

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫМИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ В ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Д.А. Шишкин, Л.Ф. Писарева, Е.Л. Чойнзонов, И.Н. Одинцова

НИИ онкологии Томского научного центра СО РАМН

В последние годы заболеваемость первично-множественными злокачественными опухолями (ПМЗО) неуклонно увеличивается. Онкологам все чаще и чаще приходится сталкиваться с данным контингентом больных. Причины роста заболеваемости полинеоплазиями широко обсуждаются в литературе: во-первых, это рост заболеваемости злокачественными новообразованиями в целом; во-вторых, совершенствование методов обследования онкологических больных, связанный с внедрением в клиническую практику высокоинформативных диагностических методов, и, наконец, улучшение качества регистрации и учета указанной категории опухолей, что связано с созданием популяционных канцер-регистров [10, 11, 12, 14]. Нельзя не учесть и достижения хирургии последних лет, развитие методов комбинированного лечения онкологических больных, как следствие этого – увеличение продолжительности жизни пациентов после лечения первичной опухоли и увеличение вероятности возникновения последующих новообразований [1, 4, 5]. В ряде случаев возникновение второй опухоли может

быть связано с интенсивным химио- и лучевым лечением [2, 7, 10, 13, 15].

Сведения о частоте возникновения ПМЗО, по данным разных авторов, варьируют в довольно широких пределах: от 1,5 до 35% по клиническим данным [6, 8] и от 7 до 20% при исследовании патологоанатомического материала [9, 16]. Вероятно, эти цифры носят относительный характер в связи с отсутствием достаточно полного учета больных полинеоплазиями, с неоднородностью наблюдаемого авторами контингента больных и неоднозначностью критериев первичной множественности, а также с разным уровнем оснащенности диагностических служб и невысоким качеством диспансеризации. Кроме того, существенное влияние оказывают погрешности в методологическом подходе и статистической обработке [3, 9].

Учет ПМЗО в государственной отчетности России ведется с 1991 г., поэтому в нашей работе использован банк данных, содержащий информацию о больных с ПМЗО населения Томской области за период с 1991 по 2001 г., сформированный в НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН. В исследование мы включали только пациентов с морфологически верифицированными опухолями. Изучена заболеваемость по полу и возрасту больных, рассчитаны экстенсивные и стандартизованные показатели (мировой стандарт). Всего за исследуемый период зарегистрировано 842 больных с ПМЗО различной локализации, что составило 4,1% от всех онкологических больных, взятых на учет за это время.

В динамике наблюдался рост заболеваемости полинеоплазиями в 3 раза. Если в 1991–1994 г. заболеваемость ПМЗО составляла 3,8–4,6⁰/0000, то в 1998–2001 г. она возросла до 10,7–14,2⁰/0000 (рис. 1).

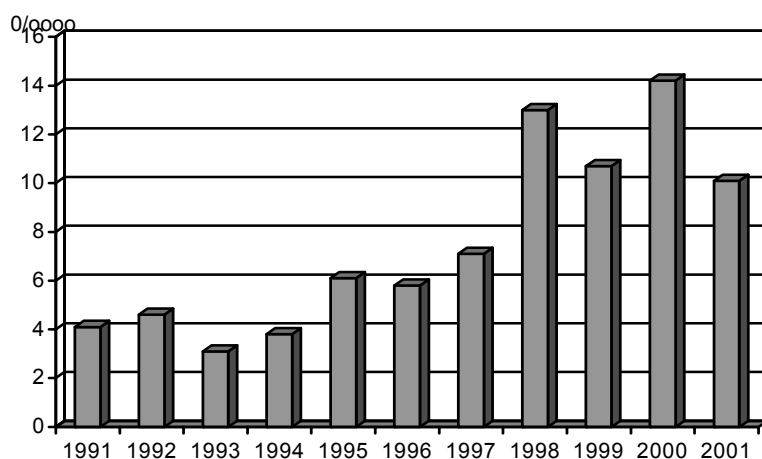


Рис. 1. Динамика заболеваемости полинеоплазиями населения Томской области (стандартизованный показатель, мировой стандарт, на 100 тыс. населения)

Из 842 больных полинеоплазиями было 417 (49,7%) мужчин и 425 (50,3%) женщин. Подавляющее большинство больных (807 человек) имели две злокачественные опухоли, что составило 95,8%. Из них метасинхронные опухоли диагностированы у 588 (69,8%), синхронные – у 219 (26,0%) больных. У 35 человек было выявлено по три самостоятельных злокачественных опухоли, что составило 4,2% (рис. 2). Всего у 842 пациентов выявлено 1719 злокачественных новообразований.

