

УДК 616.329/.33-006.6-036.22(571.15)

*A.F. Lazarev, Ya.N. Shoyhet, V.P. Nechunaev, A.U. Panasjan, V.P. Tsyvkina***Epidemiology of cardioesophageal cancer and stomach cancer in Altay region***Altay Affiliation of N.N.Blokhin Russian Cancer Research Center RAMS,
Altay Regional Oncology Dispensary, Barnaul***ABSTRACT**

The article summarizes analytical results of morbidity and mortality of stomach cancer and cardioesophageal cancer in Altay region in comparison with Russian indices since 1990 to 2005. Downtrend of morbidity is registered – morbidity was reduced on 10.000 (16 %) since 1990. At the same time specific increase of cardioesophageal cancer is registered including Altay region. Morbidity of cardioesophageal cancer is increased twice in Altay region. Different types of adenocarcinoma dominated (92 %). Independently of tumor types low-grade differentiated types prevailed. Stomach cancer comes first (16,3 %) in mortality structure in Russia and this problem keep topicality.

Key words: cardioesophageal cancer, stomach cancer, *Helicobacter pylori*.

*А.Ф. Лазарев, Я.Н. Шойхет, В.П. Нечунаев, А.У. Панасьян, В.П. Цивкина***ЭПИДЕМИОЛОГИЯ КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РАКА
И РАКА ЖЕЛУДКА В АЛТАЙСКОМ КРАЕ***Алтайский филиал ГУ РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН, Барнаул
ГУЗ "Алтайский краевой онкологический диспансер", Барнаул***РЕЗЮМЕ**

Проанализированы данные заболеваемости и смертности рака желудка (РЖ) и кардии в Алтайском крае в сравнении с российскими показателями с 1980 по 2005 гг. Отмечена тенденция к снижению заболеваемости в РФ – с 1990 г. снизилась на 10 тысяч (16 %). Вместе с тем в последнее десятилетие отмечен удельный рост заболеваемости раком кардиоэзофагеальной зоны. В Алтайском крае также зарегистрирована тенденция роста кардиоэзофагеального рака (КЭР), заболеваемость за последнее десятилетие выросла в 2 раза. Преимущественно наблюдались различные варианты аденокарциномы, которые составили 92 % опухолей. Независимо от типа опухолей доминируют низкодифференцированные варианты. Эта проблема остается актуальной и сегодня, в структуре смертности РЖ занимает 1-е место (16,3 %) в РФ.

Ключевые слова: кардиоэзофагеальный рак, рак желудка, *Helicobacter pylori*.

В Алтайском крае заболеваемость злокачественными образованиями выше, чем в соседних регионах и составила в 2006 г. 389,1 на 100 тыс. населения («грубый» показатель). Прирост «грубого» показателя - 3,2. В сравнении с РФ заболеваемость в 2005 г. составила 330,5 («грубый» показатель) [16]. Рост заболеваемости связан с более интенсивным техногенным загрязнением окружающей среды в Алтайском крае (воздействие Семипалатинского полигона, падающие ступени космических ракет, пестициды, гербициды). Нами изучалась раздельно зависимость уровня заболеваемости злокачественными образованиями щитовидной железы, кожи, легких, толстой кишки, злокачественными лимфомами, а также заболеваниями печени и костей от воздействия различных факторов внешней среды. Установлена взаимосвязь уровня за-

болеваемости перечисленных органов с воздействием факторов внешней среды [7; 8; 9; 17; 18].

