

К вопросу о раке полости рта

П.В. Светицкий

Отделение опухолей головы и шеи ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт»
Минздрава России, Ростов-на-Дону

Контакты: Павел Викторович Светицкий rnioi@list.ru

Проведен анализ роста заболеваемости раком полости рта в Ростовской области с конца 90-х годов прошлого века. Результаты исследования показали, что рост заболеваемости связан с увеличением населения в области за счет вынужденных иммигрантов после распада СССР. Материальная неустроенность, неполноценное питание, плохая гигиена полости рта и состояние депрессии у данной категории людей способствовали росту предраковых и раковых заболеваний.

Ключевые слова: рак органов полости рта, заболеваемость, вынужденная иммиграция населения

On oral cancer

P. V. Svetitsky

Department of Head and Neck Tumors
Rostov Cancer Research Institute, Ministry of Health of Russia, Rostov-on-Don

The paper analyzes a rise in the incidence of oral cancer in the Rostov Region since the 1990s. The study has indicated that this rise is associated with regional population growth due to the forced migrants after the collapse of the USSR. Financial problems, unbalanced nutrition, poor oral hygiene, and depression in this group of patients have contributed to the higher incidence of precancers and cancers.

Key words: oral cancer, morbidity, forced migration

Поводом для данной публикации стали результаты анализа роста заболеваемости раком органов полости рта и глотки (РОПРиГ) в Ростовской области (РО) в последние годы.

В 2010 г. в РО с населением 4 млн 284 тыс. человек было взято на учет 335 больных, что выдвинуло область на 5-е место по заболеваемости среди всех субъектов Российской Федерации (РФ) [1]. До 90-х годов заболеваемость РОПРиГ в РО была невысокой и заметно уступала ведущей онкологической патологии головы и шеи — раку гортани (табл. 1).

Как видно из табл. 1, начиная с 1970 г. в течение первых 10 лет наблюдался постепенный рост РОПРиГ (грубый показатель — на 100 000 населения), который в 90-х годах сравнялся с ростом рака гортани, а затем и превысил его. Следует отметить, что в 2009 г. заболеваемость РОПРиГ в РО (7,9) превысила заболеваемость в РФ — 7,2 [2].

Выяснение причины столь высокой заболеваемости в РО потребовало более детального рассмотрения этой проблемы, включая вопросы эпидемиологии.

В публикации речь пойдет как о РОПРиГ, так и отдельно о раке органов полости рта (РОПР). Полость рта и глотка — отдельные органы, различающиеся анатомически, характером слизистой оболочки, функциями, методами диагностики и лечением. Однако патологии этих двух областей в отчетно-нормативных документах и публикациях в России и ряде стран ближнего и дальнего зарубежья объединены. В связи с этим мы были вынуждены имеющуюся информацию по рассматриваемой патологии представить как по отдельности, так и вместе.

Заболеваемость РОПРиГ неодинаковая как на территории РФ, так и по странам и континентам. Так, в РФ в 2008 г. состояло на учете более 20 000 больных [2]. В Германии (население более 80 млн человек)

Таблица 1. Заболеваемость РОПРиГ в РО (по данным канцер-регистра ФГБУ «РНИОИ»)

Локализация	Годы								
	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2009
Полость рта и глотки	2,4	2,8	3,1	4,8	6,5	6,8	7,1	6,9	7,9
Гортань	3,2	5,0	5,5	5,2	6,5	5,5	5,6	3,7	4,7

ежегодно заболевает около 10 500 [3], в США (население 280 млн человек) — до 30 000 [4]. Самая высокая заболеваемость наблюдается в Индии и Индокитае [5].

В Индии, с населением более 1 млрд человек, РОПР составляет до 40% среди всех злокачественных опухолей [6]. Одной из главных причин столь высокой заболеваемости в Индии, помимо неполноценного питания основной массы населения и плохой гигиены полости рта, считается привычка местных жителей употреблять бетель. Справка: бетель — тропическое перечное растение, произрастающее в Южной и Юго-Восточной Азии, листья которого, пряного и жгучего вкуса, употребляют для жевания [7, 8]. Кстати, среди жителей Англии, болеющих РОПР, 4% составляют выходцы из Индии, продолжающие употреблять бетель [6].

