νόσου. Έτσι κατά τον HOER με τα στοιχεία A, B, C, δίνεται η εικόνα των μεταστάσεων, όπου A χωρίς μετάσταση, B μετάσταση στους επιχώριους λεμφαδένες, C απομακρυσμένες μεταστάσεις, ενώ με τα στοιχεία I, II, III, IVX, δίνεται η εικόνα της τοπικής εξάπλωσης, όπου I καρκίνος που δεν έχει διηθήσει όλο το τοίχωμα του στομάχου, II καρκίνος με εξωγαστρική επέκταση και NX όγκος που δεν ερευνήθηκε (αδιευκρίνιστος).<sup>3</sup>

Στο σύστημα T.N.M. το T περιγράφει τον πρωτοπαθή όγκο και το βαθμό διήθησης του τοιχώματος, το N τις λεμφικές μεταστάσεις και το M την ύπαρξη ή όχι μεταστάσεων σε απομακρυσμένα όργανα. Έτσι μπορεί να έχουμε:

T<sub>1</sub>- Όγκος μόνο στο βλεννογόνο.

T<sub>2</sub>- Όγκος μέχρι τον ορογόνο

T<sub>3</sub>- Όγκος με διήθηση όλων των χιτώνων του τοιχώματος με ή χωρίς επέκταση στα γειτονικά όργανα.

T<sub>4</sub>- Όγκος που προκαλεί διάχυτη διήθηση όλων των χιτώνων του γαστρικού τοιχώματος (πλαστική λιπιτιδα).

T<sub>χ</sub>- Όγκος με αδιευκρίνιστο βαθμό διήθησης του γαστρικού τοιχώματος.

N<sub>0</sub>- Επιχώριοι λεμφαδένες ελεύθεροι απο καρκινωματώδη διήθηση.

N<sub>1</sub>- Διηθημένοι οι επιχώριοι λεμφαδένες της ζώνης που αντιστοιχεί στην εντόπιση του όγκου.

N<sub>2</sub>- Διηθημένοι επιχώριοι λεμφαδένες και πέραν της ζώνης που αντιστοιχεί στην εντόπιση του όγκου.

N<sub>χ</sub>- Κατάσταση λεμφαδένων αδιευκρίνιστη

M<sub>0</sub>- Δεν υπάρχουν απομακρυσμένες μεταστάσεις.

M<sub>1</sub>- Απομακρυσμένες μεταστάσεις σε αδένες ή όργανα, χωρίς να υπολογίζεται, εδώ η εξωγαστρική επέκταση κατά συνέχεια ιστών. 5.16

Με το σύστημα T.N.M. ο καρκίνος του στομάχου μπορεί να ταξινομηθεί σε 4 στάδια. Έτσι στο στάδιο I ανήκουν το T<sub>1</sub>, T<sub>2</sub>, T<sub>3</sub> εφόσον έχουν N<sub>0</sub> M<sub>0</sub>. Στο στάδιο II ανήκουν όλα τα T εφόσον έχουν N<sub>1</sub> M<sub>0</sub> και το T<sub>4</sub> N<sub>0</sub>, M<sub>0</sub>. Στο στάδιο III όλα τα T εφόσον έχουν N<sub>2</sub>, M<sub>0</sub> και στο στάδιο IV οτιδήποτε T ή N εφόσον έχει M<sub>1</sub>. 17

#### Αρχόμενος καρκίνος στομάχου

Ο αρχόμενος γαστρικός καρκίνος, είναι ένα από τα νέα

στοιχεία στη μελέτη και αντιμετώπιση της νόσου. Πρόκειται για τον καρκίνο που διηθεί μόνο το βλεννογόνο ή το βλεννογόνο και υποβλεννογόνιο χωρίς να επεκτείνεται στο μυϊκό χιτώνα ( $T_1$  αλλά όχι  $T_2$ ) και που μπορεί να έχει ή όχι μεταστάσεις στους επιχώριους λεμφαδένες ( $N_0$ ,  $N_1$  ίσως και  $N_2$ ). Όταν η διήθηση έχει ξεπεράσει τον υποβλεννογόνιο και αφορά και το μυϊκό χιτώνα τότε πρόκειται για προχωρημένο καρκίνο.<sup>31</sup>

Η μορφή αυτή μπορεί να είναι εκτεταμένη, να συνοδεύεται με έντονα κλινικά συμπτώματα και επίσης σε ποσοστό 5-10% των περιπτώσεων υπάρχουν θετικοί λεμφαδένες.

Η διάγνωση του αρχόμενου καρκίνου, γίνεται ενδοσκοπικά και επιβεβαιώνεται πάντοτε παθολογοανατομικά (ιστολογική) στο παρασκευάσμα που εξαιρέθηκε κατά τη χειρουργική επέμβαση.

Τι είναι όμως το νέο αφού τέτοιοι καρκίνοι είναι βέβαιο πως υπήρχαν και παλαιότερα; Το νέο έγκειται στο ότι υπάρχει σήμερα η δυνατότητα ενδοσκοπικής διάγνωσης των καρκίνων αυτών, ενώ παλαιότερα ήταν κατά κανόνα τυχαία ευρήματα, ιστολογικών εξετάσεων.<sup>30</sup> (ΝΕΝΟΠΟΥΛΟΥ Τεύχος Α).

Στην Ιαπωνία τα τελευταία 20 χρόνια το ποσοστό της διάγνωσης του αρχόμενου καρκίνου του στομάχου φτάνει το 40%. Η πρόοδος αυτή είναι αποτέλεσμα βελτίωσης των ακτινολογικών μεθόδων, του ενδοσκοπικού ελέγχου και των πολλαπλών κατευθυνόμενων βιοψιών.

Το 1962 η Ιαπωνική Εταιρεία Ενδοσκοπήσεων του πεπτικού συστήματος καθόρισε τα χαρακτηριστικά της μακροσκοπικής (ενδοσκοπικής) ταξινόμησης του αρχόμενου καρκίνου και σήμερα η ενδοσκοπική διάγνωση τέτοιων βλεννογονικών κυρίως αλλοιώσεων γίνε-

ται με αυξανόμενη συχνότητα και δίνει τη βάση για μία πιο επιτυχή χειρουργική αντιμετώπιση με καλύτερη πρόγνωση.

Παρόμοια πρόοδος φαίνεται να σημειώνεται τελευταία στις Η.Π.Α. και την Ευρώπη. Η 5ετής επιβίωση μετά από εκτομή του αρχομένου καρκίνου στομάχου κυμαίνεται από 70-95%.<sup>9</sup>

#### 4.- ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

---

##### 4.1. Κλινική εικόνα - εργαστηριακά ευρήματα

Δεν είναι ασυνήθιστο κατά την εγχείρηση να βρίσκεται ο καρκίνος του στομάχου ανεγχείρητος, ενώ ο άρρωστος είχε προεγχειρητικά αμβλυχρή συμπτωματολογία.

Τα ενοχλήματα ποικίλλουν από μη ειδικά (απώλεια βάρους, ανορεξία, αποστροφή προς ωρισμένα φαγητά ιδίως το κρέας), σε χαρακτηριστικά του στομάχου (ναυτία, έμετος, επιγαστρικός πόνος).<sup>22</sup>

Μπορεί να συνυπάρχει αίσθημα γαστρικής πλήρωσης, φούσωμα, επιγαστρικό βάρος, ενώ σπανιότερα μπορεί η πρώτη εκδήλωση της νόσου να είναι η διάτρηση του όγκου, ή η αιμορραγία που συνηθέστερα όμως είναι μικροσκοπική και οδηγεί σε σιδηροπενική αναιμία. Το δέρμα του αρρώστου παίρνει μία ιδιόζουσα χοροκίτρινη χροιά, στο πρόσωπο και στις κνήμες εμφανίζονται ελαφρά οιδήματα.<sup>26</sup>

Η έναρξη της νόσου δεν έχει κάτι το χαρακτηριστικό, καταλήγει όμως αυτή πάντοτε στην τυπική εικόνα της καρκινοματώδους καχεξίας.

Ανάλογα με την εντόπιση, και εφόσον ο όγκος αυξανόμενος αποφράξει τα στόμια του στομάχου, ο καρκίνος της καρδιακής

μοίρας μπορεί να προκαλέσει δυσφαγία και ο καρκίνος του πλωρού εικόνα πλωρικής στένωσης. Αντίθετα, ο ελκοκαρκίνος του σώματος μπορεί να έχει σαν αρχικό σύμπτωμα πόνο που μοιάζει με τον πόνο του έλκους του στομάχου. Πόνος βέβαια μπορεί να υπάρχει και στα προχωρημένα στάδια, οπότε είναι και εκδήλωση εξωγαστρικής επέκτασης.<sup>32</sup>

Πόνος υπάρχουν σχεδόν πάντοτε, μερικές φορές μάλιστα σφοδροί, ανεξάρτητα της λήψεως τροφής, διαρκούν πολλές φορές για πολύ και επεκτείνονται με τη πίεση. Μερικές φορές οι πόνοι είναι αισθητοί μόνο στην ράχη και στην οσφύ. Σε σπάνιες περιπτώσεις ελλείπουν τελείως.

Εμμετοι εμφανίζονται συνηθέστερα όταν ο καρκίνος εντοπίζεται στον πλωρό. Τα εμέσματα περιέχουν υπολείματα τροφών, βλέννη, χολήν και συχνότατα καφεοειδείς μάζες. Καθαρές αιματεμεσεις παρατηρούνται σπάνια.<sup>33</sup>

Το γαστρικό υγρό συνήθως δεν περιέχει ελεύθερο HCL, η δε ολική οξύτητα του είναι ελαττωμένη. Υπερχλωυδρία δυνατόν να αναυρεθεί, όταν ο καρκίνος αναπτυχθεί εφόσον προϋπάρχει έλκος, τούτο όμως δεν είναι τόσο συνηθισμένο όσο πίστευαν άλλοτε. Τις περισσότερες φορές ανευρίσκεται γαλακτικό οξύ και μάλιστα περίσσειο, λόγω αποσυνθέσεως υδατανθράκων από βακτηρίδια, όταν λείπει το HCL. Γαλακτικό όμως οξύ ανευρίσκεται στο στομάχι και σ' άλλες καταστάσεις όπως στένωση του πλωρού. Το λεύκωμα του γαστρικού υγρού πολλές φορές είναι αυξημένο.

Μικροσκοπικώς, στο γαστρικό υγρό ανευρισκομε πολυάριθμα μικρά βακτηρίδια γαλακτικού οξέος. (Βακιλλος των

Βοας - OPPLER) σε εσχάτη δε περίπτωση αναζητούμε στο ίζημα καρκινωματώδη κύτταρα με τη μέθοδο Παπανικολάου.<sup>31</sup>

Κατά την ψηλάφηση, όταν ο καρκίνος έχει αναπτυχθεί αρκετά ανευρίσκονται όγκοι άλλοτε άλλου μεγέθους και σχήματος οι οποίοι καταλαμβάνουν μέρος της στομαχικής μοίρας και είναι κινητοί κατά την αναπνοήν, σκληροί και ανώμαλοι, ευαίσθητοι και επώδυνοι με τη πίεση. Οι όγκοι αυτοί ψηλαφώνται κυρίως όταν εντοπίζονται στο σώμα του στομάχου. Η ανεύρεση του όγκου με την ψηλάφηση μαρτυρεί την έναρξη της νόσου αποπολλούς μήνες. Πολλές φορές και μετά από αρκετό χρονικό διάστημα η ψηλάφηση δεν αποδίδει κανένα εύρημα, είναι ευνόητο δε πόσο δύσκολη είναι η διάκριση της προσελκυσσεως του ψηλαφόμενου όγκου και όταν αυτός είναι λίαν σαφής.<sup>26</sup>

Ο καρκίνος που εντοπίζεται στη καρδιά του στομάχου δεν ψηλαφάται μεν, προκαλεί όμως φαινόμενα στενώσεως του οισοφάγου. Χαρακτηριστική του καρκίνου του στομάχου θεωρείται η ανεύρεση διωγνυμένων αδένων (VIRCHOW) στην αριστερά υπερκλείδιο χώρα. Κατά την εξέλιξη της νόσου εμφανίζεται μερικές φορές διαλείπουσα και ακανόνιστη πυρετική κίνηση η οποία δίνει την εντύπωση εντερικής λοίμωξης.<sup>23</sup>

Οι κενώσεις είναι συνήθως ατάκτοι και ιδιαίτερα στο καρκίνο του πυλωρού άλλοτε εμφανίζονται γαστρογενείς διάρροιες λόγω της γαστρικής αχυλίας που προϋπάρχει. Στα κόπρανα ανευρίσκεται μερικές φορές ως πρώτο σημείο της νόσου, θετική αντίδραση αιμοσφαιρίνης από τις τριχοειδείς αιμοραγίες. Η ταχύτητα καθιζήσεως των ερυθρών αιμοσφαιρίων είναι αυξημένη. Στο αίμα ανευρίσκεται υποχρωμος αναιμία, και στο μυελο-



γραμμ αποκαλύπτονται μερικές φορές μεταστατικά καρινωματώδη κύτταρα.<sup>14</sup>

Κατά τη φυσική εξέταση στα αρχικά στάδια δεν υπάρχουν ευρήματα. Αργότερα μπορεί να ψηλαφηθεί μάζα στο επιγάστριο (που δεν σημαίνει αναγκαστικά ανεγχείρητο νεόπλασμα), λεμφαδένες υπερκλείδιοι (VIRCHOW), ηπαρ σκληρό ανάμαλο, ανάμαλο (απομεταστάσεις) και με τη δαχτυλική εξέταση εξωκυλικός όγκος στο ορθό (BLUMER'S SELF).<sup>31</sup>

Σαν συμπέρασμα, και σε σχέση με τη διάγνωση που συχνά μπαίνει αργά, δεν πρέπει πάντα να κατηγορούμε τους αρρώστους ότι καταφεύγουν αργά στο γιατρό, αφού πολλοί από αυτούς μπορεί να είναι για αρκετό χρόνο ασυμπτωματικοί ή με ελάχιστα ενοχλήματα. Παράλληλα όμως ο γιατρός οφείλει να είναι διαρκώς σε επιφυλακή για τη διάγνωση του καρκίνου του στομάχου αφού στις περισσότερες περιπτώσεις τα ενοχλήματα είναι άοριστα μη ειδικά και δεν εγείρουν υπόνοιες.<sup>34</sup>

Έτσι, εφόσον οι προσπάθειες προληπτικού ελέγχου σε ομάδες πληθυσμού έχουν αποτύχει και δεν υπάρχουν χαρακτηριστικά καθορισμού ομάδων που παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο για την εμφάνιση της νόσου, η ύπαρξη επιγαστρικών ενοχλημάτων που διαρκούν πάνω από δύο εβδομάδες ή που επαναλαμβάνονται σε άτομα άνω των 50 ετών πρέπει να δημιουργούν υποψίες και να αποτελούν ένδειξη για έρευνα (γαστροσκόπηση κ.λ.).<sup>5</sup>

Απαιτείται συνεπώς ιδιαίτερη εγρήγορση, του ιατρού, ώστε να εκτιμήσει και να διερευνήσει συμπτώματα όπως αίσθημα κορεσμού, ανορεξία, απέχθεια προς το κρέας, δυσπεψία, η οντότητες όπως σιδηροπενική αναιμία ή καλοήθες έλκος στομάχου.

Χαρακτηριστικά ευρύματα προχωρημένης νόσου αποτελούν οι όγκοι KRUKENBERG, από εμφύτευση καρκινικών κυττάρων στις ωθήκες, ο λεμφαδένας VIRCHOW, από λεμφογενή μετάσταση στην αριστερή υπερκλείδια χώρα, το σημείο BLUMER (BLUMER'S SHELF) κατά τη δακτυλική εξέταση, από διήθηση του αρθροκυστικού χώρου και οι παρομφαλικοί λεμφαδένες της αδελφής MARY - JOSEPH.

## 5.- ΔΙΑΓΝΩΣΗ - ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ - ΠΡΟΓΝΩΣΗ

### 5.1. Διάγνωση

Ο καρκίνος του στομάχου εξακολουθεί να παραμένει ένα σοβαρό παγκόσμιο πρόβλημα υγείας, με μεγάλη θνητότητα και φτωχή πρόγνωση, γεγονός που επιβάλλει την πρώιμη διάγνωση και χειρουργική αντιμετώπισή του. Μέχρι σήμερα εκτός από τον γαστροσκοπικό - βιοψιακό έλεγχο και το βαριούχο γεύμα, SCREENING TESTS για την έγκαιρη διάγνωση του γαστρικού καρκίνου αποτελούσαν: 1) Η εκτίμηση του εμβρυοκαρκινικού αντιγόνου (CEA) του ορού που εξαιτίας ελλείψεως ευαισθησίας έπαψε να ισχύει ως SCREENING TEST.

2) Η ύπαρξη αχλωρυδρίας πριν ή μετά γαστρική διέγερση με μεγάλη ωστόσο αναλογία ψευδώς θετικών και αρνητικών αντιδράσεων.

3) Ο προσδιορισμός της εμβρυϊκής θειογλυκοπρωτεΐνης (FSA) του γαστρικού υγρού ή του πεφίνογόνου του ορού, με διαφορεόμενα όμως αποτελέσματα, και 4) Ο έλεγχος της ανοσοεπάρκειας, με τη χρήση δερματικών TESTS. Έναντι PPD (κεκαθαρμένη φυματίνη) και DNCB (νιτροχλωροβενζόλιο) με αβέβαια αποτελέσματα.<sup>35</sup>

Επίσης τα ευρήματα νέων μελετών, όπως αυτή που διεξήγαγε η Β' ΠΑΘΟΛΟΓ. ΚΛΙΝ. του ΑΡΙΣΤΟΤΕΛ. ΠΑΝ. ΘΕΣ/ΚΗΣ ΚΑΙ Η Α' ΠΑΘΟΛΟΓ. ΠΠΟΚΡ., δείχνουν ότι υπάρχει σαφής συσχέτιση μεταξύ χαμηλής στάθμης HDLC (DL χοληστερόλη και καρκίνου στομάχου που φαίνεται να τη προσδίνουν διαγνωστική και προγνωστική αξία.

Πιο συγκεκριμένα η ομάδα των γιατρών HDLC, εξέτασε τα επίπεδα της HDLC, της ολικής χοληστερόλης (TC) και των τριγλυκεριδίων (TG) του ορού 30 ασθενών με καρκίνο στομάχου και 30 φυσιολογ. μαρτύρων. Οι καρκινοπαθείς ταξινομήθηκαν σε 2 υποομάδες: 1) 22 ασθενείς χωρίς ηπατικές μεταστάσεις και 2) 8 ασθε-

νείς με ηπατικές μεταστάσεις.

Σε σύγκριση με τους μαρτυρες οι ασθενείς στο σύνολό τους παρουσίασαν πολύ σημαντική ελάττωση της HDLC και της TC. Αντίθετα δεν διαπιστώθηκαν διαφορές όσον αφορά τα επίπεδα των TG. Μιά ανάλογη σύγκριση μεταξύ των 2 υποομάδων των ασθενών έδειξε πολύ σημαντική ελάττωση της HDLC στην υποομάδα με τις ηπατικές μεταστάσεις. Συμπαίρνεται έτσι ότι η HDLC του ορού αφήνεται να αποτελεί αξιόπιστο δείκτη αναπτύξεως καρκίνου του στομάχου και επιπλέον παρουσιάζει προγνωστική αξία.<sup>36</sup>

Τώρα όσον αφορά την ενδοσκοπηση και τον ακτινολογικό έλεγχο η απόλυτη διαγνωστική ακρίβεια τους είναι πολύ δύσκολο, αν όχι αδύνατο να προσδιορισθεί.

Συνήθως, τα αποτελέσματα επηρεάζονται από το εύρος των παθολογικών καταστάσεων που συνεκτιμώνται και οιοποιές συνήθως έχουν διαφορετική κλινική βαρύτητα, κυρίως όμως επηρεάζονται από τη δεξιοότητα και την εμπειρία του εκτελεστή γιατρού.

Συνηθέστερα, η επάρκεια του ακτινολογικού ελέγχου αξιολογείται με βάση την ταυτότητα ή όχι των ευρημάτων του με εκείνων της ενδοσκόπησης. Την τελευταία δεκαετία υπάρχουν αρκετές ακτινολογικές αναφορές, που δείχνουν ότι το ποσοστό συμφωνίας των δύο μεθόδων είναι ιδιαίτερα μεγάλο, με πολύ μικρό αριθμό ψευδώς αρνητικών ευρημάτων για τον ακτινολογικό έλεγχο.<sup>34</sup>

Όμως, πρέπει να αναφερθεί ότι μικρός ενδεικτικός αριθμός ασθενών φθάνει σε χειρουργική επέμβαση ή αυτοψία με σκοπό τη διόγκωση, αλλά και αυτές ακόμη οι μέθοδοι δεν είναι αλάθητες.

## 5.2. Διαφορική διάγνωση

Κύριο πρόβλημα στην καθημερινή πράξη αποτελεί η διαφορική διάγνωση του γαστρικού καρκίνου από το γαστρικό έλκος αλ-

λά και από τους άλλους καλοήθεις ή κακοήθεις όγκους του στομάχου.

Η ανάδειξη και η διαφορική διάγνωση αφ' ενός του καλοήθους γαστρικού έλκους και αφ' ετέρου άλλων όγκων γίνεται με τη βοήθεια της ενδοσκοπησης ή του ακτινολογικού ελέγχου.

Αρκετές από τις διαθέσιμες συγκριτικές μελέτες δείχνουν ότι τα ευρήματα των δύο μεθόδων είναι ταυτόσημα στο μεγαλύτερο αριθμό ασθενών με γαστρικό έλκος.

Υπάρχουν όμως και αναφορές που εστιάζουν στην υπεροχή μιάς από τις δύο, συνηθέστερα της ενδοσκοπησης.<sup>37</sup>

Επίσης πρέπει να αναφερθεί ότι η ερμηνεία των μικρών βιοψιών και του υλικού για κυτταρολογική που παίρνονται κατά τη γαστροσκοπηση είναι πολύ δύσκολη και απαιτεί και αυτή ιδιαίτερη εξειδίκευση από την πλευρά των εξεταζόντων.

Τα αρνητικά αποτελέσματα δεν αξιολογούνται απόλυτα, ιδιαίτερα αν υπάρχει ενδοσκοπική υποψία. Στις αμφίβολες περιπτώσεις επιβάλλεται η επανεξέταση μετά από σύντομη και για τακτό χρονικό διάστημα (4 εβδομάδων) θεραπευτική αγωγή. Ακόμη και αν η βιοψία και η κυτταρολογική είναι αρνητικές, εφόσον υπάρχουν ενδοσκοπικά ευρήματα που δημιουργούν υποψία καρκίνου υπάρχει ισχυρή ένδειξη για ερευνητική λαπαροτομία.<sup>38</sup>

Συνοπτικά αναφέρουμε ότι η διαφορική διάγνωση γίνεται με τους καλοήθεις αδενωματώδεις πολύποδες, το λειομύωμα, το υποβλεννογόνιο λίπωμα, το έκτοπο πάγκρεας, το λειομυοσάρκωμα, τα λεμφώματα και την νόσο του HODGKIN.<sup>21</sup>

### 5.3. Πρόγνωση

Ο γαστρικός καρκίνος συνεχίζει να έχει ακόμη κακή πρόγνωση.

ση διότι η διάγνωσή του γίνεται αργά στην πορεία της νόσου, παρά την ευρεία εφαρμογή της ενδοσκοπήσεως στη διαγνωστική των παθήσεων του πεπτικού συστήματος. Αυτό οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι ο ενδοσκοπικός έλεγχος ακολουθεί χρονικά την ανάπτυξη των γαστρεντερικών συμπτωμάτων.<sup>17</sup>

Έτσι στους περισσότερους αρρώστους ο καρκίνος είτε δεν είναι χειρουργήσιμος, είτε έχει ξεπεράσει τα όρια μέσα στα οποία η χειρουργική μπορεί να προσφέρει θεραπεία. Ότι για όλους τους αρρώστους με καρκίνο του στομάχου η πενταετής επιβίωση είναι περίπου 20%.

Πάντως είναι πολύ υψηλότερη όταν έχει προηγηθεί ριζική εγχείρηση (30-35%) και φθάνει σε πραγματικά απίστευτα ποσοστά (90% και πάνω) εφόσον πρόκειται για αρχόμενο καρκίνο χωρίς λεμφαδενικές μεταστάσεις.<sup>5</sup>

Εδώ πρέπει να αναφερθεί ότι από μελέτες που έχουν γίνει στις ΗΠΑ η 5ετής επιβίωση κυμαίνεται στο 12%. Ενώ η πενταετής επιβίωση για ασθενείς με αρχόμενο καρκίνο είναι περίπου 90%. (Αναλυτικότερα) Πιο αναλυτικά η 5ετής επιβίωση στο I σταδιο της νόσου είναι 70%, στο στάδιο II, 30%, στάδιο III 10% και στο στάδιο IV 0%.<sup>14</sup>

Βέβαια η πρόγνωση της νόσου εξαρτάται όχι μόνο από το χρόνο της διάγνωσης και τον τύπο της χειρουργικής επέμβασης αλλά και από πολλούς άλλους παράγοντες που αφορούν αφ' ενός τον όγκο αυτό καθαυτό, αλλά και τον ίδιο τον άρρωστο.<sup>38</sup>

Η μάχη εναντίον της νόσου αυτής θα πρέπει να στραφεί προς την έγκαιρη και σωστή διάγνωση, θα πρέπει να έχουν σωστή ενημέρωση οι γιατροί, να παρακολουθούνται οι ομάδες του πληθυσμού με υψηλό δείκτη νοσηρότητας και να διαδοθεί περαιτέρω η χρήση

της ενδοσκοπίησης ως διαγνωστικής μεθόδου. Ανάλογη επίσης θα πρέπει να είναι και η προσπάθεια της πολιτείας για την οργάνωση και λειτουργία σωστών ενδοσκοπικών κέντρων.<sup>39</sup>

## 6.- Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α

Η θεραπεία του καρκίνου του στομάχου, στο βαθμό που είναι σήμερα δυνατή, είναι καθαρά χειρουργική, και τα αποτελέσματα της, εξαρτώνται αποκλειστικά από τη στάδιο που βρίσκεται η νόσος και επομένως από την έγκαιρη διάγνωση. Η ριζική αφαίρεση του όγκου είναι ο επιθυμητός στόχος αφού κανείς άρρωστος δεν επιβιώνει πάνω από πεντε χρόνια αν ο παραπάνω στόχος δεν μπορεί να επιτευχθεί, μόνο που πολλές φορές δεν είναι δυνατή.<sup>40</sup>

Κατά πόσο τώρα ο όγκος είναι χειρουργήσιμος, ή μπορεί να εξαιρεθεί, ριζικά ή αν υπάρχει κάποια ένδειξη παρηγορητικής θεραπείας, θα εξετασθεί πιο κάτω.

Τα καθοριστικά στοιχεία που θα δώσουν την απάντηση, στο αν ο όγκος είναι χειρουργήσιμος, εκτός από τη γενική κατάσταση του αρρώστου, είναι η ύπαρξη απομακρυσμένων μεταστάσεων (αδένες VIRCHOW, BLUMER'S SELF, ηπατικές μεταστάσεις) ή καρκινωματώδους ασκίτη ή ακόμη η ένδειξη ύπαρξης ηπατικών μεταστάσεων με τα σύγχρονα SCAN. Το τελευταίο δεν μπορεί να θεωρηθεί μόνο του σαν απόλυτα αποτρεπτικός παράγοντας για την εκτέλεση ερευνητικής λαπαροτομίας, αλλά πρέπει να συνεκτιμηθεί με τα υπόλοιπα στοιχεία της κλινικής και εργαστηριακής έρευνας του αρρώστου. Αν ο όγκος κριθεί χειρουργήσιμος προγραμματίζεται ερευνητική λαπαροτομία, αλλιώς έχουμε ένδειξη παρηγορητικής θεραπείας.<sup>41</sup>

Τώρα κατά τη λαπαροτομία προβάλλει η ριζικότητα ή όχι της εκτομής. Διήθηση του ηπατοδωδεκαδακτυλικού συνδέσμου, του διαφράγματος ή των μεγάλων αγγείων (αορτή) σημαίνει ότι ο όγκος δεν είναι εξαίρεσιμος. Επίσης είναι άσκοπη η εκτομή αν υπάρχουν διάσπαρτες μεταστάσεις στο περιτόναιο ή σε άλλα σπλάχνα.<sup>6</sup>



Η επέκταση σε παρακείμενα όργανα δεν αποκλείει την EN BLOCK ριζική αφαίρεση του όγκου (πάγκρεας, εγκάρσιο κόλο, ακόμη και ήπαρ εφόσον στο τελευταίο δεν υπάρχουν πολλαπλές διάσπαρτες μεταστάσεις αλλά μία μονήρης).<sup>21</sup>

Εφόσον η ριζική αφαίρεση του όγκου είναι δυνατή ακολουθεί ευρεία υπολική γαστρεκτομή (80% του στομάχου) για όγκους που εντοπίζονται στον πυλωρό ή ολική γαστρεκτομή για όγκους που εντοπίζονται ψηλότερα (σώμα του στομάχου).

Για τους όγκους της καρδιακής μοίρας και του θόλου μπορεί πολλές φορές να εκτελεστεί ανώτερη γαστρεκτομή.<sup>7</sup> Η διενέργεια σε όλες τις περιπτώσεις και ανεξάρτητα από την εντόπιση του όγκου ολικής γαστρεκτομής, ιδέα που επικράτησε για μία περίοδο με σκοπό την αύξηση της ριζικότητας, έχει σήμερα εγκαταλειφθεί. Προτιμούνται περιορισμένες εκτομές επί υγιών ιστών (απαραίτητη θεωρείται η επιβεβαίωση της εκτομής επί υγιούς με ταχεία βιοψία) με συναφαίρεση των επιχωρίων λεμφαδενών, του επιπλόου και των παρακειμένων ιστών που τυχόν έχουν προσβληθεί.<sup>41</sup>

Η ανάγκη συναφαίρεσης του σπλήνα κατά τις επεμβάσεις για καρκίνο του στομάχου είναι συζητήσιμη. Έτσι στις υπολικές γαστρεκτομές, όταν δεν είναι διηθημένοι οι λεμφαδένες της ζώνης 2, η αφαίρεση δεν είναι αναγκαία. Αντίθετα στις ανωτερες και τις ολικές γαστρεκτομές ο σπλήνας πρέπει να συναφαιρείται.<sup>17</sup>

Ένδειξη για παρηγορητική εκτομή υπάρχει όταν κατά τη λαπαροτομία αποδειχτεί ότι δεν είναι δυνατή η ριζική εκτομή, αλλά ο όγκος μπορεί να αφαιρεθεί.

Τέλος πρέπει να αναφερθεί ότι η ακτινοβολήση του καρκινώματος του στομάχου, δεν έχει, γενικά, ικανοποιητικά αποτελέσματα και στην καλύτερη περίπτωση δρα απλώς ανακουφιστικά. Επίσης τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα, που έχουν εφαρμοσθεί, είχαν

πολύ μέτρια ή και καμμία επιδραση στην επιβίωση. Ένα πρόγραμμα, που δοκιμάζεται σήμερα, το οποίο συνίσταται σε συνδυασμό 5 - φθοριουρακίλης (φλουοροουρακίλης), μυτομυκίνης C και αδριαμυκίνης, φαίνεται κάπως ενθαρρυντικό από άποψη βελτίωσης των συμπτωμάτων και της επιβίωσης.<sup>42, 43</sup>

Στο σχήμα που ακολουθεί συνοφίζονται τα αποτελέσματα της χειρουργικής θεραπείας.

	ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΙΒΙΩΣΗ	ΠΕΝΤΑΕΤΗΣ ΕΠΙΒΙΩΣΗ
		41 -----	31 ----- 0
ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΓΑΣΤΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ	παρηγορητική ή διαγνωστική	
100 -----	86		
14 (ανεύρεση απομα- κρυσμένων μεταστάσεων μη επιδεχόμενοι εγχεί- ρηση, ή αρνηθέντες)		45 ----- θεραπευτική εκτομή	40 ----- 10

Το παραπάνω σχήμα συνοφίζει τα αποτελέσματα ως προς την επιβίωση, διαφόρων μεγάλων ομάδων πασχόντων, δείχνει τι συμβαίνει σε 100 ασθενείς με διάγνωση καρκίνου του στομάχου. (Πηγή: DAVIS GR: NEOPLASMA OF THE STOMACH IN SLEISENGER MH, AND FORDTRAN IS (EDS): GASTROINTESTINAL DISEASE 3RD ED. PHILADELPHIA, WB SAUNDERS Co, 1983, p.587).

## 6.1. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΓΑΣΤΡΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ

.....

Η γαστρική χειρουργική συνοδεύεται από μεγάλο αριθμό άμεσων και απώτερων επιπλοκών, πολλές από τις οποίες, ιδιαίτερα οι απώτερες, είναι ανάλογες με τον βαθμό των αλλαγών που προκαλούνται από την εγχείρηση στην ανατομία και τη φυσιολογία του στομάχου. Παρά το γεγονός ότι οι γαστρικές επεμβάσεις έχουν ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά, ότι δηλαδή μειώνουν τη γαστρική οξύτητα, παρακάμπτουν ή αφαιρούν ή καταστρέφουν τον πυλωρό, εννοούν την παλινδρόμηση του δωδεκαδακτυλικού περιεχομένου στο στόμαχο, αυξάνουν το ρυθμό κένωσης του στομάχου, εντούτοις το είδος, η συχνότητα και η βαρύτητα των επιπλοκών που εμφανίζουν, εξαρτάται άμεσα από το είδος της εγχείρησης που προηγήθηκε.<sup>19</sup>

Σε πολλές από τις επιπλοκές, που θα εξετάσουμε πλιό κάτω, τα μετεγχειρητικά ενοχλήματα υποχωρούν με την πάροδο του χρόνου ή υπακούουν στη συντηρητική θεραπεία, έτσι μένει μόνο ένα μικρό σχετικά ποσοστό αρρώστων που εμφανίζουν ενοχλήματα, τα οποία κάνουν τη διαβίωσή τους, δύσκολη και προβληματική και οι οποίοι έχουν ανάγκη επανεγχείρησης για την αποκατάστασή τους.

Οι συνηθέστερες μετεγχειρητικές επιπλοκές είναι:

### A) Άμεσες μετεγχειρητικές επιπλοκές.

1. Μετεγχειρητική αιμορραγία
2. Οξεία μετεγχειρητική παγκρεατίτιδα
3. Ίκτερος
4. Διάσπαση του δωδεκαδακτυλικού κολοβώματος
5. Μετεγχειρητική διάρροια
6. Μετεγχειρητική διάταση του στομάχου (γαστρική στάση)
7. Δυσφαγία

8. Εσωτερικές κήλες.

B) Απώτερες μετεγχειρητικές επιπλοκές

1. Υποτροπή του έλκους
2. Σύνδρομο DUMPING
3. Χολώδεις έμετοι
  - α. Σύνδρομο προσιούσας έλικας
  - β. Αλκαλική γαστρίτιδα
4. Διάρροια
5. Διαταραχές της πέψης
6. Διαφραγματοκήλη
7. Καρκίνος του γαστρικού κολοβώματος<sup>4</sup>

Είναι φανερό ότι οι άμεσες μετεγχειρητικές επιπλοκές εμφανίζονται τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες και καθορίζουν τη θνητότητα - νοσηρότητα της εγχείρησης, ενώ οι απώτερες εμφανίζονται αργότερα και χαρακτηρίζουν την ποιότητα ζωής των αρρώστων.<sup>17</sup>

Πρακτικά η γαστρεκτομή έχει μεγαλύτερες, περισσότερες και βαρύτερες επιπλοκές απο τη βαγοτομή. Για τις άμεσες η οξεία μετεγχειρητική παγκρεατίτιδα, ο ίκτερος, η διασπαση του δωδεκαδακτυλικού κολοβώματος και οι εσωτερικές κήλες είναι συνηθέστερες μετά γαστρεκτομή, και μαλιστα απο τις βασικές αιτίες μετεγχειρητικών θανάτων, ενώ η μετεγχειρητική διάρροια, η μετεγχειρητική διάταση του στομάχου και η δυσφαγία εμφανίζονται συνηθέστερα μετά βαγοτομή.<sup>5</sup>

Τα ίδια συμβαίνουν και με τις απώτερες επιπλοκές.

## A. Άμεσες μετεγχειρητικές επιπλοκές

Εμφανίζονται τις πρώτες μετεγχειρητικές μέρες.

### 1.- Μετεγχειρητική αιμορραγία

Πρόκειται για αιμορραγία από το χειρουργημένο στομάχο και ο άρρωστος εμφανίζει αμέσως μετεγχειρητικά, είτε αιματηρούς εμέτους, είτε έξοδο άφθονου πρόσφατου αίματος από το ρινογαστρικό καθετήρα, σε ποσότητα που επηρεάζει τη γενική του κατάσταση.

Η αιμορραγία προέρχεται συνήθως από αγγεία που δεν απολινώθηκαν κατά την εκτέλεση της γαστροεντεροαναστόμωσης.

Η αντιμετώπισή της είναι αρχικά συντηρητική (κένωση του στομάχου, πλύσεις με ψυχρό φυσιολογικό ορό, μετάγγιση αίματος). Αν η αιμορραγία επιμένει και επηρεάζει τη γενική κατάσταση του αρρώστου επιβάλλεται η επανεγχείρηση για τον έλεγχό της.<sup>9</sup>

### 2.- Οξεία μετεγχειρητική παγκρεατίτιδα

Πρόκειται για βαρύτατη (θνητότητα πάνω από 50%), αλλά σπάνια, επιπλοκή που εμφανίζεται συνήθως μετά από γαστρεκτομή BILLROTH II και που οφείλεται σε τραυματισμό του παγκρέατος.

Εκδηλώνεται μέσα σε 24-48 ώρες από την εγχείρηση, με την κλινική και βιοχημική εικόνα της οξείας παγκρεατίτιδας (δηλ. οξύτατο πόνο στο επιγάστριο, έμετοι, μικρός συχνός σφυγμός, αρτηριακή υπόταση, μετά 24 Η ελαφρός ίκτερος).

Προφυλακτικά επιβάλλεται η αποφυγή τραυματισμών του παγκρέατος κατά την εγχείρηση και θεραπευτικά εφαρμόζεται η αγωγή της οξείας παγκρεατίτιδας.<sup>5</sup>

### 3.- Ίκτερος

Η μετεγχειρητική εμφάνιση ίκτέρου δημιουργεί σοβαρά προβλήματα στον χειρουργό. Ο ίκτερος μπορεί να οφείλεται σε: α) αιμόλυση, β) μετεγχειρητικό οίδημα ή αιμάτωμα που πιέζει και αποφράσσει μερικά το χοληδόχο πόρο, γ) έκχωση σημαντικής ποσότητας χολής μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα κατά την επέμβαση και απορρόφηση, δ) ηπατική ανεπάρκεια, ε) καρκίνο που δεν εκτιμήθηκε στην εγχείρηση, στ) απολίπωση και γενικότερα κάκωση του χοληδόχου πόρου κατά την επέμβαση.

Η τελευταία περίπτωση είναι η σοβαρότερη και εμφανίζεται συνηθέστερα μετά από δυσχερή τεχνικά γαστρεκτομή BILLROTH II. Ο ίκτερος εκδηλώνεται από τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες, είναι βαρύς, αποφρακτικού τύπου και αυξάνει προοδευτικά. Επιδβάλλεται η επανεπέμβαση για την αποκατάσταση της ροής της χολής προς το έντερο.<sup>44</sup>

### 4.- Διάσπαση δωδεκαδακτυλικού κολοβώματος

Είναι η συχνότερη και σοβαρότερη άμεση μετεγχειρητική επιπλοκή μετά γαστρεκτομή BILLROTH II. Η συχνότητά της κυμαίνεται μεταξύ 1-10% κατά τις διάφορες στατιστικές και σ' αυτήν οφείλεται σημαντικό ποσοστό από τους άμεσους μετεγχειρητικούς θανάτους μετά από γαστρεκτομή BILLROTH II.

Αιτιολογία. Πολλοί παράγοντες είναι υπεύθυνοι για την επιπλοκή, όπως: α) οι κακές τοπικές συνθήκες δηλ. η φλεγμονή ή η ουλώδης παραμόρφωση του δωδεκαδακτύλου, β) η κακή εγχειρητική τεχνική, γ) η στάση χολής, παγκρεατικού και εντερικού υγρού στην προσιούσα έλικα της γαστροεντεροαναστόμωσης (θεωρείται η σπουδαιότερη αιτία), δ) η κακή γενική κατάσταση του

αρρώστου.<sup>21</sup>

Κλινική εικόνα: Η διάσπαση εμφανίζεται συνήθως μετά την 4η μετεγχειρητική ημέρα, όσο δε πρωϊμότερα εμφανιστεί τόσο βαρύτερη είναι και η πρόγνωση. Εκδηλώνεται με επιγαστρικό άλγος, τοπική αντίσταση των κοιλιακών τοιχωμάτων, πυρετό, ταχυσφυγμία και γενική κατάσταση που μοιάζει με SHOCK. Εφόσον η κοιλία έχει παροχετευτεί κατά την επέμβαση εμφανίζεται έξοδος κολώδους υγρού από τον παροχετευτικό σωλήνα, διαφορετικά τα υγρά που διαφεύγουν από το δωδεκαδακτυλικό κολοβωμα στην περιτοναϊκή κοιλότητα προκαλούν καθολική περιτονίτιδα.<sup>5</sup>

Θεραπευτική αντιμετώπιση: Εφόσον η κοιλία έχει παροχετευτεί εφαρμόζεται ρινογαστρική αναρρόφηση, διατήρηση του ισοζυγίου ύδατος και ηλεκτρολυτών ή και ολική παρεντερική σίτιση του αρρώστου. Αν η κατάσταση εξελιχθεί ευνοϊκά η χολόρροια βαθμιαία υποχωρεί και τελικά παύει.

Όταν δεν έχει εφαρμοστεί παροχέτευση, επιβάλλεται επιπλέον η άμεση επανεπέμβαση και η ευρεία υφηπατική και γενικά κοιλιακή παροχέτευση. Σημαντική θέση στο όλο πρόβλημα έχει η προφύλαξη που πρακτικά συνίσταται στην καλή τεχνική σύγκλεισης του δωδεκαδακτυλικού κολοβώματος ή ακόμη στην αναγνώριση των περιπτώσεων σύγκλεισης με αυξημένο κίνδυνο, όπου έχει θέση η προφυλακτική διενέργεια κατευθυνόμενου εξωτερικού συριγγίου (σύγκλειση του δωδεκαδακτύλου γύρω από ένα παροχετευτικό σωλήνα που καθλώνεται στο δέρμα).<sup>16</sup>

## 5.- Μετεγχειρητική διάρροια

Η πρώιμη μετεγχειρητική διάρροια μπορεί να εμφανιστεί μετά οποιαδήποτε εγχείρηση επί του στομάχου, είναι όμως πολύ συχνότερη και εντονότερη μετά από βαγοτομή που συνδυάζεται με πα-

ροχετευτική επέμβαση.

Με την εφαρμογή της κατάλληλης φαρμακευτικής (αντιδιαρροϊκής) και διαιτητικής αγωγής, συνήθως υποχωρεί μέσα σε λίγες μέρες.<sup>40</sup>

### 6.- Οξεία μετεγχειρητική διάταση του στομάχου

Πρόκειται μάλλον για μετεγχειρητική πάρεση που οφείλεται στη διατομή των πνευμονογαστρικών και η οποία παλαιότερα όταν εφαρμόστηκε η απλή βαγοτομή χωρίς παροχετευτική επέμβαση, είχε μεγάλη συχνότητα.

Παράλληλα αλλά σπανιότερα, μπορεί να εμφανιστεί και μετά γαστρεκτομή.