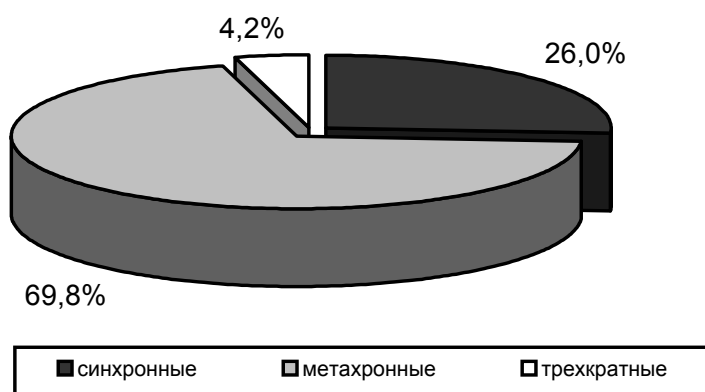


Рис. 2. Структура первично-множественных злокачественных опухолей населения Томской области

Необходимо сказать, что вероятность возникновения второй опухоли уменьшалась со временем наблюдения. За первые пять лет после лечения одной злокачественной опухоли была выявлена почти половина всех метасинхронных полинеоплазий, при большем сроке наблюдения вероятность обнаружить вторую опухоль значительно снижалась, однако даже через 30 лет вероятность этого составляла 3,5%. Зарегистрированный нами максимальный временной интервал между опухолями был равен 41 году (рис. 3).

В структуре заболеваемости как у мужчин, так и у женщин преобладали метасинхронные опухоли. Заболеваемость метасинхронными полинеоплазиями у мужчин составила 4,8, у женщин – 5,8 случаев на 100 тыс., при синхронных опухолях – 2,5 и 1,7⁰/1000 соответственно. Трехкратные опухоли встречались

редко и составили 0,4 и 0,1 случая на 100 тыс. мужского и женского населения соответственно.

Диагноз ПМЗО устанавливался в возрастном диапазоне от 3 до 87 лет. Причём заболеваемость полинеоплазиями увеличивается с возрастом, как у мужчин, так и у женщин. У мужчин при метасинхронных новообразованиях резкий подъем заболеваемости начинается в 50–54 года, пик приходится на 75–79 лет (заболеваемость – 89,2⁰/1000). У женщин наблюдается аналогичная ситуация, при более низких показателях повозрастной заболеваемости и общих высоких цифрах в возрасте 65–84 года (рис. 4).

Повозрастные показатели заболеваемости при синхронных ПМЗО у мужчин также выше. Самый высокий показатель заболеваемости у мужчин зарегистрирован в возрасте 75–79 лет и соответствует 32,2⁰/1000. У женщин относительно высокие цифры заболеваемости наблюдаются в возрасте от 55 до 79 лет, с двумя пиками в 60–64 года и 75–79 лет. Максимальная заболеваемость (7,3⁰/1000) отмечена в возрасте 60–64 года (рис. 5).

Наиболее часто ПМЗО регистрировались в гормонозависимых органах, причем в структуре заболеваемости у

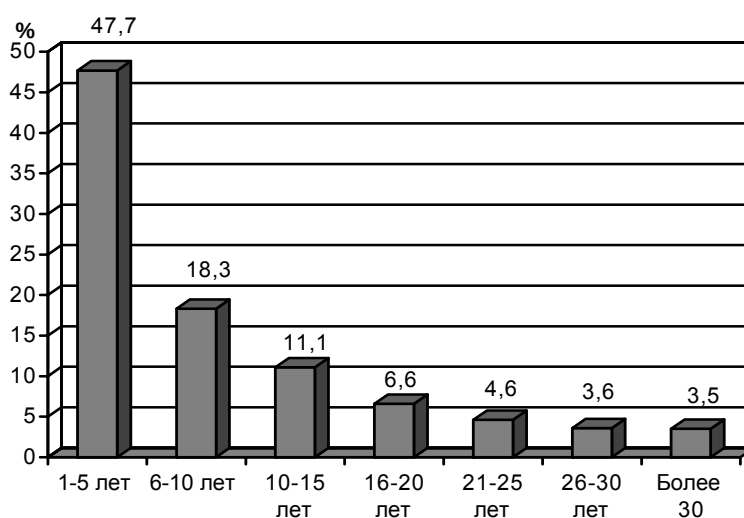


Рис. 3. Распределение встречаемости полинеоплазий в зависимости от времени, прошедшего между выявлением первой и второй опухоли