В Средней Азии традиционно высокая заболеваемость РОПР. В некоторых областях Узбекистана ежегодно им заболевает до 300 человек [9]. Было доказано, что причинами его возникновения в Средней Азии являются как особенности питания: горячая и острая за счет использования большого количества перца пища, так и употребление «наса». Последнему отводится ведущая роль [10]. Справка: «наса» (в Узбекистане его называют также «насой») представляет собой порошок или шарики темно-зеленого цвета, средней плотности, диаметром до 3–5 мм. Составные части «наса»: смесь кунжутного и хлопкового масел, клея, извести, табака и золы. В зависимости от географии проживания состав «наса» и пропорции его составляющих меняются. Его употребляют как женщины, так и мужчины. «Нас» используется в небольшом количестве (1 чайная или десертная ложка) посредством укладывания в различные отделы рта. В Узбекистане, Таджикистане, Киргизии и Туркмении «наса» помещают в боковое преддверие рта (за щеку), на язык, под язык, а в Казахстане — между десной и губой [11]. При употреблении «наса» возникает легкая эйфория и небольшое жжение во рту — на участках, соприкасающихся с «насом». Чувство жжения во рту, со слов респондентов, схоже с употреблением перца или горчицы, но менее выражено. Употребляют «наса» в основном после еды, испытывая при этом легкую эйфорию. Основной контингент употребляющих «наса» в Средней Азии — коренные жители. Однако его употребляют люди и других национальностей: русские, украинцы, корейцы и другие, живущие в Средней Азии и Казахстане и работающие в шахтах, где курение чревато авариями при воспламенении взрывоопасных газов. По данным проф. А.В. Чаклина [10], более высокая заболеваемость РОПР в Узбекистане наблюдается в областях, где в состав «наса» входит известь. При этом при возникновении рака его локализация всегда связана конкретно с местом укладывания «наса». В Таджикистане известь в «наса» не добавляют. Этим, по мнению

автора, обуславливаются относительно низкие показатели заболеваемости в Таджикистане.

Согласно данным литературы (в основном зарубежной), заболеваемость РОПРГ связана с употреблением крепких алкогольных напитков, курением табака и полосканием рта жидкостями, содержащими алкоголь [4, 6]. Однако в последние годы данная версия пересматривается. Все большее внимание уделяется таким факторам, как плохая гигиена полости рта, специфическое и неполноценное питание, иммунодефицит и вирусные инфекции, особенно вирус папилломы человека [12–15]. В то же время существует мнение о возможности возникновения РОПРГ даже при отсутствии каких-либо факторов риска [6, 16].

Общепризнана роль предраковых заболеваний в возникновении РОПР: болезнь Боуэна (эритроплакия, эритроплазия), красная волчанка, красный плоский лишай, лейкоплакия, кандидоз (молочница). Способствует возникновению заболевания вирус Эпштейна–Барр, дефицит в организме витаминов А, Е и С. По мнению R. Kamijo [17], любой фактор, негативно воздействующий на регуляцию клеточного цикла в нормальном развитии клетки и ее дифференциации, способен вызвать в полости рта метаплазию с последующей малигнизацией.

Принято считать, что при изучении эпидемиологии на определенной географической территории надо учитывать следующие факторы: природные условия, окружающую и производственную среду, вредные для здоровья профессии, особенности питания, вредные привычки и т. д. [5].

Рассмотрим вышеприведенные факторы применительно к рассматриваемой патологии в РО. На протяжении 10-летий природные условия в области не изменялись и остаются прежними (РО представляет из себя лесостепь, где леса находятся только в северной части). Окружающая среда также не изменилась — Волгодонская атомная станция в РО не работала. Для сравнения: в результате катастрофы на Чернобыльской АЭС произошло значительное изменение окружающей среды с негативными последствиями. В РО производственная среда во вредных профессиях, вопреки социальному статусу, улучшилась: закрылись многие предприятия (заводы, фабрики, рудники, шахты и т. д. перестали работать). Быт населения области устойчивый, а вредные привычки, естественно, остались прежними. Так что же произошло, что могло повлиять на прогрессирование заболеваемости РОПРГ в РО к концу 80-х годов прошлого века?

К этому сроку, в связи с распадом СССР, началось переселение народов. Вынужденные иммигранты переселялись, как правило, не в Сибирский, Дальневосточный и другие районы — так называемые холодные территории, а в южные и центральные — промышленно-развитые регионы.

Таблица 2. Численность и показатели воспроизводства населения в РО (по данным Ростовстата)

Показатели	Годы				
	1970	1980	1990	2000	2010
Среднегодовая численность населения (тыс. чел.)	3831,3	4124,6	4326,2	4446,9	4283,9
Число родившихся	51 055	62 209	54 021	35 606	46 607
Число умерших	34 132	48 286	53 992	67 555	62 879

В эти годы анализ заболеваемости РОПРiГ на территории РФ выявил определенную закономерность. Так, в 2010 г. самая высокая заболеваемость (грубый показатель на 100 000 населения) наблюдалась в Астраханской, Ленинградской, Нижегородской областях (9,3), в Санкт-Петербурге (9,1) и Краснодарском крае (9,08). Затем следовали Московская (8,5) и Ростовская (7,9) области [1].