Πρακτικά πρόκειται για οξεία σοβαρή λειτουργική αποφραξη του στομάχου που δεν μπορεί να προωθήσει το περιεχόμενό του διαμέσου ενός μηχανικά στενού στομίου και που επιμένει για πάνω από 2-3 εβδομάδες. Η ενδοσκοπήση μπορεί να δώσει χρήσιμες πληροφορίες για την αιτιοπαθογένεια της επιπλοκής.<sup>34</sup>

Συνήθως υποχωρεί μέσα σε λίγες μέρες κατά τη διάρκεια των οποίων επιβάλλεται η συνεχή ρινογαστρική ανορρόφηση, η διατήρηση του ισοζυγίου ύδατος και ηλεκτρολυτών και η παρεντερική διατροφή του αρρώστου. Αν οφείλεται σε οργανικά αίτια η κλινική εικόνα επιμένει και η επανεπέμβαση γίνεται αναγκαία.<sup>41</sup>

### 7.- Δυσφαγία

Χαρακτηρίζεται από δυσκολία ή αδυναμία προωθήσεως της τροφής από το στόμα στο στομάχο. Αυτό συχνά οδηγεί σε έμετο της τροφής ή των διαφόρων υγρών, αμέσως μετά την κατάποσή τους. Η εμφάνιση της δυσφαγίας είναι προοδευτική, στην αρχή για τις στερεές τροφές και αργότερα για τις υδαρείς και τα υγρά.<sup>17</sup>

Αιτιολογία: Για την ερμηνεία της ενοχοποιούνται:



α) Ο απονεύρωση του κατώτερου οισοφάγου. Είναι μάλιστα χαρακτηριστικό ότι η δυσφαγία είναι τόσο χυνότερη όσο ευρύτερη είναι η απονεύρωση. Η δυσφαγία εδώ είναι άμεση.

β) Οργανικά αίτια (θεωρούνται τα συνηθέστερα), δηλαδή μετεγχειρητική στένωση σαν αποτέλεσμα οργάνωσης περιοισοφαγικού αιματώματος. Η δυσφαγία εμφανίζεται μεταξύ 2ης και 3ης εβδομάδας.

γ) Οισοφαγίτιδα από παλινδρόμηση γαστρικού περιεχομένου. Η δυσφαγία εμφανίζεται αργότερα.<sup>1</sup>

Θεραπεία: Συνήθως διαρκεί μερικές εβδομάδες και υποχωρεί από μόνη της. Σε σπάνιες περιπτώσεις είναι προοδευτική και επιπλέκεται με στένωση και τότε πρέπει να αντιμετωπιστεί θεραπευτικά με διαστολές. Αν υπάρχει δυσφαγία και διαφραγματοκήλη τότε πρέπει να γίνει χειρουργική αποκατάσταση.<sup>41</sup>

### 8.- Εσωτερικές κήλες μετά γαστρικές επεμβάσεις

α. Οπισθοαναστομωτικές κήλες. Πρόκειται για σπάνιες εσωτερικές κήλες που εμφανίζονται μετά από απλή Γ.Ε.Α. ή άλλη γαστρική επέμβαση που συνδυάζεται με Γ.Ε.Α. (Γαστρεκτομή BILLROTH II, Βαγοτομή και Γ.Ε.Α.). Εμφανίζονται συνήθως μέσα στον πρώτο μήνα από την επέμβαση, είναι όμως δυνατόν να εμφανιστούν και αργότερα.

Θεραπεία: Εφ' όσον τεθεί η διάγνωση επιβάλλεται η άμεση χειρουργική αντιμετώπιση κατά την οποία απελευθερώνεται η στραγγαλισμένη έλικα και συγκλείεται το υπάρχον χάσμα. Αν η βιωσιμότητα της έλικας έχει παραβλαφτεί πρέπει να γίνει εντεροκτομή.<sup>20</sup>

Πρόγνωση: Επειδή η συμπτωματολογία των εσωτερικών αυτών κηλών δεν είναι ειδική, πολύ συχνά καθυστερεί η διάγνωση και

η χειρουργική αντιμετώπιση, με αποτέλεσμα τη νέκρωση του στραγγαλισμένου εντέρου και τον θάνατο του αρρώστου από περιτονίτιδα. Για τις περιπτώσεις που αντιμετωπίζονται χειρουργικά αναφέρεται θνητότητα γύρω στο 30%.<sup>44</sup>

β. Μία άλλη σπάνια μορφή εσωτερικής κήλης μπορεί να εμφανιστεί μετά από γαστρεκτομή BILLROTH II που συνδυάστηκε με οπισθοκοιλική (διαμεσοκοιλική) Γ.Ε.Α. Αφορά τον στραγγαλισμό της προσιούσας και απιούσας έλικας λίγο μετά την Γ.Ε.Α. στο άνοιγμα του εγκαρσίου μεσοκόλου. Και η κήλη αυτή εμφανίζεται συνήθως μετά μικρό χρονικό διάστημα από την επέμβαση και προϋπόθεση για την εμφάνισή της είναι η μη καθήλωση του εγκαρσίου μεσοκόλου με ραφές στο γαστρικό τοίχωμα ή η διάσπαση των καθλωτικών ραφών.<sup>19</sup>

Κλινική εικόνα: Είναι όμοια με την προπεριγραφείσα κλινική εικόνα της πρόπτωσης της προσιούσας έλικας διά του οπισθοαναστομωτικού χώρου (βύθιος, διάχυτος, επιγαστρικός πόνος, έμετοι που δεν περιέχουν χολή).

Ο ακτινολογικός έλεγχος με γαστρογραφίνη μπορεί να δείξει την απόφραξη της προσιούσας και απιούσας έλικας λίγο μετά την Γ.Ε.Α. θέτοντας έτσι τη διάγνωση.<sup>17</sup>

Θεραπεία: Άμεση επανεγχείρηση. Ανάταξη της κήλης και καθήλωση του ανοίγματος του εγκαρσίου μεσοκόλου πάνω στο πρόσθιο και οπίσθιο τοίχωμα του κολοβώματος του στομάχου με ραφές.<sup>5</sup>

## Β) Απώτερες μετεγχειρητικές επιπλοκές

### 1.- Μετεγχειρητικό πεπτικό έλκος (Μ.Π.Ε.)

Το Μετεγχειρητικό πεπτικό έλκος εμφανίζεται συνήθως μετά από επεμβάσεις για δωδεκικό έλκος και πάρα πολύ σπάνια ή καθόλου μετά από επεμβάσεις για γαστρικό έλκος ή γαστρικό καρκίνο.

Εντοπίζεται συνηθέστερα στη Γ.Ε.Α. ή στην απιούσα έλικα της νήστιδας κοντά στην Γ.Ε.Α. και εκδηλώνεται μέσα στην πρώτη από την εγχείρηση πενταετία. Είναι συχνότερο στους άνδρες σε αναλογία προς τις γυναίκες περίπου 10:1<sup>21</sup>.

Αιτιολογία-Παθογένεια: α) Υπεροξύτητα. Έχει αποδειχτεί ότι το μετεγχειρητικό πεπτικό έλκος οφείλεται στην επίδραση του όξινου γαστρικού χυμού στην γαστρεντεροαναστόμωση και στο γειτονικό βλεννογόνο της νήστιδας.

β. Τεχνικά σφάλματα από την επέμβαση που προηγήθηκε, όπως είναι η ανεπαρκής σε έκταση γαστρεκτομή, η ανεπαρκής βαγοτομή, η παραμονή πυλωρικού βλεννογόνου στο δωδεκαδακτυλικό κολόβωμα επί γαστρεκτομής BILLROTH II, η μακρά προσιούσα έλικα, η κακή λειτουργία της παροχετευτικής εγχείρησης που προδιαθέτει στην εμφάνιση γαστρικού έλκους από στάση. Γενικά τα τεχνικά σφάλματα θεωρούνται σαν η κύρια αιτία ανάπτυξης μετεγχειρητικού πεπτικού έλκους.

γ. Σύνδρομο ZOLLINGER-ELLISON. Χαρακτηρίζεται από γαστρική υπερέκκριση που οφείλεται σε νεοπλασματικούς όγκους που παράγουν γαστρίνη (γαστρινώματα) και οι οποίοι προέρχονται από τα μη εκκρίνοντα ινσουλίνη κύτταρα των νησιδίων του παγκρέατος, και απο κεραυνοβόλο ελκογόνο διάθεση.<sup>22</sup>

Οι όγκοι αυτοί εντοπίζονται κυρίως στο πάγκρεας και λιγότερο συχνά στο δωδεκαδάκτυλο ή το πυλωρικό άντρο, είναι δε κατά 60% κακοήθεις.

Το σύνδρομο εκδηλώνεται κλινικά με έλκος το οποίο παρά την ικανοποιητική για δωδεκ/κό έλκος θεραπευτική αντιμετώπιση συνεχώς υποτροπιάζει. Συχνά υπάρχουν διάρροιες και σπάνια (5% των περιπτώσεων) μόνο διάρροιες. Η εμφάνιση επιπλοκών από το έλκος δεν είναι σπάνια (αιμορραγία, διάτρηση).<sup>25</sup>

## 2.- ΣΥΝΔΡΟΜΟ DUMPING

Οποιαδήποτε επέμβαση που καταργεί το σφιγκτηριακό μηχανισμό του πυλωρού είναι δυνατόν να παρακολουθείται από εμφάνιση του συνδρόμου DUMPING, που η βαρύτητά του πλέον εξαρτάται από το μέγεθος του αναπομείναντος στομάχου. Το σύνδρομο εκδηλώνεται σε άλλοτε άλλο χρονικό διάστημα από τη λήψη της τροφής, πιά συχνά όμως μετά πάροδο 5 -30' από το γεύμα. Ο ασθενής αναφέρει αίσθημα πληρότητας στο επιγάστριο, δυσφορία, αδυναμία, ζάλη, ταχυκαρδία κ.λ.π. που τον αναγκάζουν να κατακλιθεί. Αυτά διαρκούν συνήθως από 15-30' και μετά υποχωρούν από μόνα τους. 1, 33

Το σύνδρομο DUMPING είναι συχνότερο και βαρύτερο μετά γαστρεκτομή και σπανιότερο και ηπιότερο μετά βαγοτομή. Επί γαστρεκτομής ακολουθεί συχνότερα τη γαστρονηστιδική αναστόμωση (BILLROTH II) και σπανιότερα τη γαστροδωδεκαδακτυλική (BILLROTH I).

Όσον αφορά το χρόνο εμφάνισής του ποικίλει, συνήθως όμως εμφανίζεται στην πρώτη μετεγχειρητική περίοδο. Όσο αυξάνει ο χρόνος αυτός, τόσο ελαττώνεται η συχνότητα εμφάνισης του συνδρόμου. Ο ακτινολογικός έλεγχος αποδεικνύει ταχύτατη διέοδο του βαρίου από το στόμαχο στη νήστιδα.<sup>20</sup>

Θεραπεία: Στην αρχή ο ασθενής αντιμετωπίζεται συντηρητικά. Υποβάλλεται σε δίαιτα πλούσια σε λευκώματα και λίπος και πτωχή σε υδατάνθρακες. Συνιστάται να αποφεύγει τη λήψη υγρών κατά τη διάρκεια των γευμάτων, τροφή στερεά ή παχύρρευστη και λήψη πολλών μικρών γευμάτων, κατά τη διάρκεια του 24ώρου. Αν τα συμπτώματα επιμένουν συνιστάται άμεση κατάκλιση του ασθενούς επι μισή ώρα μετά το γεύμα.<sup>33</sup>

Η φαρμακευτική θεραπεία περιλαμβάνει αντιχοληνεργικά και ηρεμιστικά. Επειδή έχει παρατηρηθεί ότι το σύνδρομο DUMPING εμφανίζεται με αυξημένη συχνότητα σε νευροφυχικά στιγματισμένα άτομα μπορεί να εφαρμοστεί και ψυχοθεραπεία, η οποία σε μερικές περιπτώσεις έχει θεραπευτική απόδοση. Επίσης εφαρμόζεται και χειρουργική θεραπεία στους βαριά πάσχοντες από το σύνδρομο αρρώστους, οι οποίοι αποτελούν πολύ μικρό ποσοστό 1-2%.<sup>22</sup>

### 3.- ΧΟΛΩΔΕΙΣ ΕΜΕΤΟΙ

α. Σύνδρομο προσιούσας έλικας, σε ασθενείς με BILLROTH II, γαστρεκτομή συνίσταται σε κοιλιακό πόνο που εμφανίζεται 15-30' μετά το γεύμα και ο οποίος ανακουφίζεται αιφνίδια με εμετό χολώδους υγρού, ελευθέρου τροφής. Πιστεύεται ότι προκαλείται από τμηματική απόφραξη της προσιούσης έλικας στην αναστόμωση και πιθανώς οφείλεται σε ανεμπόδιστη δίοδο της τροφής από το στομάχι στην απιούσα έλικα με αποτέλεσμα απελευθέρωση σεκρετίνης και χολωστοκινίνης και ερεθισμό της παγκρεατικής έκκρισης και σύσπαση της χοληδόχου κύστης. Η χολή αθροίζεται στην προσιούσα μέχρι να παρακαμφθεί η απόφραξη και να γεμίσει το στομάχι με χολη προκαλώντας εμετό.

Στους περισσότερους ασθενείς το σύνδρομο υποχωρεί από μόνο του μετά την πάροδο 1-2 ετών. Στις σοβαρές περιπτώσεις, στις οποίες το σύνδρομο επιμένει, συνιστάται χειρουργική αποκατάσταση.<sup>21</sup>

β. Αλκαλική γαστρίτιδα. Σύνδρομο που εμφανίζεται συνηθέστερα μετά γαστρεκτομή BILLROTH II, αλλά και μετά από οποιαδήποτε εγχείρηση που παρακάμπτει (π.χ. βαγοτομή με Γ.Ε.Α.) ή αλλοιώνει (πυλωροπλαστική) τη λειτουργία του πυλωρού.

Παλινδρόμηση 12δακτυλικού χυμού στο στομάχι συμβαίνει σχεδόν κατά κανόνα σε όλες τις επεμβάσεις που επηρεάζουν την πυλωρική λειτουργία, αλλά σε μερικούς ασθενείς μπορεί να προκληθεί σοβαρή γαστρίτιδα, με κυρίαρχο πόνο μετά από γεύμα. Η νόσος ονομάζεται μερικές φορές σαν κολική γαστρίτιδα, αν και δεν είναι σίγουρο ότι μόνο τα κολικά άλατα είναι υπεύθυνα για την παθογένειά της. Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με την ενδοσκόπηση και βιοψία. Σε σοβαρό πόνο ενδείκνυται χειρουργική θεραπεία.<sup>45</sup>

#### 4.- ΔΙΑΡΡΟΙΑ

Οι περισσότεροι ασθενείς που υποβάλλονται σε χειρουργικές επεμβάσεις για γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος αναφέρουν κάποια μεταβολή στις συνήθειες του εντέρου τους μετεγχειρητικά με τη μορφή αύξησης της κινητικότητάς του, και επομένως και των κενώσεων. Οι μεταβολές αυτές, που εμφανίζονται ύστερα από κάθε τύπο γαστρικής επέμβασης, κυρίως όμως μετά βαγοτομή, είναι συνήθως ήπιες και γίνονται από τον άρρωστο καλά ανεκτές. Από πολλούς μάλιστα, οι οποίοι παρουσίαζαν προεγχειρητικά δυσκοιλιότητα, θεωρούνται σαν ευνοϊκό θεραπευτικό αποτέλεσμα της επέμβασης. Περίπου το 5-10% των ασθενών απαιτούν αντιδιαρροϊκή θεραπεία και μόνο το 1% έχει σοβαρό πρόβλημα.<sup>30</sup>

#### 5.- ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΘΡΕΨΗΣ

Στο κεφάλαιο αυτό περιλαμβάνεται μία ομάδα στερητικών συνδρόμων που εμφανίζονται μετά από γαστρικές επεμβάσεις. Τα σύνδρομα αυτά είναι:

α. Η απώλεια βάρους. Μεγάλο ποσοστό αρρώστων (50% περίπου) που υποβλήθηκαν σε υφολική γαστρεκτομή παρουσιάζει μετεγχειρητικά απώλεια βάρους. Αυτή είναι πιο έκδηλη ύστερα

από γαστρεκτομή BILLROTH II και μικρότερη ή και λείπει μετά από γαστρεκτομή BILLROTH I ή μετά από βαγοτομή.

Αν η απώλεια βάρους δεν συνδυάζεται με άλλη μετεγχειρητική επιπλοκή, όπως π.χ. σύνδρομο DUMPING, χολώδεις εμέτους, διάρροιες κ.λ.π., τότε αποδίδεται:

α. Σε μικρό γαστρικό κολόβωμα.

β. Σε διαταραχή της απορρόφησης των θρεπτικών ουσιών λόγω της ταχύτερης διόδου τους από το γαστρεντερικό σωλήνα.

γ. Σε διαταραχή της πέψης και απορρόφησης του λίπους και σε αποβολή του με τα κόπρανα (στεατόρροια). Στην τελευταία αυτή διαταραχή αποδίδεται κυρίως η απώλεια βάρους.

Θεραπευτικά συνιστούν τη λήψη πολλών μικρών γευμάτων με υψηλή πρωτεϊνική και θερμιδική αξία.<sup>23</sup>

β. Η στεατόρροια. Είναι η αποβολή άπεπτου λίπους με τα κόπρανα. Συνυπάρχει συνήθως με απώλεια βάρους και διάρροιες. Οφείλεται σε διαταραχή της πέψης και απορρόφησης του λίπους, λόγω κακής ανάμειξης της τροφής με τη χολή και το παγκρεατικό υγρό, σε ελάττωση της παγκρεατικής έκκρισης και σε μερική αδρανοποίηση των παγκρεατικών ενζύμων μέσα στην απιούσα έλικα. Εμφανίζεται πιο συχνά μετά από γαστρεκτομή BILLROTH II, σπανιότερα μετά από γαστρεκτομή BILLROTH I και μετά από βαγοτομή που συνδυάζεται με παροχετευτική εγχείρηση.<sup>46</sup>

γ. Η σιδηροπενική αναιμία (υπόχρωμη). Είναι γνωστό ότι η απορρόφηση του σιδήρου γίνεται στην ανώτερη μοίρα του λεπτού εντέρου και ότι για να γίνει είναι αναγκαία η ύπαρξη HCL και όξινου pH στο στόμαχο, δηλ. pH χαμηλότερου του 5. Επειδή μετά από γαστρεκτομή το pH είναι σαφώς ανώτερο του 5, παρατηρείται διαταραχή της απορρόφησης των αλάτων του σιδήρου, με αποτέλεσμα την εμφάνιση σε σημαντικό ποσοστό αρρώστων υπόχρωμης αναιμίας. Αυτή είναι συνηθέστερη μετά γαστρεκτομή BILLROTH

II. Θεραπευτικά χορηγείται σιδηρούχο σκεύασμα από το στόμα ή καλύτερα παρεντερικά.

δ. Η μεγαλοβλαστική αναιμία. Εμφανίζεται σπάνια μετά υφολική γαστρεκτομή. Είναι συνηθισμένη μετά από ολική γαστρεκτομή. Οφείλεται σε διαταραχή της απορρόφησης του ενδογενή παράγοντα και εκδηλώνεται αρκετά χρόνια μετά την επέμβαση. Θεραπευτικά χορηγείται βιταμίνη B<sub>12</sub>.

ε. Η διαταραχή της απορρόφησης Ca. Συνήθως εμφανίζεται σε συνδυασμό με στεατόρροια, μπορεί όμως να εμφανιστεί και αμιγής. Στην πρώτη περίπτωση θεωρείται σαν αποτέλεσμα της στεατόρροιας ενώ στη δεύτερη αποδίδεται σε διαταραχή της απορρόφησης Ca που οφείλεται στην εμφανιζόμενη μετά την επέμβαση ελάττωση της οξύτητας στην ανώτερη μοίρα του λεπτού εντέρου. Μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση οστεομαλακίας.<sup>24</sup>

#### 6.- ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΟΚΗΛΗ

Έχουν ανακοινωθεί ελάχιστες περιπτώσεις διαφραγματοκήλης μετά από στελεχιαία βαγοτομή, φαίνεται όμως ότι η συχνότητά της είναι αρκετά μεγαλύτερη. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι μόνο οι περιπτώσεις που παρουσιάζουν αξιόλογη συμπτωματολογία υποβάλλονται μετεγχειρητικά σε ακτινολογικό έλεγχο για τη διαπίστωσή της. Αποδίδεται σε τραυματισμό του οισοφαγικού τμήματος κατά τη διατομή των πνευμονογαστρικών και στη μετεγχειρητική εμφάνιση διάτασης του στομάχου. Είναι δυνατόν να έχει υποβοηθητική δράση ο μετεγχειρητικός μετεωρισμός της κοιλίας.<sup>22</sup>

#### 7.- ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΙΚΟΥ ΚΟΛΟΒΩΜΑΤΟΣ

Εμφανίζεται συνηθέστερα μετά από γαστρεκτομή ή σπανιότερα μετά από γαστροεντεροαναστόμωση, που εκτελέστηκαν για



καλοήθη πάθηση του στομάχου και η συχνότητα της επιπλοκής αυξάνει όσο αυξάνει και ο χρόνος από την εκτέλεση της επέμβασης. Έτσι, η συχνότητα είναι πολύ μικρή κατά την πρώτη δεκαετία μετά την επέμβαση, αλλά αυξάνει σημαντικά μετά την πάροδο πολλών ετών (25 και άνω) από την αρχική επέμβαση.

Υπολογίζεται ότι οι άρρωστοι που υποβλήθηκαν σε γαστρεκτομή για καλοήθη πάθηση εμφανίζουν 6 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα από τον υπόλοιπο πληθυσμό να παρουσιάσουν καρκίνο στο γαστρικό κολόβωμα μετά την πάροδο 25ετίας από την εγχείρηση.<sup>44</sup>

7.- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Ο στόχος της ογκολογικής νοσηλευτικής είναι να βοηθήσει τον άρρωστο να διατηρήσει τις δυνάμεις του και την ακεραιότητα του και να τα χρησιμοποιήσει, για την καταπολέμηση των κακοήθων κυττάρων, να ανεχθεί τη θεραπεία και να αντιμετωπίσει τα αναπόφευκτα βιολογικά, ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα, που συνοδεύουν την αρρώστεια. Ακόμη οι γνώσεις, και οι δεξιότητες βοηθούν την νοσηλεύτρια να προβλέπει και να παρεμποδίσει την εμφάνιση των προβλημάτων αυτών.<sup>47</sup>

Η ικανότητα του καρκινοπαθή να αντιμετωπίσει την κατάσταση του επηρεάζεται από παράγοντες όπως: ηλικία, το πολιτιστικό του επίπεδο, η βοήθεια και η υποβάσταξη που του προσφέρεται στο σύστημα υγείας και η πείρα από αρρώστια στο παρελθόν. Τα προβλήματα του αρρώστου είναι ανάλογα με το στάδιο της νόσου, τις κλινικές εκδηλώσεις και το είδος της θεραπείας που εφαρμόζεται.<sup>48</sup>

Συνήθως οι ασθενείς με γαστρικό καρκίνο παρουσιάζουν:

- 1.- Κακή οξυγόνωση των ιστών (αναιμία, πόνος στο επιγάστριο, καχεξία).
- 2.- Θρεπτικό ανισοζύγιο (ανορεξία, εμετοί, δυσφαγία).
- 3.- Υδατοηλεκτρολυτικά και οξεοβασικά ανισοζύγια (δυσνητικά).
- 4.- Μείωση δραστηριοτήτων (καχεξία, εύκολη κόπωση).
- 5.- Μείωση άνεσης (πόνος, ναυτία, εμετοί).
- 6.- Πόνος
- 7.- Αγωνία που δημιουργεί η υποψία καρκίνου.
- 8.- Προβλήματα που δημιουργούνται από το είδος της θεραπείας.<sup>49</sup>

Καταλαβαίνουμε λοιπόν, ότι κάθε άρρωστος έχει ανάγκη νοσηλευτικής φροντίδας και επιβλέψεως ανάλογα με τη κατάστασή του. Όλοι οι άρρωστοι με καρκίνο, εκτός από μερικές ομάδες με ειδικά προβλήματα και ανάγκες για ειδική νοσηλευτική φροντίδα, έχουν ανάγκη από τη συνηθισμένη γενική νοσηλευτική φροντίδα, με περισσότερη όμως έμφαση στα εξής:

- Ο ασθενής πρέπει να διαισθάνεται τη στάση της νοσηλεύτριας. Το να γνωρίζει ότι η νοσηλεύτρια έχει θετική στάση στην αρρώστια του είναι σημαντικό, σαν πρώτο βήμα στην εργασία της με τον άρρωστο.

Γι' αυτό χρειάζεται:

- Κατανόηση στον άρρωστο και παρουσίαση της ζωής με ευχάριστη όψη. Αυτό του δίνει ελπίδα.

- Διατήρηση της αξιοπρέπειας και της υπόληψης του αρρώστου. Ίσως σε καμιά άλλη ασθένεια δεν υπάρχει τέτοια απειλή της οντότητας του ατόμου, όπως υπάρχει στο καρκίνο.<sup>33</sup>

Πολλοί άρρωστοι που γνωρίζουν ότι έχουν καρκίνο, λένε ότι δε φοβούνται τόσο πολύ τον πόνο ή τη δυσμορφία ή άλλη ειδική άποψη της ασθένειας, όσο φοβούνται μη χάσουν τον αυτοέλεγχο και την αξιοπρέπεια στα τελευταία στάδια της νόσου.<sup>48</sup>

- Βοήθεια του αρρώστου να διατηρήσει τον αυτοσεβασμό του.

- Φροντίδα για να μην εκτίθεται ο άρρωστος κατά τις νοσηλείες.

- Προσοχή πολύ στη καθαριότητα και στη συμμετοχή του στον προγραμματισμό της φροντίδας του, εφόσον είναι ικανός γι' αυτό. Τα παραπάνω είναι μέτρα που θα τον βοηθήσουν να διατηρήσει την αξιοπρέπειά του παρά την προσβολή της αρρώστιας.

- Ευγένεια και θαλπωρή δίνει στον άρρωστο αίσθημα ασφάλειας.

- Ενθάρρυνση του αρρώστου να ενεργεί με τρόπο ευχάριστο για τον εαυτό του.

- Βοήθεια του αρρώστου ν' αναπτύξει την αυτοπεποίθησή του ότι είναι καλά και μπορεί να περιποιηθεί τον εαυτό του.

- Ενθάρρυνση του αρρώστου να σηκώνεται από το κρεβάτι, εφόσον αυτό επιτρέπεται.

- Φροντίδα για τη συχνή αλλαγή θέσεως του αρρώστου στο κρεβάτι, καθώς και για τη καλή διατροφή του.

- Χρησιμοποίηση των κατάλληλων νοσηλευτικών μέτρων και μέσων για την πρόληψη επιπλοκών.

- Στο σχέδιο παροχής νοσηλευτικής φροντίδας να μη παραλείπεται, εφόσον η κατάσταση του αρρώστου το επιτρέπει, η εργασιοθεραπεία, επειδή η απασχόληση προλαμβάνει πολλά ψυχολογικά προβλήματα.

- Ακόμη πρέπει να διδαχθεί η σπουδαιότητα της έγκαιρης διάγνωσης του όγκου στην πρόγνωση της νόσου.<sup>33, 49</sup>

Για τέλεια αποκατάσταση, οι άρρωστοι, πρέπει να αισθάνονται πως τίποτε δεν ανέκοψε το σχέδιο της ζωής τους και ότι μπορούν να συμμετέχουν σ' αυτή. Και αυτό, γιατί όλοι οι άρρωστοι που ξέρουν πως πάσχουν από καρκίνο έχουν ψυχολογικά επηρεαστεί από την πραγματικότητα αυτή και έχουν ανάγκη από μία νοσηλεύτρια που θα χρησιμοποιήσει όλες τις γνώσεις και τις δεξιότητες της.

Καταλαβαίνουμε λοιπόν, πως ένας άρρωστος με καρκίνο δεν είναι απλός άρρωστος. Είναι ένας φοβισμένος για τη ζωή άνθρωπος που άσχετα αν πρόκειται να θεραπευθεί ή όχι βασανίζεται από την ιδέα του επικείμενου θανάτου. Η άγνοια του για την αρρώστειά του, την θεραπεία και τη δυνατότητα αποκατάστασης επιτείνει ακόμη περισσότερο το συναίσθημα αυτό. Τότε όμως η

νοσηλεύτρια δίνει στον άρρωστο με καρκίνο αυτό που πραγματικά έχει ανάγκη όταν αναγνωρίζει τα αισθήματά της για τη ζωή και το θάνατο, και τότε δίνει τη μεγαλύτερη αμοιβή από την εργασία της, την αμοιβή της ολοκλήρωσής της προσωπικότητάς της.<sup>50</sup>

Οι DONOVA και PIERCE μεταξύ άλλων γράφουν στο βιβλίο τους "Κάτι πρέπει να γίνει για όλους τους αρρώστους με καρκίνο. Δεν θα πρέπει να αισθανόμαστε τους εαυτούς μας άχρηστους ή να είμαστε απελπισμένες όταν νοσηλεύουμε άρρωστο με καρκίνο".<sup>51</sup>

Η νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου με καρκίνο έχει ήδη γίνει ειδικότητα της νοσηλευτικής διεθνώς χωρίς αυτό να σημαίνει πως όλες οι χώρες έχουν αναπτύξει επίσημα προγράμματα ειδικεύσεως. Η ανάγκη αυτή της ειδικεύσεως του νοσηλευτικού προσωπικού δημιουργήθηκε από το γεγονός, ότι όλοι (επαγγελματίες υγείας, κοινωνία γενικά) αντιλαμβάνονται πως:

- Το νοσηλευτικό προσωπικό που έχει εξειδικευμένες γνώσεις και ανάλογη πείρα στη νοσηλεία του αρρώστου με καρκίνο, ικανοποιεί πολύ μεγάλο φάσμα όχι μόνο βιολογικών αλλά και ψυχοκοινωνικών αναγκών του αρρώστου.

- Οι ευθύνες της νοσηλεύτριας στη νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου στην οποία περιλαμβάνεται και η αποκατάσταση, δεν περιορίζονται μόνο στο νοσοκομείο, αλλά επεκτείνονται και στο σπίτι του αρρώστου.<sup>52</sup>

- Ο ρόλος της νοσηλεύτριας, εκτός από τον άρρωστο επεκτείνεται στην προσφορά σωστής βοήθειας (υποβαστάξεως και στα μέλη της οικογένειας του αρρώστου και στους οικείους του, και

- Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στη πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση της αρρώστειας είναι πολύ ουσιαστικός.<sup>49</sup>

Και μάλιστα πιο συγκεκριμένα:

" Η νοσηλεύτρια που εργάζεται με τον άρρωστο, που έχει καρκίνο, πρέπει να είναι περισσότερο από ένας έμπειρος τεχνικός. Πρέπει να είναι ο άνθρωπος που προσεγγίζει τον συνάνθρωπο και του προσφέρει τον εαυτό της με τις γνώσεις, τις δεξιότητες και την ανθρωπιά της. Για να μπορέσει όμως να το επιτύχει αυτό χρειάζεται: 1) Γνώσεις, 2) Φιλοσοφία της ζωής σε αρμονία με την ογκολογική νοσηλευτική, 3) Ικανοποίηση (θετική ενίσχυση) και 4) Βοήθεια και υποστήριξη (βοήθεια από κάποιον που βρίσκεται πολύ κοντά της).<sup>51</sup> Η φιλοσοφία της ζωής σε αρμονία με την ογκολογική νοσηλευτική περιλαμβάνει εκτίμηση της αξίας της ζωής και αντιμετώπιση του αναποφεύκτου του θανάτου. Πιο μεγάλη σημασία έχει να πιστεύει πως μπορεί να βοηθήσει τους άλλους με ό,τι είναι ό,τι γνωρίζει και με ό,τι έχει τη δύναμη να κάνει.

Βέβαια, συνέχεια γίνονται νοσηλευτικές έρευνες για μία πιο ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα στον άρρωστο με καρκίνο.

8.- ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΠΟΦΕΙΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ-ΑΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ  
ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

8.1. Ψυχολογική και κοινωνική αντιμετώπιση του καρκινο-  
παθούς

Η νοσηλευτική, επιστήμη και τέχνη με πνευματικό προσανατολισμό, προσφέρει τις υπηρεσίες της σε κάθε άνθρωπο που τις χρειάζεται, σε κάθε ηλικία και σε κάθε περίπτωση.

Ο άνθρωπος προσεγγίζεται σαν προσωπική ενιαία και μοναδική βιοψυχοκοινωνική οντότητα με αθάνατη ψυχή και ατίμητη αξία.

Στην οντότητα αυτή υπάρχει απόλυτη αλληλεξάρτηση και αμοιβαία επίδραση ψυχής και σώματος. Το σώμα πάσχει με τις ψυχικές οδυνηρές καταστάσεις και η ψυχή υποφέρει πόνους, που προέρχονται από το σώμα. Έτσι, σωματική αρρώστεια δεν είναι μόνο βιολογικό γεγονός, αλλά και ψυχολογικό και κοινωνικό.

Η ασθένεια αποτελεί απειλή για τον άνθρωπο, με ποικίλους τρόπους. Κατά την πρώτη εισβολή της, η αρχική αντίδραση του ανθρώπου συνήθως είναι ο φόβος: ο φόβος του αγνώστου και απροσδόκητου, φόβος του παρόντος και του μέλλοντος, φόβος του έντονου πόνου, της αναπηρίας και φόβος του θανάτου.<sup>50</sup>

Η ασθένεια υποχρεώνει τον άνθρωπο να διακόψει την εργασία του, να αποσυρθεί από τις συνηθισμένες δραστηριότητες του και να περιορίσει τη προσοχή και το ενδιαφέρον στον εαυτό του. Γίνεται εγωκεντρικός, προκατειλημμένος με τις σωματικές λειτουργίες του: τι τρώει, πόσο κοιμάται, πως αισθάνεται. Ακόμη παρουσιάζεται αγχώδης και απαιτητικός. Συχνά δοκιμάζει αίσθημα μονώσεως και αχρηστίας, με αποτέλεσμα τη ψυχολογική απομόνωση και μελαγχολία.<sup>48</sup>

Πρέπει ακόμη να τονισθεί, ότι η ασθένεια ενός ατόμου,

ιδιαίτερα όταν χρονίζει -και τέτοια ασθένεια είναι ο καρκί-  
νος-, επηρεάζει ολόκληρη την οικογένειά του, διασπά την αρ-  
μονική ζωή της, και δημιουργεί ποικιλόμορφα προβλήματα και  
δυσκολίες.<sup>16</sup>

Στις σελίδες που ακολουθούν θα δοθεί ιδιαίτερη σημασία:  
.....

- Στα ψυχοκοινωνικά προβλήματα του καρκινοπαθούς.
- Στις αρχές ψυχοκοινωνικής νοσηλευτικής του καρκινοπαθούς.
- Ο καρκινοπαθής στο τελικό στάδιο και η ψυχοκοινωνική του προσέγγιση.

#### A.- ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ

-----

Κύριος σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας του καρκινοπα-  
θούς, είναι η διατήρηση της ισχύος και της ακεραιότητας του,  
ώστε να καταπολεμά τα καρκινικά κύτταρα, να αντέχει στη θερα-  
πεία και να αντιμετωπίζει τα αναπόφευκτα σωματικά και ψυχοκοι-  
νωνικά προβλήματα που συνοδεύουν την αρρώστια.

Πράγματι, η καταπολέμηση του καρκίνου είναι τόσο βιολο-  
γική όσο και ψυχολογική μάχη, επειδή οι επιπτώσεις εκτείνου-  
νται πέρα από τις σωματικές βλάβες.

Πολλοί άρρωστοι αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τις ψυχο-  
λογικές εντάσεις (STRESS), που σχετίζονται με την αρρώστια  
και τη θεραπεία τους. Υπάρχουν, όμως και άλλοι που δυσκολεύ-  
ονται. Οι ψυχολογικές αυτές δυσκολίες και καταπονήσεις επι-  
δρούν αρνητικά και στην πορεία της αρρώστειας και στη ποιό-  
τητα της ζωής των αρρώστων.<sup>51</sup>

Γι' αυτό η Νοσηλεύτρια πρέπει να αξιολογεί έγκαιρα τις  
προσωπικές δυνάμεις και ικανότητες κάθε άρρωστου για την



αντιμετώπιση του καρκίνου του και να προβλέπει τα σχετικά προβλήματα, ώστε να προγραμματίζει ανάλογες υποστηρικτικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Κατά την αξιολόγηση ή νοσηλεύτρια θυμάται ότι η αντίδραση κάθε αρρώστου προς το καρκίνο είναι μοναδική. Επομένως, οι ανάγκες και οι ικανότητες του μπορεί να διαφέρουν από τις ανάγκες άλλων ατόμων, με την ίδια αρρώστεια. Επίσης, η νοσηλευτική αξιολόγηση επισημαίνει και τους παράγοντες που επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά την ικανότητα αντιμετώπισης της ασθένειας στο κάθε άρρωστο.<sup>53</sup>

Με τον όρο αντιμετώπιση, εννοούμε τις προσπάθειες, τις πράξεις, τις ψυχολογικές τοποθετήσεις, την εξωτερική ανθρώπινη βοήθεια και τα υλικά μέσα που χρησιμοποιεί ο άρρωστος για να ανταποκριθεί στις εσωτερικές και περιβαλλοντικές απαιτήσεις, τις οποίες δημιουργεί η αρρώστεια του και να διατηρήσει τελικά τη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική του ευεξία.<sup>53</sup>

Η αρρώστεια του καρκίνου, σαν χρόνια αρρώστια, συχνά εκκαμβάνεται από τον άρρωστο σαν πιεστική δοκιμασία σαν απειλή βλάβης και σαν απώλεια κάποιου οργάνου ή κάποιας λειτουργίας και της ψυχοκοινωνικής του ασφάλειας. Μελέτες απέδειξαν ότι στην εκτίμηση μιάς κατάστασης ως στρεσογόνου, δεν επιδρούν μόνο οι απαιτήσεις που δημιουργεί η κατάσταση, αλλά και τα μέσα και οι δυνατότητες που διαθέτει το άτομο.<sup>54</sup>

Ας περιγράψουμε όμως, μερικές από τις εμπειρίες που οι περισσότεροι παρουσιάζουν σαν αρνητικές και ψυχοπιεστικές.

#### Ο φόβος της διαγνώσεως του καρκίνου.

Ο φόβος αυτός συνοδεύεται από τη πρόβλεψη, κυρίως, δυσμενών μελλοντικών επιπτώσεων, όπως είναι ο πόνος, η απώλεια ενός οργάνου ή μιάς λειτουργίας, πιθανή χαλάρωση των οικογενειακών σχέσεων, απώλεια της εργασίας, εξάρτηση από τους άλ-

λους για την αυτοφροντίδα, τα πιθανά έξοδα για τη θεραπεία.

Έχει βρεθεί από έρευνες ότι όσοι γνωρίζουν ότι έχουν καρκίνο δοκιμάζουν μεγαλύτερη ψυχολογική καταπόνηση από εκείνους που δεν το ξέρουν ή μόνο το υποπτεύονται ή δεν είναι βέβαιο ότι έχουν καρκίνο.<sup>55</sup>

#### ..... Η θεραπευτική αγωγή

Οι συνηθέστερες θεραπείες για το καρκίνο, είναι η εγχείρηση, η χημειοθεραπεία και η ακτινοβολία. Η καθημέρα μπορεί να προκαλέσει στον άρρωστο και σωματικό και ψυχολογικό STRESS. Η ακτινοβολία μπορεί να προκαλέσει τοπικά και γενικά συμπτώματα ή και μόνιμες βλάβες σε ορισμένους φυσιολογικούς ιστούς που ακτινοβολήθηκαν. Οι άρρωστοι που κάνουν ακτινοβολία, συγκριτικά με εκείνους που δεν κάνουν, δοκιμάζουν μεγαλύτερη ψυχολογική υπερένταση και δυσφορία, ίσως επειδή καθημερινά πρέπει να πηγαίνουν στο νοσοκομείο διασπάται η καθημερινή τους ζωή, καθημερινά τους υπενθυμίζεται ότι έχουν καρκίνο. Ακόμη, τους προβληματίζει η σχετικά απρόσωπη φύση της ακτινοβολίας, αφού μένουν στο χώρο, μόνοι της θεραπείας.<sup>13,49.</sup>

#### ..... Η ζωή με τον καρκίνο

Ο καρκίνος είναι χρόνια αρρώστια και επομένως οι άρρωστοι είναι δυνατόν να δοκιμάζουν επιπρόσθετη ανησυχία καθώς συνεχίζουν να ζουν με την αρρώστια. Η προοδευτική αύξηση των συμπτωμάτων, η εμφάνιση μεταστάσεων και η εφαρμογή περαιτέρω θεραπείας αποτελούν ένα κύκλο που μπορεί να επαναλαμβάνεται πολλές φορές. Ο φόβος της υποτροπής είναι πάντα παρών. Και αυτοί ακόμη που θεραπεύθηκαν ποτέ δεν ξεχνούν τελείως ότι είχαν καρκίνο- αν βέβαια το ήξεραν- και ποτέ δεν χάνουν το φόβο μίας εξάρσεως ή μεταστάσεως της νόσου.

Αν και η πρώτη εμφάνιση του καρκίνου προκαλεί μεγαλύτερο STRESS, εν τούτοις κάθε υποτροπή δημιουργεί αίσθημα αποτυχίας της προηγούμενης θεραπευτικής αγωγής με συνέπειες αύπνια, ανορεξία, ανησυχία, άγχος, μελαγχολία και διακοπή των καθημερινών δραστηριοτήτων.<sup>51</sup>

#### Το αίσθημα της μονώσεως

Οι καρκινοπαθείς δοκιμάζουν ένα διαπροσωπικό κοινωνικό δίλημμα. Από το ένα μέρος έχουν ανάγκη να συζητήσουν τα συναισθήματα τους με αγαπημένα τους πρόσωπα και από το άλλο φοβούνται την απόρριψη. Αισθάνονται μόνωση, και πολύ περισσότερο όταν δεν έχουν κοντά τους κατάλληλα πρόσωπα για να εξωτερικεύσουν τις μυστικές τους αγωνίες. Ο φόβος της αποξενώσεως και απαλλοτριώσεως από τα δικά τους πρόσωπα, τους τρομάζει. Ποιώθουν διαφορετικοί από τους υγιείς. Τα συμπτώματα, οι θεραπείες, η αποφυγή εκθέσεως σε εστίες μόλυνσεως, η οικονομία δυνάμεων και η απόσυρση φιλικών προσώπων για να μη φαίνεται τάχα η υγεία και ζωτικότητα τους σε αντιπαράθεση με την αδυναμία των αρρώστων συντελούν στην κοινωνική απομόνωση των καρκινοπαθών.<sup>56</sup>

Το δίλημμα που βιώνει ο καρκινοπαθής είναι: να υποφέρει μόνος, αποφεύγοντας να εξωτερικεύεται ή να εκφράζει τα συναισθήματα και τις ανησυχίες του ριψοκινδυνεύοντας να τον βαρεθούν οι άλλοι και να απομακρυνθούν.<sup>57</sup>

Η ψυχική μόνωση, εννοεί την εμφάνιση σωματικών συμπτωμάτων και η σωματική αρρώστια επισπεύδει αισθήματα μονώσεως. Από έρευνες βρέθηκε ότι η μόνωση σχετίζεται με την αρρώστια, την υπερβολική χρήση των υπηρεσιών υγείας και τον πρόωρο θάνατο. Μερικοί δεν μπορούν να αντέξουν τη μόνωση, δεν μπορούν να την υπερβούν πνευματικά και καταφεύγουν στον αλκοολισμό,

στα ναρκωτικά ακόμη και στην αυτοκτονία.<sup>58</sup>

Ο πόνος, ως υποκειμενική εμπειρία, συντελεί στο αίσθημα της μονώσεως.<sup>59</sup>

Σαν ψυχολογικές συνιστώσες της μονώσεως θεωρούνται η μειωμένη αυτοεκτίμηση, η μελαγχολία, το αίσθημα αποξενώσεως και απορρίψεως από τους άλλους, η διαίσθηση του ατόμου ότι είναι ανεπιθύμητο και δεν το αγαπά κανείς. Αντίθετα η μόνωση αντισταθμίζεται και εξουδετερώνεται με την πνευματική ευεξία του ανθρώπου που τη δημιουργεί η πίστη, η προσευχή, η προσωπική σχέση με το θεό.

Πάντως, η μόνωση σαν συνέπεια του καρκίνου, είναι νοσηλευτικό πρόβλημα και μπορεί να ανακουφισθεί με ειδικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις.

