

УДК 616.33-006+616-036.22

## ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РАКА ЖЕЛУДКА

Б.Ш. Сакташев

АО «Медицинский университет Астана», Городской онкологический диспансер, г.Астана

В настоящее время не вызывает сомнений, что злокачественные опухоли имеют краевые и этнические особенности распространения. Несмотря на то, что этиология опухолей пока еще окончательно не выяснена, влияние климата, режима питания, генетических особенностей организма и других факторов в их возникновении, несомненно. [1,2,3,4]. Это позволяет сделать вывод о полиэтиологичности рака желудка, развитие которого определяет целый ряд внешних и внутренних модифицирующих факторов.

В мире ежегодно диагностируется более 6 млн. новых случаев онкологических заболеваний и около 4 млн. смертей от них, в том числе раком желудка заболевают около 1 млн. человек. [5,6,7,8,9,10].

Хотя за последние десятилетия заболеваемость РЖ в большинстве развитых стран снижается (современный уровень заболеваемости этой формой рака равен 1/4 от показателей пятидесятих годов), вместе с тем общее число ежегодно заболевающих остается значительным. [11,12,13].

На протяжении десятилетий, эта патология не являлась статичной. Менялась заболеваемость раком желудка в целом и в различных возрастно-половых группах, соответственно, менялся и удельный вес этой патологии в структуре всей онкозаболеваемости [14]. Отмечены изменения некоторых характеристики самой опухоли, таких как локализация, характер роста, частота, гистологических вариантов и степеней дифференцировки [15,16].

Наметившееся в последние три десятилетия снижение частоты рака желудка в ряде экономически развитых стран оказалось неоднозначным. Существенно снизилась заболеваемость только аденокарциномами кишечного типа, локализующимися в дистальном отделе желудка. [9,10]. Снижение заболеваемости раком желудка в развитых странах произошло именно за счёт этого его типа. Такой рак локализуется преимущественно в дистальном отделе желудка, является высокодифференцированным и характеризуется экспансивным ростом.

Эпидемиологическая обстановка с раком желудка диффузного типа совершенно другая. И именно с ним, а не с кишечным типом рака желудка, связаны сегодня проблемы совершенствования лечения. Установлено, что в развитии рака желудка диффузного типа, ведущая роль отводится генетическим факторам. Он с одинаковой частотой встречается у мужчин и женщин, ассоциируется с группой крови II (A) и относительно чаще встречается в молодом возрасте. Частота рака диффузного типа не только не снизилась, но, начиная с 1976 г., медленно и неуклонно возрастает. [17,18,19,20,21].

Некоторые исследователи считают что, учащение аденокарциномы пищеводно-желудочного соединения связано с внедрением современных диагностических технологий способствующей большей выявляемости данной патологии. [16,22].

В настоящее время рак желудка в общемировой структуре онкологической заболеваемости занимает 4-е место после рака легкого, рака молочной железы и колоректального рака. Но при этом в структуре смертности рак желудка остается в числе явных онкологических лидеров, уступая только раку легкого. [13,23,24,10,25]. Странами с высокой заболеваемостью РЖ являются Корея, Япония, Чили, Китай (42% всех случаев в мире, к примеру, каждые 2-3 мин 1 житель Китая умирает от злокачественных новообразований). Эта тенденция характерна для всех стран Восточной Азии. В Японии, где на долю рака желудка приходится 37,7% опухолей, последний подъем заболеваемости отмечен в 1968 году. Тем не менее, Япония остается лидером

по заболеваемости РЖ. Низкая заболеваемость РЖ в Америке, Австралии, Новой Зеландии, странах Африки и других странах. [7,24,26,37,28].

По заболеваемости в странах СНГ за 1996-2004 гг. на первом месте он находился у мужчин в Кыргызстане, на втором в России и Армении, на третьем в Молдове и Узбекистане, на втором месте среди женщин в Армении, на третьем в России, Беларуси, Кыргызстане. [13,29,30,6,7,8].