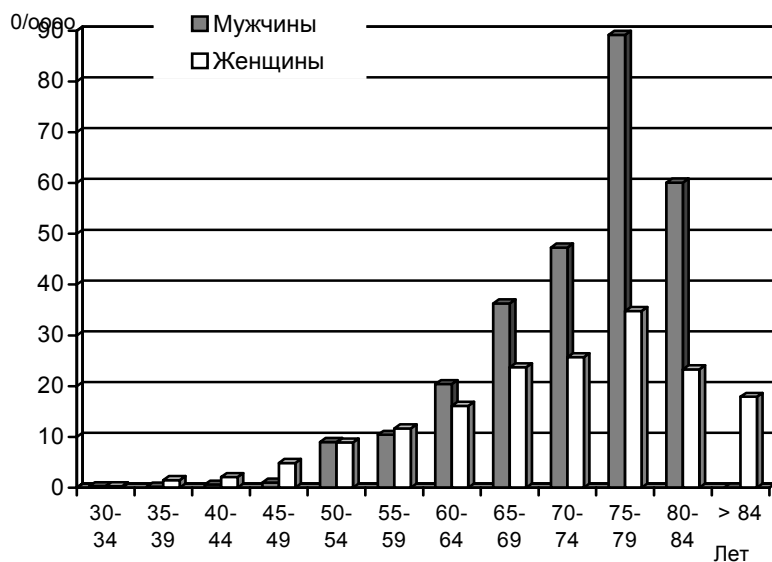


Рис. 4. Повозрастные показатели заболеваемости метасинхронными ПМЗО населения Томской области (интенсивные показатели на 100 тыс. населения)

женщин они встречались в 40%, у мужчин – в 13,4% случаев. Далее в убывающей последовательности встречались полинеоплазии органов желудочно-кишечного тракта (20,5%), кожи (13,4%), органов области головы и шеи (12,7%), которые мы рассмотрели отдельно (в эту группу

вошли опухоли щитовидной железы, гортани, глотки и полости рта, соответствующие верхним отделам дыхательного и пищеварительного трактов). Опухоли органов дыхания (9,6%), мочевыделительной системы (8,2%), кроветворения (4,8%) и опорно-двигательного аппарата (4,8%) встречались относительно редко (табл. 1).

Рассматривая структуру заболеваемости, можно сказать, что наиболее часто у мужчин имели место ПМЗО легких (23,3%), предстательной железы (14%), желудка (11,3%). Реже наблюдались полинеоплазии гортани (7%), кожи (6,7%), мочевого пузыря (6,7%), орофарингеальной области (5,7%), ободочной кишки (4,7%), пищевода (4,7%) и нижней губы (2,7%).

Среди женского населения наиболее часто выявлялись полинеоплазии молочной железы – 14,6%. Первично-множественные опухоли кожи и желудка составили 12,6 и 9,3% соответственно. Далее в убывающей последовательности опухоли легкого (8,7%), ободочной кишки (7,7%) яичников (6,9%), щитовидной железы (6%), прямой кишки (5,4%), а также гемобластозы (4,8%) и ПМЗО тела матки (4,6%).

Большой интерес представляет анализ наиболее характерных сочетаний ПМЗО. У мужчин первая злокачественная опухоль чаще всего локализовалась на коже (15,8%), одинаково часто на нижней губе и в легком (11,5%), реже в мочевом пузыре (10,6%), предстательной железе (10,1%), желудке (9,4%). Последующие опухоли довольно часто выявлялись в легком (17,4%), предстательной железе (16,1%), реже в желудке (9,4%), на коже (9,2%) и в мочевом пузыре (9,0%). Соответственно, у мужчин наиболее частыми были сочетания вышеуказанных опухолей: предстательной железы и мочевого пузыря, кожи и нижней губы с опухолями легкого и желудка (табл. 2).