Τα παραπάνω προβλήματα αντιμετωπίζονται από τον άρρωστο, είτε με την εκτέλεση ορισμένων πράξεων όπως είναι εφαρμογή θεραπείας και διαίτης, η χρήση αναλγητικών κ.α., είτε με την αποφυγή πράξεων που προκαλούν δυσφορία και χειροτέρευση, είτε με ενδοψυχικές διεργασίες, αμυντικές ή οικοδομητικές σκέψεις.<sup>48</sup>

Πολλοί άρρωστοι χρησιμοποιούν την άρνηση δηλ. δεν πιστεύουν, ότι έχουν καρκίνο ή παρουσιάζουν παθολογική εξάρτηση ανευθυνότητα και γυρίζουν πίσω σε παιδικούς τρόπους συμπεριφοράς και παθαίνουν μελαγχολία.<sup>51</sup>

Άλλοι άρρωστοι αναζητούν πληροφορίες για να καταλάβουν την αρρώστια και τη θεραπεία τους και τι πρέπει να κάνουν οι ίδιοι. Έχει παρατηρηθεί ότι με την πληροφόρηση και την αύξηση των γνώσεων σχετικά με το πρόβλημα τους, οι άνθρωποι μπορούν να υπερβούν το STRESS που αισθάνονται, και να διατηρήσουν την ελπίδα ότι θα γίνουν καλά. Και η ελπίδα για μία προσωρινή επιστροφή από το νοσοκομείο στο σπίτι, μπορεί να ισοδυναμεί με την ελπίδα της θεραπείας.<sup>60</sup>

Τέλος, υπάρχουν άρρωστοι που αντιμετωπίζουν την αρρώστια τους σαν δοκιμασία και σαν ευκαιρία με την οποία ευαισθητοποιούνται ψυχικά, φιλοσοφούν ποιά πράγματα έχουν αξία στη ζωή και ποιά δεν έχουν, κάνουν αναθεώρηση της ζωής τους, αντλούν δύναμη από την πίεση και τη προσευχή στο θεό υπομένουν και είναι ειρηνικοί.<sup>33</sup>

Είναι γεγονός, ότι η ασθένεια μεταβάλλεται σε μεγάλη αφετηρία πνευματικού προσανατολισμού στη ζωή. Γίνεται προσκλητήριο στην Χριστιανική θεώρηση και φιλοσοφία της ζωής. Σε καμιά σχολή του κόσμου δεν μπορεί ο άνθρωπος να αντλήσει τα υψηλά διδάγματα για την αληθινή φιλοσοφία της ζωής, που αντελεί το κρεβάτι του πόνου και της οδύνης. Η αρρώστεια γίνεται αφορμή επιστροφής του ανθρώπου στο θεό.

Όταν ο δέκτης της ψυχής του αρρώστου συλλάβει το βαθύτερο πνευματικό νόημα της αρρώστιας, τότε την αντιμετωπίζει με πίστη, ελπίδα και υπομονή.<sup>52</sup>

Διάσημοι γιατροί, ψυχολόγοι και άλλοι επιστήμονες, μελετώντας τον άνθρωπο σαν ψυχοσωματική ολότητα, ομολογούν ότι η αρρώστια προωθεί την ωρίμανση της προσωπικότητας και βοηθεί στην αναθεώρηση των θεμελιωδών αξιών.<sup>61</sup>

Γενικά στην αντιμετώπιση του καρκίνου, όπως και κάθε χρόνιας αρρώστιας, αποφασιστικό ρόλο παίζουν, η προσωπικότητα, οι κοινωνικές και θρησκευτικές αντιλήψεις, η μόρφωση, το πολιτιστικό υπόστρωμα, αλλά και η ωριμότητα, και η δυνατότητα του ατόμου να ξεπερνά ή και να ωφελείται από μία τραυματική εμπειρία.<sup>59</sup>

Από τα παραπάνω, καταλαβαίνουμε ότι η αντιμετώπιση του καρκίνου είναι προσωπική υπόθεση του αρρώστου. Είναι ένα σύνθετο και περίπλοκο φαινόμενο που εξαρτάται και επηρεάζε-

ται από πολλούς παράγοντες. Μερικοί καρκινοπαθείς αντιμετωπίζουν την αρρώστειά τους, υπομονετικά, γενναία, ηρωικά, πνευματικά. Αλλά οι πιά πολλοί δυσκολεύονται, λυγίζουν, τα χάνουν, αδυνατίζουν από την ψυχική οδύνη. Αυτοί ακριβώς πρέπει να αποτελέσουν μέριμνα της Νοσηλεύτριας.

### B.- ΑΡΧΕΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Σχετικά με το θέμα της ικανότητας του αρρώστου να αντιμετωπίζει ψυχοκοινωνικά την αρρώστειά του και πως η νοσηλευτική μπορεί να παρεμβαίνει και να βοηθεί αποτελεσματικά, χρειάζεται έρευνα.<sup>47</sup> Εν τούτοις από την κλινική παρατήρηση και εργασία και από νοσηλευτικές μελέτες, η σύγχρονη νοσηλευτική έχει αναπτύξει ορισμένους τρόπους ψυχοκοινωνικής βοήθειας του καρκινοπαθούς.

- Νοσηλευτικός διάλογος με τον άρρωστο.

Ο διάλογος με τον άρρωστο χρησιμοποιείται σαν υπεύθυνη νοσηλεία.

Στο διάλογο με τη Νοσηλεύτρια οι άρρωστοι συνήθως εξωτερικεύουν τους φόβους των. Φοβούνται τον πόνο, την εγκατάλειψη, την εξάρτηση από τους άλλους, τη δυσμορφία, το θάνατο. Φοβούνται μήπως γίνουν βάρος στους άλλους. Εκφράζουν μειωμένη αυτοεκτίμηση, με την αλλαγή της ιδεατής εικόνας του σώματος τους και με την ελάττωση των δυνάμεων τους για εργασία, για το σχολείο και για κοινωνικές δραστηριότητες. Φοβούνται να συζητήσουν τα συναισθήματά τους με την οικογένεια και τους φίλους των για να μη τους λυπήσουν.

Η νοσηλεύτρια ακούει τον άρρωστο με προσοχή, θερμό ενδιαφέρον και σεβασμό. Η ακρόαση αυτή, προσφέρει ευρύτατη βάση για μία πιά ολοκληρωμένη αξιολόγηση του αρρώστου, από τις

αντικειμενικές μετρήσεις των ζωτικών σημείων του και τις αξονικές απεικονήσεις των οργάνων των. Ακόμη δρα και ψυχοθεραπευτικά και αυτό γιατί καταστέλλει, τους φόβους του αρρώστου σε μεγάλο βαθμό.

Η νοσηλεύτρια χρησιμοποιεί όχι μόνο τη σιωπή και την ακρόαση αλλά και την ομιλία για να διαβιβάσει στον άρρωστο την κατανόηση και την ευαισθησία της, απέναντι στον πόνο, τις ανάγκες, τα προβλήματα, τις αδυναμίες ή και τις δυνατότητες. Ακόμη, για να τον βεβαιώσει για τη συμπόνια και την αληθινή μέριμνά της για τη βελτίωση της υγείας του.

Η νοσηλεύτρια μιλά και με τα λόγια της νοσηλεύει και θεραπεύει.

#### Ενίσχυση της αυτοεκτίμησης του αρρώστου.

Η αυτοεκτίμηση είναι πανανθρώπινη ανάγκη, είναι ουσιαστικό στοιχείο και προϋπόθεση στη σωματική και ψυχική υγεία του ανθρώπου. Γι' αυτό πρέπει να εξετάζεται κατά τη νοσηλευτική αξιολόγηση και να προγραμματίζεται σαν νοσηλευτική παρέμβαση ή αναστήλωση και η αύξησή της.

Ήδη, έχει λεχθεί ότι καρκινοπαθής συνήθως παρουσιάζει μειωμένη αυτοεκτίμηση και υποβαθμισμένο το αίσθημα της προσωπικής του αξίας γιατί ο καρκίνος επηρεάζει αρνητικά την ψυχολογία του.<sup>57</sup>

Η Νοσηλεύτρια όμως προσπαθεί να εξυψώσει και να διατηρήσει την αυτοεκτίμηση του αρρώστου ως εξής:

- Επαινεί την προοδευτική ανάκτηση της ικανότητας για αυτοεξυπηρέτηση.

- Βοηθεί τον άρρωστο να επισημαίνει τις δυνάμεις και τις θετικές πλευρές του. π.χ. τις στενές οικογενειακές σχέσεις του, τους ειλικρινείς φίλους του, τα διανοητικά και ψυχικά

χαρίσματα που έχει, την ικανότητα να εκφράζει τους φόβους και τις ανησυχίες του, τη ζωντανή του πίστη και ελπίδα στο θεό και άλλες σημαντικές δυνατότητες χειρισμού της αρρώστειας του.

Ο τονισμός των πνευματικών δυνάμεων και προσόντων του αρρώστου ενισχύει το αίσθημα αυτοαξίας του.

- Αντανακλά θετικές εκτιμήσεις χωρίς λόγια, με πράξεις και με τη συμπεριφορά. Όσο πιστεύει η Νοσηλεύτρια στην αξία του αρρώστου, σαν πρόσωπο, τόσο η στάση της αυτή μεταβιβάζεται με την έκφραση του προσώπου, τον τόνο της φωνής, τις χειρονομίες. Μεταβιβάζει η Νοσηλεύτρια μία στάση φροντίδας, ενδιαφέρον για ότι αφορά, απόλυτο σεβασμό προς τα συναισθήματά του.

- Παίρνει στα σοβαρά τις ανησυχίες του αρρώστου και αναγνωρίζει τα συναισθήματά του σαν νόμιμα και αξιόπιστα και δικαιολογημένα.

- Η νοσηλεύτρια έχει πάντα υπ' όψη ότι σπουδαιότερα και από τα ενισχυτικά της λόγια για όσα καταφέρνει ο άρρωστος είναι οι χαρακτηρισμοί της και η αναγνώριση της για το ποιός είναι ο άρρωστος.

Σπουδαίο πράγματι αλλά δύσκολο το έργο της αναστηλώσεως της αυτοεκτιμήσεως του καρκινοπαθούς, γιατί απαιτεί συνεχή μετάδοση αισθημάτων αξίας και αξιοπρέπειας άνευ όρων.<sup>55</sup>

#### Ανακούφιση του πόνου του αρρώστου.

Η χειρουργική αφαίρεση του όγκου και η παρηγορική επέμβαση, οι άλλες θεραπείες, όπως είναι η ακτινοβολία, η χημειοθεραπεία και τα παυσίπονα φάρμακα, αποβλέπουν στην ανακούφιση του πόνου. Η νοσηλεύτρια συμμετέχει ενεργητικά και υπεύθυνα στην εφαρμογή των παραπάνω θεραπειών.<sup>59</sup> Έχει όμως και ανεξάρτητες αυτόνομες ευθύνες στην ανακούφιση του πόνου του



αρρώστου, σαν ψυχοσωματικό γεγονός.

- Αξιολογεί τον άρρωστο που πονά
- θέτει νοσηλευτικούς σκοπούς
- Προγραμματίζει νοσηλευτικές παρεμβάσεις
- Εφαρμόζει το πρόγραμμα νοσηλείας, και
- Εκτιμά τα αποτελέσματα, δηλ. αν ελαττώθηκε ή εξαλείφθηκε ο πόνος και αν ο άρρωστος έγινε πιο δυνατός στην αντιμετώπιση του πόνου του.<sup>62</sup>

Ο πόνος του ασθενή γίνεται ανυπόφορος όταν νοιώθει εγκαταλειμμένος, όταν διαισθάνεται ότι δεν το παίρνουν στα σοβαρά, όταν δε του μεταβιβάζουν οι γύρω του ελπίδα, κατανόηση και προσωπικό θερμό ενδιαφέρον.<sup>59</sup> Αντίθετα, ο νοσηλευτικός διάλογος, η παρουσία της νοσηλεύτριας, η αποδοχή του αρρώστου, μπορούν να ανακουφίσουν ή να μετριάσουν ή να κάνουν πιο υποφερτό τον πόνο του.

### Γ.- Ο καρκινοπαθής στο τελικό στάδιο και η ψυχοκοινωνική του προσέγγιση.

Όσοι ανήκουμε στα επαγγέλματα της υγείας έχουμε στενή σχέση με το θάνατο. Κι αυτό, γιατί υπηρετούμε τον φύσει θνητό άνθρωπο.<sup>16</sup>

Η Νοσηλεύτρια μαζί με το γιατρό και τα άλλα υγειονομικά στελέχη συμβάλλει στην πρόληψη του καρκίνου σε ένα σημαντικό ποσοστό, στη νοσηλεία και θεραπεία του καρκινοπαθούς στη διατήρηση και προαγωγή της υγείας του.

Όταν όμως ο καρκινοπαθής βρίσκεται στο τελικό στάδιο της αρρώστειας του και πλησιάζει στο τέλος της προθεσμίας της επίγειας ζωής του, όταν αρχίζει να διαδραματίζεται μέσα του η τραγωδία της αγωνίας του θανάτου, τότε η αποστολή της

Νοσηλεύτριας παίρνει μοναδικές διαστάσεις.<sup>51</sup>

Εκεί όπου και η πλέον περίπλοκη και υπερσύγχρονη θεραπεία αδυνατεί και σταματά, η νοσηλεία συνεχίζει να προσφέρεται και να πραγματοποιεί ανώτερους και υψηλούς σκοπούς: την ανακούφιση και υποστήριξη του αρρώστου, την προστασία των δικαιωμάτων και την εκπλήρωση των αναγκών του.<sup>53</sup>

Η νοσηλεύτρια χρησιμοποιεί όλη την τέχνη και επιστήμη της, όλα τα διαθέσιμα μέσα και μέτρα, ακόμη και όλο το σύγχρονο εξοπλισμό των μονάδων εντατικής νοσηλείας, όταν χρειάζεται για να βοηθήσει τον άρρωστο. Να τον βοηθήσει να ζήσει κάθε μέρα και ώρα μέχρι τη στιγμή του θανάτου του, όσο το δυνατό πληρέστερα με μεγαλύτερη ψυχική και σωματική άνεση, αξιοπρέπεια και ανακούφιση. Να ζήσει ο άρρωστος ανώδυνα, ανεπαίσχυντα και ειρηνικά τα τέλη της ζωής του.

Προσφέρει η Νοσηλεύτρια προσωπική και ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα. Περιποιείται με σεβασμό και επιμέλεια το πονεμένο σώμα του αρρώστου: το διατηρεί καθαρό, του αλλάζει θέση, υποβοηθεί την αναπνοή, τονώνει την κυκλοφορία, μεριμνά τη διατροφή από το στόμα ή παρεντερικά, προσφέρει αναφυκτικά όταν τον καίει ο πυρετός, σκουπίζει το ιδρωμένο μέτωπο, δροσίζει τα φρυγμένα χείλη, ανακουφίζει τον πόνο και τη δυσφορία. Δεν αφήνει ποτέ να δημιουργεί στον άρρωστο το αίσθημα ότι τίποτε περισσότερο δεν μπορεί να γίνει γι' αυτόν.<sup>63</sup>

Ο καρκινοπαθής στο τελικό στάδιο, αντιμετωπίζει μιά τελείως νέα και διαφρετική κατάσταση για την οποία δεν είχε καμιά προετοιμασία. Αισθάνεται βαθειά λύπη για την απώλεια των συγγενών και φίλων, των ατομικών αγαπημένων πραγμάτων και όλων των ευχαρίστων απόψεων της ζωής.

Κυριεύεται από μεταμέλεια για τα ανεκπλήρωτα έργα, τα

λάθη, τις παραλείψεις, τις περιπτώσεις που λύπησε τους άλλους ή που δεν έκανε το καλό. Βλέπει ότι ο χρόνος τελείωσε γι' αυτόν και δε θα υπάρξουν πλέον άλλες ευκαιρίες.<sup>57</sup>

Η Νοσηλεύτρια στηρίζεται στο μοναδικό κανόνα: τον απόλυτο σεβασμό της ζωής. Αν υπάρχει τρόπος παρατάσεως της ζωής του αρρώστου ακόμη και για ένα δευτερόλεπτο, αυτό πρέπει να γίνει. Το πρωτείο το έχει πάντα η ιερότητα της ζωής και ακολουθεί η ποιότητα της ζωής, που και γι' αυτή δεν μειώνεται ποτέ η νοσηλευτική προσοχή και το ενδιαφέρον.<sup>58</sup>

Σαν συμπεράσματα τονίζονται τα εξής:

- Ο άρρωστος με τον καρκίνο είναι αδιαίρετη και ανεπα-  
νάληπτη βιοψυχοκοινωνική οντότητα, που αντιδρά προς την αρρώ-  
στια με προσωπικούς μοναδικούς τρόπους και χρειάζεται εξατο-  
μικευμένο νοσηλευτική φροντίδα.

- Η ψυχοκοινωνική φροντίδα, σαν αναπόσπαστη διάσταση της ολοκληρωμένης νοσηλευτικής, μπορεί να ενισχύσει τις εσω-  
τερικές δυνάμεις του αρρώστου για την πιο αποτελεσματική αντι-  
μετώπιση των προβλημάτων του.

Η Νοσηλεύτρια για να αριστεύσει στη ψυχοκοινωνική νοση-  
λευτική φροντίδα του καρκινοπαθούς, χρειάζεται συνεχή επι-  
μόρφωση ώστε:

- Να τελειοποιεί τις κλινικές της δεξιότητες.
- Να καλλιεργεί τις διαπροσωπικές της ικανότητες, και
- Να πλουρίζει την προσωπικότητά της με: - ευγένεια,  
λεπτότητα, ανθρωπιά, - θερμό ενδιαφέρον, ευαισθησία, συμπό-  
νια, - αγάπη για τον άνθρωπο και την αξία του.

8.2.- Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην ψυχολογική υποστήριξη και αποκατάσταση του ασθενούς με καρκίνο.

Η προσφορά υπηρεσιών στον άνθρωπο που έχει καρκίνο είναι σήμερα ένα από τα μεγαλύτερα αλλά και σπουδαιότερα καθήκοντα που δημιουργεί ευθύνες και υποχρεώσεις σε άτομα που ασκούν το νοσηλευτικό επάγγελμα. Χιλιάδες άτομα, επομένως πεθαίνουν κάθε χρόνο από καρκίνο και σε μεγαλύτερο αριθμό ατόμων ο καρκίνος υποχρεώνει αλλαγή στο τρόπο της ζωής τους.<sup>33</sup>

Καταλαβαίνουμε λοιπόν πως πρόκειται για μία αρρώστια της οποίας, η αντιμετώπιση δημιουργεί εκτός από τις οικονομικές επιπτώσεις στον ασθενή, την οικογένεια και το κράτος και άλλα συναφή με κοινωνικές προεκτάσεις μικρά ή μεγάλα, το ίδιο σημαντικά, σοβαρά και δυσεπίλυτα προβλήματα.

Και αυτό γιατί, ένας άρρωστος από καρκίνο δεν είναι ένας απλός άρρωστος. Είναι ένας φοβισμένος για την ζωή άνθρωπος που άσχετα αν πρόκειται να θεραπευθεί ή όχι βασανίζεται από την ιδέα του επικειμένου θανάτου. Η άγνοια του για την αρρώστια του, την θεραπεία και τη δυνατότητα αποκατάστασης επιτείνει ακόμα περισσότερο το συναίσθημα αυτό.<sup>51</sup>

Ο καρκίνος είναι μία αρρώστια που στην κοινή αντίληψη είναι συνυφασμένη με τον πόνο και το θάνατο και έχει σαν αποτέλεσμα την ψυχολογική αποδιοργάνωση του ατόμου με επιπτώσεις αρνητικές στην προσωπική του ζωή. Το άτομο είναι αναγκασμένο να αποσυρθεί από την ενεργό ζωή και ν'αλλάξει όλες τις παλιές του συνήθειες και τον τρόπο ζωής του για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα.<sup>57</sup>

Επειδή, λοιπόν οι καρκινοπαθείς, είναι μία ειδική κατηγορία αρρώστων, γι'αυτό και η συμπεριφορά των ανθρώπων που βρίσκονται γύρω τους, πρέπει να είναι ιδιαίτερη. Μεγαλύτερη

προσοχή πρέπει να δώσει ο νοσηλευτής γιατί ο μόνος που βρίσκεται όλη την ημέρα στο πλευρό του ασθενή είναι αυτός.

Η πορεία του καρκινοπαθούς περνά όπως είναι γνωστό από 3 στάδια:

Το πρώτο στάδιο αφορά τη διάγνωση και εργαστηριακή διερεύνηση.

Το δεύτερο στάδιο αφορά τη θεραπεία και την αποκατάσταση.

Το τρίτο στάδιο, είναι εκείνο που διενεργείται παρηγορητική θεραπεία και επέρχεται λίγο αργότερα ο θάνατος.

Το άτομο (είτε γιατρός είτε νοσηλεύτρια) που θα ασχοληθεί με την αποκατάσταση του καρκινοπαθούς, μπορεί να επέμβει αποτελεσματικά, τόσο στο πρώτο όσο και στο δεύτερο στάδιο της νόσου.

Στο πρώτο στάδιο, ο ασθενής μπορεί να βοηθηθεί με τη σωστή πληροφόρηση του, σχετικά με τα αποτελέσματα των κλινικών και εργαστηριακών εξετάσεων, το πρόγραμμα θεραπείας καθώς και τα διάφορα στάδια της θεραπείας του και τη δυνατότητα αποκατάστασης.<sup>51, 53</sup>

Έτσι, προτού να εφαρμοσθεί οποιαδήποτε θεραπεία, ο Νοσηλευτής, ή η Νοσηλεύτρια πρέπει να κρατήσει στάση κατανοήσεως, σωστής επικοινωνίας και συνεργασίας με τον άρρωστο, και να διευκρινίσει με σαφήνεια πιθανές απορίες του. Η υποστήριξη του αρρώστου στη φάση αυτή είναι πολύ ουσιαστική, δηλ. να αρχίσει πριν ακόμη κατασταλλάξουν τα συναισθήματά του και αρχίσει και υιοθετεί τρόπους συμπεριφοράς που είναι δύσκολο να επηρεάσουμε ή ελέγξουμε αργότερα.<sup>64</sup>

Είναι γεγονός ότι ο άρρωστος είναι ένα πλάσμα έντρομο και καχύποπτο. Γι' αυτό θα πρέπει να αποσπάσουμε την συμπάθεια και την εμπιστοσύνη του αρρώστου έτσι ώστε να αποδέχε-

ται όσα του λέμε, αλλά και να δέχεται την θεραπεία.

Ο νοσηλευτής -τρια πρέπει να προσέχει τις νοσηλείες του, ώστε να γίνονται με δεξιοτεχνία, αλλά και οι πληροφορίες και απαντήσεις σε διάφορα ερωτήματα να είναι σαφείς και να τις πλαισιώνουν η συμπόνια, η στοργή, ο ανθρωπισμός και η αντοχή.

Η στάση του-ης νοσηλευτή-τριας απέναντι στον ασθενή ποι-κίλει.

Από τη μεγάλη μας στοργή προς αυτόν κινδυνεύουμε να πα-ρασυρθούμε και να αυξήσουμε την καχυποψία του. Από την έλλει-ψη πάλι αγάπης από κούραση ή και οργή, πέφτουμε κάποτε στο άλλο άκρο, τον αδικούμε, τον κατηγορούμε και αδιαφορούμε απέ-ναντι στις σωστές παρατηρήσεις του.

Οφείλουμε να προσπαθήσουμε να τον καταλάβουμε. Φυσικό και εύλογο είναι να φοβάται και να υποπτεύεται. Χρέος μας είναι να διαλύσουμε τους φόβους του και να συμμεριστούμε όχι βέβαια όλες αλλά τις δίκαιες υποψίες του.

Πρέπει να είμαστε, ευθείς, τίμιοι απέναντί του και να μην προσπιούμαστε.

Συνήθως οι ασθενείς είναι μέλη της οικογένειας. Η επικοι-νωνία του/της νοσηλευτή-τριας με τους συγγενείς του ασθενή είναι απαραίτητη γιατί βρίσκονται στη περίοδο που χρειάζονται ενίσχυση. Ο/η νοσηλευτής-τρια πρέπει να αποτελεί τον συνδετι-κό κρίκο οικογένειας-αρρώστου και να ενθαρρύνει τους συγγενείς να συμπεριλάβουν και τον άρρωστο στα προβλήματα και τα σχέδια της οικογένειας με τη συμμετοχή του σ' αυτό, όσο είναι δυνατό.<sup>62</sup>

Στο δεύτερο στάδιο διενεργείται η πραγματοποίηση της θε-ραπευτικής μεθόδου και της αποκατάστασης.

Σήμερα, όταν μιλούμε για αποκατάσταση εννοούμε την προ-σπάθεια που καταβάλλεται από τα μέλη της ομάδας υγείας, να

χρησιμοποιήσει το άτομο όλες τις ικανότητες που έχει -βιοψυχολογικές- όσο κι αν αυτές φαίνονται μικρές για να ζήσει "ποιότητα ζωής" σήμερα, δηλαδή να μη κλαίει για το χθές και να μη τρέφει για το αύριο.

Για να γίνει όμως αυτό, η αρρώστεια και στη προκειμένη περίπτωση ο καρκίνος δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται μόνο οργανικά- που η αντιμετώπισή του στο χώρο αυτό είναι πολλές φορές σχεδόν ανύπαρκτη- αλλά συγχρόνως ψυχολογικά και κοινωνικά.<sup>49,55</sup>

Στόχος, λοιπόν της αποκατάστασης, είναι η ψυχοκοινωνική επανένταξη του καρκινοπαθούς στις δραστηριότητες του συνόλου, είτε με επαναφορά στην ίδια-πριν από την εκδήλωση της ασθένειας- κατάσταση είτε διαμορφώνοντας νέες συνθήκες, λόγω επιπτώσεων νόσου ή και θεραπείας.<sup>52</sup>

Υπό αυτή την έννοια η αποκατάσταση πρέπει να θεωρηθεί κοινωνική υποχρέωση και έχει γίνει δεκτή σαν αναπόσπαστο μέρος όλης της θεραπευτικής προσπάθειας στην αντιμετώπιση του καρκίνου.

Σήμερα η αποκατάσταση του καρκινοπαθούς σωματική και ψυχοκοινωνική θεωρείται αναπόσπαστο τμήμα της όλης θεραπευτικής προσπάθειας και αρχίζει από τη στιγμή που είναι γνωστή η διάγνωση της νόσου.<sup>62</sup>

Ποιά είναι η αξία να σωθεί μιά ζωή αν το άτομο δεν αποκατασταθεί ψυχικά και δεν ενταχθεί ξανά μέσα στην κοινωνική δραστηριότητα. Στην επιτυχία της συμβάλλουν δραστηριότητες για ψυχολογική, λειτουργική, κοσμική και φυσική, κοινωνική υποστήριξη.

Η ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου πρέπει να τύχει μεγαλύτερης βοήθειας.

Οι άλλες αποκαταστάσεις, οι σωματικές, οι λειτουργικές, αισθηματικές και οι κοινωνικές, βοηθιούνται σε μεγάλο βαθμό και ξεπερνιούνται σχεδόν εύκολα, όταν υπάρχει ψυχολογική υποστήριξη.<sup>57</sup>

Η ψυχική δύναμη συμμετέχει σαν παράγοντας καλής πρόγνωσης τόσο στην προφύλαξη, όσο και στην εξέλιξη της νόσου, γι' αυτό και η ψυχολογική αποκατάσταση είναι θεραπευτική αναγκαιότητα. Οι προσπάθειες αποκατάστασης δεν απευθύνονται μόνο στους ασθενείς με καλή πρόγνωση, αλλά σε όλους, γιατί έχουν σαν στόχο την ποιότητα της ζωής.

Στην πράξη η μεθοδολογία μπορεί να είναι διάφορη, εξαρτωμένη βασικά από τη προσωπικότητα και τα προβλήματα του ασθενούς.

Έτσι, η αποκατάσταση σαν οργανωμένη δραστηριότητα καλύπτει ευρύ πεδίο απαιτήσεων αλλά στην εφαρμογή της είναι υποκειμενική, έστω κι αν χρησιμοποιεί περιστασιακά ομαδικής φύσης μεθόδους.<sup>64</sup>

Για την επιτυχία της απαιτούνται φυσικά ειδικά εκπαιδευμένα στελέχη για την κάλυψη των εξατομικευμένων αναγκών κάθε αρρώστου, ενώ σημαντικό ρόλο παίζουν, το εκάστοτε περιβάλλον του ασθενούς, οικογένεια, νοσοκομείο, χώροςδουλειας, κοινωνικό σύνολο.<sup>53</sup>

Το νοσηλευτικό προσωπικό όμως, περισσότερο από κάθε άλλο πρέπει να δείξει απεριόριστη φαντασία και εφευρετικότητα στην αντιμετώπιση όλων εκείνων των λεπτομερειών που συνθέτουν το ασίθημα φόβου, ανασφάλειας, και τις σωματικές λειτουργικές διαταραχές του αρρώστου.

Για το ρόλο του περιβάλλοντος φυσικά στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς μας δεν υπάρχει αμφιβολία, ότι είναι καθοριστικός.



Η οικογένεια μπορεί να παίζει σημαντικό ρόλο και μάλιστα στηριχτικό σε συγκινησιακή και λειτουργική βάση.

Συγκινησιακά, γιατί αισθηματικοί δεσμοί, εμπειρίες συμπεριφοράς ανάγκες και υποχρεώσεις, προσφέρουν βάση για πράξεις εξάρτησης, όπως είναι η δραστηριότητα για αποκατάσταση.<sup>49</sup>

Η αποκατάσταση στον άρρωστο του αισθήματος, ότι είναι χρήσιμος και ότι τον υπολογίζουν και τον σέβονται σαν άτομο είναι βασικής σημασίας στην προσπάθεια του να διατηρηθεί στη ζωή, ν'αντιμετωπίσει τα προβλήματα του, να παλαίψει για την υγεία του.

Η επιμόρφωση και η εκπαίδευση είναι αναγκαίες, γιατί ο ασθενής θα κατανοήσει το πρόβλημά του και θα βοηθηθεί να εναρμονίσει τη ζωή του, με την ποιότητα της ζωής, που μπορεί να έχει με τις ικανότητες που του έχουν μείνει.

Βέβαια, θα πρέπει να θεωρηθεί βασικό η δραστηριότητα της αποκατάστασης να μη στοχεύει μόνο στον ασθενή αλλά και το περιβάλλον, συζύγους, παιδιά, γονείς και συγγενείς, κάθε ένα που ζει κοντά στον άρρωστο, έτσι ώστε να αλλάξει ο αποκλειστικός προσανατολισμός που σήμερα υπάρχει προς την έννοια καρκίνος, σαν πρόβλημα και να κατευθυνθεί προς την αποκατάστασή του.<sup>58</sup>

Είναι βασική ανάγκη η αποκατάσταση να γίνει νοητή και δεκτή από το κοινωνικό σύνολο, κάτι που θα εξηγήσει τη προσπάθεια και την υποχρέωση σ' αυτό το στόχο. Πρέπει να δώσουμε στην αποκατάσταση το κοινωνικό της πρόσωπο.

Τούτο, πρέπει να θεωρηθεί η καλύτερη υποστήριξη και για τον άρρωστο.

Το να γνωρίζει ότι η δική του αποκατάσταση, είναι επίσης ανάγκη των άλλων, αποτελεί την πιο υγιεινής βάση για να πα-

λέφει για την επανένταξη του στη κοινωνική ζωή, να αναγνωρι-  
σθεί πάλι σαν μέλος του συνόλου.

Η αποκατάσταση, έτσι μπαίνει σαν ένας κλάδος στις σύγχρο-  
νες θεραπευτικές και νοσηλευτικές απαιτήσεις όπου όλοι, ο για-  
τρός, ο νοσηλευτής, η κοινωνική λειτουργός, ο εθελοντής, ο  
ιερέας, ο ψυχολόγος, ο ψυχίατρος το περιβάλλον του αρρώστου,  
ο εργασιοθεραπευτής έχουν να παίζουν το δικό τους ρόλο. Κατα-  
λαβαίνουμε ότι το τελικό αποτέλεσμα θα εξαρτηθεί από το ενδια-  
φέρον και τη συμβολή του καθενός.<sup>57, 65.</sup>

## 9. ΝΕΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Οι πιθανότητες θεραπείας είναι σήμερα καλές για το 50% περίπου των ασθενών. Χάρη, εξάλλου, στις βελτιωμένες μεθόδους πρόληψης, σημειώθηκε αισθητή υποχώρηση των περιπτώσεων εμφάνισης ορισμένων μορφών καρκίνου. Η υποχώρηση ήταν εντυπωσιακή στην περίπτωση του καρκίνου του στομάχου, πράγμα που συνδέεται με τη βελτίωση των συνηθειών διατροφής.<sup>63</sup>

Από μελέτες, τώρα, που έγιναν από το Διεθνές Κέντρο καρκινολογικών Ερευνών το 1982 προκύπτει ότι υπάρχουν σημαντικές αποκλίσεις σε ό,τι αφορά τον κίνδυνο εμφάνισης των κύριων ειδών καρκίνου στην Ευρώπη. Οι ουσιαστικές αυτές διαφορές από χώρα σε χώρα, αλλά και από τη μία περιοχή στην άλλη, φανερώνουν ότι η πολυμορφία των τρόπων ζωής αλλά και οι διαφορετικές συνθήκες εργασίας και τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα του περιβάλλοντος παίζουν κάποιο ρόλο.<sup>39</sup>

Η ακριβής φύση των παραγόντων που ευθύνονται για τις διαφορές που υπάρχουν σε σχέση με τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου δεν γίνεται πάντοτε εύλογα αντιληπτή. Εμείνο όμως που σήμερα γίνεται αποδεκτό από όλους είναι ότι τα τρία τέταρτα των περιστατικών καρκίνου οφείλονται σε τέτοιους παράγοντες. Οι παράγοντες αυτοί μπορούν να επηρεαστούν, πράγμα που οφείλεται στο γεγονός ότι έχουν προσδιοριστεί με απόλυτη σαφήνεια και ότι έχουν γίνει κατανοητοί.<sup>10</sup> Η μείωση σε κάποιο βαθμό των περιστατικών του καρκίνου είναι σήμερα μιά υπόθεση που είναι στο χέρι μας να επηρεάσουμε, παρά το γεγονός ότι δεν είναι δυνατόν να υπάρξει κάποια μορφή πρόληψης για όλα τα είδη καρκίνου.

Έτσι η γνώση, ότι ορισμένες μορφές καρκίνου προκαλούνται από εξωγενείς περιβαλλοντικούς παράγοντες επιτρέπει και την εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης του καρκίνου τα οποία είναι:

1. Υγιεινολογική διαφώτιση και διαπαιδαγώγηση του πληθυσμού σε θέματα σχετικά με τα κακοήθη νεοπλάσματα, βοηθάει στην πρόληψή του. Παράδειγμα αποτελεί η συσχέτιση μεταξύ καρκίνου στομάχου και διατροφής, καθώς και καρκίνου εντέρου και διατροφής. Υπάρχει όμως μεγάλο μέρος του πληθυσμού που αγνοεί αυτή τη σχέση που έχουν ο καρκίνος του στομάχου και του εντέρου με τη διατροφή.

2. Προστασία ομάδων πληθυσμού από την επίδραση συγκεκριμένων καρκινογόνων παραγόντων γίνεται με τη λήψη ειδικών μέτρων σχετικών με τη φύση της εργασίας και τον καρκινογόνο παράγοντα.

3. Προστασία του πληθυσμού από καρκινογόνους παράγοντες σε νομοθετικά μέτρα, σε εθνικό επίπεδο και διεθνής κανονισμούς. Σαν παράδειγμα χρησιμοποιείται η απαγόρευση της χρήσεως του DDT εντομοκτόνου, με νόμο, επειδή έχει καρκινογόνο δράση.<sup>61</sup>

Βέβαια υπάρχουν δυσκολίες για την εφαρμογή των προγραμμάτων πρόληψης. Οικονομικοί λόγοι είναι μιά από τις δυσκολίες. Ο φόβος, η άγνοια, η προκατάληψη, η αποστροφή να πάει κανείς στο γιατρό όταν αισθάνεται καλά, το χάσιμο του χρόνου κ.ά. είναι λόγοι που το άτομο δεν έχει ακόμη χρησιμοποιήσει τις γνώσεις αλλά και τα μέσα που υπάρχουν στη διάθεσή του για την πρόληψη.

Οικονομικοί και τεχνικοί λόγοι κάνουν αδύνατο το συνε-

χή έλεγχο για έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του πληθυσμού μιάς χώρας, γι' αυτό η ανίχνευση περιορίζεται σε αναγνωρισμένες ομάδες με υψηλό κίνδυνο νοσήσεως. Οι συνθήκες υψηλού κινδύνου χαρακτηρίζονται κυρίως από την ηλικία, το φύλο, το οικογενειακό ιστορικό με καρκίνο, την εργασία, την διατροφή το πιο ευρύ περιβάλλον και ορισμένα ύποπτα σημεία για καρκίνο.<sup>2</sup>

Επίσης, εδώ πρέπει να υπογραμμιστεί ότι η Ευρωπαϊκή Κοινότητα έχοντας ως στόχο τη μείωση του αριθμού των θανάτων από καρκίνο στην Ευρώπη, κατά ποσοστό τουλάχιστον 15% από τώρα έως το 2000, έχει αρθρώσει ένα πρόγραμμα, το οποίο καλύπτει τέσσερις τομείς: την πρόληψη του καρκίνου, την ενημέρωση και διαπαιδαγώγηση στα θέματα της υγείας, την κατάρτιση του υγειονομικού προσωπικού και τις έρευνες για τον καρκίνο. *→ βιολογική έρευνα*

Στον τομέα της πρόληψης, εκτός από τα προγράμματα που αναφέρθηκαν πιο πάνω, υπάγεται και ένας κώδικας, που καταρτήθηκε από επιτροπή ειδικών ογκολόγων, ο "ευρωπαϊκός κώδικας κατά του καρκίνου". Εάν τηρηθούν οι δέκα ευρωπαϊκές εντολές, θα μειωθεί σημαντικά ο αριθμός των θανόντων από καρκίνο στην Ευρωπαϊκή κοινότητα.<sup>15, 61</sup> *μειωθεί*

#### 9.1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ/ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ-ΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ

#### ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΣΕ ΓΕΝΙΚΑ ΠΛΑΙΣΙΑ

Στην προσπάθεια ελέγχου του καρκίνου, η πρόληψη, όπως έχει ήδη αναφερθεί, αποτελεί το πλέον βασικό σημείο.

Ο ρόλος, τώρα, του/της νοσηλεύτη-τριας στην πρόληψη

του καρκίνου συνίσταται:

α. Στην ενίσχυση της προσπάθειας του κοινού για βελτίωση των συνθηκών του άμεσου περιβάλλοντος του.

β. Στην εφαρμογή μέτρων αυτοπροστασίας σε περιπτώσεις που υπάρχει πιθανότητα το άτομο να εκτεθεί σε καρκινογόνους παράγοντες.

γ. Στην παρατήρηση και την λήψη των κατάλληλων μέτρων, σε προκαρκινικές καταστάσεις ή εκδηλώσεις στον εαυτό του και το περιβάλλον.

δ. Στην ενεργό συμμετοχή σε ερευνητικά προγράμματα που έχουν σχέση με τον καρκίνο.

ε. Στην διαφώτιση του κοινού.<sup>2,66</sup>

Για να κάνει όμως ο/η νοσηλευτής-τρια επιτυχημένη πρόληψη του καρκίνου θα πρέπει πάντα να είναι ενημερωμένος/-η και να συμμετέχει στην πληροφόρηση και αντιμετώπιση των προβλημάτων που προκαλεί ο καρκίνος. Επίσης εκτός από τις τεχνικές γνώσεις της δουλειάς του πρέπει να κατέχει και γενικότερες γνώσεις ογκολογίας.

Ο νοσηλευτικός τομέας έχει την υποχρέωση να είναι πάντα σύγχρονος ως προς τις νέες θεραπευτικές μεθόδους και την δημιουργία νέων συνθηκών και προβλημάτων.

Οι δυσκολίες για την επιτυχή πρόληψη του καρκίνου είναι πολλές.

Οι οικονομικοί λόγοι είναι μία από αυτές αλλά και σε άλλες χώρες που υπάρχει κρατικοποιημένη Ιατρική, ο φόβος, η άγνοια, η πρόληψη, η απέχθεια να πάει κανείς στον γιατρό όταν δεν αισθάνεται καλά, η ταλαιπωρία της μετακίνησης ή το

Ο'αφ' ουβ  
Ροζμάρη  
καθ  
καθ

χάσιμο χρόνου αποτελούν τους κυριώτερους λόγους που το άτομο δεν έχει ακόμη χρησιμοποιήσει ικανοποιητικά τις δυνατότητες πρόληψης.

Επίσης άλλες δυσκολίες είναι οι γεωγραφικές συνθήκες, ανεπαρκείς μεταφορικές δυνατότητες, αλλά πρωτεύοντα θέματα υγείας και διαβίωσης - επιβίωσης.<sup>67</sup>

## 9.2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ/ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ-ΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΥ

Στόχος της επιμόρφωσης του κοινού είναι η μεταφορά όλων εκείνων των πληροφοριών που θα το βοηθήσουν στην πρόληψη και την αντιμετώπιση της νόσου.

Ο όγκος αυτών των πληροφοριών είναι τεράστιος, από τα προφυλακτικά μέσα για μείωση της συχνότητας, την έγκαιρη διάγνωση, την σωστή επιλογή σε περίπτωση εκδήλωσης της νόσου μέχρι την λειτουργική και αισθητική αποκατάσταση, την ανακούφιση, την εκμάθηση βασικών φροντίδων περιποίησης, ψυχικής υποστήριξης και ψυχοκοινωνικής προσαρμογής.

Όχι μόνο η μεταφορά γνώσεων αλλά και ο τρόπος, η μεθόδευση έχει ανάγκη ειδικού χειρισμού.

*η* *παραφύρι* *ε' αλληλεπίδραση* *των νοσηλευτών* *χρειάζ*  
Ο νοσηλευτής κινείται σ' ένα ευρύ κοινωνικό πλαίσιο και στον εξωνοσοκομειακό χώρο. Στα σχολεία, στις βιομηχανίες, στα ιατρεία, στα σπίτια, καθημερινά συναντά χιλιάδες ανθρώπους και συνδυάζει την προσφορά φροντίδας και πληροφόρησης. Λόγω της στενής επαφής με την νόσο, τον ασθενή και το περιβάλλον του ο νοσηλευτής γνωρίζει την τρομερή επίπτωση όχι μόνο σε πόνο και αγωνία, αλλά και στις ιατρικές παροχές και το οικο-

νομικό κόστος όλων αυτών.<sup>33</sup>

Γνωρίζει την αξία της έγκαιρης διάγνωσης και την θεραπευτική ικανότητα στα διάφορα στάδια της νόσου.

Υπάρχουν πολλοί τρόποι επιμόρφωσης του κοινού.

Συγκεκριμένα, όσον αφορά την επιμόρφωση του κοινού, στην πρόληψη του καρκίνου του στομάχου, έμφαση πρέπει να δοθεί στην ενημέρωση για σωστή διατροφή.

Επίσης πρέπει να τονισθεί ότι για την επιτυχία της πρόληψης του καρκίνου, εκτός από τη συμμετοχή και συνεργασία των μελών της υγειονομικής ομάδας, τα οποία πρέπει να είναι κατάρτισμένα, είναι αναγκαία και η συνεργασία της πολιτείας (των δημοτικών αρχών, του τύπου, των εκπολιτιστικών συλλόγων κλπ).<sup>66</sup>

Στη χώρα μας η Ελληνική Αντικαρκινική εταιρία, που ιδρύθηκε το 1959, είναι ο μόνος επίσημος Εθνικός Υγειονομικός Οργανισμός που έχει καταρτίσει και εφαρμόζει πρόγραμμα διαφώτισης του κοινού, ενημέρωσης των γιατρών και νοσηλευτών/τριών στις νέες εξελίξεις του καρκίνου, στις νέες μεθόδους διάγνωσης, θεραπείας και ανίχνευσης των καρκινοπαθών.

Ο Αντικαρκινικός αγώνας, η εκπαίδευση και γενικά η υγεία κοστίζουν πολλά, το κόστος όμως της αρρώστιας και της αμάθειας περισσότερο και με τεράστιες κοινωνικές επιπτώσεις.<sup>61</sup>

Μία αποτελεσματική οργάνωση για την υγεία πρέπει να σκοπεύει στην εξυπηρέτηση του πληθυσμού και να απολαμβάνει κατά προτεραιότητα την ανακατανομή των πόρων που θα επιβάλει στο μέλλον, μια πραγματική πολιτική για την υγεία.