В Казахстане в общей структуре онкологических заболеваний рак желудка в 2007 году составил – 10,2%. У мужчин он занимает 2-е место (13,7%) после рака легкого, у женщин – 4-е (7,1%) после рака молочной железы, кожи и рака шейки матки. Показатель заболеваемости в динамике снизился до 18,8% (18,9%-2006г.). В структуре смертности рак желудка в 1,5 раза превышает мировой показатель и составляет в общем 14,8%. [9]. По заболеваемости злокачественными новообразованиями Астана в настоящее время занимает 9-е место в Республике Казахстан. [29]. Это связывают с большой концентрацией солей магния в почве и воде, образом жизни, характером питания, нитратной нагрузкой и другими факторами. [10,57,58,59,60,61].

Статистические данные о заболеваемости раком желудка (РЖ) в Астане показывают что в течение года регистрируются более 1 тыс. человек (в 2006 г. – 1005 человек) и умирают более 500 человек (в 2005 г. – 510 человек), причем почти 200 больных умерли в течение года с момента установления диагноза. Высокий уровень смертности больных, особенно в течение первого года жизни с момента установления диагноза (20,5%), обусловлен поздней выявляемостью онкологических заболеваний. Удельный вес онкологических заболеваний, выявленных в поздних (III и IV) стадиях, за последний год составил более 35%. [29,31].

В 2007 году в Республике Казахстан число умерших от злокачественных новообразований составило 17 304 человек (17 608 чел. – 2006г.), обычный показатель смертности – 111,8% (115,0% – в 2006г.), Тсн=2,8% (табл. 3.5). За год в целом по Республике наблюдается снижение смертности, и оно произошло по большинству локализаций. Высокая смертность наблюдаемого контингента установлена от рака легкого (19,3%), желудка (14,8%), молочной железы (8,8%), пищевода (7,6%) и прямой кишки (5,2%). Рак желудка в структуре смертности находится на 2-ом месте в структуре онкопатологии и на 1-м среди опухолей ЖКТ (с 1986г.), составив 13,3% (13,0% – 2006г.). Показатель смертности от рака желудка в 2007 году был 14,8% (15,0% – 2006г.) с Тсн=0,8%. [29].

Причины снижения заболеваемости раком желудка связывают с изменением характера питания, применение особой обработки пищи, борьбу с инфицированностью населения *Helicobacter pylori*, профилактике предопухольных заболеваний желудка. [35,36,37,38,39].

По данным литературы отсутствие единой морфологической классификации приводят к разным статистическим результатам, как по уровню заболеваемости, так и в процентном соотношении смертности и выживаемости при раке желудка. Так по данным Л.И. Аруин (Израиль 2008), в западных странах пятилетняя послеоперационная выживаемость остается до настоящего времени низкой и составляет меньше 20%, тогда как в Японии она превышает 65%. Причина столь резких отличий в диагностике раннего рака заключается в том, что японские и западные патологоанатомы пользуются разными критериями злокачественного роста и потому говорят «на разных языках». Отсюда возникает вопрос: то ли в Японии оперируют больных, у которых нет (еще нет?) рака, то ли на Западе не распознают рак и не оперируют тех больных, которых

могла бы спасти операция. Очевидно, что изменения, которые на Западе называют высокой степенью дисплазии, в Японии считают раком. Отсюда и возникает принципиальное различие в статистических данных по заболеваемости, смертности и выживаемости.

Таким образом, важным направлением в снижении заболеваемости РЖ является работа, направленная на выявление болезни на ранней стадии при помощи современных технологий, адекватный и своевременный подход к лечению предопухолевых состояний, работа с населением, широкой пропаганде здорового образа жизни, внедрение национальной программы по борьбе с этим заболеванием.

#### Литература:

1. Матвеевко О.А., Уразова Л.Н., Вусик М.В., Авдеенко Т.В., Лебедев И.Н., Черемных А.Д. Молекулярно-цитогенетический анализ тканей предопухолевых заболеваний желудка // Сибирский онкологический журнал. -2010.- №2.-С.33.