Рак желудка (РЖ), несмотря на снижение заболеваемости, остается одним из самых распространенных заболеваний в мире. Ежегодно регистрируются почти более 1 млн. случаев. В подавляющем большинстве стран заболеваемость РЖ мужчин в 2 раза выше, чем женщин. Уровень заболеваемости колеблется в достаточно широких пределах [11; 12]. Так, по данным последнего издания МАИР «Рак на пяти континентах» (Том 7), совершенно очевидно, что на величину показателя заболеваемости населения раком желудка оказывает влияние характер и режим питания. Наличие в рационе питания достаточного количества растительной пищи и фруктов, животных и растительных белков существенно снижает риск возникновения рака

желудка. Наиболее наглядный в этом отношении пример США, где за последние 70 лет пропаганды рационального питания многократно снизилась заболеваемость населения РЖ. Важно отметить, что существенное снижение риска возникновения РЖ отмечено и у эмигрантов из Японии, постоянно проживающих в США, особенно во 2-м и 3-м поколениях.

К странам с высоким уровнем заболеваемости РЖ относится и Россия, где ежегодно регистрируются более 50 тыс. новых случаев [15]. Но тем не менее наметилась тенденция к снижению заболеваемости РЖ в России. С 1990 г. заболеваемость снизилась на 10 тыс. (16 %) и составила 48,2 тыс. (рис. 1 и 2).

В структуре онкологической заболеваемости среди мужчин РЖ занимает 2-е место (11,4 %), среди женщин – 3-е (7,7 %), а в структуре смертности – 1-е место (16,3%) [1]. В связи с этим проблема эпидемиологии РЖ, его ранняя диагностика и профилактика имеют особую актуальность.

По уровню смертности от РЖ Россия в ранжированном ряду 45 стран занимает 2-е место (у мужчин) и 3-е место (у женщин). Несмотря на снижение заболеваемости, за последние 10 лет показатель летальности на 1-м году даже увеличился, что связано с увеличением доли больных с IV стадией и ухудшением онкологической помощи населению России. В 2004 г. в Алтайском крае стандартизованный показатель смертности от РЖ мужчин составил 24,9, женщин – 10,6 на 100 тыс. населения, что несколько ниже российского показателя (40,3 и 16,6 соответственно) [1; 2]. Самая высокая выживаемость в мире зарегистрирована в Японии – 53 %, в других странах она не выше 15-20 % [5]. Доля раннего выявления РЖ в Японии также наивысшая и составляет половину всех случаев, тогда как в Европе, США и других странах – не более 20 %. Указанные факты позволили предположить некоторым исследователям, что РЖ у японцев является принципиально отличным от РЖ у европейцев, однако дальнейшие исследования в молекулярной биологии показали, что это не так, а успехам в улучшении выживаемости Япония обязана массовому скринингу населения и принятым национальным программам по борьбе с раком [20].

В последнее десятилетие отмечен удельный рост заболеваемости раком кардиоэзофагеальной зоны и снижение заболеваемости раком антрального отдела

желудка, и эта тенденция наиболее отчетлива в странах Европы, в то время, как в Японии доминирующим остается рак антрального отдела желудка [4; 19]. Предполагается, что РЖ дистальных отделов ассоциирован с инфекцией *Helicobacter pylori* (НР), а эрадикационные схемы лечения вызывают миграцию НР в проксимальном направлении, производя канцерогенный эффект в кардиоэзофагеальной зоне.

Огромное внимание исследователями при определении причины возникновения РЖ уделяется роли НР. После того, как в 1983 г. В.Л. Маршалл [21], исследуя биоптаты слизистой оболочки желудка больных язвенной болезнью, обнаружил и описал микроорганизм, классифицированный как НР, впоследствии признанный ведущим в этиологии хронического неиммунного антрального гастрита, исследователей заинтересовали его связи в возникновении РЖ.

Е.Л. Фишелева [14] в обзоре о роли НР в развитии РЖ отмечает, что проведенные в США и Англии исследования показали, что риск возникновения РЖ у инфицированных больных в 3,8 раза выше по сравнению с неинфицированными больными. Проспективные исследования, проведенные с интервалом 15 лет и более, выявили инфицированность НР в 90 %, а при исключении рака кардии этот процент становится еще выше.