Για το σκοπό αυτό πρέπει να αναπροσαρμοσθεί η υγεία, γιατί δεν ρυθμίζονται με αριθμητική όσα έχουν σχέση με τις αξίες.<sup>51</sup>

Γ.- ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

=====

(Ερευνητική Εργασία)

Δεν θα μπορούσε αραγε να θεωρηθεί κάπως αριετά . . . . "παρήγορο" το γεγονός, ότι με τόσο μεγάλη ρύπανση του βιολογικού μας περιβάλλοτος από τόσους πολλούς καρκινογενετικούς παράγοντες που πλήττουν ήδη τον οργανισμό μας, μόνο . . . . ένας άνθρωπος στους . . . . τέσσερις αρρωσταίνει από καρκίνο;'''

Γ.Α.Κ.

## 10. ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ

---

*Συν* †

Στην εποχή μας η έρευνα παρουσιάζει αλματώδη ανάπτυξη σαν διεργασία λύσεως προβλημάτων, σαν συστηματική μελέτη κατευθυνόμενη για την πληρέστερη επιστημονική γνώση του εξεταζόμενου θέματος και σαν μέσο προαγωγής των υπευθύνων υπηρεσιών προς την κοινωνία. Και στη νοσηλευτική η έρευνα τείνει να συμπεριληφθεί στις ευθύνες των Νοσηλευτών και νοσηλευτριών διότι η Νοσηλευτική έρευνα ασχολείται με:

- Τη συστηματική μελέτη και αξιολόγηση νοσηλευτικών προβλημάτων και φαινομένων.

- Την ανεύρεση τρόπων βελτιώσεως του νοσηλευτικού έργου και της νοσηλευτικής φροντίδας του αρρώστου.

- Την διενέργεια και εκτίμηση μεταβολών στην νοσηλεία, την εκπαίδευση και την οργάνωση των νοσηλευτικών υπηρεσιών, και

- Την ενεργητική προσπάθεια χρησιμοποίησεως νέων γνώσεων στην Νοσηλευτική.<sup>47</sup>

Βέβαια το πρωτείο στους στόχους της νοσηλευτικής έρευνας πρέπει να το έχει η βελτίωση και τελειοποίηση της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας του αρρώστου. Και πράγματι το έχει σε σημαντικό βαθμό. Απόδειξη είναι το έμβλημα της ομάδας των Ερευνητριών Νοσηλευτριών Ευρώπης.

"Η φροντίδα των ασθενών μέριμνά μας".

Το έμβλημα αυτό μας υπενθυμίζει, ότι η επιστημονική και ακαδημαϊκή απασχόληση με τη νοσηλευτική έρευνα δεν πρέπει να απομακρύνει τη Νοσηλεύτρια ή τον Νοσηλευτή από τον άρρωστο, αλλά να μεγιστοποιεί την ευεργετική προσωπική παρουσία τους στο πλευρό του αρρώστου, να διατηρεί τη προσωπική φροντίδα του και κατά το δυνατόν να την τελειοποιεί.

Σωστό +

Είναι καιρός πλέον και στην πατρίδα μας η νοσηλευτική επιστήμη και τέχνη, οι νοσηλευτικές ενδείξεις και αποφάσεις, τα κριτήρια και τα πρότυπα της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας του αρρώστου, η εκπαίδευσή μας και οι νοσηλευτικές μας υπηρεσίες να στηρίζονται στην έρευνα, να τροποποιούνται και να προάγονται με την έρευνα.

Η έρευνα σαν επιστημονική μελέτη έχει ορισμένα χαρακτηριστικά:

- Περιλαμβάνει συλλογή νέων δεδομένων ή χρησιμοποίηση διαθέσιμων δεδομένων από προηγούμενες έρευνες.
- Κατευθύνεται προς τη λύση ενός προβλήματος.
- Προχωρεί βάσει σχεδιασμένων μεθόδων και διαδικασιών.
- Δίνει έμφαση στην ανακάλυψη υγιών θεωριών και αρχών χρήσιμων, πρόβλεψη μελλοντικών δυσάρεστων ή και ευχάριστων συμβάντων.
- Απαιτεί επιδεξιότητα.
- Προϋποθέτει ακριβή παρατήρηση και περιγραφή.
- Είναι λογική και αντικειμενική και εξασφαλίζει κύρος στις μεθόδους, τα δεδομένα που συλλέγονται και τα συμπεράσματα.
- Διακρίνονται από υπομονητική και συνετή δραστηριότητα.

Δεν βιάζεται.

- Απαιτεί σε ορισμένες περιπτώσεις θάρρος.
- Τέλος, δημοσιεύεται και ανακοινώνεται με προσοχή και σύστημα.<sup>74</sup>

Η Ερευνητική διεργασία περιλαμβάνει τα ακόλουθα στάδια:

- A. Προγραμματισμό
- B. Εκπόνηση
- Γ. Ανακοίνωση και εφαρμογή των ευρημάτων.

Οι μορφές της νοσηλευτικής έρευνας διακρίνονται και ταξι-  
νομούνται ανάλογα με το σκοπό, τη μέθοδο, το περιβάλλον όπου  
διεξάγονται και το περιεχόμενό τους.

Αντιπροσωπευτικές μορφές νοσηλευτικής έρευνας είναι οι  
ακόλουθες:

Ιστορική, Περιγραφική, Πειραματική, Φιλοσοφική, Θεωρητι-  
κή.<sup>47</sup>

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ  
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

11. ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Έχοντας υπ' όψη, όλα τα παραπάνω στοιχεία και το μεγάλο κοινωνικοοικονομικό κόστος της νόσου, προσπαθήσαμε να εντοπίσουμε τους παράγοντες εκείνους που παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση του καρκίνου του στομάχου και να προτείνουμε μέτρα για την πρόληψή του. Επίσης θελήσαμε να δείξουμε κατά πόσο η Νοσηλευτική, βοηθά ή μπορεί να βοηθήσει τους καρκινοπαθείς.

Αφ' ότου αποφασίστηκε το θέμα της ερευνητικής μας εργασίας, ακολούθησε ένα διάστημα περίπου 6 μηνών για τη συγκέντρωση απαραίτητων στοιχείων, σχετικών με τον καρκίνο στομάχου. Η συλλογή των στοιχείων αυτών, έγινε από τα αρχεία των Νοσοκομείων, που θα αναφέρουμε πιο κάτω.

Πριν τη συλλογή των στοιχείων έγινε μελέτη ειδικών συγγραμάτων, που αναφέρονταν στον γαστρικό καρκίνο, καθώς και συγκέντρωση της ομάδας, για να προσδιορίσει τα πλαίσια της εργασίας, μέσα στα οποία θα κινούμαστε.

Ακολούθως αποφασίσαμε:

Να ασχοληθούμε με έρευνα, παρ' ότι είναι ένας τομέας νέος, για τη νοσηλευτική και αρκετά δύσκολος για όλες τις επιστήμες. Προτιμήσαμε να έχουμε έστω και κάποιες ατέλειες, από το να συνοφίσουμε και να αναγνώσουμε, ότι εμείς είχαμε διαβάσει για τον καρκίνο του στομάχου.

Κατατοπισμένες πλέον από όσα είχαμε μελετήσει και έχοντας σαν βασικούς άξονες τα κύρια χαρακτηριστικά και προβλήματα του γαστρικού καρκίνου, καταρτίσαμε ένα ερωτηματολόγιο.

Αυτό περιλαμβάνει 12 κύριες ερωτήσεις, με τις οποίες ελέγχονται στα γενικά χαρακτηριστικά τους και οι ασθενείς που πάσχουν από γαστρικό καρκίνο.

Εδώ, κρίνεται απαραίτητο να αναφερθεί, ότι τόσο η ορθότητα όσο και η πιστότητα του ερωτηματολογίου δε θα πρέπει να αμφισβητηθούν. Και αυτό, γιατί αρχικά προϋπήρξε ειδική μελέτη, αυτού, και στη συνέχεια έγινε έλεγχος απο την υπεύθυνη καθηγήτρια μας Κυρία Μαρία Παπαδημητρίου.

Για τη σύνταξη, βέβαια, του ερωτηματολογίου καθώς και τη συλλογή και επεξεργασία των στοιχείων, συναντήσαμε αρκετές δυσκολίες.

Παρόλο όμως τις δυσκολίες, καταφέραμε να φθάσουμε στο τέλος αυτής της εργασίας.

Επίσης, μας δόθηκε η ευκαιρία λόγω του σημαντικού χρόνου που διαθέσαμε, να αποκομίσουμε αρκετά στοιχεία, σχετικά με το αντικείμενό μας, και να συνειδητοποιήσουμε, πόσο σοβαρή, δύσκολη, περίπλοκη και πολύπλευρη είναι μιά ερευνητική εργασία.

#### 11. ΔΕΙΓΜΑ

Καταβλήθηκε προσπάθεια, ώστε το δείγμα να είναι όσο το δυνατό αντιπροσωπευτικό της δομής των κατηγοριών του πληθυσμού, σύμφωνα με τα στοιχεία της γενικής απογραφής του πληθυσμού, του χρόνου 1981. Συγκεκριμένα τα στοιχεία μας προέρχονται από τα κάτωθι Νοσοκομεία:

- 1ον Γενικό Νοσοκομείο Πάτρας "Άγιος Ανδρέας"
- 2ον Πανεπιστημιακό Περιφερειακό Νοσοκομείο Πάτρας "ΡΙΟ"
- 3ον Πανεπιστημιακό Περιφερειακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων.
- 4ον Νοσοκομείο "Αγία Σοφία" Θεσσαλονίκη
- 5ον Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Αθηνών "Άγιος Σάββας".

## 12.- ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΑΔΟΣ

Το σύνολο των καρκινοπαθών, των οποίων τα στοιχεία συλλέξαμε, ανέρχονται σε 5.000.

Απ' αυτούς οι 354 βρέθηκαν ότι πάσχουν από καρκίνο στομάχου, εκ των οποίων οι 196 ήταν άνδρες και οι 158 γυναίκες, δηλαδή ποσοστό 55,4% και 44,6% αντίστοιχα, που φέρνει την αναλογία επίπτωσης άνδρες/γυναίκες στο 1,3:1 (πίνακας:1) 1

Η κατανομή του γαστρικού καρκίνου μελετήθηκε με βάση τους εξής παράγοντες: ηλικία - φύλο - τόπος διαμονής, επάγγελμα, οικογενειακή κατάσταση, ατομικό και οικογενειακό ιστορικό, συνήθειες και τρόπο ζωής.

Παρατηρείται ότι είναι δυνατή η εμφάνιση γαστρικού καρκίνου στη δεύτερη και στη τρίτη δεκαετία (αναφέρονται δύο περιστατικά στη δεύτερη και 13 στη τρίτη. Η έξαρση, όμως, της συχνότητας εμφάνισης, παρουσιάζεται στην έκτη δεκαετία της ζωής που αντιπροσωπεύει το 35,0% (άτομα: 126). 2

Ακολουθούν η έβδομη και πέμπτη δεκαετία με ποσοστά 26,3% (αρ.ατόμων:93) και 16,4% (αρ.ατόμων :58) αντίστοιχα. Ενώ στην όγδοη στην τέταρτη και στην ένατη τα ποσοστά είναι μικρότερα. Αναλυτικά γι' αυτές τις δεκαετίες έχουμε: 8,8% (αρ. ατόμων: 31), 8,2% (αρ.ατόμων: 29) και 0,7% (αρ.ατόμων: 2) αντίστοιχα. (Πίνακας: 2).

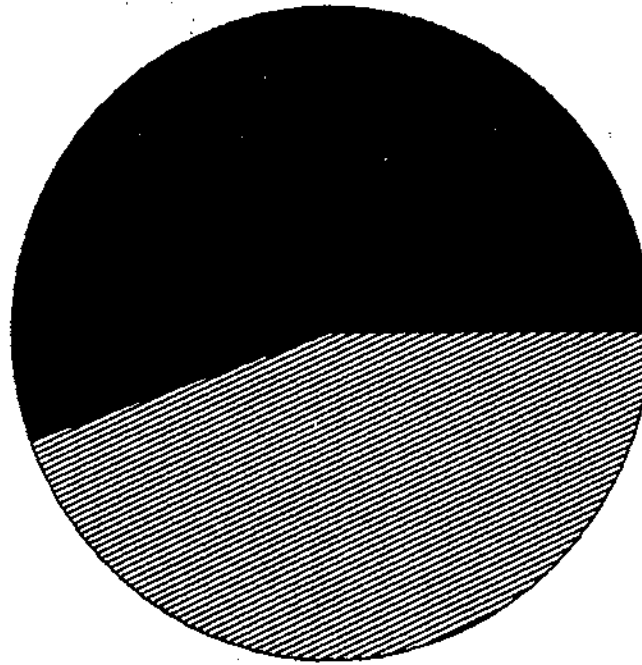
Όσον αφορά τον τόπο διαμονής αυτών που πάσχουν από γαστρικό καρκίνο, βρέθηκαν ότι οι 129 διαμένουν σε αστική περιοχή ποσοστό 36,2%, οι 137 σε ημιαστική ποσοστό 38,7% και οι 89 σε αγροτική ποσοστό 25,1% (Διάγραμμα 3). 3

Στο επόμενο Διάγραμμα (4) αναλύεται ο αριθμός των 354 ασθενών σε σχέση με το επάγγελμα. Βρέθηκαν 98 ασθενείς



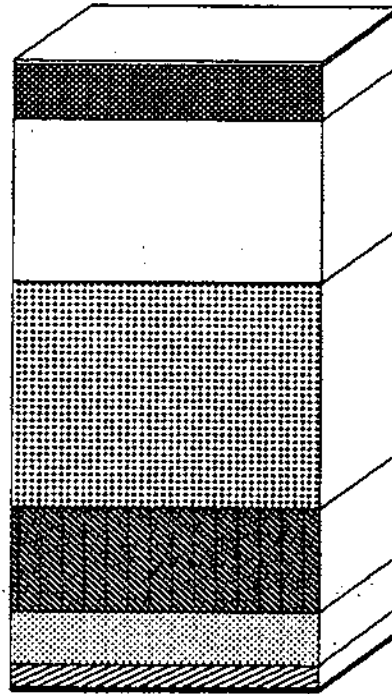
# CA MAN-WOMAN.

MAN  
55.4%



WOMAN  
44.6%

# CA AGE



AGE 80-89 8.8%

2

AGE 70-79 26.3%

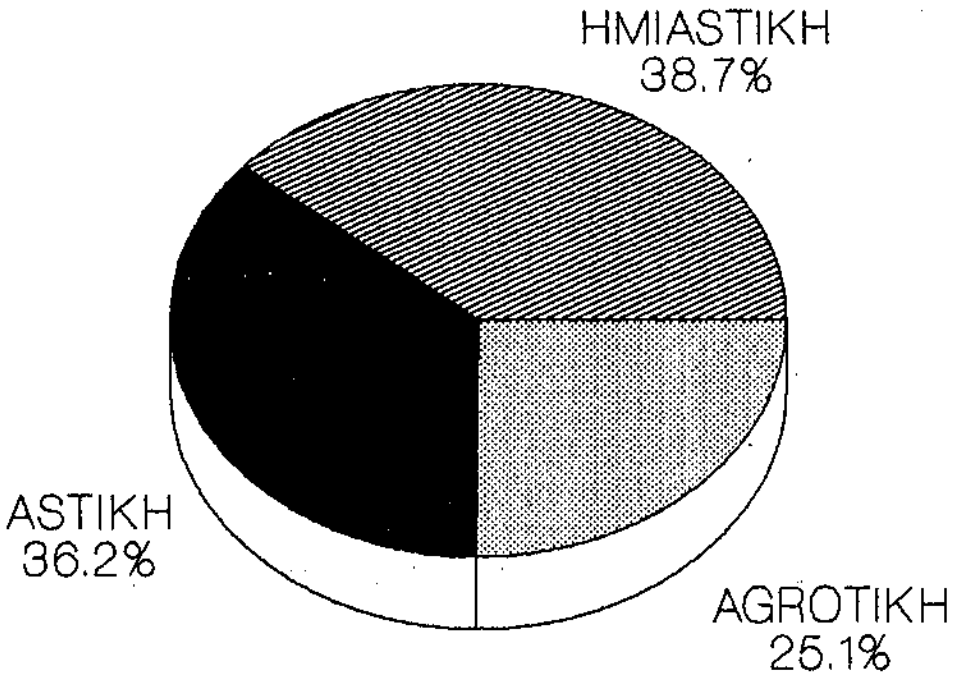
AGE 60-69 35.6%

AGE 50-59 16.4%

AGE 40-49 8.2%

AGE 30-39 3.7%

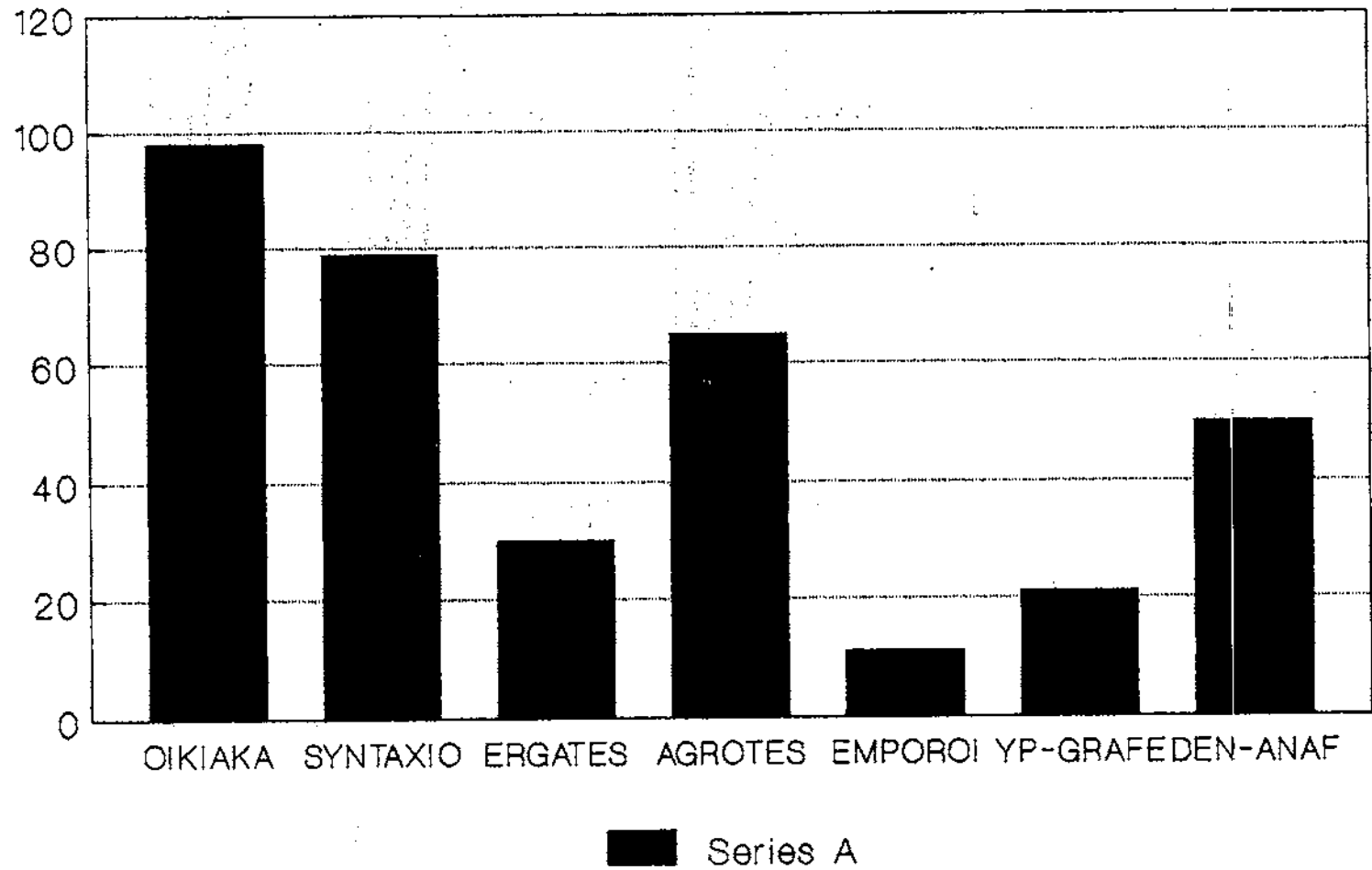
# CA TOPOS DIAMONHS.



3

# CA EPAGELMA

4



IOANNOY-KARLH.

που ασχολούνται με οικιακά, 79 συνταξιούχοι, 65 αγρότες, 30 εργάτες, 21 Υπάλληλοι Γραφείου, 11 έμποροι και 50 ασθενείς στην κατηγορία δεν αναφέρεται. 4

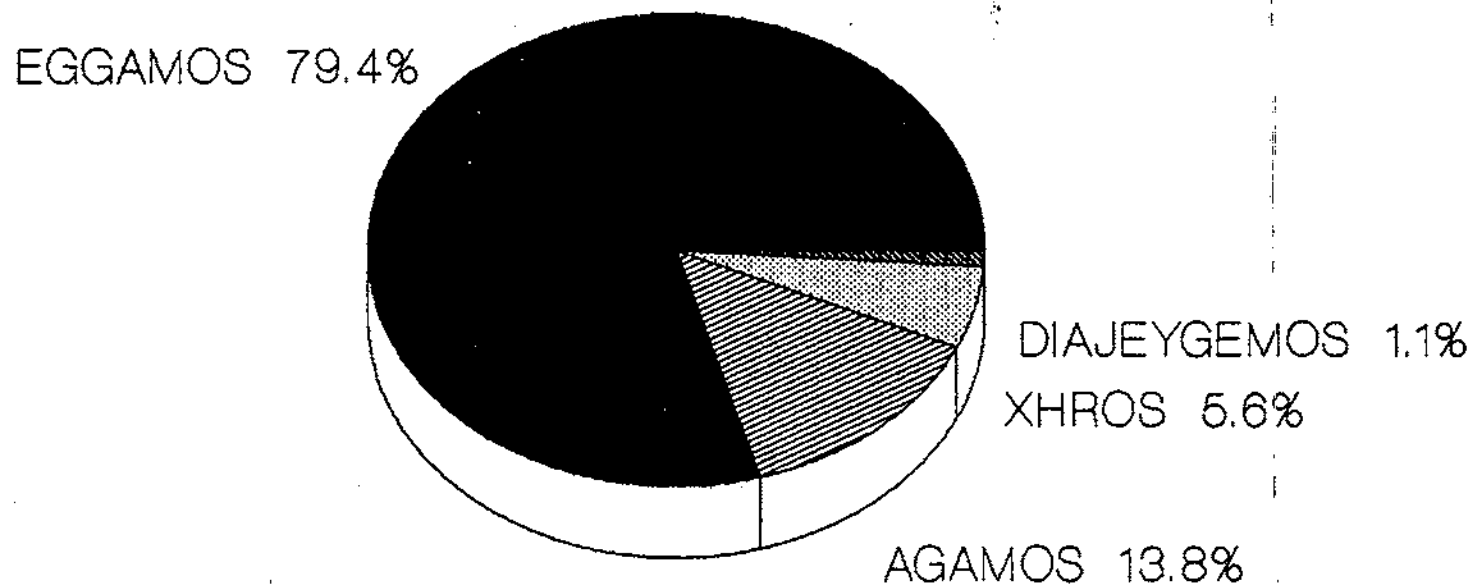
Το Διάγραμμα (5) αναφέρεται στην οικογενειακή κατάσταση των ασθενών του δείγματος. Από αυτούς, οι 281 ήταν έγγαμοι ποσοστό 79,4%, οι 49 άγαμοι ποσοστό 13,8% οι 20 χήροι, ποσοστό 5,6% και οι 4 διαζευγμένοι, ποσοστό 1,1%.

Σχετικά, τώρα με το γενεολογικό δέντρο το οποίο παριστάνεται στο διάγραμμα (6) βρέθηκε ότι από τους 354 ασθενείς, οι 134 οικογενειακό ιστορικό από καρκίνο, ποσοστό 37,9%, οι 47 εμφάνιζαν καρκίνο, ποσοστό 13,3%, ενώ οι 173 ανήκουν στην κατηγορία δεν αναφέρεται.

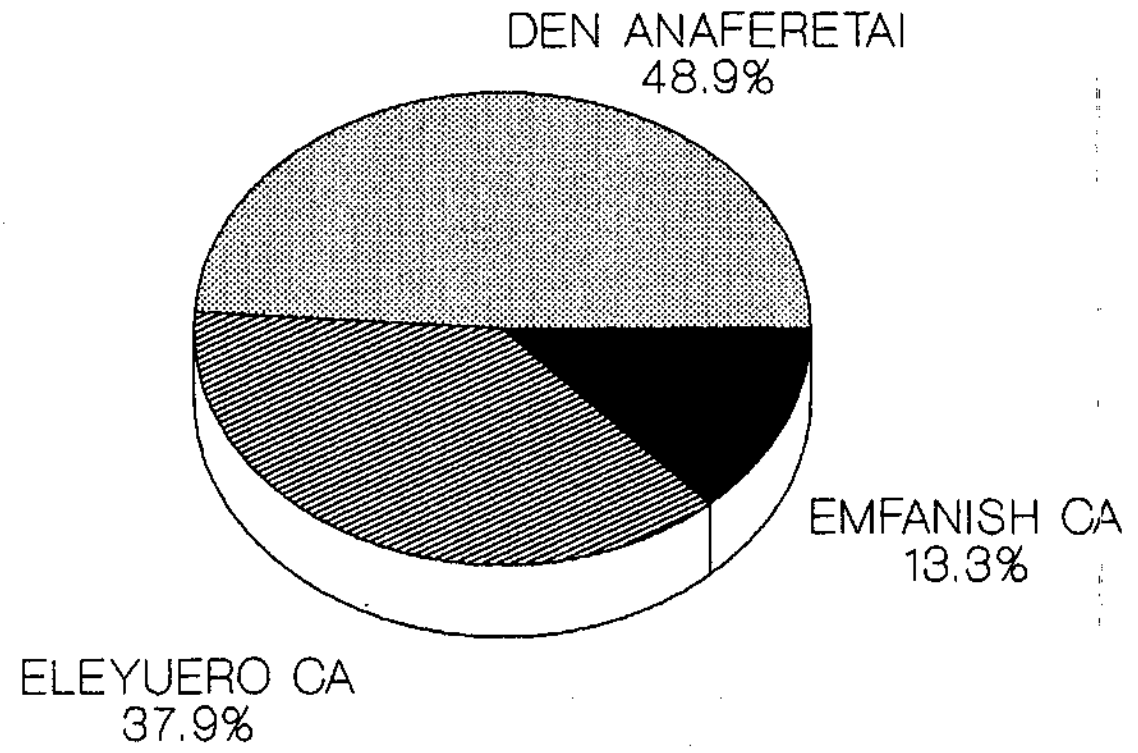
Όσον αφορά το ατομικό ιστορικό φέρονται ορισμένες ασθένειες οι οποίες εμφανίστηκαν σε κάποια χρονική περίοδο της ζωής των ατόμων που εξετάζουμε. Αναλυτικά έχουμε: 60 ασθενείς είχαν υποβληθεί στο παρελθόν σε γαστρεκτομή (A8), 31 έπασχαν από έλκος (A21), σε 16 άτομα είχε παρουσιαστεί γαστρορραγία, (Q8<sub>2</sub>), 11 έπασχαν από χρόνια γαστρίτιδα (A8<sub>3</sub>) ενώ σε κανέναν απ'αυτά τα άτομα δεν είχε εμφανιστεί πολύποδας (A8<sub>4</sub>). Επίσης, 45 άτομα είχαν κάνει σιωλημοειδεκτομή (A8<sub>5</sub>) 5 παρουσίαζαν προβλήματα με το κυκλοφορικό (B8) 43 με το αναπνευστικό (C8), 5 με το γενετικό (D8) και 18 με το ουροποιητικό (E8).

Ακόμα 13 άτομα είχαν εμφανίσει ελονοσία (E81) στο παρελθόν, 6 πάσχουν από Σ.Δ. (E82) 10 παρουσιάζουν υπέρταση (E89), 13 αναιμία (E84) ενώ 184 άτομα δεν αναφέρουν ασθένεια στο παρελθόν.

# CA OIKOGENIAKH KATASTASH

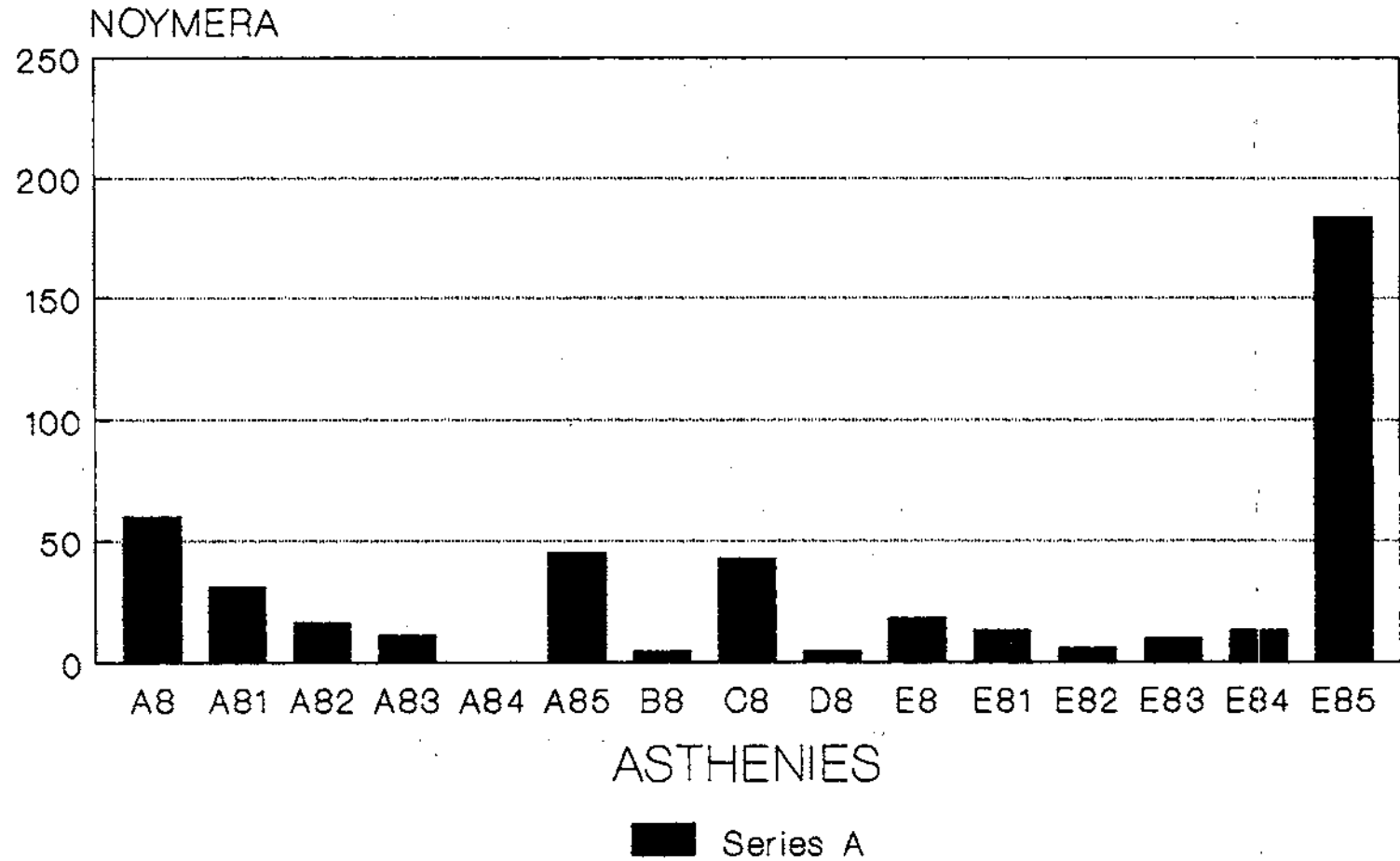


# CA GENEOLOGIKO DENTRO.



IOANNOY-KARLH.

# CA ASTHENIES



IOANNOY-KARLH



Εδώ, έγινε προσπάθεια να μην αλλοιωθούν τα αποτελέσματα στο πεπτικό σύστημα, έτσι οι σκωληκοειδεκτομές αναφέρονται χωριστά. Το ίδιο συμβαίνει και με τις νόσους, Ελονοσία, ΣΔ, καθώς και με τις παθολογικές καταστάσεις αναιμία, υπέρταση. (Διάγραμμα 7).

Στη συνέχεια παραθέτονται τα διαγράμματα που αναφέρονται στις συνήθειες και το τρόπο ζωής.

Έτσι, στο διάγραμμα (8) βρέθηκε, ότι από τους 334 ασθενείς οι 176 κάπνιζαν, ποσοστό 49,7% ενώ 178 δεν κάπνιζαν, ποσοστό 50,3%. 5

Στο διάγραμμα (9), 236 ασθενείς είχαν ελεύθερη διατροφή, ποσοστό 66,7% ενώ οι 118 εκλεκτική, ποσοστό 33,3%. 6

Στο διάγραμμα (10) 209 ασθενείς καταλάωναν μικρή ποσότητα οινοπνεύματος, ποσοστό 59,0%, οι 101 μέτρια, ποσοστό 28,5% και οι 44 υψηλή, ποσοστό 12,4%. 7

Στο διάγραμμα (11) οι 158 ασθενείς είχαν καθιστική ζωή, ποσοστό 44,6%, ενώ 196 μη καθιστική, ποσοστό 55,4%.

Στο διάγραμμα (12) οι 154 ασθενείς έπαιρναν κάποιο είδος φαρμάκου, ποσοστό 43,5% ενώ 200 δεν έπαιρναν, ποσοστό 56,5%.

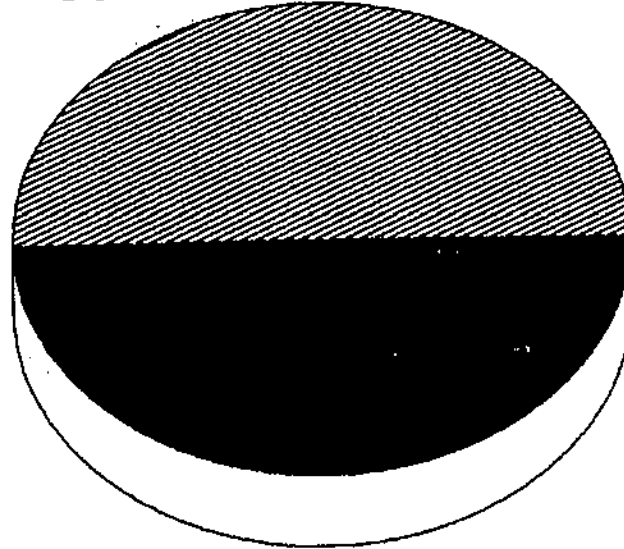
Στις σελίδες που ακολουθούν, κρίναμε απαραίτητο, να γίνει συσχετισμός των παραγόντων που μελετήθηκαν, πιο πάνω σε σχέση με τη κατανομή του γαστρικού καρκίνου, για την καλύτερη αξιολόγηση των αποτελεσμάτων μας.

Έτσι, στο διάγραμμα 13 γίνεται συσχετισμός των παραγόντων: ηλικία και φύλλο. Για την καλύτερη ανάλυση των δεδο-

# CA SYN - TROPOS ZOHS

5

MH - KAPNISMA.  
50.3%



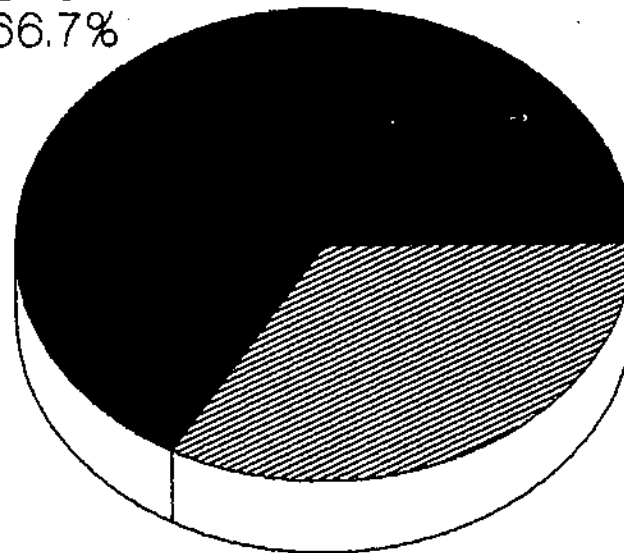
KAPNISMA  
49.7%

IOANNOY-KARLH.

# CA DIATROFH

6

ELEYUERH  
66.7%



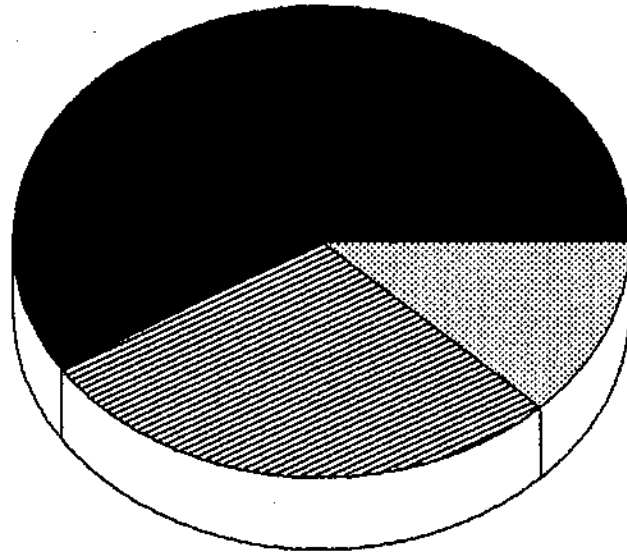
EKLEKTIKH  
33.3%

IOANNOY-KARLH

# CA OINOPNEYMA

7

MIKRH  
59.0%



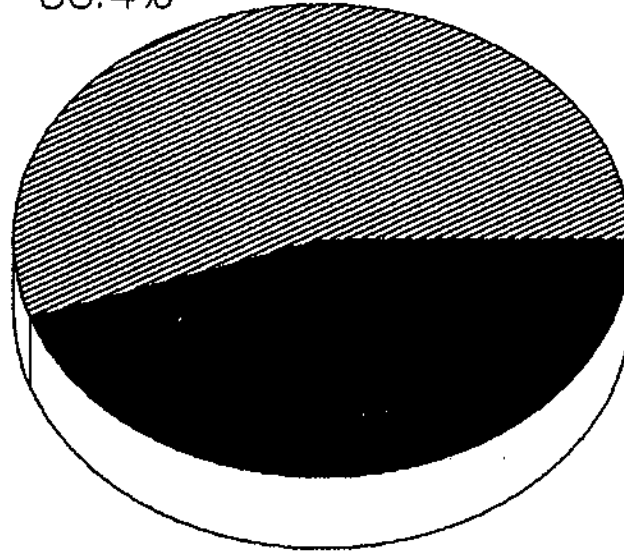
YPSHLH  
12.4%

METRIA  
28.5%

IOANNOY-KARLH

# CA ASKHSH

MH KAUISTIKH  
55.4%

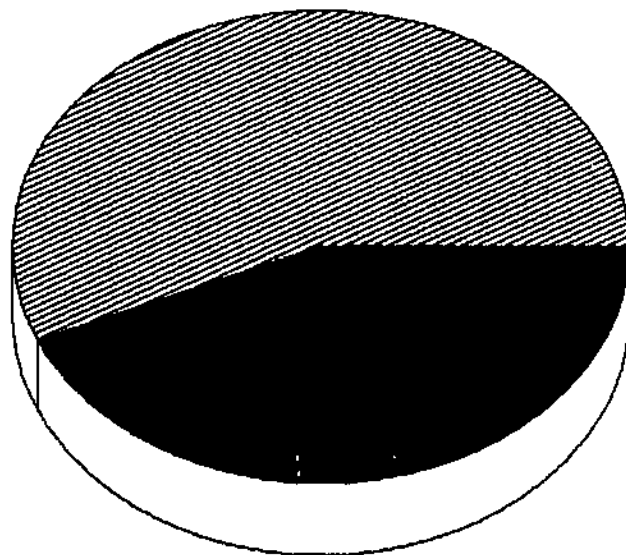


KAUISTIKH  
44.6%

IOANNOY-KARLH.

# CA FARMAKA

OXI  
56.5%



NAI  
43.5%

μένων μας χωρίσαμε τις ηλικίες σε δύο μεγάλες ομάδες.

Στη πρώτη ομάδα έχουμε τις ηλικίες 20 - 59 ετών, των οποίων τα αποτελέσματα πήραμε σε επί τοις % ποσοστιαία αναλογία και στη δεύτερη ομάδα έχουμε τις ηλικίες από 60-99. Πάλι σε επί τοις % ποσοστιαία αναλογία.

Αναλυτικότερα για τις ηλικίες 20-59 έχουμε:

Φύλο	Ηλικίες	Α3		Β3		C3		D3	
		20-29		30 - 39		40 - 49		50 - 59	
		ΑΠΟΛΥΤ. ΑΡΙΘΜΟΙ	%	ΑΠΟΛΥΤΟΙ ΑΡΙΘΜΟΙ	%	ΑΠΟΛΥΤ. ΑΡΙΘ.	%	ΑΠΟΛ. ΑΡΙΘΜ.	%
A	A <sub>1</sub>	1	-	7	6,9	11	10,8	38	37,3%
G	B <sub>1</sub>	1	-	6	5,9	18	17,6	20	19,6%

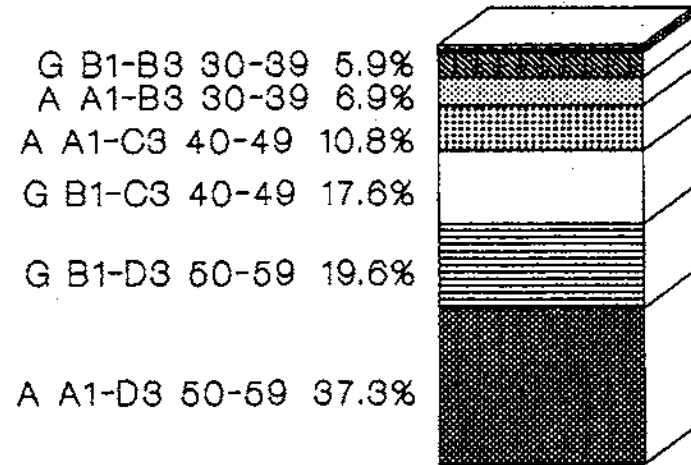
Όταν τις ηλικίες 60 - 99 στο δεύτερο διάγραμμα έχουμε:

Φύλο	Ηλικίες	E3		S3		J3		H3	
		60-69		70-79		80-89		90 - 99	
		ΑΠΟΛΥΤ. ΑΡΙΘΜ.	%	ΑΠΟΛ. ΑΡΙΘ.	%	ΑΠΟΛ. ΑΡΙΘ.	%	ΑΠΟΛ. ΑΡΙΘ.	%
A	A <sub>1</sub>	69	27,4	50	19,8	21	8,3	2	-
G	B <sub>1</sub>	57	22,6	43	17,1	10	4	-	-

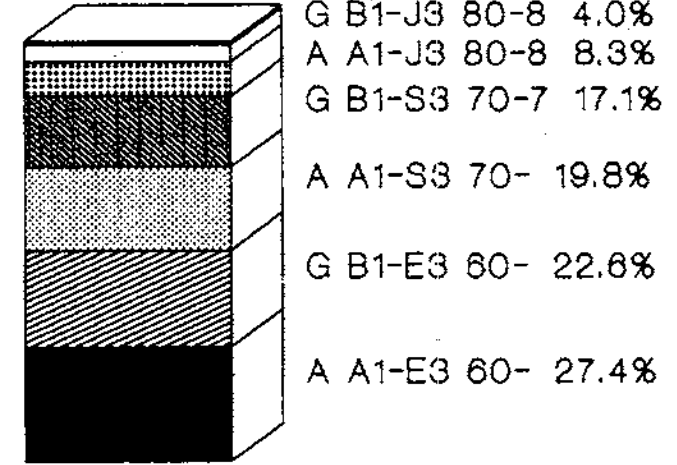
Εάν τώρα παρατηρήσουμε τις ηλικίες 20-99 ετών συνολικά, βλέπουμε ότι το μεγαλύτερο επί τοις % ποσοστό των ατόμων που πάσχουν από καρκίνο εμφανίζεται και στους άνδρες και στις γυναίκες στην ηλικία των 60-69 ετών. Ακολουθούν σε μεγαλύτερη συχνότητα οι ηλικίες 70-79 και 50-59.