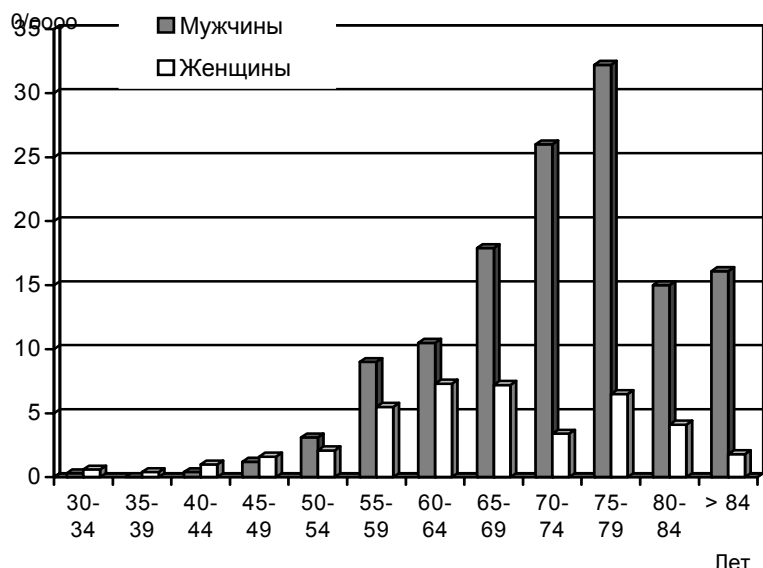


Рис. 5. Повозрастные показатели заболеваемости синхронными ПМЗО населения Томской области (интенсивные показатели на 100 тыс. населения)

Т а б л и ц а 1

Распределение ПМЗО по системам органов, %

Система органов	Всего	Мужчины	Женщины
Гормонозависимые органы	460 (26,8 ± 1,1)	114 (13,4 ± 1,1)	364 (40,0 ± 2,1)
Органы пищеварения	353 (20,5 ± 0,9)	169 (19,8 ± 1,4)	184 (21,3 ± 1,4)
Кожа	231 (13,4 ± 0,8)	106 (12,5 ± 1,1)	125 (14,4 ± 1,2)
Органы головы и шеи	218 (12,7 ± 0,8)	158 (18,5 ± 1,3)	60 (7,0 ± 0,9)
Органы дыхания	165 (9,6 ± 0,7)	124 (14,5 ± 1,2)	41 (4,7 ± 0,7)
Мочевыделительные органы	141 (8,2 ± 0,7)	108 (12,7 ± 1,1)	33 (3,8 ± 0,7)
Система кроветворения	82 (4,8 ± 0,5)	36 (4,2 ± 0,7)	46 (5,3 ± 0,8)
Кости и мягкие ткани	26 (1,5 ± 0,3)	17 (2,0 ± 0,5)	9 (1,0 ± 0,4)
Прочие	43 (2,6 ± 0,4)	21 (2,5 ± 0,5)	22 (2,5 ± 0,5)
<i>Всего</i>	1719	853	866

Т а б л и ц а 2

Структура ПМЗО по органам у мужчин, %

Первая опухоль	Частота	Вторая опухоль	Частота
Кожа	66 (15,8 ± 1,8)	Легкие	76 (17,4 ± 1,8)
Нижняя губа	48 (11,5 ± 1,6)	Предстательная железа	70 (16,1 ± 1,8)
Легкие	48 (11,5 ± 1,6)	Желудок	41 (9,4 ± 1,4)
Мочевой пузырь	44 (10,6 ± 1,5)	Кожа	40 (9,2 ± 1,4)
Предстательная железа	42 (10,1 ± 1,5)	Мочевой пузырь	39 (9,0 ± 1,4)
Желудок	39 (9,4 ± 1,4)	Гортань	24 (5,5 ± 1,1)
Гортань	22 (5,3 ± 1,1)	Полость рта, ротоглотка	24 (5,5 ± 1,1)
Ободочная кишка	22 (5,3 ± 1,1)	Ободочная кишка	20 (4,6 ± 1,0)
Гемобласты	20 (4,8 ± 1,1)	Гемобласты	16 (3,7 ± 0,9)
Полость рта, ротоглотка	18 (4,3 ± 1,0)	Пинцевод	14 (3,2 ± 0,8)
Почки	12 (2,9 ± 0,8)	Почки	13 (3,0 ± 0,8)
Прочие	36 (8,5 ± 1,3)	Прочие	59 (13,4 ± 1,7)
<i>Всего</i>	417 (100)	<i>Всего</i>	436 (100)