Согласно графикам в Алтайском крае также отмечено снижение заболеваемости РЖ как у мужчин, так и у женщин за последнее десятилетие (рис. 3 и 4).

Таким образом, в Западно-Сибирском регионе отмечена территориальная неравномерность распространения РЖ. Выявлена связь заболевания с региональной спецификой, которая обусловлена особенностями среды обитания, включающими природный ландшафт, антропоэкологические характеристики, наличие родоновых источников вод, сейсмичность, уровни здоровья, плотность населения и миграцию, проявляющихся, в первую очередь, через фактор питания и стресса [12].

За последние 20 лет во всем мире отмечено резкое увеличение частоты кардиоэзофагеального рака (КЭР) на фоне снижения заболеваемости РЖ, что делает проблему лечения опухолей данной локализации чрезвычайно актуальной. Темпы роста заболеваемости этой опухолью превысили таковые при других злокачественных новообразованиях [3; 15] (рис.5).

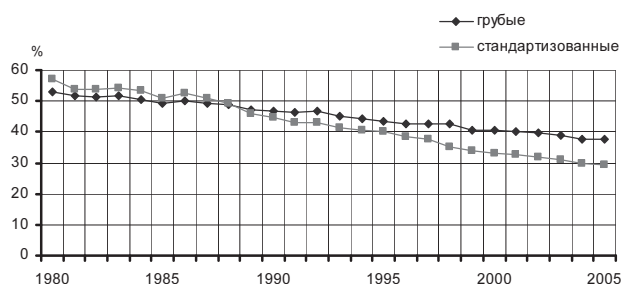


Рис. 1. Динамика заболеваемости РЖ населения России (мужчины)

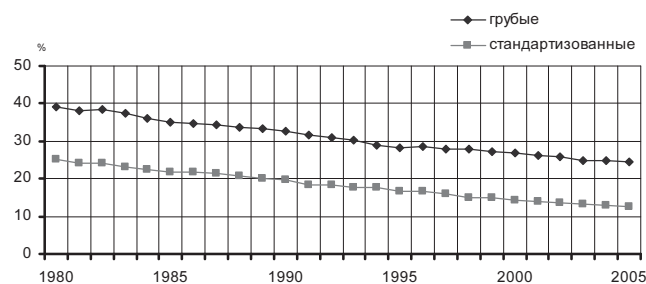


Рис. 2. Динамика заболеваемости РЖ населения России (женщины)