# CA

## PASXONTES KATA HLIKIA-FYLLO.



20-59 ETON



60-99 ETON



Στο διάγραμμα 14 έχουμε συσχετισμό της ηλικίας με το τόπο διαμονής. Και εδώ για καλύτερη ανάλυση των δεδομένων μας χωρίσαμε τις ηλικίες σε δύο μεγάλες ομάδες.

Στην πρώτη ομάδα έχουμε τις ηλικίες 20-59 ετών, και στη δεύτερη από 60-99 ετών.

Τα αποτελέσματα και των δύο τα πήραμε επί τοις % εκατοστιαία αναλογία.

Αναλυτικά στην α' ομάδα - όπως βλέπουμε από το διάγραμμα έχουμε.

Ηλικίες	Α3		Β3		Γ3		Δ3	
	20-29		30-39		40-49		50-59	
	ΑΠΟΛΥΤΟΙ ΑΡΙΘΜΟΙ	%	ΑΠΟΛ. ΑΡΙΘ.	%	ΑΠΟΛΥΤ. ΑΡΙΘΜ.	%	ΑΠΟΛ. ΑΡΙΘ.	%
Αστική Α4	2	2	5	4,9	9	8	14	13,7
Ημιαστ. Β4	0	-	4	3,9	13	12,7	31	30,4
Αγροτ. Γ4	0	-	4	3,9	7	6,9	13	12,7

Τώρα στη δεύτερη ομάδα έχουμε:

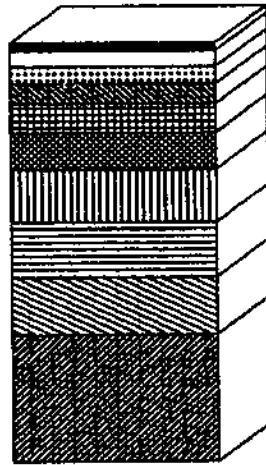
Ηλικίες	Ε3		Σ1		Ζ3		Η3	
	60-69		70-79		80-89		90-99	
	ΑΠΟΛ. ΑΡΙΘ.	%	ΑΠΟΛ. ΑΡΙΘ.	%	ΑΠΟΛ. ΑΡΙΘ.	%	ΑΠΟΛ. ΑΡΙΘ.	%
Αστική Α4	50	19,8	34	13,5	13	5,2	1	-
Ημιαστικ. Β4	48	19,0	35	13,9	7	2,8	1	-
Αγροτικ. Γ4	28	11,1	24	9,5	11	4,4	0	-

Εάν τώρα παρατηρήσουμε τις ηλικίες 20-99 ετών συνολικά σε σχέση με το τόπο διαμονής βλέπουμε ότι το μεγαλύτερο επί τοις %

# CA

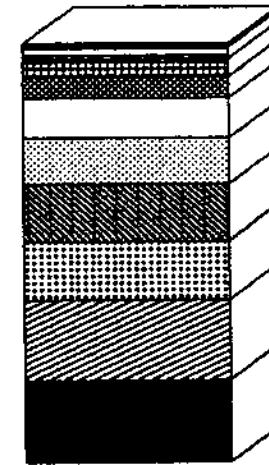
## PASXONTES KATA HLIKIA-TOPO DIAMONHS

A3-A4	20-29	2.0%
B3-C4	30-39	3.9%
B3-B4	30-39	3.9%
B3-A4	30-39	4.9%
C3-C4	40-49	6.9%
C3-A4	40-49	8.8%
D3-C4	50-59	12.7%
C3-B4	40-49	12.7%
D3-A4	50-59	13.7%
D3-B4	50-59	30.4%



20-59 ETON

J3-B4	80-89	2.8%
J3-C4	80-89	4.4%
J3-A4	80-89	5.2%
S3-C4	70-79	9.5%
E3-C4	60-69	11.1%
S3-A4	70-79	13.5%
S3-B4	70-79	13.9%
E3-B4	60-69	19.0%
E3-A4	60-69	19.8%



60-99 ETON

ποσοστό που πάσχουν από γαστρικό καρκίνο εμφανίζεται στην ηλικία 60-69 ετών, στην αστική περιοχή και ακολουθεί η ημιαστική στην ίδια ηλικία.

Ο συσχετισμός των παραγόντων, ηλικίας και επαγγέλματος αναφέρεται στο διάγραμμα 15. Στην ηλικία 20 - 29 (Α3) από τους 2 πάσχοντες, ο ένας ήταν υπάλληλος γραφείου (S5), ποσοστό 50%, ενώ ο άλλος ήταν εργάτης (C5), ποσοστό 50%. Στις άλλες όμως κατηγορίες επαγγελματιών δεν παρατηρήθηκε περιστατικό εμφάνισης γαστρικού καρκίνου.

Στην τρίτη δεκαετία 30 - 39 ετών (B3) από τους 13 ασθενείς, οι 4 επαγγέλονταν οικιακά, ποσοστό 30,8%, οι 3 ήταν εργάτες (C5), ποσοστό 23,1%, οι 2 ήταν αγρότες (D5), ποσοστό 15,4%, ενώ σε 2 ασθενείς δεν αναφερόταν επάγγελμα και στη κατηγορία των εμπόρων (E5) δεν είχαμε περιστατικό.

Στην ηλικία 40 - 49 (C3) από τους 29 πάσχοντες οι 13 επαγγέλονταν οικιακά (A5) ποσοστό 44,8%, οι 6 ήταν εργάτες (C5), ποσοστό 20,7%, οι 4 ήταν αγρότες (D5), ποσοστό 13,8% οι 3 ήταν υπάλληλοι γραφείου (S5) ποσοστό 10,3%, ενώ σε 3 ασθενείς δεν αναφέρεται επάγγελμα, και στη κατηγορία των εμπόρων (E5) δεν είχαμε περιστατικό.

Από τους 58 ασθενείς που έχουμε στη κατηγορία 50 - 59 (D3) ετών, οι 16 επαγγέλονταν οικιακά (A5), ποσοστό 28,1%, οι 14 ήταν αγρότες (D5) ποσοστό 24,6%, οι 9 ήταν εργάτες (C5) ποσοστό 15,8% οι 3 έμποροι (E3) ποσοστό 5,3%, οι 6 υπάλληλοι γραφείου (S5), ποσοστό 10,5%, και οι 9 ανήκαν στην κατηγορία δεν αναφέρεται (J5), ποσοστό 15,8%.

Στην έκτη δεκαετία της ζωής, 60-69 (E3) από τους 126 ασθενείς, οι 33 επαγγέλονταν οικιακά (A5) ποσοστό 29,9%, οι 27 ήταν συνταξιούχοι (B5), ποσοστό 21,3%, οι 8 ήταν εργά-

τες (D5), ποσοστό 3,9%, οι 5 ήταν έμποροι (E5), ποσοστό 3,9%, οι 5 ήταν υπάλληλοι γραφείου (S5), ποσοστό 3,9%, ενώ στην κατηγορία δεν αναφέρεται είχαμε 16 ασθενείς, ποσοστό 12,6%.

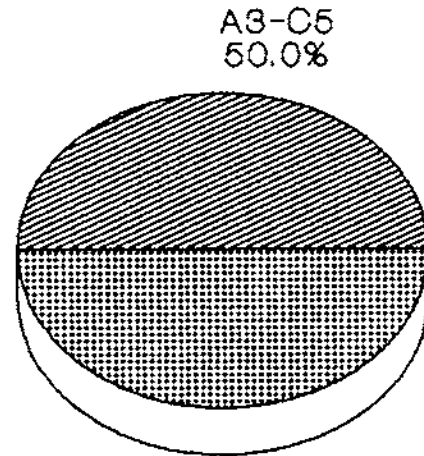
Στην ηλικία 70 - 79 από τους 93 ασθενείς, οι 21 επαγγέλονταν οικιακά A5, ποσοστό 18,1%, οι 35 ήταν συνταξιούχοι B5, ποσοστό 30,2%, οι 25 ήταν εργάτες C5, ποσοστό 21,6%, οι 15 ήταν αγρότες D5, ποσοστό 12,9%, οι 2 ήταν έμποροι (E5), ποσοστό 1,7%, οι 2 ήταν υπάλληλοι γραφείου (S5), ποσοστό 1,7%, ενώ σε 16 ασθενείς δεν αναφερόταν επάγγελμα ποσοστό 13,8%.

Στην όγδοη δεκαετία 80 - 89 (J3) από τους 31 ασθενείς, οι 7 επαγγέλονταν οικιακά, A5, ποσοστό 21,9%, οι 16 ήταν συνταξιούχοι B5, ποσοστό 50%, 1 ήταν εργάτης C5, ποσοστό 3,1%, 2 ήταν αγρότες D5, ποσοστό 6,2%, ένας έμπορος E5, ποσοστό 6,2% ενώ σε 3 ασθενείς δεν αναφερόταν επάγγελμα J5, ποσοστό 9,4%.

Τέλος στην ηλικία 90 - 99 (H3) από τους 2 ασθενείς ο ένας ήταν συνταξιούχος - ποσοστό 50%, στις υπόλοιπες κατηγορίες επαγγελματιών, δεν αναφερόταν περιστατικό, ενώ στη κατηγορία δεν αναφέρεται (J5) είχαμε ένα περιστατικό - ποσοστό 50%.

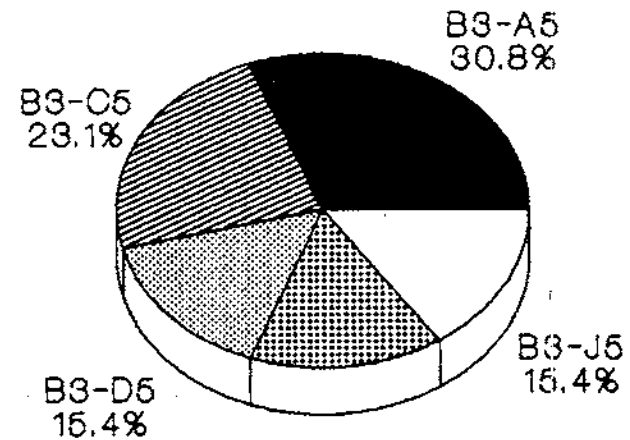
# CA

## HLIKIES - EPAGGELMATA No:1



A3-S5  
50.0%

20-29 ETON

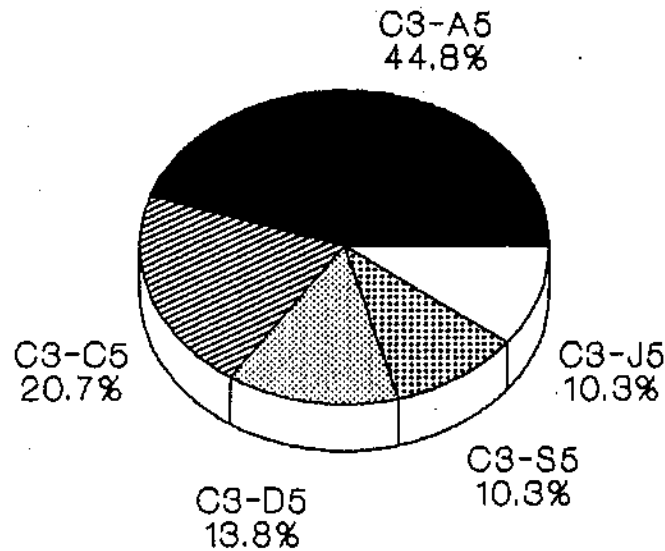


B3-S5  
15.4%

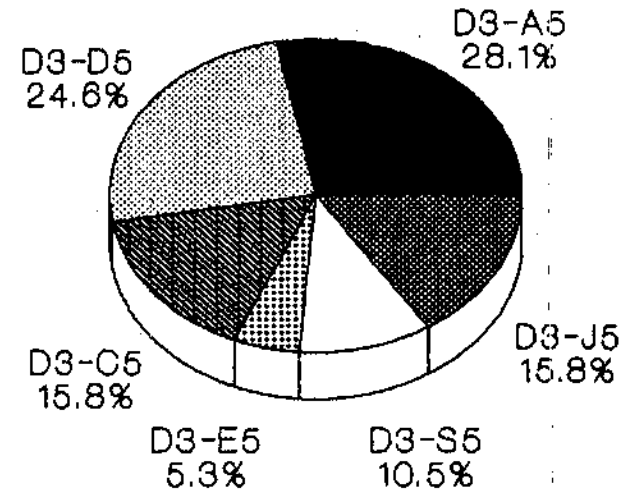
30-39 ETON

# CA

## HLIKIES - EPAGGELMATA No:2



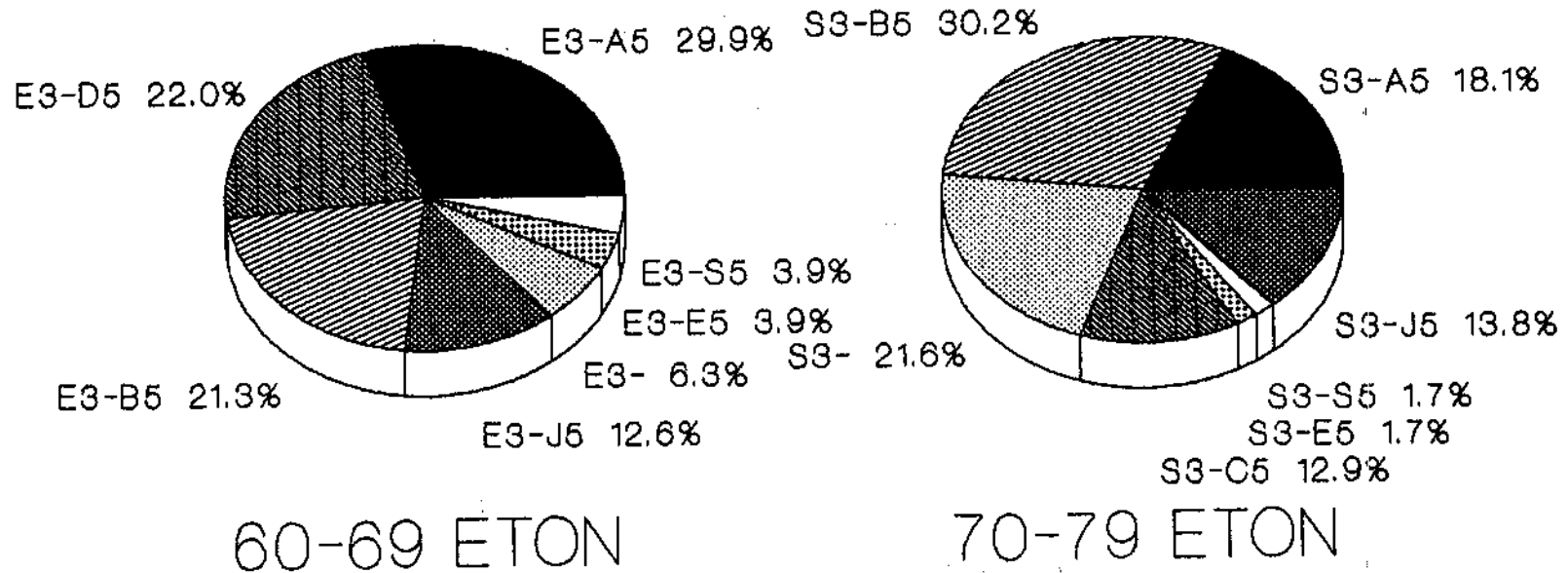
40-49 ETON



50-59 ETON

# CA

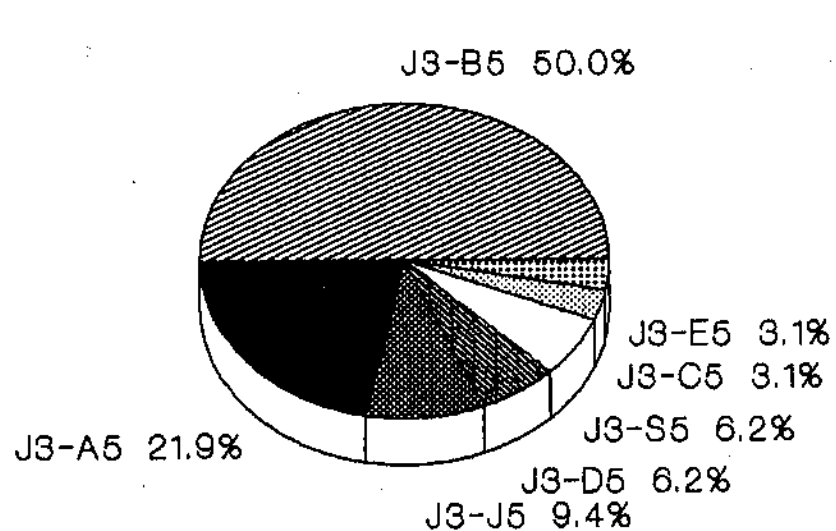
## HLIKIES - EPAGGELMATA No:3



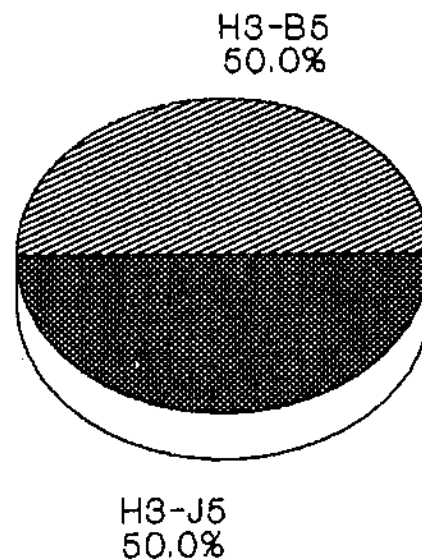
IOANNOY-KARLH

# CA

## HLIKIES - EPAGGELMATA No:4



80-89 ETON



90-99 ETON



Στο διάγραμμα 16 έχουμε τους εξής συσχετισμούς: Ηλικία-οικογενειακή κατάσταση - Φύλλο. Έτσι στην ηλικία 20-29 έχουμε έναν άνδρα άγαμο ποσοστό 100% (A1-A3-B6) και μία γυναίκα άγαμη ποσοστό 100% (B1-A5-B6. Ενώ, στις άλλες κατηγορίες, έγαμος, χήρος και διαζευγμένος δεν αναφέρεται περιστατικό.

Από τους άνδρες στην ηλικία 30 - 39 οι 6 ήταν άγαμοι, ποσοστό 85,7% (A1-B3-A6) ο ένας ήταν άγαμος ποσοστό 14,3% (A1-B3-B6) ενώ στις άλλες δύο κατηγορίες δεν παρατηρήθηκε περιστατικό. Τώρα στις γυναίκες της ίδιας ηλικίας, οι 6 ήταν έγγαμες ποσοστό 100% (B1-B3-A6), ενώ στις άλλες κατηγορίες δεν παρατηρήθηκε περιστατικό.

Στην τέταρτη δεκαετία από τους άνδρες οι 11 ήταν έγγαμοι, ποσοστό 100% A1-C3-A6 στις άλλες κατηγορίες δεν αναφέρεται περιστατικό, και στις γυναίκες τώρα οι 16 ήταν έγγαμες ποσοστό 88,9% (B1-C3-A6), οι 2 ήταν έγγαμες ποσοστό 11,1% (B1-C3-B6), στις άλλες κατηγορίες δεν παρατηρήθηκε περιστατικό.

Στην ηλικία 70-79 βρέθηκε ότι, οι 35 ήταν έγγαμοι ποσοστό 70% (A1-S3-B6), οι 6 ήταν χήροι ποσοστό 12% (A1-S3-C6), και στη τελευταία κατηγορία τους διαζευγμένους δεν παρατηρείται περιστατικό. Στην ίδια ηλικία οι 30 ήταν γυναίκες έγγαμες ποσοστό 69,8% (B1-S3-A6), οι 9 ήταν άγαμες ποσοστό 20,9% (B1-S3-B6), οι 4 χήρες ποσοστό 9,3% (B1-S3-C6) ενώ στη τέταρτη κατηγορία (B1-S3-D6) δεν παρατηρήθηκε περιστατικό.

Στην όγδοη δεκαετία παρατηρούμε ότι, 16 ήταν άνδρες

έγγαμοι ποσοστό 76,2% (A1-J3-A6), οι 4 ήταν χήροι ποσοστό 19% (A1-J3-C6), ο ένας ήταν διαζευγμένος ποσοστό 4,8%, ενώ στην κατηγορία άγαμος δεν παρατηρήθηκε περιστατικό. Τώρα στις γυναίκες της ίδιας δεκαετίας, οι 8 ήταν έγγαμες ποσοστό 80% (B1-J3-A6), οι 2 άγαμες ποσοστό 20% (B1-J3-B6), στις άλλες κατηγορίες χήρες και διαζευγμένες, δεν παρατηρήθηκε περιστατικό. Τώρα στις γυναίκες της ίδιας δεκαετίας, οι 8 ήταν έγγαμες ποσοστό 80% (B1-J3-A6), οι 2 άγαμες ποσοστό 20% (B1-J3-B6), στις άλλες κατηγορίες χήρες και διαζευγμένες, δεν παρατηρήθηκε περιστατικό.

Τέλος στην ηλικία 90-99 έχουμε 2 άνδρες έγγαμους ποσοστό 100% (A1-H3-A6), ενώ στις άλλες κατηγορίες δηλ. άγαμους, χήρους και διαζευγμένους δεν παρατηρήθηκε περιστατικό. Επίσης και στις γυναίκες της ίδιας ηλικίας δεν παρατηρήθηκε κανένα περιστατικό.

Στην ηλικία 50 - 59 από τους άνδρες οι 134 ήταν έγαμοι, ποσοστό 89,5% (A1-D3-A6), οι 4 ήταν άγαμοι, ποσοστό 10,5% (A1-D3-B6) ενώ στις άλλες κατηγορίες δε παρατηρήθηκε περιστατικό.

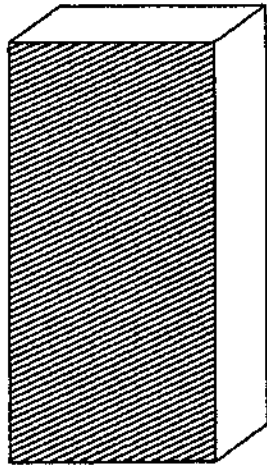
Τώρα στις γυναίκες της ίδιας ηλικίας, οι 14 ήταν έγαμες, ποσοστό 70% (B1-D3-A6), οι 4 άγαμες, ποσοστό 20% (B1-D3-B6) και μία γυναίκα ήταν χήρα ποσοστό 5% (B1-D3-C6), και μία διαζευγμένη ποσοστό 5% (B1-D3-D6).

Από τους άνδρες της ηλικίας 60-69, οι 56 ήταν έγαμοι ποσοστό 81,2% (A1-E3-A6), οι 9 άγαμοι ποσοστό 13% (A1-E3-B6) και 2 ήταν διαζευγμένοι ποσοστό 2,9% A1-E3-D6. Στις γυναίκες της ίδιας ηλικίας βρέθηκε, ότι οι 37 ήταν έγαμες ποσοστό 64,9% (B1-E3-A6), οι 12 ήταν άγαμες ποσοστό 21,1% (B1-E3-B6) οι 6

# CA

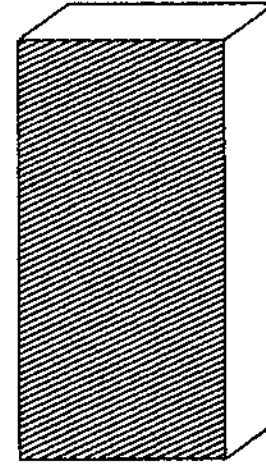
## HLIKIA-OIKOG. KATASTASH - FYLLO.

A1-A3-B6 100.0%



ANTRES

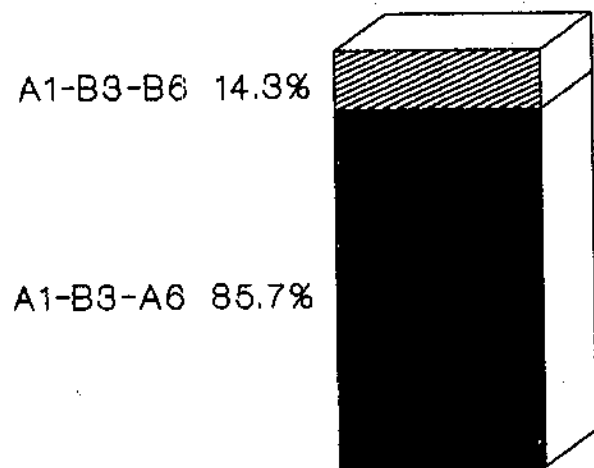
B1-A3-B6 100.0%



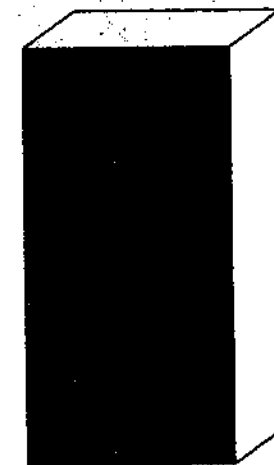
GYNAIKES

# CA

## HLIKIA-OIKOG. KATASTASH - FYLLO.

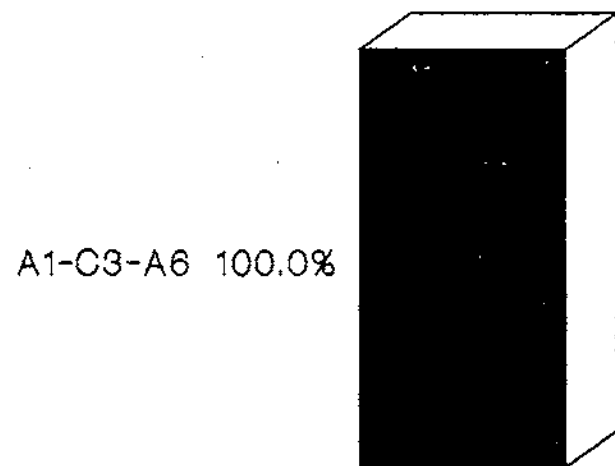


ANTRES



GYNAIKES

# CA HLIKIA-OIKOG. KATASTASH - FYLLO.



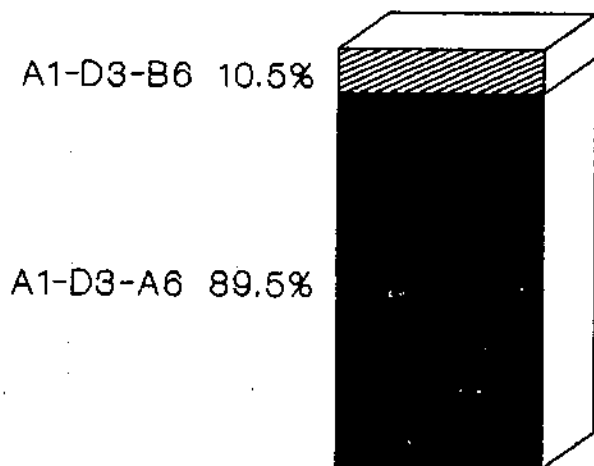
ANTRES



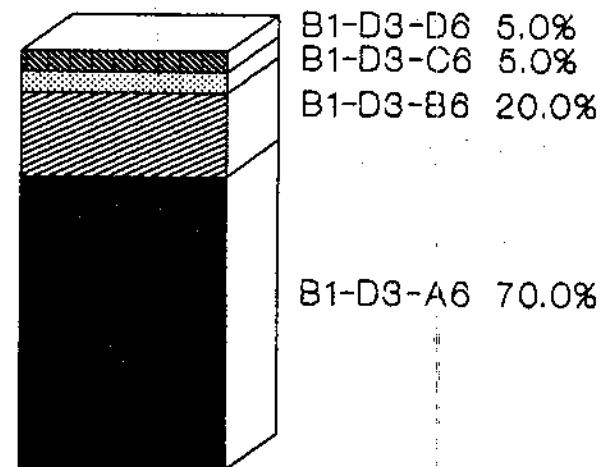
GYNAIKES

# CA

## HLIKIA-OIKOG. KATASTASH - FYLLO.



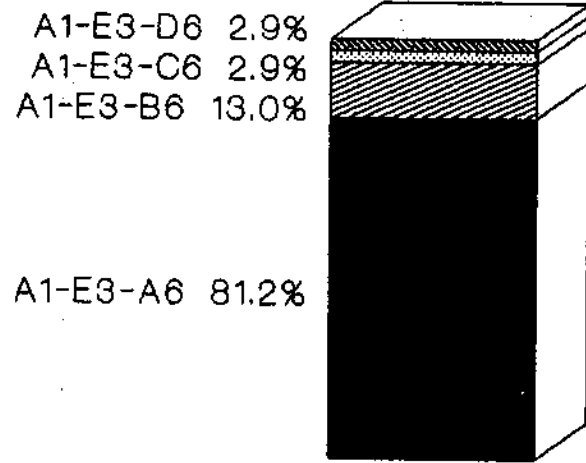
ANTRES



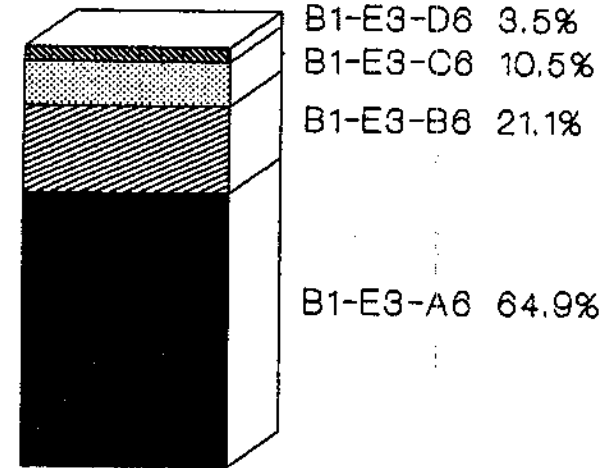
GYNAIKES

# CA

## HLIKIA-OIKOG. KATASTASH - FYLLO.



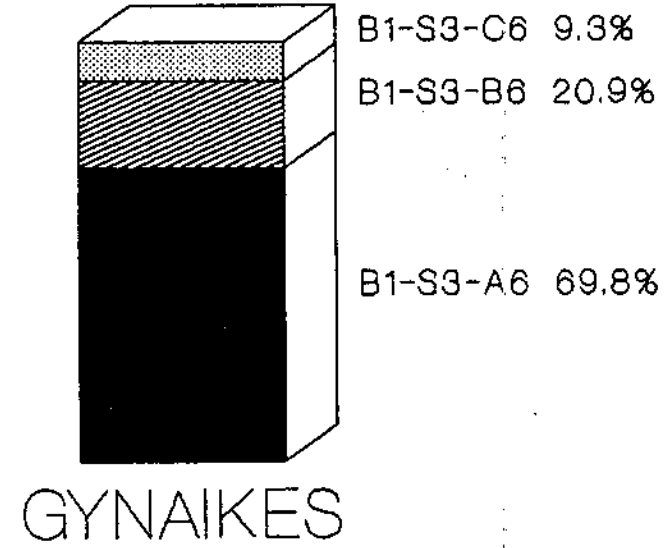
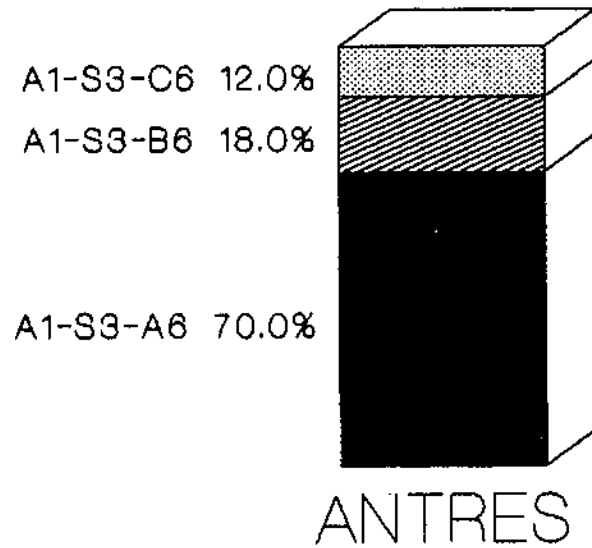
ANTRES



GYNAIKES

# CA

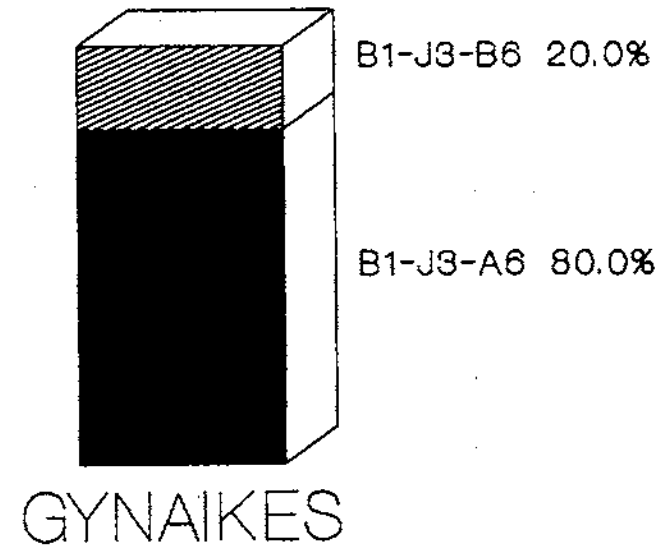
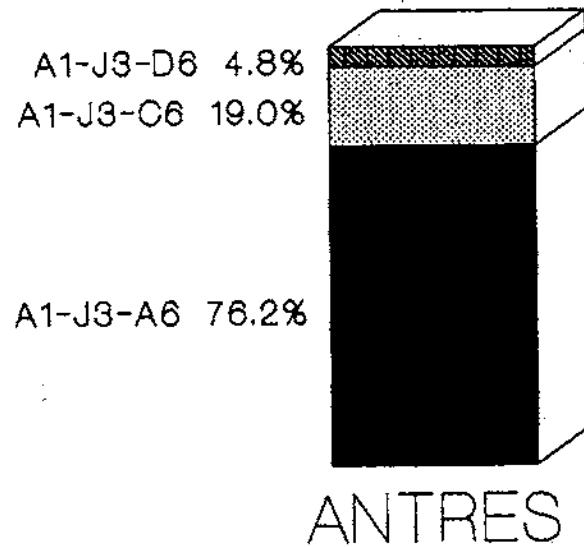
## HLIKIA-OIKOG. KATASTASH - FYLLO.





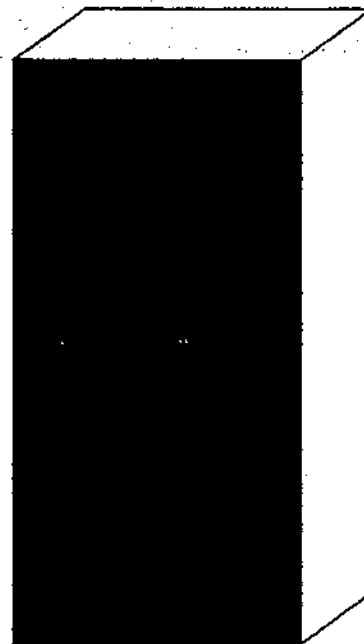
# CA

## HLIKIA-OIKOG. KATASTASH - FYLLO.



# CA

## HLIKIA-OIKOG. KATASTASH - FYLLO.



A1-H3-A6 100.0%

ANTRES

χήρες, ποσοστό 10,5% (B1-E3-G6) και 2 διαζευγμένες ποσοστό 3,5% (B1-E3-D6).

Στο διάγραμμα 17 για καλύτερη ανάλυση των δεδομένων μας χωρίζουμε τις ηλικίες σε δύο ομάδες. Στην α' ομάδα έχουμε τις ηλικίες 20 - 59 ετών και β' ομάδα τις ηλικίες 60-69 ετών. Και στις δύο ομάδες τα αποτελέσματα τα παίρνουμε επί τοις % ποσοστιαία αναλογία.

Αναλυτικότερα στη α' ομάδα έχουμε:

Ηλικίες	Α3		Β3		C3		D3	
	20-29		30-39		40-49		50-59	
	ΑΠΟΛ.	%	ΑΠΟΛ.	%	ΑΠΟΛ.	%	ΑΠΟΛ.	%
	ΑΡΙΘ.		ΑΡΙΘ.		ΑΡΙΘ.		ΑΡΙΘ.	
Εμφάνιση Ca A7	0	-	1	-	3	2,9	9	8,8
Ελευθερο Ca B7	1	-	6	5,9	16	15,7	26	25,5
Δεν αναφέ- ρεται C7	1	-	6	5,9	10	9,8	23	22,5

Στη β' ομάδα όπως φαίνεται στο διάγραμμα έχουμε:

Ηλικίες	Ε3		Σ3		J3		H3	
	60-69		70-79		80-89		90-99	
	ΑΠΟΛ.	%	ΑΠΟΛ.	%	ΑΠΟΛ.	%	ΑΠΟΛ.	%
	ΑΡΙΘ.		ΑΡΙΘ.		ΑΡΙΘ.		αριθ.	
Εμφάνιση Cα A7	16	6,3	10	4	4	1,6	0	-
Ελεύθερο Cα B7	45	17,9	25	9,9	13	5,2	0	-
Δεν αναφέρεται								
C7	65	25,8	58	23	14	5,6	2	-

Ο συσχετισμός της κληρονομικότητας-ηλικίας-διατροφής, δίνεται στο διάγραμμα 18, όπου έχουμε χωρίσει τις ηλικίες σε ομάδες ηλικιών, των οποίων τα αποτελέσματα έχουν δοθεί σε % ποσοστιαία αναλογία.

Έτσι στην 1η ομάδα των ηλικιών: 20-39 ετών παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο % ποσοστό εμφανίζεται στην ηλικία 30-39 ετών, στην οποία δεν αναφέρεται η κληρονομικότητα και η οποία έχει ελεύθερη διατροφή.

Αναλυτικότερα έχουμε:

- α) 30-39<sup>B3</sup> ετών-δεν αναφέρεται κληρον/τα-ελεύθερη<sup>C7</sup> διατροφή: άτομα:6, Ποσοστό<sup>C9</sup> 40%
- β) 30-39<sup>B3</sup> ετών-ελεύθερο<sup>B7</sup> Cα-ελεύθερη<sup>C9</sup> διατροφή: άτομα:3:ποσοστό 20%
- γ) 30-39<sup>B3</sup> ετών-ελεύθερο<sup>B7</sup> Cα-εκλεκτική<sup>C9</sup> διατροφή: άτομα:3:ποσοστό 20%
- δ) 30-39<sup>B3</sup> ετών-εμφάνιση<sup>A7</sup> Cα-ελεύθερη<sup>C9</sup> διατροφή: άτομα:1:ποσοστό 6,7%

ε) 20-29 ετών-ελεύθερο Cα-ελεύθερη διατροφή: άτομα: 1: ποσοστό 6,7%

στ) 20-29 ετών-Δεν αναφερ.-ελεύθερη διατροφή: άτομα: 1: ποσοστό 6,7%

Στην υποομάδα ηλικιών 40-59 ετών έχουμε:

			άτομα	%
D3	C7	C9		
50-59	ετών-δεν αναφερ.-ελεύθερη	διατρ.	21	24,1
D3	B7	C9		
50-59	ετών-ελεύθερο Cα-ελεύθερη	διατρ.	18	20,7
D3	A7	C9		
50-59	ετών-εμφάνιση Cα-ελεύθερη	διατρ.	8	9,2
D3	B7	C9		
50-59	ετών-ελεύθερο Cα-εκλεκτ.διατρ.		8	9,2
C3	B7	D9		
40-49	ετών-ελεύθερο Cα-εκλεκτ.διατρ.		5	5,7
	C7			
40-49	ετών-Δεν αναφερ.-ελεύθερη	διατρ.	5	5,7
C3	C7	D9		
40-49	ετών-Δεν αναφερ.-εκλεκτ.διατρ.		5	5,7
C3	A7	C9		
40-49	ετών-εμφάνιση Cα-ελευθ.διατρ.		3	3,4
D3	C7	D9		
50-59	ετών-Δεν αναφερ.-εκλεκτ.διατρ.		2	2,3
D3	A7	D9		
50-59	ετών-εμφάνιση Cα-εκλεκτ.διατρ.		1	1,1

Όσον αφορά την 3η υποομάδα ηλικιών έχουμε:

			Άτομα	%
E3	C7	C9		
60-69	ετών-δεν αναφερ.-ελεύθερη	διατρ.	37	16,9
E3	B7	C9		
60-69	ετών-ελεύθερο Cα-ελεύθερη	διατρ.	33	15,1
S3	C7	C9		
70-79	ετών-δεν αναφερ.-ελεύθερη	διατρ.	31	14,2
E3	C7	D9		
60-69	ετών-Δεν αναφερ.-εκλεκτ.διατροφή		25	11,4
S3	B7	C9		
70-79	ετών-ελεύθερο Cα-ελεύθερη	διατροφή	20	9,1
S3	C7	D9		
70-79	ετών-δεν αναφερ.-εκλεκτ.διατρ.		20	9,1
E3	B7	D9		
60-69	ετών-ελεύθερο Cα-εκλεκτ.διατρ.		11	5
E3	A7	C9		
60-69	ετών-εμφάνιση Cα-ελεύθερη	διατρ.	10	4,6
E3	A7	D9		
60-69	ετών-εμφάνιση Cα-εκλεκτ.διατρ.		10	4,6

S3	A7	C9		
70-79	ετών-Εμφάνιση	Ca-ελεύθερη	διατρ.	8 3,7
S3	B7	D9		
70-79	ετών-ελεύθερη	Ca-εικλετική	διατρ.	8 3,7
S3	A7	D9		
70-79	ετών-εμφάνιση	Ca-εικλετική	διατρ.	6 2,7

Τέλος στην 4η ομάδα των ηλικιών 80-99 έχουμε:

			Άτομα	%
J3	B7	D9		
80-89	ετών-ελεύθερο	Ca-εικλετ. διατροφή	10	30,3
J3	C7	C9		
80-89	ετών-δεν αναφερ.-ελεύθερη	διατρ.	7	21,2
J3	C7	D9		
80-89	ετών-δεν αναφερ.-εικλετική	διατρ.	6	18,2
J3	B7	C9		
80-89	ετών-ελεύθερο	Ca-ελεύθερη	διατρ.	4 12,1
J3	A7	C9		
80-89	ετών-εμφάνιση	Ca-ελεύθ. διατρ.	2	6,1
J3	A7	D9		
80-89	ετών-εμφάνιση	Ca-εικλετ. διατρ.	2	6,1
J3	C7	C9		
90-99	ετών-δεν αναφερ.-ελεύθερη	διατρ.	2	6,1

Εάν τώρα παρατηρήσουμε συνολικά τις ηλικίες από 20-99 ετών θα δούμε ότι ο μεγαλύτερος αριθμός ατόμων εμφανίζεται στην ηλικία 60-69, όπου δεν αναφέρεται κληρονομικότητα και τα άτομα έχουν ελεύθερη διατροφή.

Στο διαγραμμα 19 έχουμε συσχετίσει το οινόπνευμα με την διατροφή και έχουμε τα εξής αποτελέσματα:

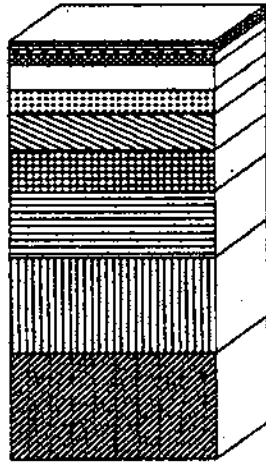
Από τους 354 ασθενείς οι 119 αναφέρουν ελεύθερη διατροφή και μικρή ποσότητα οίνοπνεύματος (C9-E9) σε ποσοστό 50,4%. Οι 79 ελεύθερη διατροφή και μέτρια ποσότητα οίνοπνεύματος (C9-F9) σε ποσοστό 33,5% και οι 38 ελεύθερη διατροφή και υψηλή ποσότητα οίνοπνεύματος (C9-J9) σε ποσοστό 16,1%.