2. Нугманов С. Эпидемиология злокачественных опухолей в Казахстане // Монография. - Алма-Ата. -1969.-С.8.

3. Никулин М.П., Любченко Л.Н., Сельчук В.Ю., Стильди И.С. Наследственный рак желудка: молекулярно-генетические и клинические аспекты. // Клиническая онкология.- 2006.-Т. 8.- N2. С.5-8.

4. Carlos Caldas, Fatima Carneiro, Henry T Lynch et al. Familial gastric cancer: overview and guidelines for management J Med Genet 1999; 36: 873-80.

5. Янкин А.В. Современная хирургия рака желудка // Практическая онкология.- 2009.Т. 10.-№ 1.-С. 12-19.

6. Мерабишвили В.М. Рак желудка: эпидемиология, профилактика, оценка эффективности лечения на популяционном уровне // Практическая онкология.-2001.-№3(7).-С.3-8.

7. Василенко И.В., Садчиков В.Д., Галахин К.А. Предрак и рак желудка: этиология, патогенез, морфология, лечебный патоморфоз // М.-2001.- С.9-54.

8. Заридзе Д.Г. Эпидемиология и этиология злокачественных заболеваний в кн. Канцерогенез.-М.: Научный мир, 2000.-С. 26-30, 34-56.

9. Laheij R. J., Strootman H., Verbeek A. L., Jansen J. B. // Int J. Epidemiol. - 1999. - Vol. 28. - P. 391 - 395.

10. Hassan H. A., Sharma V. K., Raufman J. P. // J. Clin. Gastroenterol. - 2001. - Vol. 32, N 1. - P. 37 - 40.

11. Давыдов М.И., Тер-Ованесов М.Д. Современная стратегия хирургического лечения рака желудка // Современная онкология.- 2000.-Т 2, №1.-С. 4-10.

12. Макишев А.К. Лейкоцитарные антигены на эпителиальных и лимфоидных клетках опухолей желудка. // Автореферат на соискание ученой степени кандидата медицинских наук.-Москва.-1990.

13. Напалков Н.П. Демографический процесс и злокачественные новообразования // III съезд онкологов и радиологов стран СНГ. - Минск 2004.Т.1.-С.15-24.

14. Чиссов В.И. Злокачественные новообразования в России в 2001 г. - М.: 2003.- 486с.

15. Портной Л.М., Казанцева И.А., Исаков В.А. Диагностика рака желудка: состояние проблемы, перспективы совершенствования, клинико-морфологические аспекты // Тер. арх.- 1997.- Т. 69.- № 10.- С.42-49.

16. McConkey C.C. The rising trend in oesophageal adenocarcinoma and gastric cardia / C.C. McConkey // Euro J. Cancer Prevent.- 1992.- № 1.- P. 265-269.

17. Rembacken B. G. Endoscopic mucosal resection. Review / B. G. Rembacken, T. Gotoda, T. Fujii, A. T. R. Axon // Endoscopy.- 2001.- Vol. 33 (8) .- P. 709-718.

18. Gotoda T. Incidence in lymph node metastasis from early gastric cancer: estimation with a large number of cases at two large centers / Gotoda T., A. Yanagisawa, M. Sasako, H. Ono, Y. Nakanishi, T. Shimoda, Y. Kato // Gastric Cancer.- 2000.- №3.- P. 219-225.

19. Mori Y. Effect of periodic endoscopy for gastric cancer on early detection and improvement of survival / Y. Mori, T. Arita, K. Shimoda, K. Yasuda, T. Yoshida, S. Kitano // Gastric Cancer.- 2001.- № 4(3) .- P. 132-136.

20. Портной Л.М. Магнитно-резонансная томография в диагностике рака желудка (по материалам рентгено-МРТ-анатомических сопоставлений) / Л.М. Портной Л.М., Л.Б. Денисова, Г.А. Сташук // Вестн. рентгенол.- 2000.- № 5.- С.26-40.