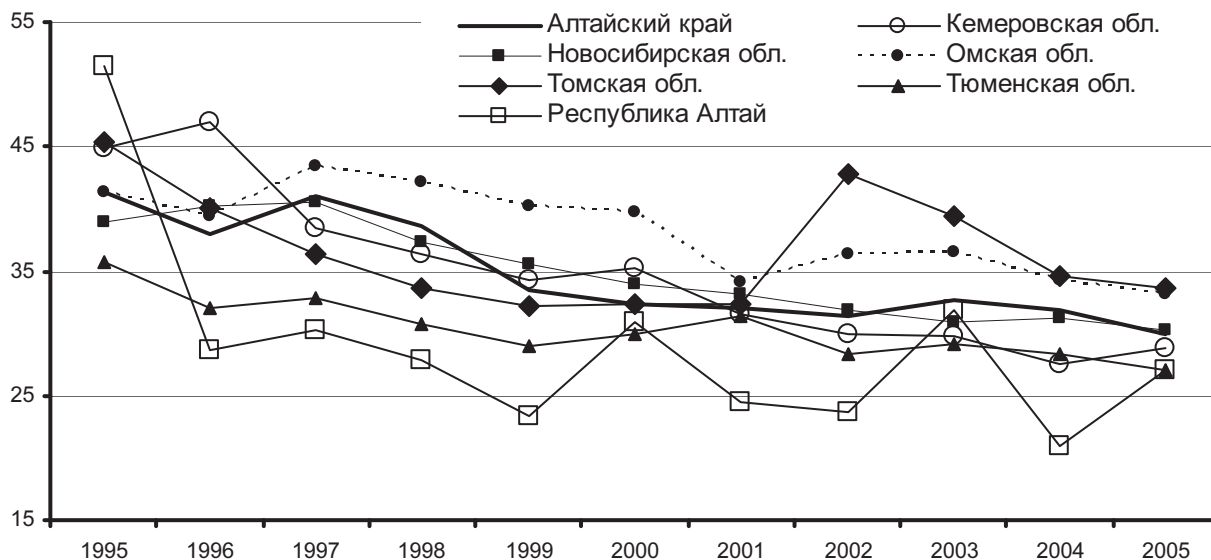


Рис. 3. Заболеваемость РЖ в Западно-Сибирском регионе. Стандартизованный показатель (мужчины)

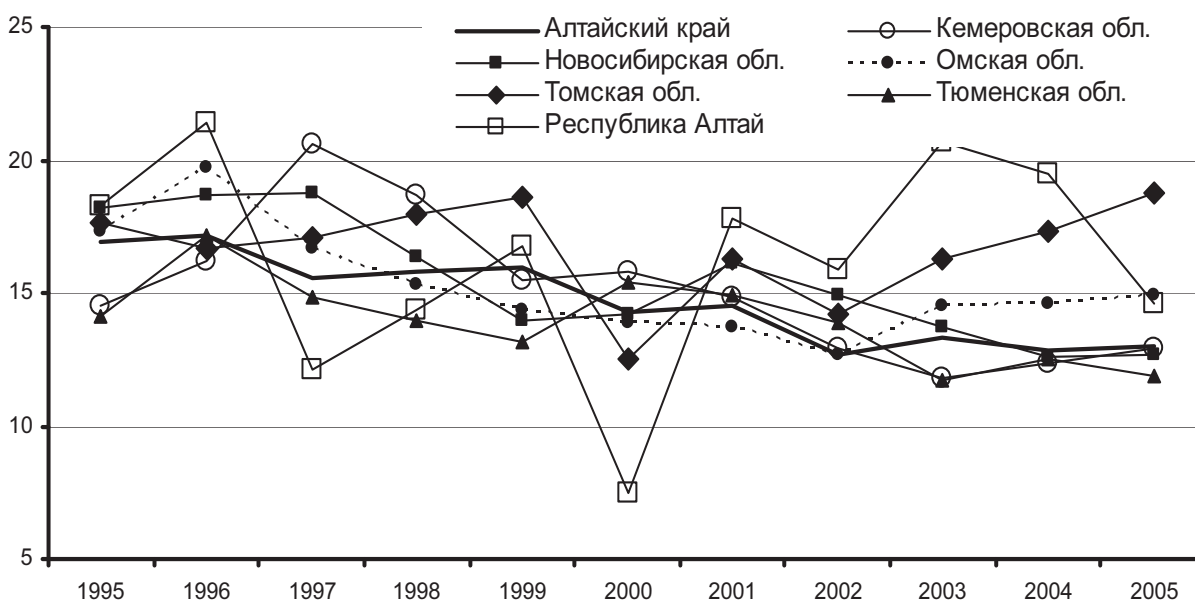


Рис. 4. Заболеваемость РЖ в Западно-Сибирском регионе. Стандартизованный показатель (женщины)

Опыт многих крупных клиник свидетельствует, что КЭР и рак других отделов желудка – это разные заболевания. Опухоли кардиоэзофагеальной зоны метастазируют не только в абдоминальные, но часто и в медиастинальные лимфоузлы. По прогнозу они более неблагоприятны, чем рак пищевода или желудка. В Алтайском крае заболеваемость КЭР за последнее десятилетие выросла в 2 раза (в 1994 г. – 2,1, в 2005 г. – 4,4 на 100 тыс. населения) (рис. 5).