Επίσης οι 89 αναφέρουν εικλετική διατροφή και μικρή ποσότητα οίνοπν. (D9-E9) σε ποσοστό 75,4%, οι 21 ελεύθερη διατροφή με μέτρια ποσότητα οίνοπνεύματος σε ποσοστό 17,8% και τέλος οι 8

# CA

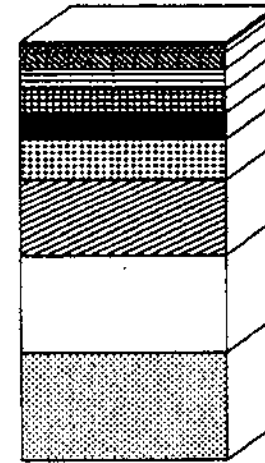
## KLHRONOMHKOTHTA-HLIKIA

C3-A7 2.9%  
 B3-C7 5.9%  
 B3-B7 5.9%  
 D3-A7 8.8%  
 C3-C7 9.8%  
 C3-B7 15.7%  
 D3-C7 22.5%  
 D3-B7 25.5%



20-59 ETON

J3-A7 1.6%  
 S3-A7 4.0%  
 J3-B7 5.2%  
 J3-C7 5.6%  
 E3-A7 6.3%  
 S3-B7 9.9%  
 E3-B7 17.9%  
 S3-C7 23.0%  
 E3-C7 25.8%

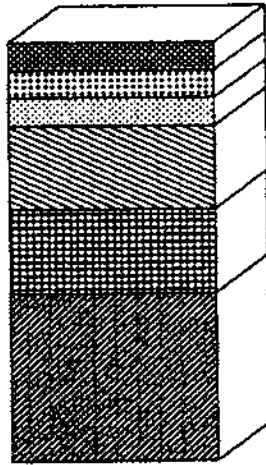


60-99 ETON

# CA

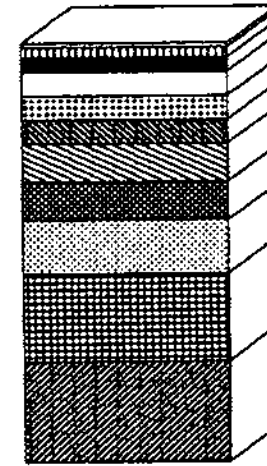
## KLHRONOMHKOTHTA-HLIKIA-DIATROFH N:1

B3-A7-C9 6.7%  
A3-C7-C9 6.7%  
A3-B7-C9 6.7%  
B3-B7-D9 20.0%  
B3-B7-C9 20.0%  
B3-C7-C9 40.0%



20-39 ETON

D3-A7-D9 1.1%  
D3-C7-D9 2.3%  
C3-A7-C9 3.4%  
C3-C7-D9 5.7%  
C3-C7-C9 5.7%  
C3-B7-D9 5.7%  
D3-B7-D9 9.2%  
D3-A7-C9 9.2%  
C3-B7-C9 12.6%  
D3-B7-C9 20.7%  
D3-C7-C9 24.1%



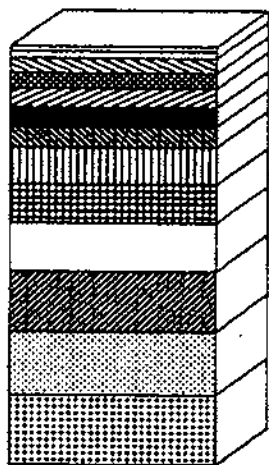
40-59 ETON



# CA

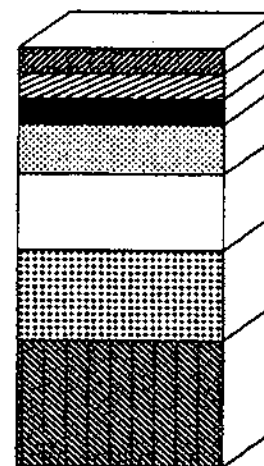
## KLHRONOMHKOTHTA-HLIKIA-DIATROFH N:2

S3-A7-D9	2.7%
S3-B7-D9	3.7%
S3-A7-C9	3.7%
E3-A7-D9	4.6%
E3-A7-C9	4.6%
E3-B7-D9	5.0%
S3-C7-D9	9.1%
S3-B7-C9	9.1%
E3-C7-D9	11.4%
S3-C7-C9	14.2%
E3-B7-C9	15.1%
E3-C7-C9	16.9%



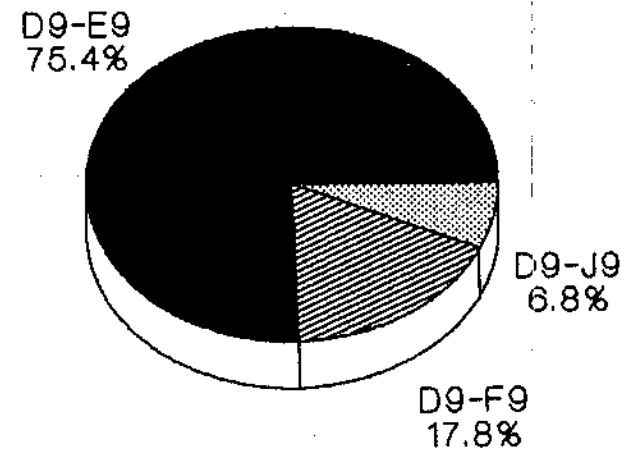
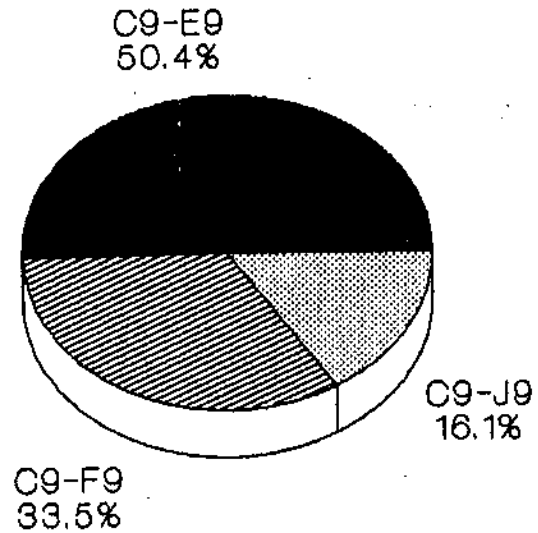
60-79 ETON

H3-C7-C9	6.1%
J3-A7-D9	6.1%
J3-A7-C9	6.1%
J3-B7-C9	12.1%
J3-C7-D9	18.2%
J3-C7-C9	21.2%
J3-B7-D9	30.3%



80-99 ETON

# CA OINOPNEYMA - DIATROFH



αναφέρουν εκλεκτική διατροφή με υψηλή ποσότητα οινόπνευματος (D9-S9) σε ποσοστό 6,8%.

Η συσχέτιση του καπνίσματος με το οινόπνευμα δίνεται στο διάγραμμα 20 και έχουμε τα εξής αποτελέσματα:

Από τους 354 ασθενείς οι 68 καπνίζουν και καταναλώνουν μικρή ποσότητα οινόπνευματος (A9-E9), ποσοστό 38,6%. Οι 73 καπνίζουν και καταναλώνουν μέτρια ποσότητα οινόπνευματος, ποσοστό 41,5%. Ενώ οι 35 καπνίζουν και καταναλώνουν υψηλή ποσότητα οινόπνευματος (A9-J9), ποσοστό 19,9%.

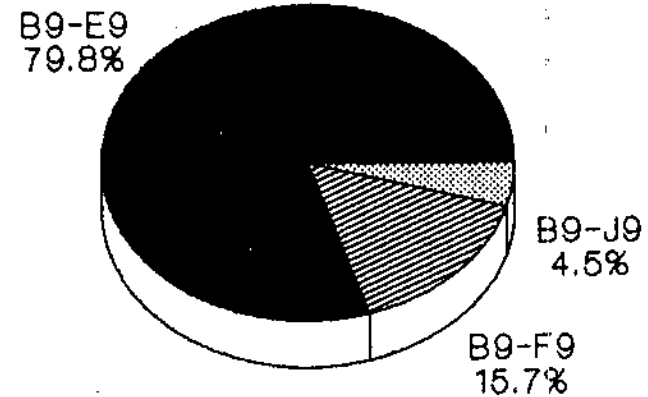
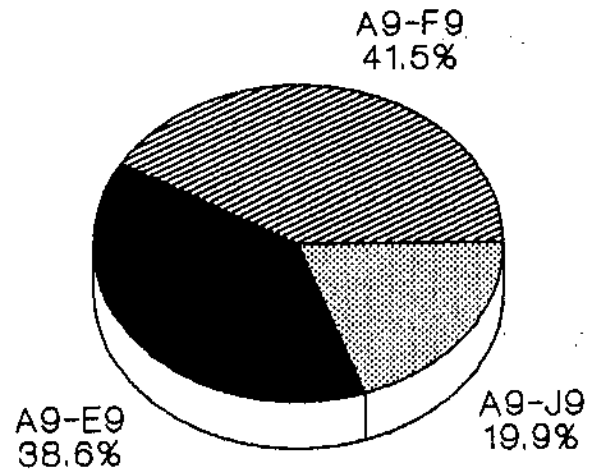
Επίσης οι 142 ασθενείς δεν καπνίζουν και καταναλώνουν μικρή ποσότητα οινόπνευματος (B9-E9), ποσοστό 79,8%. Οι 28 δεν καπνίζουν και καταναλώνουν μέτρια ποσότητα οινόπνευματος (B9-F9) ποσοστό 15,7%. Τέλος οι 8 δεν καπνίζουν και καταναλώνουν υψηλή ποσότητα οινόπνευματος (H9-J9), ποσοστό 4,5%.

Στο διάγραμμα 21 δίνεται ο συσχετισμός των παραγόντων κάπνισμα, οινόπνευμα και φάρμακα.

Αναλυτικά έχουμε:

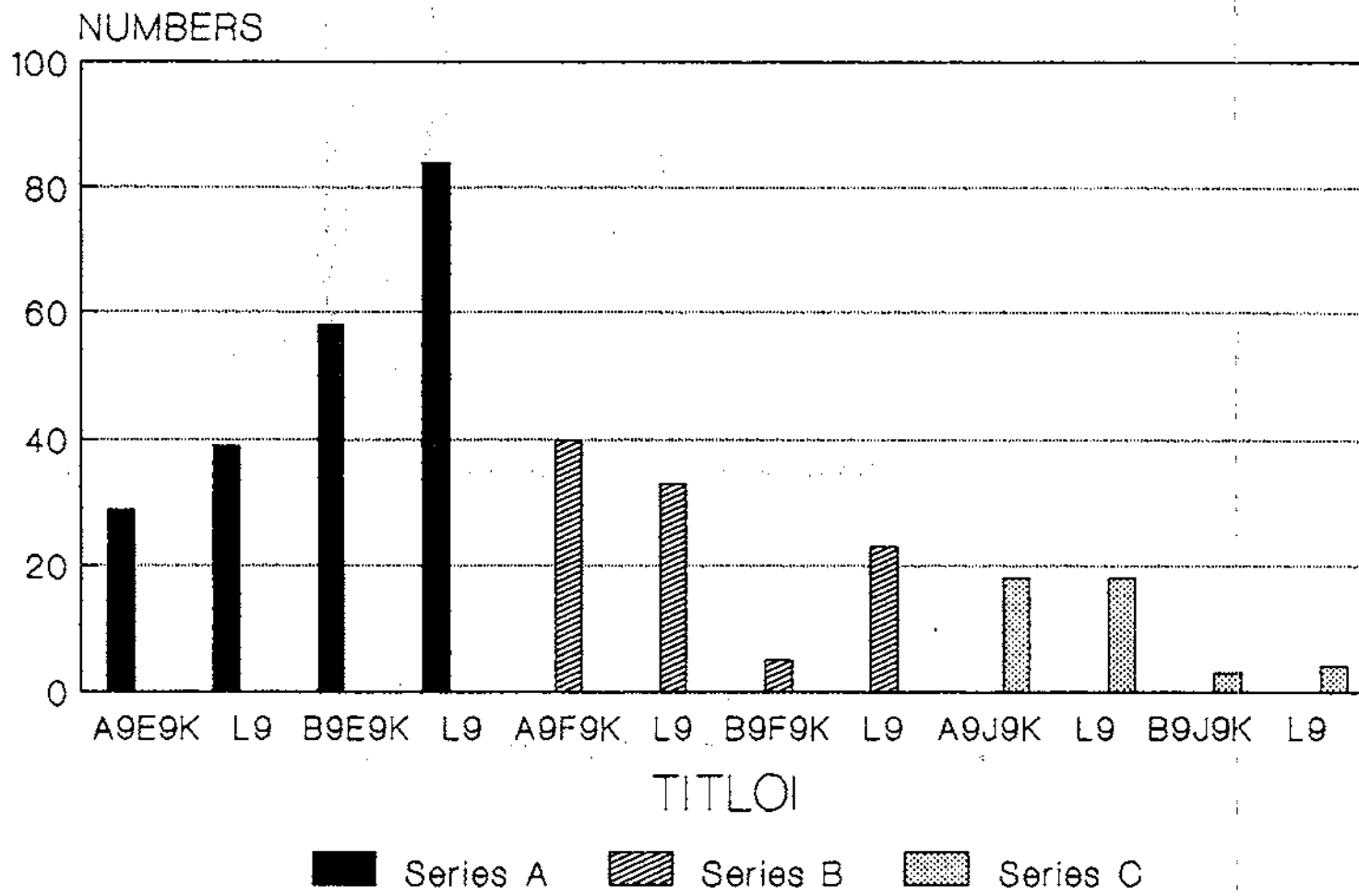
ναί	ναί	κάπνισμα-Μικρή ποσότητα-φάρμακα (A9-E9-K9):29 άτομα
ναί	όχι	κάπνισμα-Μικρή ποσότητα-φάρμακα (A9-E9-L9):39 άτομα
όχι	ναί	κάπνισμα-μικρή ποσότητα-φάρμακα (B9-E9-K9):58 άτομα
όχι	όχι	κάπνισμα-μικρή ποσότητα-φάρμακα (B9-E9-I9):84 άτομα
ναί	ναί	κάπνισμα-μέτρια ποσότητ.-φάρμακα(A9-F9-K9):40 άτομα
ναί	όχι	κάπνισμα-Μέτρια ποσοτ.-φάρμακα (A9-F9-L9):33 άτομα
όχι	ναί	κάπνισμα- " " -φάρμακα (B9-F9-K9):5 άτομα
όχι	όχι	κάπνισμα- " " -φάρμακα (B9-F9-L9):23 άτομα
ναί	ναί	κάπνισμα-Ψηλή ποσότητα-φάρμακα (A9-S9-K9):18 άτομα

# CA KAPNISMA - OINOPNEYMA



# CA

## KAPNISMA-OINOPNEYMA-FARMAKA



IOANNOY-KARLH

ναι

όχι

κάπνισμα-υψηλή ποσότητα-φάρμακα (A9-J9-L9): 18 άτομα

όχι

ναι

κάπνισμα-υψηλή ποσότητα-φάρμακα (B9-J9-K9): 3 άτομα

όχι

όχι

κάπνισμα-υψηλή ποσότητα-φάρμακα (B9-S9-L9): 4 άτομα

Η συσχέτιση, τώρα των παραγόντων: ηλικία-φύλο-κάπνισμα  
διατροφή, δίνεται στο διάγραμμα 22.

Για διευκόλυνσή μας και για καλύτερη ανάλυση, των αποτελε-  
σμάτων μελετήσαμε σε κάθε ηλικία, χωριστά στους άνδρες από τις  
γυναίκες.

Έτσι έχουμε, σύμφωνα με το διάγραμμα 22α τα εξής:

Από τους 354 ασθενείς στην ηλικία 20-29 ο ένας ήταν άνδρας,  
καπνιστής και είχε ελεύθερη διατροφή (A1-A3-A9-C9), ποσοστό  
100%. Ενώ από τις γυναίκες της ίδιας ηλικίας, η μία κάπνιζε  
και είχε ελεύθερη διατροφή (B1-A3-A9-C9), ποσοστό 50%. Η δεύ-  
τερη δεν καπνίζει και έχει ελεύθερη διατροφή (B1-A3-B9-C9),  
ποσοστό 50%.

Στο 22β διάγραμμα έχουμε την ηλικία 30-39 ετών όπου:

5 άνδρες καπνίζουν και έχουν ελεύθερη διατροφή (A1-B3-A9-C9),  
ποσοστό 71,4%, 1 άνδρας, δεν καπνίζει και έχει ελεύθερη δια-  
τροφή (A1-B3-B9-C9), ποσοστό 14,3%, 1 άνδρας δεν καπνίζει και  
έχει εκλεκτική διατροφή (A1-B3-B9-D9), ποσοστό 14,3%. Όσον  
αφορά τις γυναίκες της ίδιας ηλικίας: 3 γυναίκες καπνίζουν και  
είχαν ελεύθερη διατροφή (B1-B3-A9-C9), ποσοστό 50%, 1 γυναίκα  
δεν κάπνιζε και είχε ελεύθερη διατροφή (B1-B3-B9-C9), ποσοστό  
16,7% και 2 γυναίκες δεν κάπνιζαν και είχαν εκλεκτική διατρο-  
φή (B1-B3-D9-D9), ποσοστό 33,3%.

Στο 22γ, 8 άνδρες στην ηλικία των 40-49 ετών κάπνιζαν και είχαν ελεύθερη διατροφή (A1-C3-A9-C9), ποσοστό 72,7%, 2 άνδρες κάπνιζαν και είχαν εκλεκτική διατροφή (A1-C3-A9-D9), ποσοστό 18,2%, και ένας δεν κάπνιζε και είχε ελεύθερη διατροφή (A1-C3-B9-C9), ποσοστό 9,1%. Τώρα από τις γυναίκες της ίδιας ηλικίας, οι 7 δεν κάπνιζαν και είχαν εκλεκτική διατροφή (B1-C3-B9-D9), ποσοστό 38,9%, οι 6 κάπνιζαν και είχαν ελεύθερη διατροφή (B1-C3-A9-C9) ποσοστό 33,3%, οι 4 δεν κάπνιζαν και είχαν ελεύθερη διατροφή (B1-C3-B9-C9), ποσοστό 22,2%, και η 1 γυναίκα κάπνιζε και είχε εκλεκτική διατροφή (B1-C3-A9-D9), ποσοστό 5,6%.

Στην ηλικία των 50-59 ετών, όπως φαίνεται και στο διάγραμμα 22δ έχουμε. Από τους άνδρες οι 25 κάπνιζαν και είχαν ελεύθερη διατροφή (A1-D3-A9-C9) ποσοστό 67,6%, οι 6 δεν κάπνιζαν και είχαν ελεύθερη διατροφή (A1-D3-B9-C9) ποσοστό 16,2%, οι 4 κάπνιζαν και είχαν εκλεκτική διατροφή (A1-D3-A9-D9) ποσοστό 10,8% και οι 2 δεν κάπνιζαν και είχαν εκλεκτική διατροφή (A1-D3-B9-D9) ποσοστό 5,4%.

Τώρα στις γυναίκες της ίδιας ηλικίας βρέθηκε ότι οι 10 δεν κάπνιζαν και είχαν ελεύθερη διατροφή (B1-D3-B9-C9) ποσοστό 47,6%, οι 6 κάπνιζαν και είχαν ελεύθερη διατροφή (B1-D3-A9-C9) ποσοστό 28,6%, οι 4 δεν κάπνιζαν και είχαν εκλεκτική διατροφή (B1-D3-B9-D9) ποσοστό 19,0% και μία κάπνιζε και είχε εκλεκτική διατροφή (B1-D3-A9-D9) ποσοστό 4,8%.

Στο 22ε διάγραμμα στην ηλικία 70-79 ετών βρέθηκε ότι από τους 354 ασθενείς, οι 25 κάπνιζαν και είχαν ελεύθερη διατροφή (A1-S3-A9-C9) ποσοστό 52,1%, οι 9 δεν κάπνιζαν και είχαν ελεύθερη διατροφή (A1-S3-B9-C9) ποσοστό 18,7%, οι 8 δεν κάπνιζαν και είχαν εκλεκτική διατροφή (A1-S3-B9-D9) ποσοστό 16,7% και

6 κάπνιζαν και είχαν εκλεκτική διατροφή (A1-S3-A9-D9) ποσοστό 12,5%. Σχετικά τώρα με τις γυναίκες αναφέρεται, ότι οι 18 δεν κάπνιζαν και είχαν ελεύθερη διατροφή (B1-S3-B9-C9) ποσοστό 40,9%, οι 15 δεν κάπνιζαν και είχαν εκλεκτική διατροφή (B1-S3-B9-D9) ποσοστό 34,1%, οι 7 κάπνιζαν και είχαν ελεύθερη διατροφή (B1-S3-A9-C9) ποσοστό 15,9% και οι 4 κάπνιζαν και είχαν εκλεκτική διατροφή (B1-S3-A9-D9) ποσοστό 9,1%.

Στην ηλικια 80-89 όπως βλέπουμε από το διάγραμμα 22στ έχουμε: 5 άνδρες που κάπνιζαν και είχαν ελεύθερη διατροφή (A1-J3-A9-C9) ποσοστό 25%, 5 που κάπνιζαν και είχαν εκλεκτική διατροφή (A1-J3-A9-D9) ποσοστό 25%, 5 που δεν κάπνιζαν και είχαν ελεύθερη διατροφή (A1-J3-B9-C9) ποσοστό 25% και 5 άνδρες που δεν κάπνιζαν και είχαν εκλεκτική διατροφή (A1-J3-B9-D9) ποσοστό 25%.

Όσον αφορά τις γυναίκες αναφέρεται ότι, οι 4 δεν κάπνιζαν και είχαν εκλεκτική διατροφή (B1-J3-B9-D9) ποσοστό 40%, οι 3 δεν κάπνιζαν και είχαν ελεύθερη διατροφή (B1-J3-B9-C9) ποσοστό 30%, και οι 3 κάπνιζαν και είχαν εκλεκτική διατροφή (B1-J3-A9-D9) ποσοστό 30%.

Τέλος στο διάγραμμα 22ζζ παρατηρούμε ότι ένας άνδρας ηλικίας 90-99 κάπνιζε και είχε ελεύθερη διατροφή (A1-H3-A9-C9) ποσοστό 50% και ένας άνδρας δεν κάπνιζε και είχε ελεύθερη διατροφή (A1-H3-B9-C9) ποσοστό 50%.

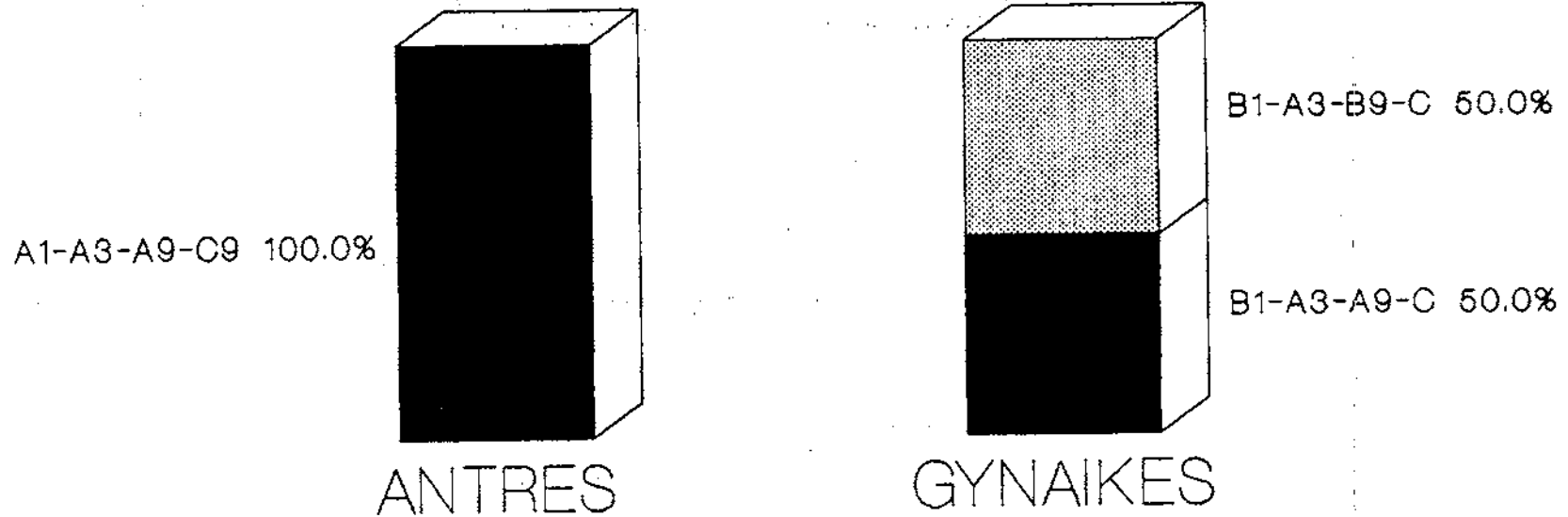
Όσον αφορά τις γυναίκες αυτής της ηλικίας δε παρατηρήθηκε περιστατικό.

Ο συσχετισμός των παραγόντων: ασθένειες-κάπνισμα και διατροφή δίνεται στο διάγραμμα 23. Έτσι έχουμε:



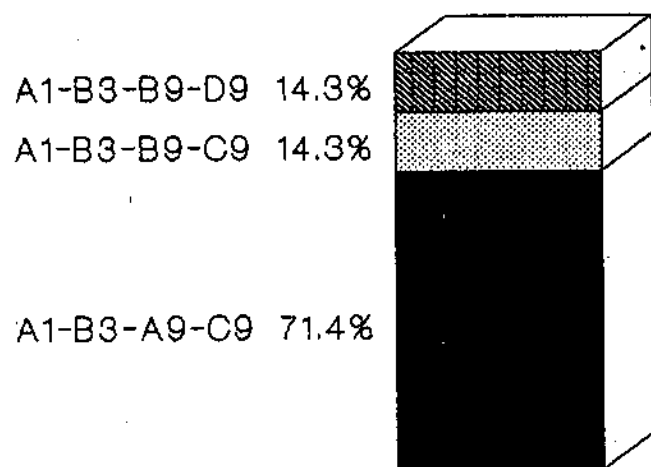
# CA

## HLIKIA-FYLLO-KAPNISMA-DIATROFH

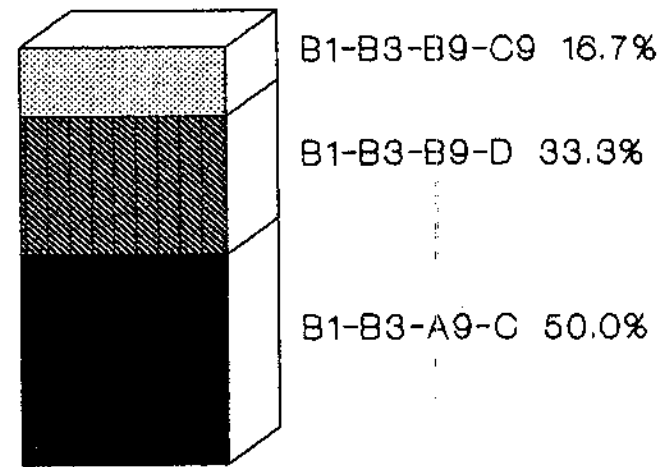


# CA

## HLIKIA-FYLLO-KAPNISMA-DIATROFH



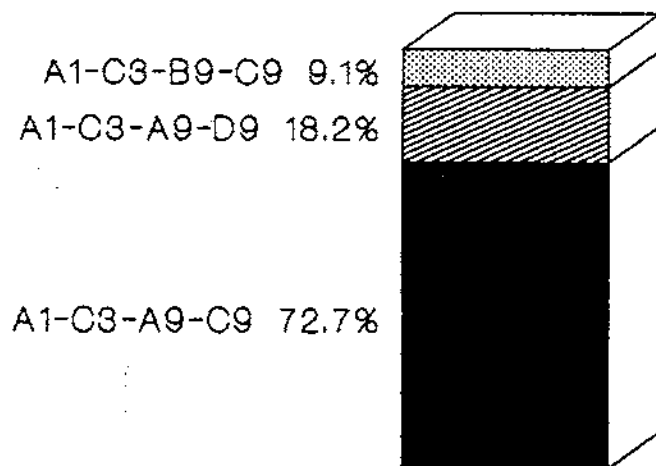
ANTRES



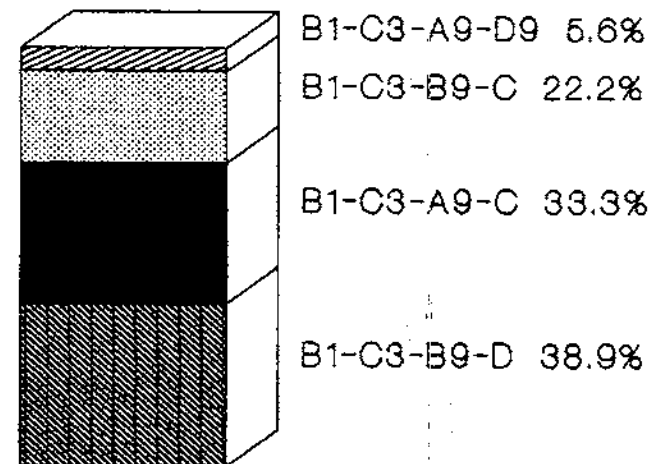
GYNAIKES

# CA

## HLIKIA-FYLLO-KAPNISMA-DIATROFH



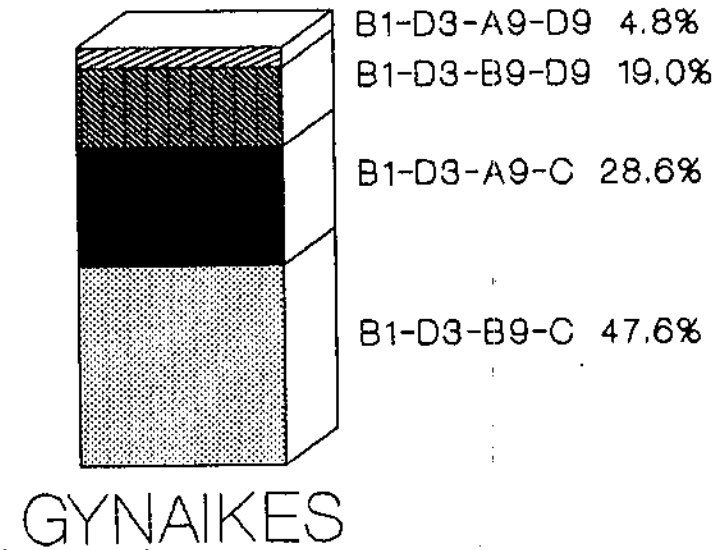
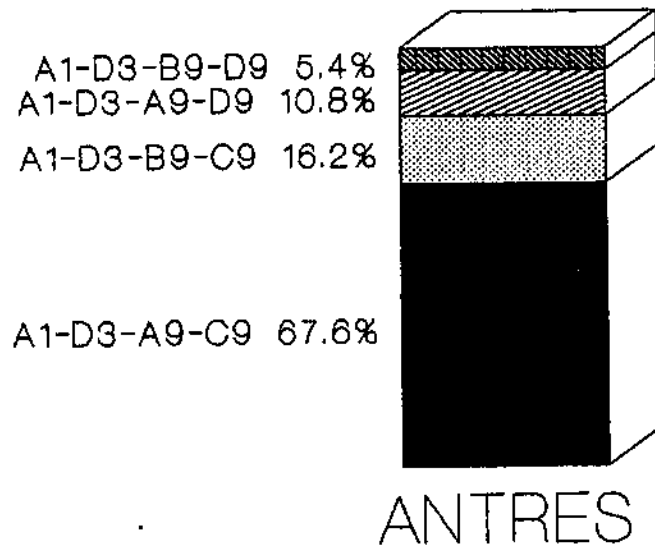
ANTRES



GYNAIKES

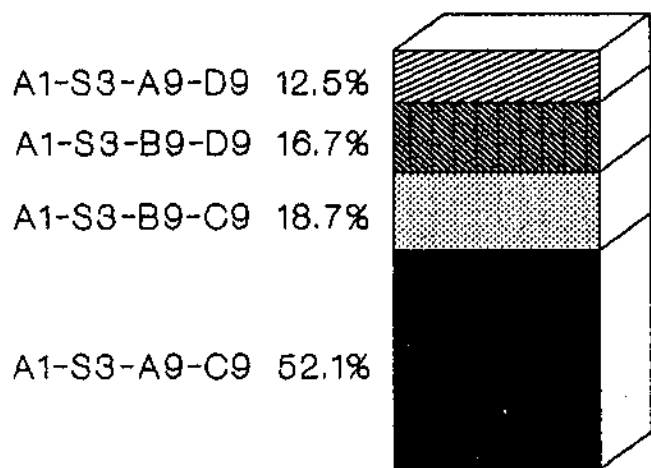
# CA

## HLIKIA-FYLLO-KAPNISMA-DIATROFH

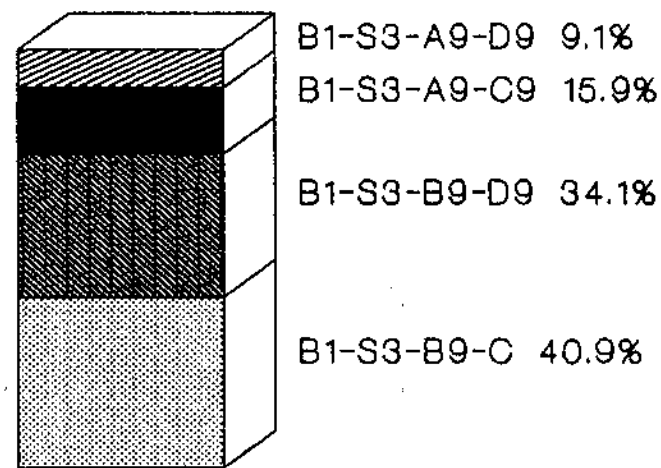


# CA

## HLIKIA-FYLLO-KAPNISMA-DIATROFH



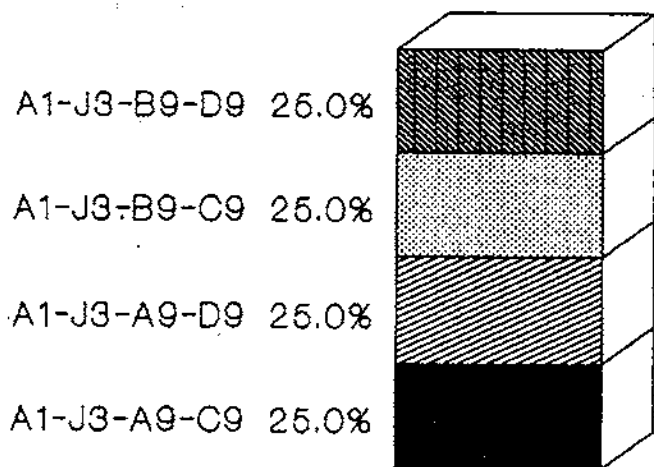
ANTRES



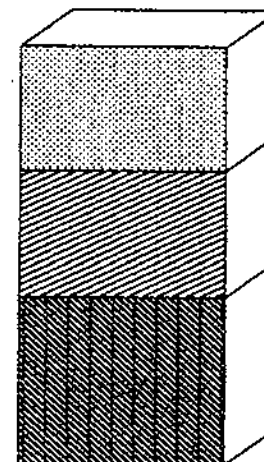
GYNAIKES

# CA

## HLIKIA-FYLLO-KAPNISMA-DIATROFH



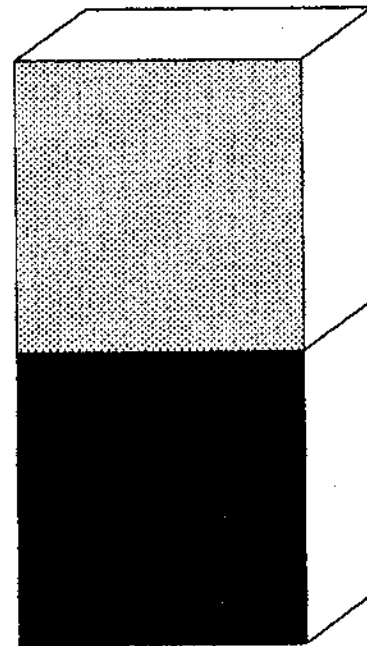
ANTRES



GYNAIKES

# CA

## HLIKIA-FYLLO-KAPNISMA-DIATROFH



ANTRES

**ΓΑΣΤΡΕΚΤΟΜΗ:** Από τους 60 ασθενείς που στο παρελθόν είχαν υποβληθεί σε γαστρεκτομή, οι 30 κάπνιζαν και είχαν ελεύθερη διατροφή (A8-A9-C9) ποσοστό 49,2%, οι 14 δεν κάπνιζαν και είχαν εκλεκτική διατροφή (A8-B9-D9) ποσοστό 23%, οι 13 δεν κάπνιζαν και είχαν ελεύθερη διατροφή (A8-B9-C9) ποσοστό 21,3% και οι 4 κάπνιζαν και είχαν εκλεκτική διατροφή (A8-A9-D9) ποσοστό 6,6%.

**ΒΛΚΟΣ:** Από τους 31 ασθενείς που έπασχαν από έλκος οι 22 κάπνιζαν και είχαν ελεύθερη διατροφή, ποσοστό 71% (A81-A9-C9), οι 4 δεν κάπνιζαν και είχαν εκλεκτική διατροφή (A81-B9-D9), ποσοστό 12,9%, οι 3 δεν κάπνιζαν και είχαν ελεύθερη διατροφή ποσοστό 9,7% (A81-B9-C9) και οι 2 κάπνιζαν και είχαν εκλεκτική διατροφή (A81-A9-D9) ποσοστό 6,5%.

**ΓΑΣΤΡΟΡΡΑΓΙΑ:** Από τους 16 ασθενείς που πάσχουν από γαστρορραγία οι 8 κάπνιζαν και είχαν ελεύθερη διατροφή (A82-A9-C9) ποσοστό 61%, οι 5 δεν κάπνιζαν και είχαν ελεύθερη διατροφή (A82-B9-C9) ποσοστό 23,1% ενώ και οι 3 ασθενείς δεν κάπνιζουν και έχουν εκλεκτική διατροφή (A82-B9-D9) 15,4%.

**ΓΑΣΤΡΙΤΙΔΑ:** Από τους 11 ασθενείς οι 4 κάπνιζαν και είχαν ελεύθερη διατροφή (A83-A9-C9) ποσοστό 36,4%, οι 3 δεν κάπνιζαν και είχαν εκλεκτική διατροφή (A83-B9-D9) ποσοστό 27,3%, οι 2 κάπνιζαν και είχαν εκλεκτική διατροφή (A83-A9-D9) ποσοστό 18,2% και οι 2 δεν κάπνιζαν και είχαν ελεύθερη διατροφή (A83-B9-C9), ποσοστό 18,3%.

**ΠΟΛΥΠΟΔΕΣ:** Στην κατηγορία αυτή δεν παρατηρήθηκε κανένα περιστατικό.

**ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ:** Από τους 45 ασθενείς οι 21 κάπνιζαν και είχαν ελεύθερη διατροφή (A85-A9-C9) ποσοστό 47,7%, οι 14 δεν κάπνιζαν και είχαν ελεύθερη διατροφή (A85-B9-C9) ποσο-



στό 31,8%, οι 9 δεν κάπνιζαν και είχαν εκλεκτική διατροφή (A85-B9-D9) ποσοστό 20,5% ενώ στη κατηγορία κάπνιζαν και είχαν εκλεκτική διατροφή δεν αναφέρεται κανένα περιστατικό.

**ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟ:** Από τους 5 ασθενείς οι 3 κάπνιζαν και είχαν ελεύθερη διατροφή (B8-A9-C9) ποσοστό 60,0%, οι 2 δεν κάπνιζαν και είχαν ελεύθερη διατροφή (B8-B9-C9) ποσοστό 40,0% ενώ στις άλλες δύο κατηγορίες κάπνιζαν και είχαν εκλεκτική διατροφή, δεν κάπνιζαν και είχαν εκλεκτική διατροφή δεν παρατηρούμε κανένα περιστατικό.

**ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ:** Από τους 43 ασθενείς, οι 21 ασθενείς κάπνιζαν και είχαν ελεύθερη διατροφή (C8-A9-C9) ποσοστό 50%, οι 10 δεν κάπνιζαν και είχαν ελεύθερη διατροφή (C8-B9-C9) ποσοστό 23,8%, οι 8 κάπνιζαν και είχαν εκλεκτική διατροφή (C8-A9-D9) ποσοστό 16,7% και οι 4 δεν κάπνιζαν και είχαν εκλεκτική διατροφή (C8-B9-D9) ποσοστό 9,5%.

**ΓΕΝΕΤΙΚΟ:** Από τους 5 ασθενείς, οι 2 δεν κάπνιζαν και είχαν ελεύθερη διατροφή (D8-B9-C9), ποσοστό 40%, οι 2 δεν κάπνιζαν και είχαν εκλεκτική διατροφή (D8-B9-D9), ποσοστό 40% και 1 κάπνιζε και είχε ελεύθερη διατροφή (D8-A9-C9), ποσοστό 20%.

**ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ:** Από τους 18 ασθενείς, οι 10 κάπνιζαν και είχαν ελεύθερη διατροφή (E8-A9-C9), ποσοστό 52,6%, οι 4 δεν κάπνιζαν και είχαν ελεύθερη διατροφή (E8-B9-C9), ποσοστό 21,1%, οι 3 κάπνιζαν και είχαν εκλεκτική διατροφή (E8-A9-D9), ποσοστό 15,8% και 1 δεν κάπνιζε και είχε εκλεκτική διατροφή (E8-B9-D9), ποσοστό 10,5%.

**ΕΛΑΘΝΟΣΙΑ:** Από τους 13 ασθενείς, οι 10 δεν κάπνιζαν και είχαν ελεύθερη διατροφή (E81-B9-C9), ποσοστό 80% και οι 3 κάπνιζαν και είχαν εκλεκτική διατροφή (E84-A9-D9), ποσοστό 20%.

Σ.Δ.: Από τους 6 ασθενείς οι 3 δεν κάπνιζαν και είχαν εκλεκτική διατροφή (E82-B9-D9), ποσοστό 50%, οι 2 κάπνιζαν και είχαν ελεύθερη διατροφή (E82-A9-C9), ποσοστό 33,3%, και ο 1 κάπνιζε και είχε εκλεκτική διατροφή (E82-A9-D9), ποσοστό 16,7%.

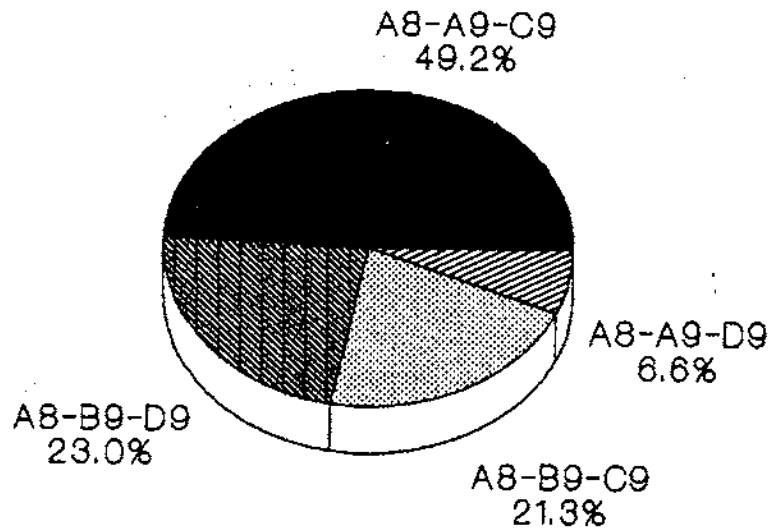
ΥΠΕΡΤΑΣΗ: Από τους 10 ασθενείς οι 5 κάπνιζαν και είχαν ελεύθερη διατροφή (E83-A9-C9) ποσοστό 50%. Οι 3 δεν κάπνιζαν και είχαν ελεύθερη διατροφή (E83-B9-C9), ποσοστό 30%, και οι 2 δεν κάπνιζαν και είχαν εκλεκτική διατροφή (E83-B9-D9) ποσοστό 20%.

ΑΝΑΙΜΙΑ: Από τους 13 ασθενείς οι 5 κάπνιζαν και είχαν ελεύθερη διατροφή (E84-B9-C9), ποσοστό 38,5%, οι 3 δεν κάπνιζαν και είχαν εκλεκτική διατροφή (E-84-B9-D9), ποσοστό 23,1%. Οι 3 κάπνιζαν και είχαν ελεύθερη διατροφή (E84-A9-C9), ποσοστό 23,1% και οι 2 κάπνιζαν και είχαν εκλεκτική διατροφή (E84-A9-D9) ποσοστό 15,4%.