Т а б л и ц а 3

Структура ПМЗО по органам у женщин, %

Первая опухоль	Частота	Вторая опухоль	Частота
Молочная железа	93 (21,9 ± 2,0)	Кожа	63 (14,3 ± 1,7)
Кожа	62 (14,6 ± 1,7)	Молочная железа	57 (13,0 ± 1,6)
Шейка матки	53 (12,5 ± 1,6)	Яичники	38 (8,6 ± 1,3)
Тело матки	42 (9,9 ± 1,5)	Ободочная кишка	33 (7,5 ± 1,3)
Ободочная кишка	31 (7,3 ± 1,3)	Желудок	31 (7,0 ± 1,2)
Желудок	27 (6,4 ± 1,2)	Легкие	30 (6,8 ± 1,2)
Гемобласты	26 (6,1 ± 1,2)	Щитовидная железа	27 (6,1 ± 1,1)
Яичники	12 (2,8 ± 0,8)	Шейка матки	24 (5,4 ± 1,1)
Легкие	11 (2,6 ± 0,8)	Тело матки	23 (5,2 ± 1,1)
Щитовидная железа	11 (2,6 ± 0,8)	Прямая кишка	22 (5,0 ± 1,0)
Нижняя губа	9 (2,1 ± 0,7)	Гемобласты	20 (4,6 ± 1,0)
Прочие	48 (11,2 ± 1,5)	Прочие	73 (16,5 ± 1,9)
<i>Всего</i>	425(100)	<i>Всего</i>	441(100)

У женщин обращает на себя внимание склонность к возникновению множественных опухолей в системе гормонозависимых органов, тесно связанных друг с другом общей функцией. Наиболее часто первая опухоль локализуется в молочной железе (21,9%), коже (14,6%), органах репродуктивной системы (шейке матки – 12,5% и эндометрии – 9,9%). Вторые самостоятельные новообразования выявляются довольно часто в области кожи (14,3%), в молочной железе (13%), в яичниках (8,6%), реже в органах желудочно-кишечного тракта (ободочной кишке – 7,5% и желудке – 7%) (табл. 3).

Таким образом, на основании полученного материала можно сделать следующие выводы:

1. Полинеоплазии не являются редкостью, популяционная частота их в Томской области составляет $14,2^0/0000$, а доля в общей структуре онкологической заболеваемости – 4,1%.

2. Успехи лечения солитарных опухолей, улучшение качества регистрации онкологических больных обеспечивают рост частоты ПМЗО и, вероятно, эта тенденция будет сохраняться.

3. Диспансерное наблюдение за онкологическими больными должно осуществляться на протяжении всей их последующей жизни. Контрольное обследование больного, пролеченного по поводу злокачественного новообразования, должно проводиться не только с учетом особенностей рецидивирования и метастазирования, но и с учетом возможности появления новой самостоятельной опухоли.

4. Особое внимание следует обращать на органы с высокой вероятностью возникновения полинеоплазий: у женщин это гормонозависимые органы (органы репродуктивной системы, молочная железа), а также кожа и органы желудочно-кишечного тракта; у мужчин – мочеполовые органы (предстательная железа, мочевого пузыря) а также легкие, желудок, нижняя губа, кожа.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдурасулов Д.М. Основные принципы лечения, прогнозирования и реабилитации больных с первично-

множественными злокачественными опухолями. Ташкент, 1982. 336 с.

2. Бавли Я.Л. Первично-множественные опухоли у больных раком молочной железы, подвергавшихся адъювантной химиотерапии // Первично-множественные злокачественные опухоли: Сб. науч. трудов. Л., 1987. С. 134–138.

3. Байбаков А.В., Прокофьев В.А. Злокачественные первично-множественные опухоли с поражением ЛОР-органов // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. 1982. № 1. С. 32–35.

4. Важенни А.В., Бехтерева Е.И., Бехтерева С.А., Гюлов Х.Я. Очерки первичной множественности злокачественных опухолей. Челябинск: Иероглиф, 2000. 313 с.

5. Ганцев Ш.Х., Мерабишвили В.М., Куликов Е.П. и др. Распространенность и риск возникновения первично-множественных опухолей по материалам популяционного канцер-регистра // Рос. онкол. журн. 1998. № 5. С. 4–7.

6. Крикунова Л.И., Шентерева Н.И. Первично-множественные злокачественные опухоли женских половых органов и других локализаций // Материалы юбилейной конференции НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН: Проблемы современной онкологии. Томск, 1999. С. 180.