Основной процент заболеваемости КЭР приходится на возрастную группу 50–60 лет (76,3 %) [6] (рис. 6).

На согласительной конференции Международной ассоциации по раку желудка и Международного

общества по заболеваниям пищевода в 2000 г. экспертной комиссией рекомендована классификация, предложенная J.R.Siewert (1987). Она проста для понимания и практического применения. Классификация ориентируется на анатомический центр опухоли, а точкой отсчета является Z-линия. Классификация позволяет дифференцировать опухоли, расположенные в зоне пищеводно-желудочного перехода, и выбрать оптимальный хирургический доступ.

Тип I (рак дистального отдела пищевода) – анатомический центр опухоли расположен на расстоянии 1–5 см проксимальнее Z-линии.

Тип II (истинный рак кардии) – анатомический центр опухоли расположен в пределах 1 см проксимальнее и 2 см дистальнее Z-линии.

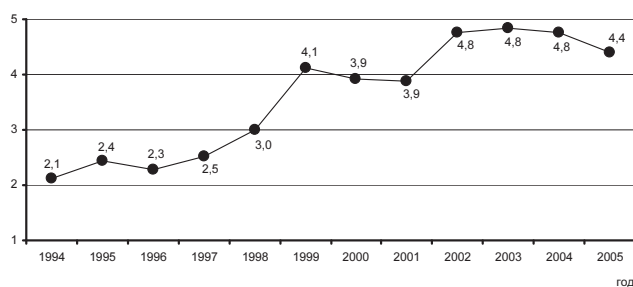


Рис. 5. Динамика заболеваемости КЭР в Алтайском крае (оба пола). Интенсивный показатель

Тип III (субкардиальный рак) – анатомический центр опухоли расположен на расстоянии 2–5 см дистальнее Z-линии.

Лечение КЭР до сих пор остается многоплановой актуальной проблемой. Повышенное внимание хирургов сосредоточено на проблеме адекватного доступа, объема оперативного вмешательства, объема лимфодиссекции, снижения послеоперационной летальности и улучшения функциональных последствий операций по поводу рака кардиоэзофагеальной зоны. Поиску адекватных методов хирургического лечения и разработке эффективных комбинированных методик посвящены многочисленные работы как в РФ, так и за рубежом [4; 10; 13].

В Алтайском крае зарегистрированы 596 случаев заболеваемости КЭР за последние 15 лет. Мужчины болеют почти в 2 раза чаще женщин (31,4 % и 69,6 %). Заболеваемость КЭР наблюдается чаще у городского населения (54,7 %) по сравнению с сельским (45,3 %).

По нашим наблюдениям, из 5498 случаев рака желудка локализация опухоли за последние годы постепенно перемещается в верхние отделы желудка в связи с проводимым лечением, описанным выше. Поэтому кардиоэзофагеальный рак составляет 11,6 % (табл.1).

Согласно классификации опухоли по J.R. Siewert в наших наблюдениях опухоль располагалась: I тип – у мужчин 31,4 %, у женщин – 16,8 %, II тип – 65,9 % у мужчин, 79,4 % у женщин, III тип – 2,6 % у мужчин, 3,8 % у женщин. Частота возникновения КЭР I типа у мужчин обусловлена пищеводом Барретта с метапла-

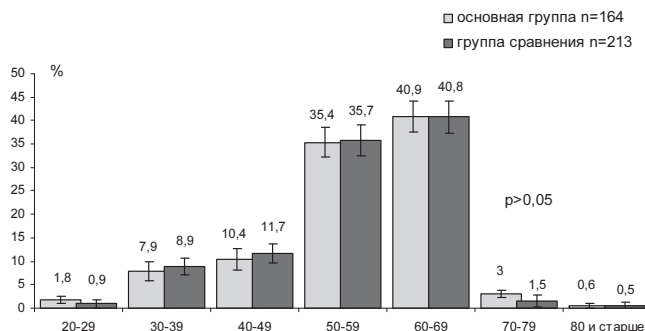


Рис. 6. Возрастная характеристика заболеваемости КЭР в Алтайском крае за последние 15 лет

зией эпителия, связанной с характером питания (курение, употребление крепких алкогольных напитков).