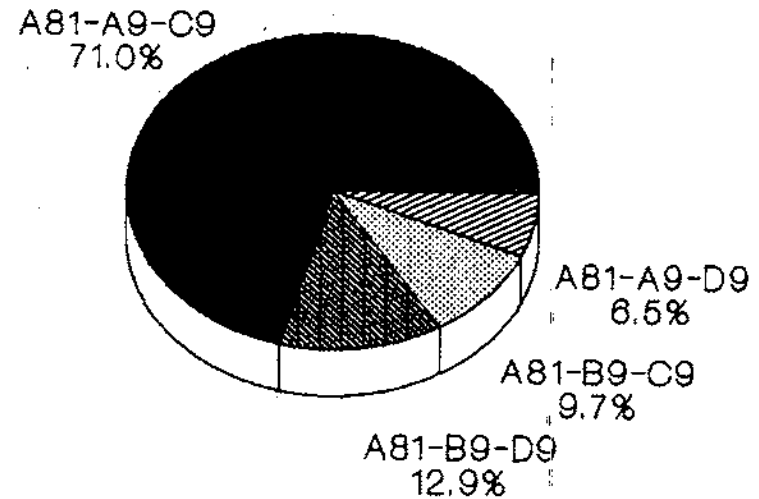
ΔΕΝ ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ: 184 ασθενείς από τους 354 δεν αναφέρουν ασθένεια.

# CA

## ATHENIES-KAPNISMA-DIATROFH N:1



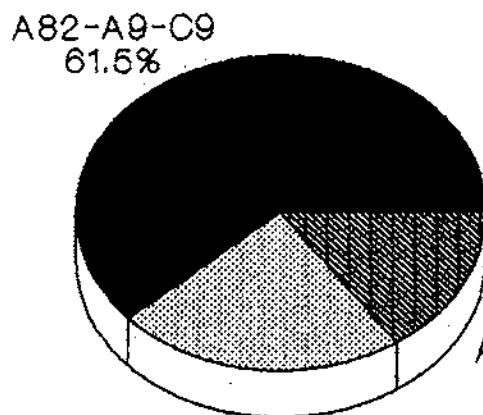
GASTREKTOMH



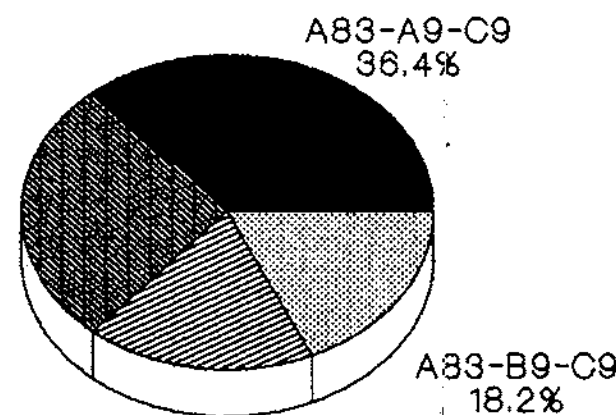
ELKOS

# CA

## ATHENIES-KAPNISMA-DIATROFH N:2



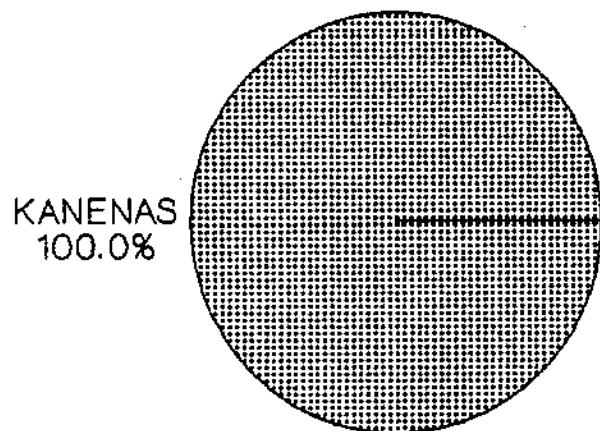
GASTRORAGIA



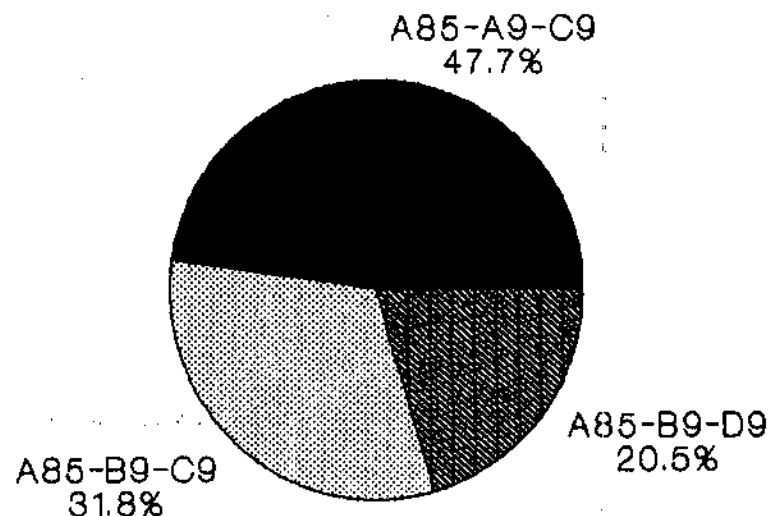
GASTRITIDA

# CA

## ATHENIES-KAPNISMA-DIATROFH N:3



POLYPODES

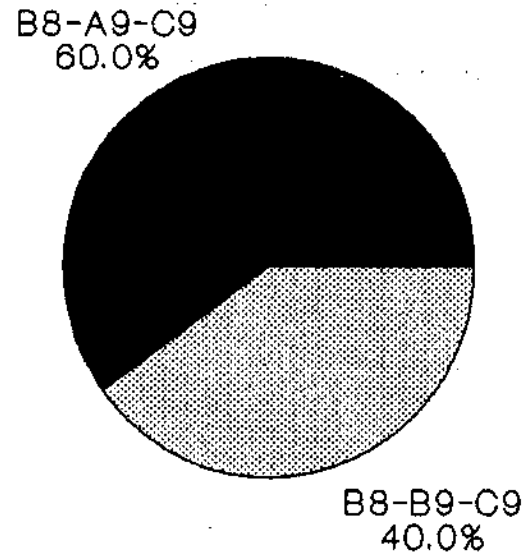


SK/EKTOMH

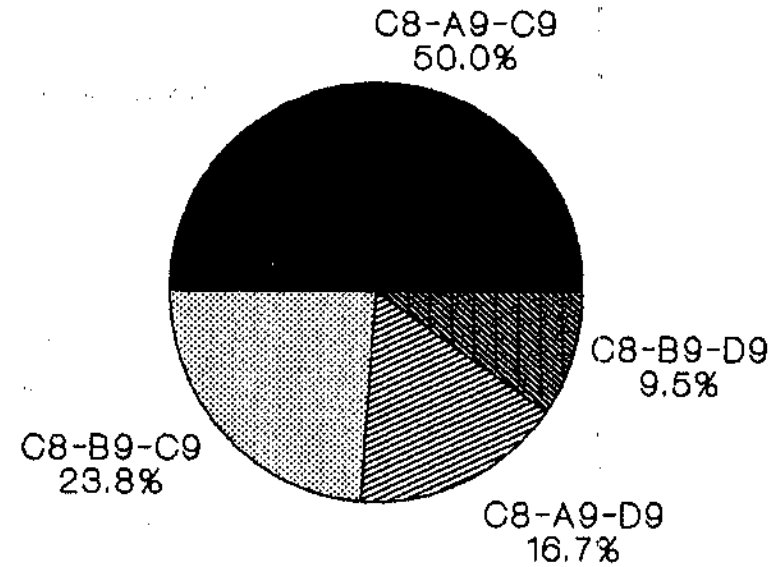
IOANNOY-KARLH

# CA

## ATHENIES-KAPNISMA-DIATROFH N:4



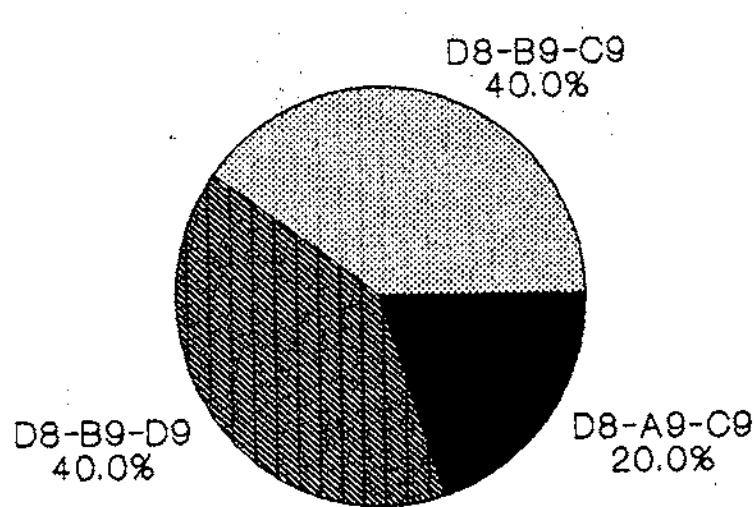
KYKLOFORIAKO



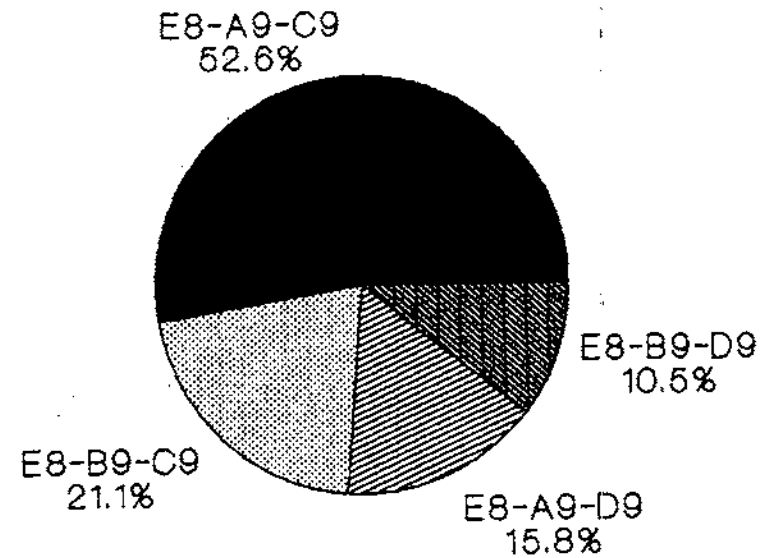
ANAPNEYSTIKO

# CA

## ATHENIES-KAPNISMA-DIATROFH N:5



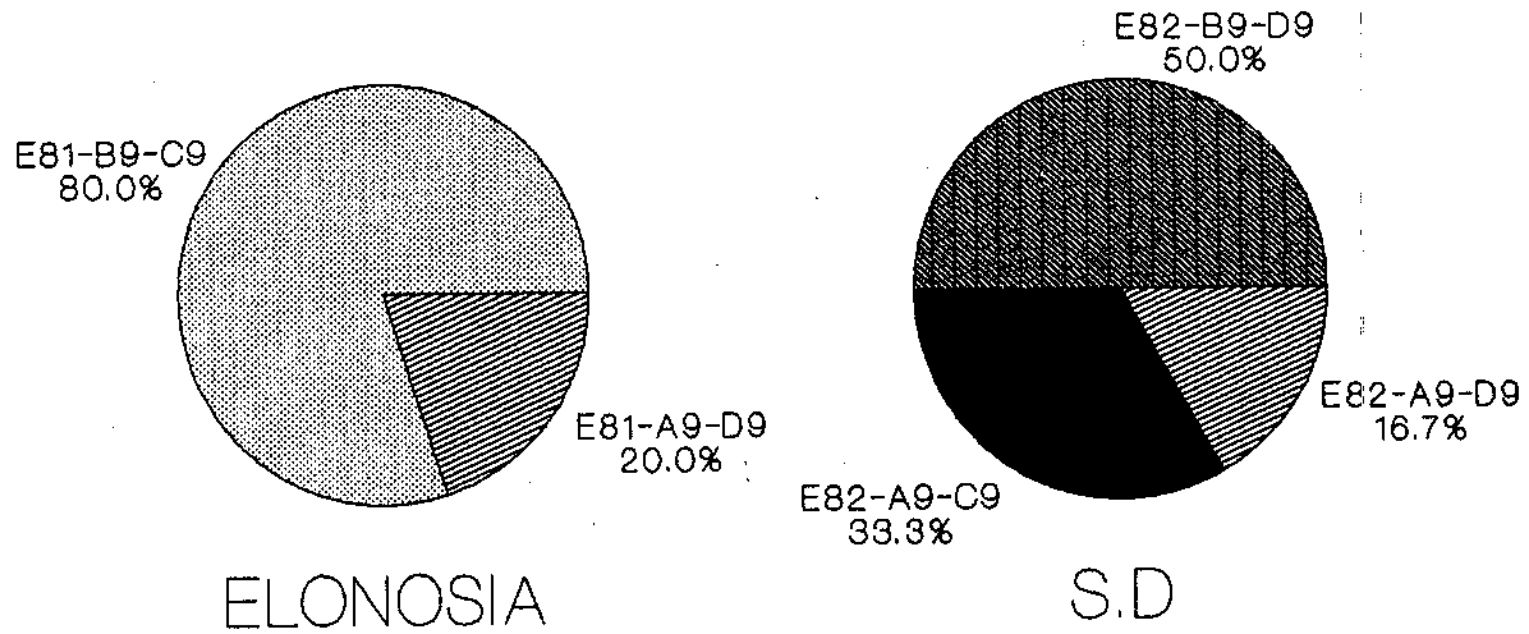
GENETIKO



OYROPOIHTIKO

# CA

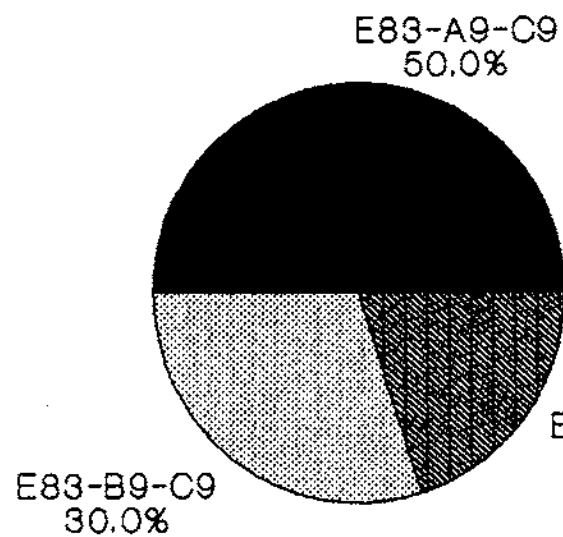
## ATHENIES-KAPNISMA-DIATROFH N:6



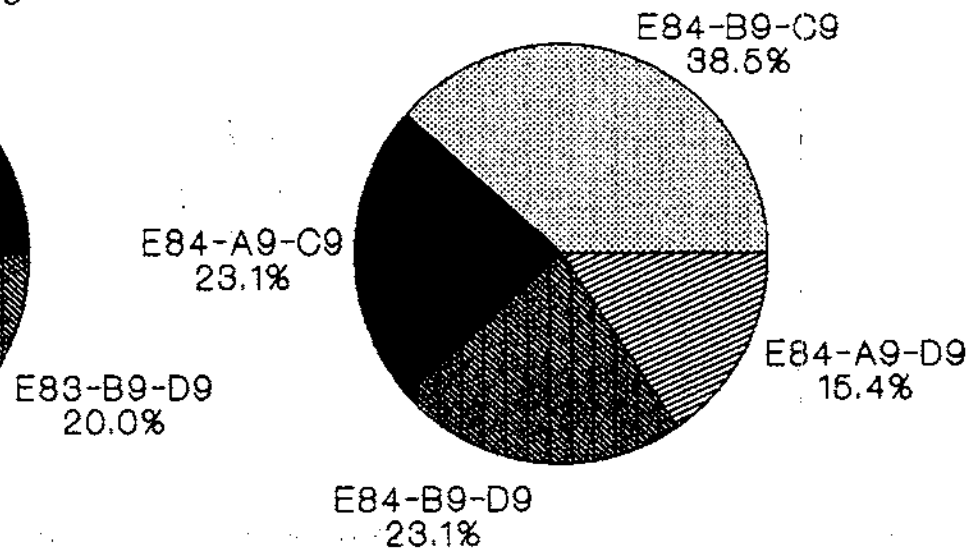


# CA

## ATHENIES-KAPNISMA-DIATROFH N:7



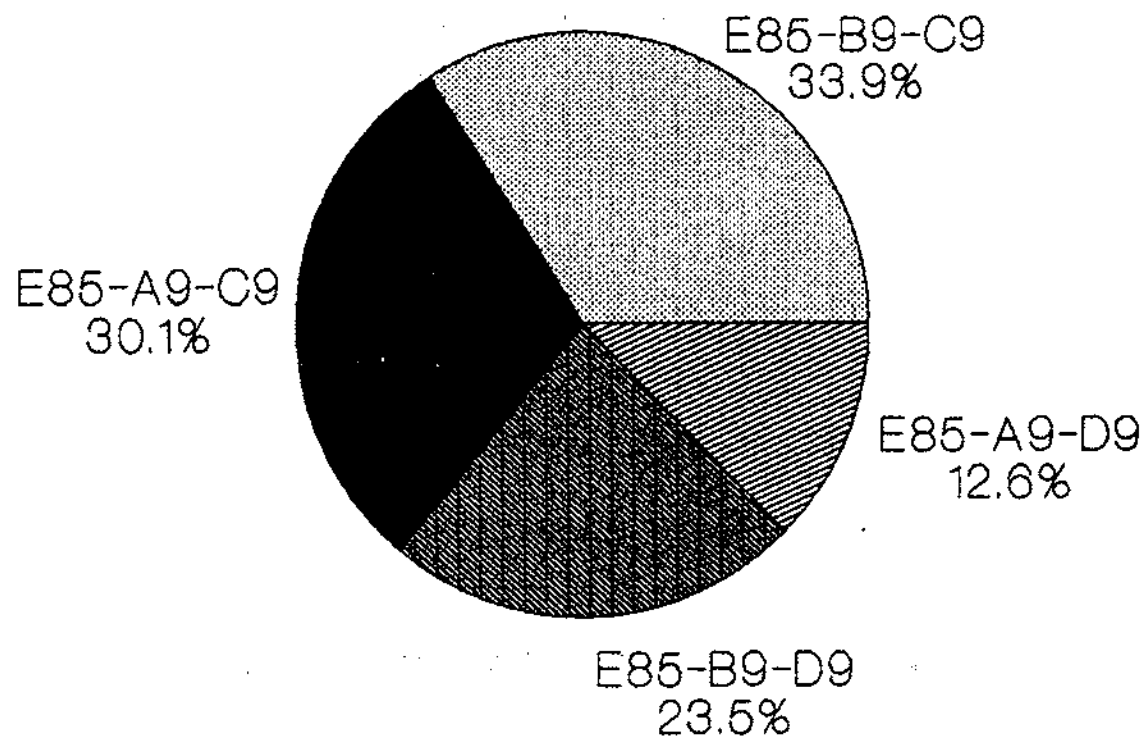
YPERTASH



ANAIMIA

# CA

## ATHENIES-KAPNISMA-DIATROFH N:8



DEN ANAFERETAI

13.- Σ Υ Ζ Η Τ Η Σ Η

Ο καρκίνος στομάχου αποτελεί ένα από τα συχνότερα νεοπλασμάτα στον άνθρωπο, με μιά υπεροχή στους άνδρες σε σχέση προς τις γυναίκες (βιβλίο)<sup>39</sup>. Στο υλικό μας, οι άνδρες ήταν 196 και οι γυναίκες 158. Δηλαδή έχουμε σχέση ανδρών γυναικών 1,2:1.

Η μέση ηλικία με 59,5 έτη στη παρούσα μελέτη με μεγαλύτερη συχνότητα ηλικιών 60-69 έτη, ήταν παρόμοια αυτής άλλων συγγραφέων 68, 69.

Έτσι, πιο συγκεκριμένα στην δική μας μελέτη παρατηρούμε εμφάνιση καρκίνου στομάχου και στις μικρότερες ηλικίες, δηλ. από τους 354 πάσχοντες οι 2 ανήκαν στην ηλικία 20-29 και οι 13 στην ηλικία 30-39, ενώ σε κάθε δεκαετία βλέπουμε μιά σημαντική αύξηση του καρκίνου έως την ηλικία περίπου των 70 ετών.

Από αυτήν την ηλικία και άνω παρατηρούμε μιά σημαντική μείωση της εμφάνισης της νόσου και αυτό γιατί αν δεχτούμε ότι το προσδοκίμο όριο επιβίωσης γενικά είναι τα 80 έτη λίγα άτομα έγγιζαν αυτό το όριο με συνεπεία τη μείωση της εμφάνισης του καρκίνου του στομάχου σ' αυτό το φάσμα ηλικιών και ιδιαίτερα στις ηλικίες μετά τα 80 έτη.<sup>5, 18</sup>

Θεωρείται άξιο λόγου και το γεγονός ότι στις μικρότερες ηλικίες η αναλογία του γαστρικού καρκίνου στους άνδρες και στις γυναίκες είναι περίπου στα ίδια επίπεδα, ενώ με την πάροδο του χρόνου αυξάνει σημαντικά. Η μεγαλύτερη αύξηση όπως έχει σημειωθεί γίνεται στους άνδρες.<sup>2</sup>

Η εμφάνιση του καρκίνου του στομάχου ανάλογα με το τόπο διαμονής, παρουσιάζει ορισμένες διαφορές. Οι διαφορές αυτές περισσότερο εμφανίζονται μεταξύ αγροτικών και αστικών περιοχών. Βέβαια αυτό δεν θεωρείται σημαντικό δεδομένο. Το βασικό

μειονέκτημα του διαχωρισμού αυτού, είναι οι συχνές μετακινήσεις αγροτικού πληθυσμού στα μεγάλα αστικά κέντρα, με αποτέλεσμα την ενσωμάτωση του από τον αστικό ή ημιαστικό πληθυσμό. Αντίθετα, σημαντικές, θεωρούνται οι διαφορές συχνότητας του γαστρικού καρκίνου, που παρατηρούνται σε σχέση με το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο των ασθενών. Οι χαμηλότερες βιοτικά τάξεις εμφανίζουν 2,5 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο νοσήσεως από γαστρικό καρκίνο.<sup>18,31</sup>

Ασαφής φαίνεται η σχέση μεταξύ επαγγελματικής απασχόλησης και γαστρικού καρκίνου. Πάντως έχει υποστηριχθεί ότι συχνότερα προσβάλλονται άτομα που ασκούν φυσική δύναμη όπως αγρότες, μεταλλωρύχοι, λατόμοι κ.λ.π.<sup>5,6</sup> Στην παρούσα μελέτη παρατηρούμε ένα αυξημένο ποσοστό νοσήσεως στα άτομα που ασκούν χειρωνακτική εργασία (Αγρότες-Εργάτες). Δηλαδή έχουμε 95 άτομα, σε σύνολο 354 ατόμων, ποσοστό 26,8%.

Ως προς την οικογενειακή κατάσταση παρατηρούμε αυξημένα ποσοστά στον έγγαμο πληθυσμό. Και αυτό πιθανόν συμβαίνει για δύο λόγους: 1) Λόγω αυξημένης συχνότητας της νόσου σε μεγάλες ηλικίες και 2) Λόγω των πολλών κοινωνικών, οικονομικών και ψυχολογικών προβλημάτων που αντιμετωπίζει σήμερα, μιά οικογένεια. Δηλαδή, στην εποχή μας, το άτομο ζει σ' ένα γοργό ρυθμό ζωής και βρίσκεται σε μία κατάσταση διαρκούς STRESS.

Τα μέλη, τώρα, οικογενειών που πάσχουν από καρκίνο του στομάχου, εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου. Δεν έχει, όμως, αποδειχθεί η ύπαρξη γεννητικών παραγόντων.<sup>5</sup>

Επίσης είναι αρκετά τεκμηριωμένο ότι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε υφολική γαστρεκτομή για καλοήθες έλκος, εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο να παρουσιάσουν καρκίνο του γαστρικού κολοβάματος, μετά την πάροδο πολλών ετών, από την χειρουργική επέμβαση.

Πιο συγκεκριμένα, το χρονικών διάστημα που παρεμβάλλεται από την πρώτη εγχείρηση μέχρι την εμφάνιση του καρκίνου, στο γαστρικό κολόβωμα ποικίλει στις διάφορες στατιστικές από 8 έως 35 χρόνια. Ο κίνδυνος αναπτύξεως καρκίνου στο γαστρικό κολόβωμα είναι 8πλάσιος απ'ότι στον κοινό πληθυσμό και αυξάνει με την ηλικία.<sup>9,19</sup>

Είναι ερώτημα, αν η παλιά άποψη της καρκινοματώδους εξαλλαγής, ενός καλοήθους γαστρικού έλκους ισχύει και αν πραγματικά ισχύει, είναι ερώτημα σε τι ποσοστό εμφανίζεται αυτή. Φαίνεται ότι στο μεγαλύτερο ποσοστό ένα γαστρικό έλκος είναι, είτε από την αρχή καλοήθες και θα παραμείνει τέτοιο, ή είναι κακόηθες και ότι η πιθανότητα εξαλλαγής, εάν υπάρχει, είναι πάρα πολύ μικρή. Έρευνες που έχουν γίνει αναφέρουν χαμηλό δείκτη αναπτύξεως γαστρικού καρκίνου, σε ελκοπαθείς ασθενείς, που αντιμετωπίσθηκαν συντηρητικά και απουσία ιστορικού γαστρικού έλκους, σε ασθενείς με γαστρικό καρκίνωμα.<sup>8</sup>

Υπάρχει επίσης η άποψη ότι η ανεύρεση κατά καιρούς και σε μικρό ποσοστό καρκινικών κυττάρων στην παρυφή ενός προϋπάρχοντος καλοήθους γαστρικού έλκους, δεν πρέπει να ερμηνεύεται πάντα σαν εξαλλαγή του έλκους, γιατί είναι πιθανό να πρόκειται για συμπτωματική ανάπτυξη καρκίνου, στην περιφέρεια ενός καλοήθους έλκους που προϋπήρχε.

Συμπερασματικά ο ρόλος του χρόνιου γαστρικού έλκους σαν προκαρκινοματώδους παράγοντα, στη γαστρική καρκινογένεση, αμφισβητείται και το γαστρικό έλκος φαίνεται ότι αποτελεί, σπάνια το προστάδιο του γαστρικού καρκίνου.<sup>13</sup>

Είναι στατιστικά αποδεδειγμένο, ότι ασθενείς με ατροφική γαστρίτιδα, αναπτύσσουν συχνά γαστρικό καρκίνωμα.<sup>70</sup>

Η εντερική μετάπλαση, η οποία συχνά συνοδεύει την ατροφική γαστρίτιδα φαίνεται να αποτελεί τον προδιαθεσικό παράγοντα και το έδαφος, πάνω στο οποίο αναπτύσσεται το γαστρικό καρκίνωμα.<sup>71</sup>

Οι γαστρικοί πολύποδες ανήκουν και αυτοί στην κατηγορία με τις προκαρκινωματώδεις βλάβες του στομάχου.

Η κακοήθης εξαλλαγή τους έχει σαφή σχέση με τον ιστολογικό τους τύπο και με το μέγεθός τους.

Από τους πολύποδες οι αδενωματώδεις, είναι αυτοί που θεωρούνται, κυρίως πρόδρομοι του γαστρικού καρκίνου, με ποσοστό εξαλλαγής που φτάνει το 40%. Ενώ σχετικά με το μέγεθός τους, πολύποδες διαμέτρου μεγαλύτερης από 2 CM, έχουν μεγάλο κίνδυνο κακοήθους εξαλλαγής, χωρίς να αποκλείεται η ανάπτυξη γαστρικού καρκινώματος και σε μικρού μεγέθους πολύποδα.<sup>3,69</sup>

Υπάρχει στατιστική και ιστολογική μαρτυρία, ότι ασθενείς με κακοήθη αναιμία ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου, ως προς την εμφάνιση γαστρικού καρκινώματος. Αδενωματώδεις πολύποδες και καρκινώματα του στομάχου είναι τρεις έως τέσσερις φορές συχνότερα σε ασθενείς με κακοήθη αναιμία, παρά στο γενικό πληθυσμό.

Ο προκαρκινωματώδης ρόλος της κακοήθους αναιμίας, θεωρείται πολύ μικρός γιατί η νόσος δεν είναι συχνή. Βέβαια, κι αν υπάρχει δεν φαίνεται, να αποτελεί πρόβλημα σήμερα, αφού η αντιμετώπιση της με βιταμίνη B<sub>12</sub>, προλαμβάνει την ανάπτυξη καρκίνου.<sup>8,24</sup>

Στη δική μας μελέτη εξετάστηκαν όλα τα συστήματα, αν και δεν αξιολογούνται σαν αιτιολογικοί παράγοντες, στον καρκίνο του στομάχου εκτός των παθήσεων του πεπτικού συστήματος που αναφέρθηκαν πιο πάνω.

Ειδικότερα από τους 354 ασθενείς, οι 118 παρουσίαζαν προβλήματα με το πεπτικό, ποσοστό 33,4%.

Άξια προσοχής, είναι η περίπτωση 13 ασθενών με αναιμία, ποσοστό 3,7% χωρίς όμως να προσδιορίζεται το είδος της αναιμίας.

Αφ'ότου διαπιστώθηκε η σχέση του καπνίσματος με το καρκίνο του οισοφάγου, θεωρήθηκε σκόπιμη μελέτη της σχέσεως καπνού και γαστρικού καρκινώματος. Τα αποτελέσματα αυτών των μελετών είναι αμφίβολα.

Πολλοί υποστηρίζουν, ότι η γαστρική καρκινογένεση σχετίζεται με τη διάρκεια του καπνίσματος και τη ποσότητα του καπνού. Για το αλκοόλ δεν υφάρχει σαφή ένδειξη ότι, ασκεί καρκινογόνο δράση.<sup>11,72.</sup>

Πιο αναλυτικά, δεν υπάρχουν πειραματικές αποδείξεις, που να ενοχοποιούν για καρκινογόνο δράση τη καθαρή αλκοόλη, που παρασκευάζεται με φυσικές μεθόδους (αλκοολική, ζύμωση). Για τη συνθετική αλκοόλη υπάρχουν, ορισμένες υποψίες για μία κάποια κυτταροτοξικότητα που πιθανόν να οφείλεται στις διάφορες άλλες ουσίες, που παραμένουν έστω και σε ίχνη, ανάλογα με τη μέθοδο παρασκευής (καταλύτες, βενζόλιο κ.λ.π.).<sup>12</sup>

Αν και η φυσική αιθανόλη, αυτή καθ'αυτή θεωρείται αθώα από άποψη καρκινογένεσης, μερικά αλκοολούχα ποτά, που οπωσδήποτε περιέχουν κι άλλες ουσίες, πιστεύεται, ότι έχουν κάποια συμμετοχή στην εμφάνιση του καρκίνου, δρώντας είτε μόνα τους, είτε συνεργιστικά. Υπενθυμίζεται, ότι η μπύρα και ιδιαίτερα η μαύρη, περιέχει τις γνωστές καρκινογόνες ενώσεις νιτροζαμίνες.<sup>72</sup>

Όσον αφορά τώρα τη περίπτωση συνεργείας καπνού αλκοόλης, υποστηρίζεται ότι η καρκινογόνος δράση του καπνού γίνεται πιο

έντονη με την έλλειψη ορισμένων συστατικών των τροφών όπως π.χ. βιταμίνης Β. Η έλλειψη αυτή, χαρακτηρίζει τους περισσότερους αλκοολικούς και γενικά όσους καταναλώνουν, συχνά, οινοπνευματώδη ποτά με μεγάλη περιεκτικότητα αλκοόλης. Ακόμη πιο έντονη, είναι η έλλειψη της βιταμίνης αυτής, όταν τα αλκοολικά άτομα ανήκουν σε κατώτερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα.<sup>11</sup>

Επίσης, οι πότες συνήθως τρέφονται κατά διαφορετικό τρόπο από τον άλλον πληθυσμό. Χρησιμοποιούν ερεθιστικές (πικάντικες) τροφές, συχνά δε παρουσιάζουν υποθρεψία.<sup>2</sup>

Στην έρευνά μας τα αποτελέσματα που πήραμε από τους 354 ασθενείς με γαστρικό καρκίνο σχετικά με το κάπνισμα και το οινόπνευμα, δίνονται στα διαγράμματα 8 και 10 αντίστοιχα. Ένας συσχετισμός αυτών δίνεται στο διάγραμμα 20.

Η διατροφή θεωρείται ο κυριότερος παράγοντας της γαστρικής καρκινογένεσης και ο ρόλος των προσλαμβανομένων τροφών εξακολουθεί να βρίσκεται στη κορυφή του επιδημιολογικού ενδιαφέροντος. Ενοχοποιήθηκε το ρύζι και οι αλατισμένες τροφές στην Ιαπωνία, οι τηγανιτές τροφές στην Ουαλία, τα καρυκεύσματα στην Ινδουησία, οι πατάτες στη Γιουγκοσλαβία, τα καπνιστά φάρια στην Φιλανδία και Ισλανδία, καθώς και οι αμυλώδεις τροφές. Για το ρύζι που αποτελεί το κύριο είδος τροφής των Ιαπώνων, μελετάται πιθανότατα, ο αμίαντος να αποτελεί τον υπεύθυνο καρκινογόνο παράγοντα σε παρόμοιες με τον αμίαντο, γνωστής καρκινογόνου ουσίας, βρέθηκαν σε ρύζι επεξεργασμένο στην Ιαπωνία, και σε περιεκτικότητα  $1,1 \times 10,4$  ανά γραμμάριο αποξηραμένου μαγειρεμένου παρασκευάσματος.<sup>6</sup>

Η υπόθεση αυτή είναι ενδιαφέρουσα αλλά δεν εξηγεί την υψηλή συχνότητα του καρκίνου σε χώρες με διαφορετικές διαιτητικές συνήθειες. Η ενοχοποίηση των καπνιστών τροφών που αποτε-



λούν βασικό στοιχείο διατροφής, στην Ισλανδία και Φιλανδία, σχετίζεται με τη παρουσία φαινόλης, δευτερογενούς καρκινογόνου, που βρίσκεται στο καπνό, την αιθάλη και την πίσσα, όπως επίσης και στα πόσιμα νερά της βροχής που συλλέγονται σε δεξαμενές επιστρωμένες με πίσσα. Ακόμα, βρέθηκε σχέση του γαστρικού καρκίνου με την κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων αλατισμένων φαριών και λαχανικών.<sup>73</sup>

Στα τηγανιτά λίπη που χρησιμοποιούνται, παρατηρήθηκε έλλειψη βιταμινών Α και C λόγω σχηματισμού από την επανειλημμένη χρήση, αντιβιταμίνης Α, που πιθανό να συμβάλλει στην ανάπτυξη του γαστρικού καρκίνου.

Αντίθετα με ότι συμβαίνει με τη πρόσληψη λίπους, η οποία ακόμα δεν έχει ενοχοποιηθεί, ή αμυλώδεις τροφές αποτελούσαν τη κύρια πηγή διατροφής των ατόμων, σε περιοχές με υψηλή συχνότητα γαστρικού καρκίνου. Εκτός από είδη διατροφής που ενοχοποιούνται για πιθανή καρκινογόνο δράση, αναφέρονται και άλλα που δρουν προστατευτικά. Το ρόλο αυτό φαίνεται να παίζουν οι ζωϊκές πρωτεΐνες. Είναι χαρακτηριστική η διαφορά της προσλαμβανόμενης ημερήσιας ποσότητας πρωτεϊνών στα διάφορα κράτη. Στις Η.Π.Α. υπολογίζεται σε 64,2 γρ. ενώ στην Ιαπωνία σε 16,9 γρ. Στην Ελλάδα, οι GREGOR και συν. (1967) ορίζουν την ποσότητα των ζωϊκών πρωτεϊνών ημερησίως σε 30,6 γρ., ποσότητα που σαφώς πρέπει να έχει αυξηθεί την τελευταία δεκαετία.<sup>73</sup> Ευεργετική επίσης θεωρείται η διατροφή με ωπά φρούτα (κίτρα κυρίως) και λαχανικά. Μεταξύ των τελευταίων το μαρούλι πιστεύεται ότι ασκεί τη μεγαλύτερη προστατευτική επίδραση. Αντίθετα, το λάχανο ενοχοποιήθηκε για καρκινογόνο δράση. Η σχέση μεταξύ διατροφής πτωχής σε λαχανικά και γαστρικού καρκινώματος αφορά κυρίως το διάχυτο τύπο. Κατά το MULLIGAN (1972) η ήδη αναφερ-

θείσα σημαντική μείωση της συχνότητας του Γ.Κ. στις Η.Π.Α. ακολούθησε μεγάλες διαιτητικές μεταβολές του πληθυσμού, η διατροφή του οποίου εμπλουτίστηκε με ζωϊκές πρωτεΐνες, νωπά φρούτα και λαχανικά (με αύξηση του μαρουλιού και ελάττωση του λάχανου). Απτίθετα περιορίστηκαν οι αμυλώδεις τροφές. Στις διαιτητικές μεταβολές περιλαμβάνεται και η αύξηση των προσλαμβανομένων μεθυλιωμένων πουρινών (π.χ. καφεΐνη) που βρίσκονται στον καφέ, το τσάϊ και τα αναψυκτικά τύπου COCA COLA. Η προστατευτική δράση των τελευταίων αυτών ουσιών αμφισβητείται. Τέλος, καρκινογόνο δράση στο γαστρικό βλεννογόνο έχουν ουσίες μυκητιασικής προελεύσεως όπως η αφλατοξίνη η οποία προέρχεται από το μύκητα *ASPERGILLUS FLAVEUS* και η ελαϊμοσίνη που είναι μεταβολίτης του μικροοργανισμού του εδάφους *STREPTOMYCES HEPATICUS*. Η τελευταία μολύνει πιθανώς τις τροφές μετατρέπόμενη σε παράγοντα προκλήσεως Γ.Κ. στον άνθρωπο.

Πολλοί υποστήριξαν την άποψη ότι η ανάπτυξη του Γ.Κ. στον άνθρωπο έχει σχέση με τη νιτροποίηση *IN VIVO*, στοστόμαχο, ουσιών και την παραγωγή αλκυλνιτροζαμιδών. Την ίδια άποψη υποστήριξε και ο MIRVISH (1971) ο οποίος απόδειξε ότι οι νιτροζαμίνες που ανήκουν μαζί με τα νιτρικά σε δυνητική κατηγορία *IN VIVO* καρκινογόνων, δυνατόν να σχηματισθούν ενδογαστρικά και να οδηγήσουν στην ανάπτυξη Γ.Κ. Οι νιτροζαμίνες είναι προϊόν χημικής αντιδράσεως των αλκυλαμιδών με νιτρικά. Η αντίδραση αυτή είναι δυνατόν να λάβει χώρα *IN VIVO* γιατί οι μεν αλκυλαμίδες βρίσκονται στο βοδινό κρέας και τα φάρια, τα δε νιτρικά προέρχονται από αναγωγή οβλαβών νιτρωδών. Τα τελευταία περιέχονται στο πόσιμο νερό, στις βιομηχανοποιημένες τροφές (χοιρινό, φάρια) όπου προστίθενται σαν συντηρητικές ουσίες

εναντίον των σπόρων του *CLOSTRIDIUM BOTULINUM* και στα αγροτικά προϊόντα. Στα τελευταία προέρχονται από τα λιπάσματα ή το έδαφος.<sup>11</sup> Σε μελέτες που έγιναν στη Χιλή βρέθηκε μεγαλύτερη συχνότητα Γ.Κ. σε αγροτικές περιοχές που χρησιμοποιούσαν νιτρικό νάτριο σαν λίπασμα και ανιχνεύθηκαν νιτρώδη στο νερό και τα λαχανικά. Η αναγωγική αντίδραση των νιτρωδών σε νιτρικά αδρανοποιείται από τη χαμηλή θερμοκρασία (2-4°C) καθώς επίσης και από την παρουσία ασκορβικού οξέως το οποίο ουδετεροποιεί ή καταστρέφει τις σχηματιζόμενες ή ήδη υπάρχουσες ποσότητες νιτρικών αντιδρώντας χημικά μαζί τους. Νιτρικά παράγονται επίσης από νιτρώδη σε τροφές που φυλάσσονται σε θερμοκρασία δωματίου από βακτηριδιακή μετατροπή. Συνεπώς, η φύξη των τροφών σε χαμηλή θερμοκρασία (2-4°C), η λήψη μεγάλων ποσοτήτων ασκορβικού οξέος και η ελάττωση των νιτρωδών από τα συντηρητικά των τροφών και από τα λιπάσματα θα συντελέσει στην ελάττωση των καρκινογόνων ουσιών που προέρχονται από τη διατροφή.<sup>12,72</sup>

Είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι από όλους τους παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση του καρκίνου, η διατροφή παίζει το σπουδαιότερο ρόλο και υπολογίζεται, ότι το 40% των καρκίνων σχετίζονται μ'αυτή.

Ο γνωστός αμερικανός επιδημιολόγος RICHARD DOLL κατέληξε στο, ότι η διατροφή είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας (35%), περισσότερο ένοχος και απ'αυτό το κάπνισμα (30%). Αν προστεθεί, ακόμα το ποσοστό θανάτω που έχει ως αιτία τα οίνοπνευματώδη (3%) και τις πρόσθετες ουσίες τροφίμων, τα οποία ως σημειωθεί είναι πολύ χαμηλή (0,5%), γίνεται αντιληπτό ότι ένας μεγάλος αριθμός καρκίνων, θα μπορούσε να αποφευχθεί με κατάλληλες αλλαγές στο τρόπο και στις συνήθειες διατροφής του ανθρώπου.<sup>75</sup>

Αν αναφερθούμε τώρα στα αποτελέσματα της έρευνας μας, θα δούμε, ότι από τους 354 ασθενείς, 236 είχαν ελεύθερη διατροφή, ποσοστό 66,7%.

Όσον αφορά το συσχετισμό οίνοπνευμαφδιατροφή, οι 117 ασθενείς είχαν ελεύθερη διατροφή και καταλάωναν μέτρια ως υψηλή ποσότητα οίνοπνεύματος, ποσοστό 39%.

Τέλος στο διάγραμμα 18, όπου συσχετίζουμε τη κληρονομικότητα, τη διατροφή και την ηλικία, έχουμε ότι, από τα 13 άτομα στην ηλικία 30-39 ετών, τα 10 είχαν ελεύθερη διατροφή, ποσοστό 76,9% ενώ και τα 2 άτομα της ηλικίας 20-29 είχαν ελεύθερη διατροφή.

Στις ηλικίες 40-49 και 50-59 οι 8 και οι 47, σ'ένα αριθμό 29 και 58 αντίστοιχα είχαν ελεύθερη διατροφή. Τώρα από τα 126 άτομα της ηλικίας 60-69 τα 80 είχαν ελεύθερη διατροφή, ποσοστό 22,6%.

Εκτός, από τις επικίνδυνες ουσίες που περιέχονται στα τρόφιμα, υπάρχουν και άλλες τοξικές ενώσεις, οι οποίες αποτελούν τα δραστικά συστατικά ορισμένων φαρμάκων. Πολλοί επιδημιολόγοι, αντιμετωπίζουν ως σοβαρότερα τα προβλήματα που δημιουργούνται από τη χρήση των φαρμάκων, παρά αυτά που προκύπτουν από τη χρήση άλλων ουσιών π.χ. (πρόσθετα τροφίμων), γιατί τα φάρμακα καταναλώνονται σε πολύ μεγάλες ποσότητες, συχνά δε για μεγάλα χρονικά διαστήματα. Οι καρκίνοι αυτοί που πηγάζουν από τη χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων, υπάγονται στη κατηγορία των Ιατρογενών καρκίνων.

Το πρόβλημα των ιατρογενών καρκίνων παρουσιάζεται ιδιαίτερα έντονο στην κατηγορία των αντικαρκινικών φαρμάκων.

Από τα αντικαρκινικά φάρμακα οι αλκυλιούντες παράγοντες: αζωθυπερίτις, κυκλοφωσφαρίδιο, μπουσουλφάν και άλλοι, που χρη-

σιμοποιούνται πολύ συχνά, έχουν παρουσιάσει μεταλλαξιογόνες και καρκινογόνες ικανότητες.