7. Небесная Н.Г., Елова Т.И. Первично-множественные раки по материалам радиологического отделения // Актуальные вопросы онкологии: Сб. науч. трудов. Кемерово, 1997. С. 140–141.

8. Попов А.Н. Диагностика и лечение первично-множественного рака легкого // Актуальные вопросы онкологии: Сб. науч. трудов. Кемерово, 1997. С. 154–155.

9. Светлаков М.И. Первично-множественные опухоли у больных раком гортани // Вестн. оториноларингологии. 1962. № 5. С. 77–83.

10. Сельчук В.Ю. Первично-множественные злокачественные опухоли (клиника, лечение и закономерности): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1994. 68 с.

11. Топорова Н.И. Первично-множественные опухоли головы и шеи: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1987. 21 с.

12. Okubo S., Shintani M., Kokawa T. et al. Multiple primary malignant tumors // Jap. J. Cancer Clin. 1981. Vol. 27, № 11. P. 1388–1390.

13. Penn I. Second neoplasms following radiotherapy or chemotherapy for cancer // Am. J. Clin. Oncol. 1982. Vol. 5. P. 63–96.

14. Storm H.H., Jensen O.M., Ewertz M. Summary: multiple primary cancers in Denmark // Natl. Cancers Inst. Monograph. 1985. Vol. 68. P. 411–434.

15. Trivedi M.N., Agrawal S., Muscato M.S. et al. High grade, synchronous colon cancers after renal transplantation: were immunosuppressive drugs to blame? // Am. J. Gastroenterol. 1999. Vol. 94. P. 3359–3361.

16. Weiss A.M., Horel F., Totel F. Les cancers multiples. Resultants de 2813 autopsies // Nouv. Presse Med. 1980. Vol. 9, № 6. P. 355–357.

РЕЗЮМЕ

**АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫМИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ
В ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ****Д.А. Шишкин, Л.Ф. Писарева, Е.Л. Чойнзонов, И.Н. Одинцова***НИИ онкологии Томского научного центра СО РАМН*

Представлен анализ эпидемиологического материала по первично-множественным злокачественным опухолям (ПМЗО) в регионе Томской области за период с 1991 по 2001 г. Выявлены 842 случая полинеоплазии, что составило 4,1% от всех взятых на учет онкологических больных. С 1991 по 2001 г. заболеваемость полинеоплазиями увеличилась в 3 раза. Из 842 больных ПМЗО мужчин было 417 (49,7%), женщин – 425 (50,3%). Две злокачественные опухоли зарегистрированы у 807 (95,8%) больных, из них метасинхронные – у 588 (69,8%), синхронные – у 219 (26,0%). У 35 пациентов (4,2%) выявлено по три злокачественных новообразования. У мужчин наиболее частыми были сочетания рака простаты с опухолями мочевого пузыря, рака кожи и нижней губы с опухолями легкого и желудка. У женщин велика вероятность возникновения ПМЗО гормональнозависимых органов.

Целью контрольного обследования больных, пролеченных по поводу злокачественного новообразования, должно быть не только выявление рецидивирования и метастазирования, но и возможность обнаружения новой самостоятельной опухоли. Особого внимания требуют органы с высокой частотой возникновения полинеоплазий.

RESUME

ANALYSIS OF PRIMARY-MULTIPLE CANCER INCIDENCE IN THE TOMSK REGION**D.A. Shishkin, L.F. Pisareva, E.L. Choinzonov, I.N. Odintsova***Cancer Research Institute, Tomsk, Russia*

The analysis of primary-multiple cancer incidence in the Tomsk region during the period between 1991 and 2001 has been presented. Polyneoplasia was found in 842 cases comprising 4,1% of all cancer cases. The polyneoplasia incidence rate had 3 times increased from 1991 to 2001. Out of 842 patients with primary-multiple malignant tumors there were 417 males (49,7%) and 425 females (50,3%). Two malignant tumors were registered in 807 patients (95,8%), out of them there were 588 (69,8%) metachronous tumors and 219 (26,0%) synchronous tumors. Thirty-five patients (4%) had 3 malignant tumors each. Combinations of prostate cancer with bladder cancer as well as skin and lower lip cancers with lung and stomach cancers occurred most often in males. Primary-multiple malignant tumors of hormone-dependent organs occurred more frequently in females. The purpose of the control examination of patients treated for cancer should be not only the detection of recurrences and metastases but also the ability to detect a new independent tumor. Organs with a high frequency of polyneoplasia development require a special attention.