Преимущественно наблюдались различные варианты аденокарциномы, которые составили 92 % опухолей. Независимо от типа опухоли доминируют низкодифференцированные варианты. Плоскоклеточный рак составил 3,8 % (табл. 2).

Заболеваемость КЭР в Алтайском крае за последнее десятилетие выросла в 2 раза с преобладанием низкодифференцированных гистологических вариантов опухоли (1994 г. – 2,1; 2005 г. – 4,4 на 100 тыс. населения). Это обусловлено более интенсивным техногенным загрязнением окружающей среды в Алтайском крае, а также изменением образа жизни, характера питания (курение, употребление крепких алкогольных напитков). Стандартизованный показатель смертности РЖ в Алтайском крае ниже российского показателя как у мужчин, так и у женщин.

Таким образом, рак желудка и кардии в России остается чрезвычайно острой проблемой. Смертность от этого заболевания за последние годы в нашей стране не снизилась. «Ранний рак» выявляется в 10 % случаев, 75 % первично выявленного рака желудка регистрируется в III–IV стадии, 83 % больных к моменту выявления заболевания имеют метастазы в регионарные лимфоузлы. Поэтому требуются скрининговые программы по выявлению наиболее распространенных форм РЖ, а в условиях современной действительности скрининг должен проводиться хотя бы в группах фоновых и предраковых заболеваний. В этой

Таблица 1

Локализация опухоли по отделам желудка (1990-2005 гг.)

Наименование	МКБ-10	%
Кардия	C16.0	11,6
Дно желудка	C16.1	0,8
Тело желудка	C16.2	35,7
Преддверие привратника	C16.3	2,2
Привратник	C16.4	18,4
Малая кривизна	C16.5	4,3
Большая кривизна	C16.6	1,6
Распространенное тотальное поражение желудка	C16.8	4,7
Неуточнённая локализация желудка	C16.9	20,7
ВСЕГО (5498 случаев)	C16	100

Таблица 2

Гистологическая структура опухолей кардиоэзофагеальной зоны (1990-2005 гг.)

Код МКБ-0-2	Название	Число наблюдений	%
8140/3	Аденокарцинома БДУ	76	12,8
8140/3	Высокодифференцированная adc	126	21,2
8140/3	Умереннодифференцированная adc	178	29,8
8140/3	Низкодифференцированная adc	165	27,7
8071/3	Плоскоклеточный ороговевающий	14	2,3
8072/3	Плоскоклеточный неороговевающий	9	1,5
8231/3	Недифференцированный рак	4	0,7
8480/3	Муцинозная аденокарцинома	9	1,5
8560/3	Железисто-плоскоклеточный рак	6	1,0
8260/3	Папиллярная аденокарцинома	5	0,8
8240/3	Карциноидная опухоль	4	0,7
ВСЕГО морфологически верифицировано		596	100%

связи требуется популяризация знаний (включая телевидение, радио, распространение буклетов и т.д.) о РЖ среди врачей общего профиля и населения. Особая роль должна отводиться терапевтам, гастроэнтерологам, эндоскопистам. Действенной мерой профилактики РЖ может служить изменение образа питания. Больные РЖ должны лечиться в специализированных учреждениях. При семейном РЖ должно проводиться медико-генетическое консультирование родственников. «Золотым стандартом» в хирургическом лечении является гастрэктомия (резекция) с объемом лимфодиссекции D2