Από τα αντιβιοτικά που χρησιμοποιούνται στη χημειοθεραπεία του καρκίνου ή ανδριαμυκίνη, ή μυτομυκίνη C ή ακτινομυκίνη D και άλλα έχουν και αυτά δείξει, μεταλλαξιογόνες και καρκινογόνες ιδιότητες, ενώ η μπλεομυκίνη βρέθηκε καρκινογόνος αλλά όχι μεταλλαξιογόνος σε βακτηρία σαλμονέλα.

Θα πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι, όπως και σε άλλες περιπτώσεις, και στα φάρμακα θα πρέπει να γίνεται ανάλυση των ωφελειών.

Θα πρέπει να γίνεται ανάλυση των ωφελειών που προκύπτουν από τη χρήση των διαφόρων σκευασμάτων, σε σύγκριση με τους πιθανούς κινδύνους που προκύπτουν από το συγκεκριμένο φάρμακο. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η χρήση του φαρμάκου ISONIARID, το οποίο θεωρείται το καλύτερο ίσως μέσο για τη καταπολέμηση της φυματίωσης. Το φάρμακο αυτό έχει προκαλέσει κρκίνο των πνευμόνων σε ποντικούς.<sup>73</sup>

Μιά αναφορά, τώρα στη δική μας μελέτη μας δείχνει ότι οι 154 ασθενείς έπαιρναν κάποιο είδος φαρμάκου, ενώ οι 200 αν έπαιρναν, ποσοστά 43,5 και 56,5 αντίστοιχα. Επίσης από το συσχετισμό των παραγόντων, κάπνισμα-οινόπνευμα και φάρμακα, που μας δίνεται στο διάγραμμα 21, έχουμε ότι 84 ασθενείς δεν κάπνιζαν, δεν έπαιρναν φάρμακα, κατανάλωναν μικρή ποσότητα οινοπνεύματος, ποσοστό 23,7%, ενώ 87 ασθενείς και κάπνιζαν και έπαιρναν φάρμακα σε ποσοστό 24,6% και 38 ασθενείς κάπνιζαν, έπαιρναν φάρμακα και κατανάλωναν μέτρια ως υψηλή ποσότητα οινοπνεύματος.

14.-ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΑ ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Όπως αναφέρθηκε, στις τροφές μας εμφανίζονται-ότι πολύ συχνά βέβαια- ενώσεις που θεωρούνται ύποπτες για καρκινογόνο δράση ή δρουν συνεργιστικά με διάφορα καρκινογόνα.

Μπορούμε επομένως, με μερικές τροποποιήσεις στο διαιτολόγιό μας, να αποφύγουμε εκείνες τις τροφές οι οποίες πιστεύεται ότι περιέχουν -είτε απο τη φύση είτε από τις διάφορες κατεργασίες που υφίστανται- πιθανές καρκινογόνες ουσίες. Παράλληλα πρέπει να φροντίζουμε να καταναλώνουμε τρόφιμα που περιέχουν τα συστατικά εκείνα, τα οποία βοηθούν στην άμυνα του οργανισμού εναντίον του καρκίνου.

Ας δούμε, όμως, τι τελικά πρέπει να προσέχουμε στη διατροφή μας. Σε παρένθεση σημειώνονται οι συχνότεροι τύποι καρκίνου που πιστεύεται ότι ευνοούνται από τη μη τήρηση του κανόνα.

Κατ' αρχήν πρέπει να αποφεύγουμε το κάπνισμα (Ca πνεύμονα, στόματος, λάρυγγα, οισοφάγου, στομάχου, ουροδόχου κύστης) και την παραμονή σε χώρους με άτομα που καπνίζουν, γιατί στον καπνό του τσιγάρου που καίγεται ελεύθερα, περιέχονται υψηλά ποσοστά νιτροζαμινών (ουσίες υπεύθυνες για την εμφάνιση πολλών μορφών καρκίνου, π.χ. του στομάχου).

Επίσης πρέπει να αποφεύγουμε τη συχνή χρήση δυνατών αλκοολούχων ποτών, τα οποία είτε μόνα, είτε όταν συνδυάζονται με το κάπνισμα προκαλούν την εμφάνιση κάποιας μορφής Ca του γαστρεντερικού σωλήνα.

Διατροφή πλούσια σε άμυλο και συγχρόνως φτωχή σε φρέσκα φρούτα και λαχανικά (βιταμίνη C) έχει ως συνέπεια αυξημένη συχνότητα Ca στομάχου. Πρέπει λοιπόν να προσέχουμε ώστε η διαίτά μας να περιλαμβάνει άφθονα λαχανικά και φρούτα.

Το διαιτολόγιό μας, πρέπει, επίσης να περιέχει πολλές φυτιρούχες και κυτταρινούχες τροφές και λιγότερα λίπη και χοληστερόλη (Σα παχέως εντέρου, Σα στομάχου, Σα μαστού). Ας έχουμε υπόψη ότι η παχυσαρκία είναι υπεύθυνη για πολλές μορφές καρκίνου.

Λιόμα διάφορα έληκη και πολύποδες πρέπει επίσης να θεραπεύονται με εγχείρηση ή άλλη αγωγή (Σα στομάχου, Σα παχέως εντέρου).

Θα πρέπει να αποφεύγεται η κατανάλωση του φυτού PTERIS AQUILINA και φυτών της οικογένειας CYCADACEAE γιατί περιέχουν τις καρκινογόνες ενώσεις σικιμικό οξύ και συκασίνη, αντίστοιχα. Τα φυτά όμως αυτά απαντούν, συνήθως μόνο στο διαιτολόγιο των Ιαπώνων και μερικών Ιθαγενών. Συνεπώς δεν χρειάζεται ιδιαίτερη φροντίδα για το δικό μας διαιτολόγιο. Αντίθετα, επειδή στα δικά μας φαγητά γίνεται χρήση πολλών καρυκευμάτων και επειδή τα αιθέρια έλαια μερικών από αυτά (μαύρο πιπέρι, μοσχοκάρυδο κ.λ.π.) περιέχουν την καρκινογόνο για τους αρουραίους σαφρόλη, καλό είναι να αποφεύγουμε την κατάχρηση καρυκευμάτων. Καλό είναι επίσης να αποφεύγουμε να τρώμε τον εξωτερικό φλοιό των βολβών (κρεμμύδι κ.λ.π.) γιατί περιέχει, όπως και η PTERIS AQUILINA και το σουμάκι, παράγωγα της φλαβόνης που έδειξαν μεταλλαξιογόνες ιδιότητες.

Οι ξηροί καρποί, το ρύζι, τα δημητριακά πρέπει να φυλάγονται σε ξηρό και όχι θερμό χώρο γιατί διαφορετικά, ευνοείται η ανάπτυξη του μύκητα ASPERGILLUS FLAVUS, που παράγει τις καρκινογόνες αφλατοξίνες. Ανάλογη δράση με τις αφλατοξίνες παρουσιάζουν όμως και προϊόντα μεταβολισμού άλλων μυκήτων, που βρίσκονται κυρίως σε δημητριακά υπερώριμα φρούτα και τυριά. Πρέπει λοιπόν να αποφεύγεται η κατανάλωση προϊόντων που εμφα-

νίζουν δείγματα μούχλας.

Κατά το τηγάνισμα ή φήσιμο των τροφών είδαμε ότι σχηματίζονται διάφορες επικίνδυνες ενώσεις όπως μηλονική αλδεύδη, πολυπυρηνικοί υδρογονάνθρακες κ.α. Η παρουσία τους είναι ιδιαίτερα αισθητή όταν το κρέας, το φάρι ή το ψωμί εμφανίζουν καμένα μέρη. Είναι λογικό να υποστηρίζει κανείς ότι το καμένο τρόφιμο περιέχει τοξικές ουσίες τη στιγμή που υπάρχουν πιά αποδείξεις για την καρκινογενετική ικανότητα της πίσσας τουτσιγάρου και γενικά των προϊόντων πυρόλυσης οργανικών ουσιών όπως αμινοξέων, σακχάρων, αμύλου κ.λ.π. Εκτός όμως από τα πολύ ξεροψημένα (μέχρι εμφάνισης καμένης επιφάνειας) παϊδάκια, κεφτεδάκια κ.α. φαγητά, που είναι ιδιαίτερα αρεστά στο ελληνικό τραπέζι, πρέπει να αποφεύγεται και το τσιγάρισμα των τροφών γιατί είναι πηγή δημιουργίας μεταλλαξιογόνων ενώσεων οι οποίες προέρχονται από την πυρόλυση ουσιών που υπάρχουν στο σκόρδο και το κρεμμύδι.

Στην περίπτωση των νιτρικών αλάτων από τα οποία προέρχονται οι καρκινογόνες νιτροζαμίνες (Οα ήπατος, οισοφάγου, στομάχου, νεφρών κ.α.) το θέμα είναι αρκετά πολύπλοκο. Τα νιτρικά άλατα δεν εμφανίζονται στα τρόφιμα μόνο με την προσθήκη τους ως συντηρητικά. Υπάρχουν σε διάφορα φυτικά προϊόντα ως φυσικά συστατικά τους, κυρίως όμως σχηματίζονται μέσα στον οργανισμό μας με την αναγωγή των νιτρικών αλάτων. Τα νιτρικά άλατα απαντούν σε αφθονία στα λαχανικά και τα φρούτα τα οποία ως γνωστό, είναι απαραίτητα για μία σωστή διατροφή. Έτσι η αποφυγή της κατανάλωσης συντηρημένων με νιτρικά άλατα προϊόντων ή μύρας, η οποία, όπως και ο καπνός του τσιγάρου, περιέχει νιτροζαμίνες δεν λύνει ολοκληρωτικά το πρόβλημα. Το μόνο που μπορεί να προταθεί είναι η σύγχρονη λήψη με τη διαίτά μας ικανοποιητικών ποσοτήτων βιταμινών και ιδιαίτερα της βιταμίνης C, που δρα κατά κάποιο τρόπο ανασταλτικά στον σχηματισμό



νιτροενώσεων και οπωσδήποτε να αποφεύγεται η κατάχρηση συντηρημένων (με νιτρώδη-νιτρικά) τροφίμων.

Το ίδιο πολύπλοκο είναι και το θέμα των προσθέτων τροφίμων. Χωρίς να σημαίνει ότι οι ουσίες που επιτρέπονται σήμερα ως πρόσθετα είναι επικίνδυνες, μπορούμε να υποστηρίξουμε την άποψη ότι τα τρόφιμα πρέπει να βρίσκονται πιά κοντά στη φυσική τους μορφή και να αποφεύγεται -κατά το δυνατόν- η χρήση χρωμάτων, αρωματικών ουσιών και πολλών βελτιωτικών, τόσο από τις βιομηχανίες τροφίμων όσο και από τους καταναλωτές.

Για τα φυτοφάρμακα, οι μεν καλλιεργητές πρέπει να εφαρμόζουν πιστά τις οδηγίες που αφορούν την ποσότητα του φαρμάκου και τον χρόνο της τελευταίας επέμβασης πριν από τη συγκομιδή, οι δε καταναλωτές να πλένουν καλά τα φρούτα και τα λαχανικά για να απομακρύνονται τυχόν υπολείματα των γεωργικών φαρμάκων.

Επίσης πρέπει να αποφεύγουμε την πολυφαρμακία. Η εισαγωγή στον οργανισμό μας φαρμάκων απ' αυτά που καθημερινά ανακαλύπτονται, μπορεί μελλοντικά να μας βλάψει. Καθημερινά διαπιστώνεται, ότι μέσα στα λίγα χρήσιμα φάρμακα παρεμβάλλονται και πολλά που αργά ή γρήγορα αποδεικνύονται καρκινογενετικά.

Όσον αφορά την παρουσία ορμονών στο κρέας, το Κράτος και οι Υπηρεσίες που ασχολούνται με τον έλεγχο των τροφίμων, πρέπει να φροντίζουν για την αυστηρή τήρηση των νόμων. Ανάλογη ευθύνη υφίσταται και στην περίπτωση της ρύπανσης του περιβάλλοντος με τοξικές ουσίες, κυρίως παραπροϊόντων της βιομηχανίας και υπολειμμάτων γεωργικών φαρμάκων.

Σχετικά με την περιορισμένη χρήση του καφέ, δηλ. 1-2 φλυτζάνια την ημέρα, δεν υπάρχουν σαφείς αποδείξεις ότι αυξάνει τον κίνδυνο δημιουργίας Ca. Με τα μέχρι σήμερα δεδομέ-

να λοιπόν συνίσταται απλώς να αποφεύγεται η μεγάλη κατανάλωση καφέ, η οποία άλλωστε αντενδείκνυται για άλλες παθήσεις, όπως νευρικές, καρδιακές κ.λ.π.

Επισημαίνεται ακόμη η "αντικαρκινική" δράση των βιταμινών Α και C και συνιστάται η άφθονη κατανάλωση γάλακτος, καρότων και άλλων προϊόντων που περιέχουν τη βιταμίνη Α ή την προβιταμίνη της (καροτένια), καθώς και εσπεριδοειδών, πιπεριών, χόρτων και γενικά φρέσκων φρούτων και λαχανικών που περιέχουν τη βιταμίνη C.

Τέλος, δεν πρέπει να ξεχνάμε τον σημαντικό ρόλο που παίζει στην υγεία, η ψυχική κατάσταση του ατόμου. Ο άνθρωπος πρέπει να μάθει να συγκρατεί τις συγκινήσεις, να ελέγχει τα συναισθήματα, το άγχος και την κατάθλιψη και να μην είναι εσωστρεφής. Παράλληλα, όμως, θα πρέπει να προσέχει και διάφορα παράξενα ενοχλήματα και να προσφεύγει στον ιατρικό έλεγχο. Ο τελευταίος, έχει ως αποτέλεσμα την έγκαιρη διάγνωση, η οποία βοηθά σημαντικά στην επιτυχή αντιμετώπιση της αρρώστειας.

ΣΥΝΟΠΤΙΚΑ ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΑΠΟΦΕΥΓΟΥΜΕ ΚΑΙ ΤΙ ΟΧΙ

ΝΑ ΑΠΟΦΕΥΓΟΥΜΕ:

1. Κάπνισμα
2. Καμένες τροφές
3. Τσιγάρισμα και καβούρδισμα φαγητών
4. Τροφές πλούσιες σε λίπη και χοληστερόλη.
5. Προϊόντα που έχουν δείγματα μούχλας.
6. Συχνή χρήση αλκοολούχων ποτών.
7. Κατάχρηση προϊόντων συντηρημένων με νιτρώδη άλατα.
8. Κατάχρηση καφέ
9. Κατάχρηση μπύρας
10. Κατάχρηση καρυκευμάτων.
11. STRESS.

ΝΑ ΦΡΟΝΤΙΖΟΥΜΕ:

1. Καλό πλύσιμο φρούτων και λαχανικών.
2. Διατήρηση ξηρών καρπών και δημητριακών σε ψυχρούς και ξηρούς χώρους.
3. Τα τρόφιμα που καταναλώνουμε να είναι πιο κοντά στη φυσική τους μορφή και όχι τεχνητά χρωματισμένα, αρωματισμένα κ.λ.π.
4. Απομάκρυνση εξωτερικού φλοιού βολβών (κρεμμύδι κλπ)
5. Θεραπεία ελμών και πολυπόδων.
6. Υγιεινό περιβάλλον.
7. Καλή ψυχική διάθεση.

ΝΑ ΜΗ ΛΕΙΠΟΥΝ

ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΑΙΤΗ-  
ΛΟΓΙΟ:

1. Τρόφιμα που περιέχουν ψηλά ποσοστά βιταμίνης Α (γάλα, καρότα κλπ.).
2. Τρόφιμα που περιέχουν ψηλά ποσοστά βιταμίνης C (εσπεριδοειδή, χόρτα και γενικά φρέσκα φρούτα και λαχανικά).
3. Πυτιρούχες και κυτταρινούχες τροφές (πυτιρούχο φωμί, χορταρικά κλπ.).

15.- Π Ε Ρ Ι Λ Η Ψ Η

Μελετήθηκαν οι ασθενείς με καρκίνο στομάχου, των οποίων τα στοιχεία συλλέξαμε από τα αρχεία των νοσοκομείων.

Ειδικά μελετήσαμε το φύλο, την ηλικία, τον τόπο διαμονής, το επάγγελμα, την οικογενειακή κατάσταση, το ατομικό και οικογενειακό ιστορικό καθώς και τις συνήθειες και τον τρόπο ζωής των ασθενών.

Μελετήθηκαν 354 ασθενείς από τους οποίους οι 196 ήταν άνδρες και οι 158 ήταν γυναίκες.

Με βάση τις περιπτώσεις μας αυτές και τα δεδομένα της Διεθνούς βιβλιογραφίας, επίσης, έγινε ανασκόπηση και συζήτηση στο όλο θέμα του γαστρικού καρκίνου με ιδιαίτερη αναφορά στις νεώτερες απόψεις για την ταξινόμηση και θεραπεία αυτού.-

15.1.-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ  
-----

Συμπερασματικά θα μπορούσαμε να πούμε ότι:

1.- Παρατηρείται τα τελευταία χρόνια, τόσο στην Ελλάδα όσο και στο Εξωτερικό, σταθερή πτωτική τάση της νόσου.

2.- Το γαστρικό καρκίνωμα εμφανίζεται με διπλάσια συχνότητα στους άνδρες απ'ότι στις γυναίκες. Η διαφορά αυτή γίνεται ακόμη μεγαλύτερη στις μεγαλύτερες ηλικίες.

3.- Συνήθως εμφανίζεται σε άτομα μέσης και μεγάλης ηλικίας, με συχνότερη ανάπτυξη μεταξύ 60-69 έτη.

4.- Οι παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν τη συχνότητα του γαστρικού καρκινώματος είναι περιβαλλοντολογικοί, το είδος διατροφής, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, το επάγγελμα, το κάπνισμα, η κατανάλωση οινοπνεύματος, η ομάδα αίματος A και οι νιτροζαμίνες.

5.- Συγκεκριμένα είναι πιά συχνό στις αγροτικές από ότι στις αστικές περιοχές και παρουσιάζεται σε μεγαλύτερη συχνότητα, στα επαγγέλματα που ασκούν χειρωνακτική εργασία, χωρίς αυτό να έχει τεκμηριωθεί επιστημονικά.-

S U M M A R Y

I. IOANNOU, I. KARLH: GASTIC CANCER IN LAST FIVE YEARS

THREE HUNDRED AND FIFTY FOUR PATIENTS WITH CARCINOMA OF THE STOMACH ARE INCLUDED IN THIS STUDY. 196 OF THEM WERE MEN AND 158 WERE WOMEN.

WE STUDIED SEX, AGE, THE PLACE THAT THEY LIVED PROFESSION, PERSONAL AND FAMILY RECORDS, CUSTOMS AND MANNERS OF LIFE.

ON THIS OPPORTUNITY THE GREEK AND INTERNATIONAL LITERATURE IS REVIVED AND THE PRIMARY CARCINOMA OF THE STOMACH WITH PARTICULAR EMPHASIS IN THE NEVER ASPECTS ABOUT THEIR CLASSIFICATION AND THERAPY IS DISCUSSED.-

---

Π Α Ρ Α Ρ Τ Η Μ Α Α΄

---

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ





Γ) Συνήθειες:

1) Κάπνισμα: .....

.....

.....

2) Διατροφή-Οινοπνευματώδη: .....

.....

.....

.....

3) Άσκηση: .....

.....

.....

4) Άλλα: .....

.....

.....

Π Α Ρ Α Ρ Τ Η Μ Α Β΄

---

ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΕΣ

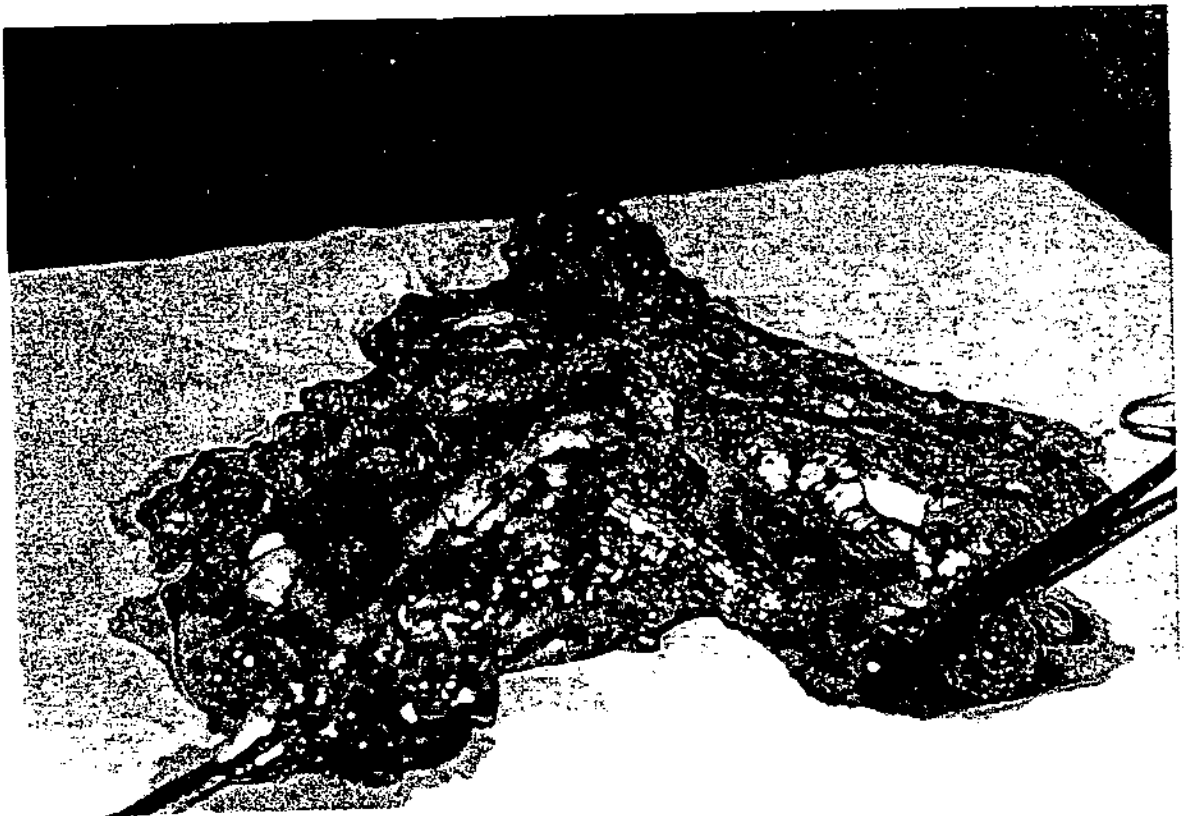
EIKONA

1



EIKONA

2



EIKONA

3

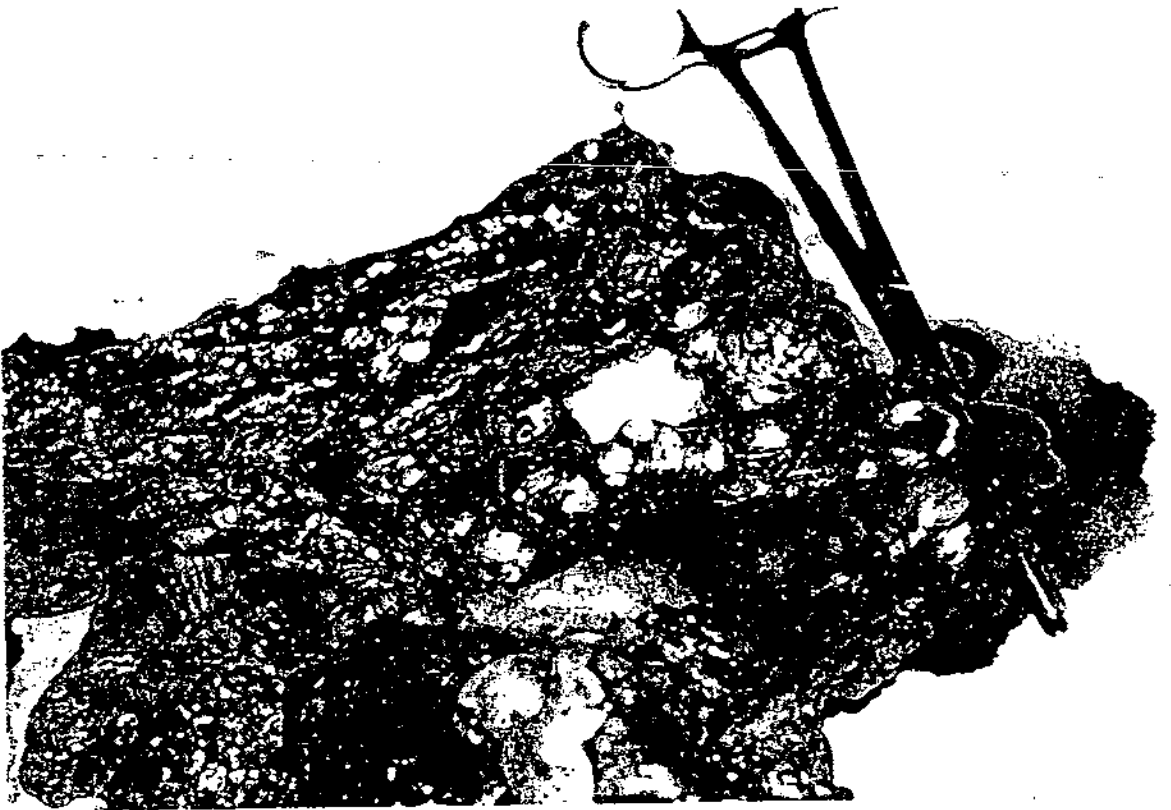


EIKONA

4



EIKONA 5



EIKONA 6



Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

1. Ν.Αποστολίδης, Συνοπτική Γενική Χειρουργική. Εκδόσεις: Επτάλοφος, Αθήνα: 1987
2. Δ.Τριχόπουλος. Προληπτική Ιατρική. Εκδόσεις:Γ.Κ.Παρισιά-νος, Αθήνα:1986
3. Ν.Νιώτης. "Σύγχρονες και αμφιλεγόμενες απόψεις για τον καρκίνο του στομάχου". Τομή και Φροντίδα. Τεύχος 9, Εκδόσεις: JOHNSON και JOHNSON HELLAS, Μάϊος: 1990, σελ. 5-8
4. R.MURAKAMI, M.D., H.TSUKUMA. "ESTIMATION OF VALIDITY OF MASS SCREENING PROGRAM FOR GASTIC CANCER IN OSAKA JAPAN" CANCER, VOL: 65, MARCH: 1990, p.1255-1260.
5. Μ.Μπάλας. Χειρουργική. Έκδοση: 2η, Τεύχος:2, Εκδόσεις: Λίτσας, Αθήνα: 1990
6. Β.Βρεττού-Αραβάνη."Επιδημιολογία γαστρικού καρκινώματος" Διατριβή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, 1983.
7. CECIL. Παθολογία. Μετάφραση:Χ.Μουτσόπουλος, Τόμος: 1 Εκδόσεις: Λίτσας, Αθήνα: 1989
8. Ι.Βενιζέλος. "Προκαρκινωματώδεις βλάβες του στομάχου" Ελ-ληνική Ογκολογία. Τόμος: 22, Τεύχος: 1, Ιαν.-Μαρτ.:1985, σελ.: 253 - 262

9. Β.Λισσαίος. Σεμινάριο Ογκολογίας ΙΙΙ. Εκδόσεις: Ελληνική Εταιρία Χημειοθεραπείας. Αθήνα: 1989
10. Α.Συμεωνίδης. Μη φοβάστε τον καρκίνο. Έκδοση: 2η, Εκδόσεις: Ερμής. Αθήνα: 1972
11. Κ.Σφλώμος. Διατροφή και Καρκίνος. Τόμος: 1, Εκδόσεις: Π. Πασχαλίδης, Αθήνα: 1982.
12. Δ.Μουρελάτος. "Καρκίνος και Διατροφή". Ιατρική Τόμος: 48, Τεύχος: 2, Αύγουστος: 1985, σελ. : 75-84.
13. CECIL "Παθολογία". Μετάφραση: Χ.Μουτσόπουλος, Τόμος: 2 Εκδόσεις: Λίτσας, Αθήνα: 1989.
14. V.ECKARDT, W.GIEBLER, G.KANZIER. "CLINICAL AND MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF EARLY GASTRIC CANCER" GASTROENTEROLOGY VOL. 58. 1990 p.751-790
15. Χ.Τσαχαγέας. "Μεθοδολογία της επιδημιολογικής αξιολόγησης του προσυμπτωματικού ελέγχου κακοήθων νεοπλασιών" Εκδόσεις: Ειδική Υπηρεσία των ΤΕΙ, Αθήνα:1989.
16. Β.Γολεμάτη. Χειρουργική Παθολογία. Τόμος: 2 Εκδόσεις: Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα: 1991.
17. Χ.Σμπαρούνης, Γενική Χειρουργική, Τόμος: 1, Εκδόσεις: UNIVERSITY STUDIO PRESS, Θεσ/κη: 1989.

18. Κ.Κατσουγιάννη, Μ.Κολεζίνας, Ν.Δοντάς, Ρ.ΜΑΙΣΟΝΝΕΥΡΕ, Ρ.ΒΟΥΛΕ, Δ.Τριχόπουλος". Θνησιμότητα από κακοήθη νεοπλασμάτα στην Ελλάδα. 1960-1985". Εκδόσεις: Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα: 1990.
19. Π.Γιαννόπουλος, Ε.Νεονάκης, Ζ.Ρουμेलιώτης, Χ.Πισιώτης. "Η πείρα μας από τη χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου του στομάχου". Ελληνική Χειρουργική. Τόμος: 56, Τεύχος: 4, Ιούνιος: 1984, σελ. 18-20.
20. Γ.Γαρδίκας. "Ειδική Νοσολογία: Έκδοση: 3η Εκδόσεις: Γ.Κ. Παρισιάνος, Αθήνα: 1981.
21. Κ.Μανωλάς, Κ.Σιμόπουλος, Γ.Μηνόπουλος. Σημειώσεις Χειρουργικής Παθολογίας-Σημειολογίας. Εκδόσεις: Ειδική Υπηρεσία του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης. Αλεξανδρούπολη: 1989.
22. Α.Μόυγια, Χειρουργικές Παθήσεις του Πεπτικού Συστήματος-Χειρουργική Παθολογία. Έκδοση: 2η, Τόμος: 1, Εκδόσεις: Γ.Κ.Παρισιάνος. Αθήνα: 1979.
23. Ν.Κανδρεβιώτης. Νεοπλασμάτα στο πλαίσιο της γενικής Παθολογίας και Παθολογικής Ανατομίας. Τόμος: 2, Εκδόσεις: Γ.Κ.Παρισιάνος, Αθήνα: 1984.
24. Γ.Μπούρικα. Σημειώσεις Αιματολογίας. Εκδόσεις της ειδικής υπηρεσίας του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης. Αλεξανδρούπολη: 1990



25. Α.Κωνσταντινίδης-θέματα Παθολογίας. Εκδόσεις: Ασκληπιάδες. Αθήνα: 1989
26. Ν.Τσαμπούλα. Ειδική Νοσολογία και Παθολογία. Έκδοση:2η, Εκδόσεις: Ειδική Υπηρεσία Πανεπιστημίου Αθηνών. Αθήνα: 1962.
27. Ι.Πουλατζάς, Γρ.Βερυκοιάκης, Π.Βαχλιώτης, Ε.Καλοκαιρινός, Θ.Πολυμερόπουλος, Λ.Παπασταματίου. "Γαστρικός καρκίνος-μιά επιθετική χειρουργική αντιμετώπιση". Ελληνική Χειρουργική, Τόμος: 56. Τεύχος 4, Ιούνιος 1984, σελ. 288-295.
28. Κ.Αγγουρίδης, Γ.Καρναβέλλας, Α.Οικονόμου. Στοιχεία Ειδικής Παθολογίας και Παθολογικής Ανατομικής. Τεύχος:2, Εκδόσεις: UNIVERSITY STUDIO PRESS, Θεσσαλονίκη:1988.
29. Ε.Βρεττού, Θ.Ζαραμπούκας. Ε.Νενοπούλου. Στοιχεία γενικής Παθολογίας και Παθολογικής ανατομικής. Τεύχος: Β., Εκδόσεις: UNIVERSITY STUDIO PRESS, Θεσσαλονίκη:1987.
30. Ε.Νενοπούλου, Ε.Βρεττού, Β.Τζιούφα. Στοιχεία ειδικής Παθολογίας και Παθολογικής Ανατομικής, Τεύχος 1, Εκδόσεις: UNIVERSITY STUDIO PRESS. Θεσσαλονίκη: 1988.
31. Δ.Κατσαρός, Ηλ.Σδούγκος, Β.Βρεττού-Αραβανή, Χ.Μπαρμπάτζας. "Πρώιμος γαστρικός καρκίνος. Κλινικά και Εργαστηριακά ευρήματα". Ελληνική Γαστρεντερολογία. Τόμος 1, Ιανουάριος 1988, σελ.:52-54.

32. Δ.Ρούκος, Μ.ΛΟΡΕΝΖ, Σ.ΝΟΤΤΕΝΡΟΤΤ "Χειρουργική αντιμετώπιση και πρόγνωση του καρκίνου του οισοφαγικού στομίου του στομάχου" Ελληνική Ιατρική. Τόμος: 53, Τεύχος:6, Νοέμβριος-Δεκέμβριος: 1987, σελ.381-387.
33. Ν.Μαλγαρινού, Σ.Κωνσταντινίδου. Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική. Τόμος: 2, Μέρος: 2ο, Έκδοση: 10η, Εκδόσεις: ΤΑΒΙΘΑ, Αθήνα 1988.
34. Ν.Γκουρτσογιάννης. "Ο ακτινολογικός έλεγχος στη διαγνωστική προσέγγιση του ανώτερου γαστρεντερικού σωλήνα. Η άποψη του ακτινολόγου". Ιατρική Επιθεώρηση Ενόπλων Δυνάμεων. Τόμος 22, Μάϊος 1988, σελ.: 249-258.
35. Μ.Ζηνόζη-Ρεπάντη. Καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο, Διατριβή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, 1980.
36. Ι.Κοντουράς, Χ.Σταυρίδης, Ε.Βλαχογιάννης, Γ.Τσόπας, Χ. Σκανδάλης, Ι.Μαγουλας. "Η Η.Δ.Λ.-Χοληστερόλη (HDLC) στη διάγνωση και πρόγνωση του καρκίνου του στομάχου" Γαληνός. Τόμος: 22, Τεύχος: 5, Μάρτιος 1985, σελ. 1108-1114.
37. Β.Αγγελόπουλος. Κλινική Διαφορική Διαγνωστική. Εκδόσεις: Γ.Κ.Παρισιάνος, Αθήνα 1978.
38. Δ.Πανουσόπουλου, Χ.Χαριτόπουλου, Β.Τσιμπούλη, Π.Δαβαρή, Ε.Κρέσπη, Α.Παπαδημητρίου, Γ.Βελιμέζη, Β.Γολεμάτη. "Προγνωστικοί παράγοντες για τον γαστρικό καρκίνο". Πρακτικά συνεδριάσεων 3ου Παγκρήτιου Ιατρικού Συνεδρίου. Ρέθυμνο, Νοέμβριος 1-3, 1985.

39. Φ.Καρβελάς, Ι.Τσολάκης, Σ.Ραθώσης, Π.Ανδρικόπουλος, Ι. Ανδρουλάκης. "Καρκίνος στομάχου: Επιδημιολογία, διάγνωση και αντιμετώπιση στον επαρχιακό πληθυσμό". Ιατρικά Χρονικά. Τόμος: 9, Τεύχος: 3, Μάρτιος: 1986, σελ. 198-202.
40. Δ.Βασώνη. Επιτομή Χειρουργικής και Ορθοπαιδικής. Έκδοση: 5η, Αθήνα: 1987.
41. J.CRAVEW, A.CUSHERI, "TREATMENT OF GASTRIC CANCER", CLIN. ONCOLOGY, VOL.:3, 1990, p.: 309-319.
42. Π.Βασιλόπουλος. "Ο ρόλος της συμπληρωματικής (ADJUBANT) χημειοθεραπείας στον καρκίνο του στομάχου". Ελληνική Ογκολογία. Τόμος: 26, Τεύχος: 1, Ιανουάριος-Μάρτιος 1990, σελ. 21-23.
43. Ε.Τζωρακολευθεράκης, Δ.Κούκουρας, Β.Αλιβιζάτος, Κ.Μητσούλας, Ι.Ανδρουλάκης. "Η πολυχημειοθεραπεία FAM στον τοπικά προχωρημένο ή μεταστατικό καρκίνο του στομάχου". Ελληνική Ογκολογία. Τόμος: 22, Τεύχος:1 Νοέμβριος 1986, σελ.: 90-95.
44. Κ.Τούντα, Χειρουργική, Τόμος: 1, Εκδόσεις: Γ.Κ.Παρισιάνος, Αθήνα: 1988.
45. Κ.Αλεβιζάτος, Ν.Μπεναρδής, Εγχειρίδιο Χειρουργικής Παθολογίας, Εκδόσεις: Γ.Κ.Παρισιάνος, Αθήνα: 1970.

46. Β.Λισσαίος. "Νοσηλεία στο σπίτι για καρκινοπαθείς". Μάχη και Ελπίδα, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Τεύχος: 22, Εκδόσεις: ΖΗΤΑ, Μάϊος 1982, σελ.12-14.
47. Α.Ραγιά "Συμβολή της Νοσηλευτικής στην έρευνα του καρκίνου". Μάχη και Ελπίδα. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία. Τεύχος: 26, Εκδόσεις: ΖΗΤΑ, Μάρτιος, 1990 σελ.:6-8.
48. Α.Παπαντωνάκος. Καρκίνος. Εκδόσεις: ΖΗΤΑ. Αθήνα: 1981.
49. Α.Σαχίνη-Καρδάση, Μ.Πάνου. "Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική, Νοσηλευτικές διαδικασίες". Τόμος: 2, Μέρος 1ο, Εκδόσεις: ΒΗΤΑ, Αθήνα: 1985.
50. Α.Ραγιά. "Ψυχολογική και κοινωνική αντιμετώπιση του καρκινοπαθούς. Νοσηλευτική θεώρηση". Μάχη και Ελπίδα. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία. Τεύχος: 22, Εκδόσεις: ΖΗΤΑ, Μάρτιος: 1988, σελ.: 8-14.
51. Ν.Κορδιόλη, Γ.Ρηγάτος. Η αλήθεια και ο ασθενής με νεόπλασμα. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία. Αθήνα: 1990.
52. Α.Ραγιά. Βασική Νοσηλευτική. Εκδόσεις: ΖΗΤΑ, Αθήνα: 1987.
53. Α.Ραγιά, Ψυχιατρική Νοσηλευτική. Θεμελιώδεις Αρχές. Εκδόσεις: Αδελφότητος "ΕΥΝΙΚΗ", Αθήνα: 1978.
54. Γ.Κόκιαλης. Αλήθεια και αποκατάσταση. Ελληνική αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα: 1990.

55. Β.Ιακωβίδης, Α.Καριανιάς, Ι.Σκούρτας, "Πόσο ενημερωμένος είναι ο καρκινοπαθής σήμερα για τη νόσο του". Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία. Αθήνα: 1990.
56. Γ.Γαλανού. Το άγχος. Εφαρμοσμένη ψυχολογία. Έκδοση: 5η, Εκδόσεις Μπουκουμάνη, Αθήνα 1977.
57. Ε.Παπανούτσος. Ψυχολογία αρρώστων. Εκδόσεις: Δωδώνη, Αθήνα 1972.
58. Ν.Δοντάς. "Ο άνθρωπος, ο άρρωστος, ο ιατρός και η κοινωνία". Μάχη και Ελπίδα. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία. Τεύχος 25, Εκδόσεις: ΖΗΤΑ, Δεκέμβριος 1988, σελ.10-12.
59. Δ.Κούκουρας. "Ο χρόνιος πόνος του καρκινοπαθούς και η θεραπεία του". Εκδόσεις της ειδικής υπηρεσίας του Πανεπιστημίου Πατρών. Πάτρα 1990.
60. Α.Παπαδοπούλου. "Πρέπει να λέγεται η αλήθεια στον καρκινοπαθή". Μάχη και Ελπίδα, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία. Τεύχος: 22, Εκδόσεις: ΖΗΤΑ, Μάρτιος 1990, σελ. 5-8.
61. Μ.ΤΥΒΙΑΝΑ, Ν.ΒΛΕΕΗΝ, Ε.ΓΡΥΝΔΑΜΑΜ, Υ.ΒΕΡΟΝΕΣΙ, "Η Ευρώπη κατά του καρκίνου", Εκδόσεις: Υπηρεσία Επισήμων Εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων. Λουξεμβούργο 1990.
62. Β.Λισσαίος. "Οικογένεια και αποκατάσταση καρκινοπαθούς". Μάχη και Ελπίδα. Τεύχος 25, Εκδόσεις: ΖΗΤΑ, Δεκέμβριος: 1988, σελ. 14-15.

63. Α.Τριχόπουλος, Γ.Σταθόπουλος, Γ.Ρηγάτος, Θέματα Παθολογίας-Ογκολογίας. Εκδόσεις: Δ.Σ. ΕΟΠΕ, Αθήνα: 1988.
64. Θ.Μαρινάκης. "Η ψυχοκοινωνική ογκολογία σήμερα". Μάχη και ελπίδα. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία. Τεύχος: 26, Εκδόσεις ΖΗΤΑ, Μάρτιος: 1989 σελ.10-12.
65. Α.ANTLER. "Το κοινωνικό ενδιαφέρον-Εφαρμοσμένη Ψυχολογία" Μετάφραση: Ευαγ.Γραμμένος. Εκδόσεις: Η.Μανιατέα, Αθήνα: 1974.
66. Α.Βαλαβανίδη. "Επαγγελματικοί καρκίνοι: αιτίες και μέτρα για την πρόληψή τους "Μάχη και Ελπίδα. Ελληνική αντικαρκινική εταιρεία. Τεύχος: 22, Εκδόσεις ΖΗΤΑ. Μάρτιος: 1988, σελ.14-17.
67. Γ.Κατράκης. Πρόληψη Έγκαιρη διάγνωση και διαφυγή απο τον καρκίνο. Τόμος: 1, Εκδόσεις: (ΕΥ) Ελληνική Εταιρεία Προληπτικής Ιατρικής, Αθήνα: 1980.
68. Ν.ΡΑΠΑΧΡΙΣΤΟΥ, Γ.ΦΟΡΤΝΕΡ "ADENO CARCINOMA OF THE GASTRIC CARDIA" SURGERY VOL.:192, 1980 p.58-64.
69. Ε.ΜΟΛΙΝΑ, Ρ.ΛΑΥΤΟΝ, Ο.ΜΥΕΡΣ, W.ΧΑΜΠΡΕΥ, "ESOPHAGOGASTRECTOMY FOR ADENOCARCINOMA OF THE CARDIA" SURGERY VOL: 195, 1982. p.145-151.
70. Ρ.ΚΟΡΡΕΑ, W.ΧΑΕΝΣΖΕΛ, C.ΚΟΥΑΛΛΟ, S.ΤΑΝΝΕΝΒΑΥΜ, Μ.ΑΡΧΕΡ, "A MODEL FOR GASTRIC CANCER EPIDEMIOLOGY" NATL. CANCER VOLT 58, 1975, p.1017-1049.

71. P.CORREA, C.CUELLO, E.DUQUE, "GASTRIC CANCER IN COLOMBIA III, NATURAL HISTORY OF PRECURSOR LESSIONS S.NATL. CANCER INST.57, 1976, p.1027.
72. Β.Λισσαίος "Κάπνισμα και Καρκίνος" Μάχη και Ελπίδα. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία. Τεύχος: 31, Εκδόσεις: ΖΗΤΑ, Ιούνιος: 1990 σελ. 4-9.
73. Μ.Μάντακα-Τριφύλλη "Καρκίνος και Διατροφή", Μάχη και Ελπίδα, Ελλην.Αντικαρκινική Εταιρεία, Τεύχος: 28, Εκδόσεις: ΖΗΤΑ, Οκτώβρ. 1989, σελ.12-13.
74. Ν.Δουτάς "Διατροφή και Καρκίνος" Ομιλία στο Σεμινάριο Νοσηλευτριών, Αθήνα, Σεπτέμβριος 29-30, 1990.
75. D.TANER, D.KUKUK "DIET AND STOMACH CANCER INCIDENCE. A CASE CONTROL STUDY IN TURKEY" CANCER VOL:65, MAY 1990 p.2344-2348.