21. Ono H. Endoscopic mucosal resection for treatment of early gastric cancer / H. Ono, H. Kondo, T. Gotoda, K. Shirao, H. Yamaguchi, D. Saito, K. Hosokawa, T. Shimoda, S. Yoshida // Gut.- 2001.- Vol. 48.- № 2.- P. 225-229.

22. Powell DJ, Dolan K, Sutton R, Walker SJ, et al. New classification of oesophageal and gastric carcinomas derived from changing patterns in epidemiology. Br J Cancer 1999;80:834-42.

23. Имянитов Е.Н. Эпидемиология и биология рака желудка // Практическая онкология.-2009.Т10.-№1.-С.1-7.

24. Parkin D.M., Bray F., Ferlay J., Pisani P. Global cancer statistics, 2002 // CA Cancer J. Clin. - 2005. - Vol.55. - P.74-108.

25. Никулин М.П., Любченко Л.Н., Сельчук В.Ю., Стильди И.С. Наследственный рак желудка: молекулярно-генетические и клинические аспекты. // Клиническая онкология.- 2006.-Т. 8.- N2. С.5-8.

26. J. Waterhouse, C. Muir, K. Shanmugaratnam, J. Powell. Lyon: Cancer incidence in five continents / Ed. by International agency for research on cancer. 1982. Vol. IV. P. 207-635.

27. Hai-Dan Wang, Jun Ren, Lian Zhang, CDH1 germline mutation in hereditary gastric carcinoma. World Gastroenterol 2004; 10 (2): 3088-93.

28. Greenlee R.T., Hill-Harmon M.B., Murray T., Thun M. Cancer Statistics.- 2001.-Ca: Cancer J Clin.-2001.-51, № 1.-P. 15-36.

29. Показатели онкологической службы Республики Казахстан в 2008 году. (Статистические материалы). Алматы 2008. С-30-31.

30. Аксель Е.М., Давыдов М.И., Ушакова Т.И. Статистика рака легкого, желудка и пищевода: состояние онкологической помощи, заболеваемость и смертность. Вестник Рос.Акад.мед.наук.-2001.№9.-С. 61-5.

31. Дудник В.Ю., Шаназаров Н.А., Мукажанов А.К. // X Российский онкологический конгресс. Москва.-2006.-С.236.

32. Hill M.J. Salt and gastric cancer // M.J. Hill // Eur. J. Cancer Prev.- 1998.- № 7.- P. 173-175.

33. Mowat C. Omeprazole and dietary nitrate independently affect levels of vitamin C and nitrite in gastric juice / C. Mowat, A. Carswell, A. Wirz // Gastroenterology.- 1999.- Vol. 116.- P. 813-822.

34. Forman D. Association between infection with Helicobacter pylori and risk of gastric cancer: evidence from a prospective investigation / D. Forman, D.G. Newell, E. Fullerton // BMJ.- 1991.- Vol. 302.- P. 1302-1305.

35. Hill M.J. Salt and gastric cancer // M.J. Hill // Eur. J. Cancer Prev.- 1998.- № 7.- P. 173-175.

36. Mowat C. Omeprazole and dietary nitrate independently affect levels of vitamin C and nitrite in gastric juice / C. Mowat, A. Carswell, A. Wirz // Gastroenterology.- 1999.- Vol. 116.- P. 813-822.

37. Forman D. Association between infection with Helicobacter pylori and risk of gastric cancer: evidence from a prospective investigation / D. Forman, D.G. Newell, E. Fullerton // BMJ.- 1991.- Vol. 302.- P. 1302-1305.

38. Parsonnet J. Helicobacter pylori infection and the risk of gastric carcinoma / J. Parsonnet, G. Friedman, D.P. Vandersteen // N. Engl. J. Med.- 1991.- Vol. 325.- P. 1127-1131.

39. Kuipers E.J. Review article: exploring the link between Helicobacter pylori and gastric cancer / E.J. Kuipers // Aliment Pharmacol Ther.- 1999.- № 13 (suppl 1).- P. 3-11.