ЛИТЕРАТУРА

1. Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2004 г. Под ред. М.И. Давыдова, Е.М. Аксель. – Том 17, №3 (прил.1). – 2006.
2. Давыдов М.И., Тер-Ованесов М.Д. Современная стратегия хирургического лечения РЖ // Современная онкология. – 2000. – Т. 2, № 1. – С. 4-10.
3. Давыдов М.И., Мазурин В.С., Пирогов А.И. и др. Современные аспекты хирургического лечения КЭР // Хирургия. – 1992. – № 3. – С. 162-3.
4. Давыдов М.И., Туркин И.Н., Стилиди И.С. и др. Кардиоэзофагеальный рак: классификация, хирургическая тактика, основные факторы прогноза // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. – 2003. – № 1. – С. 82-9.
5. Заридзе Д.Г. Эпидемиология и этиология злокачественных заболеваний. – Канцерогенез. – М.: Научный мир, 2000. – С. 26-56.
6. Лазарев А.Ф., Шойхет Я.Н., Нечунаев В.П., Агеев А.Г. Сравнительные аспекты лимфодиссекции в хирургическом лечении рака кардиоэзофагеальной зоны, // Сибирский онкологический журнал. – 2006. – 2(18). – С. 3-10.
7. Лазарев А.Ф., Шойхет Я.Н., Петрова В.Д., Писарева Л.Ф. Рак щитовидной железы в Алтайском крае. – Барнаул: АГМУ РИО, 2003. – 206 с.
8. Лазарев А.Ф., Шойхет Я.Н., Музалевский П.Н. Мезотелиома в Алтайском крае. – Барнаул: АГМУ РИО, 2007. – 158 с.
9. Лазарев А.Ф., Шойхет Я.Н., Терехова С.А. Многофакторный анализ при формировании групп риска рака желудка. – Барнаул, 2007. – 191 с.
10. Мазурин В.С. Хирургическое и комбинированное лечение кардиоэзофагеального рака: Дисс. ... д-ра мед. наук. – М., 1993.
11. Мерабишвили В.М. Рак желудка: эпидемиология, профилактика, оценка эффективности лечения на популяционном уровне // Практическая онкология. – 2001. – 1(7). – С. 3-8.
12. Писарева Л.Ф., Коломиец Л.А. Рак желудка в регионе Сибири и Дальнего Востока. Факторы риска. – Томск: СТТ, 2001. – С. 244.
13. Стилиди И.С. Стратегия хирургии рака пищевода: Дисс. ... д-ра мед. наук. – М., 2002.
14. Фишелева Е.Л. Helicobacter pylori и злокачественные опухоли желудка // Рос. ж. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 1996. – № 4. – С. 23-5.
15. Чиссов В.И., Старинский В.В. Злокачественные новообразования (заболеваемость и смертность) в России в 2003 г. – М., 2004.
16. Чиссов В.И., Старинский В.В. Злокачественные новообразования в России в 2005 году. – М., 2005.
17. Шойхет Я.Н., Лазарев А.Ф., Агеев А.Г. Рак легкого в Алтайском крае. – Барнаул, 2006. – 156 с.
18. Шойхет Я.Н., Лазарев А.Ф., Шниготский А.Н., Шниготская П.А. Рак печени в Алтайском крае. – Барнаул: АГМУ РИО, 2004. – 210 с.
19. Egashira Yutaro, Tadakazu Shimoda, Masahiro Ikegami. Mucin histochemical analysis of minute gastric differentiated adenocarcinoma // Pathology International. – 1999. – 49. – P. 55-61.

20. *Gotoda Takuji, Akio Yanagisawa, Mitsuru Sasako et al.* Incidence in lymph node metastasis from early gastric cancer: estimation with a large number of cases at two large centers //Gastric Cancer. – 2000. – 3. – P. 219-25.

21. *Marshall B.J., Warren J.R.* Unidentified curved bacilli in the stomach of patients with gastritis and peptic ulceration // Lancet. – 1984. – 1. – P.1311-5.

Поступила 20.04.2007.