В РО приток иммигрантов также был высоким. Он изменил демографию области. По данным Ростовстата на 2011 г., население в области с конца 90-х годов постоянно растет, несмотря на то, что число умерших превосходит число родившихся (табл. 2).

Что представляли из себя вынужденные переселенцы в те, не слишком далекие, годы? Они прибыли в основном из Средней Азии, Казахстана и Северного Кавказа. Их никто не ждал и не приглашал. Это были, как правило, славяне, меньше — люди, состоящие в смешанных браках, и коренные жители республик, откуда они выехали. Основная их масса была материально не обеспеченной. Сложности с устройством на работу, приобретением жилья на новом месте, неясная перспектива для себя и детей негативно влияли на образ жизни. Питание у переселенцев изменилось радикально, а вредные привычки сохранились. Следует особенно выделить состояние глубокой депрессии, в которой находилась основная масса этих переселенцев, а часть из них до сих пор не вышла из этого состояния. Их осмотр при поступлении для лечения выявил крайне неблагоприятное в плане гигиены состояние полости рта — намного хуже, чем у местных жителей: отмечен практически сплошной кариес и ос-

татки зубов, травмирующие язык и слизистую, деформированные протезы, разнометаллические пломбы и коронки и т. д. Следует отметить, что данная ситуация наблюдается и у коренных жителей области, но у иммигрантов она чаще и больше выражена.

После 2000 г. отмечено повсеместное снижение притока иммигрантов. В то же время с этих лет происходило частичное или полное восстановление производственно-хозяйственных структур, что возобновило воздействие производственных вредных факторов с увеличением риска заболеть РОПРiГ. Мы опускаем вопросы, связанные с производственными вредностями, так как набор клинических наблюдений по данной теме продолжается, а результаты будут впоследствии опубликованы.

Таким образом, можно констатировать, что увеличение заболеваемости раком полости рта и глотки в РО с конца 90-х годов можно связать с увеличением населения за счет иммигрантов — вынужденных переселенцев, материально не обеспеченных, с неполноценным питанием, плохой гигиеной полости рта, находящихся в состоянии депрессии.

Наши выводы о связи роста заболеваемости с увеличением числа больных из среды иммигрантов согласуются с мнением зарубежных исследователей, изучающих эпидемиологию РОПРiГ [18]. В США рост данной патологии в последние годы связывается с иммиграцией из Южной Америки и Южной Азии [19, 20]. В Англии рост заболеваемости с 1990 по 2007 г. на 30 % также объясняют миграцией из Индии [21]. Во Франции к 2012 г. РОПР стал третьим по частоте онкологическим заболеванием у мужчин, что можно объяснить фактором иммиграции [22].

ЛИТЕРАТУРА

1. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Состояние онкологической помощи населению России в 2010 г. М., 2011. С. 56–57.
2. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Заболеваемость злокачественными новообразованиями. Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина 2010;2(21):58–9.
3. Robert Koch Institut Berlin. Krebs in Deutschland 2003–2004. Häufigkeiten und Trends. 6. Auflage, 2008.
4. Kornblut A.D. Clinical evaluation of tumors of the oral cavity. In: Thawley S.E. et al. Comprehensive management of head and neck tumors. Saunders, Philadelphia, pp. 460–479.
5. Bairagi S.P. A descriptive study of oral cancer in Assam. 6th International Congress on Oral Cancer. India, 1999. P. 99.
6. Oral cancer. http://en.wikipedia.org/wiki/Oral_cancer. 28.04.12.
7. Словарь иностранных слов под ред. И.В. Лехина и Ф.Н. Петрова. М., 1955.

8. Zain R.B., Rahman Z.A.A., Fukano H. et al. Oral habits, serum micronutrients and oral mucosal lesions among the indigeneous people of Sarawak. 6th International Congress on Oral Cancer. India, 1999. P. 157.
9. Юсупов Б.Ю. Злокачественные опухоли головы и шеи среди разных этнических групп в Республике Узбекистан. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Ташкент, 2007.
10. Чаклин А.В. Рак полости рта. В кн.: Эпидемиология рака в странах СЭВ. М.: Медицина, 1979. С. 245–250.
11. Haddad R.I., Shin D.M. Recent advances in head and neck cancer. *N Engl J Med* 2008;359(11):1143–54.
12. Nouri A.M.E., Cannel H., Oliver R.T.D. Expression of various molecules in solid tumours. 6th International Congress on Oral Cancer. India, 1999. P. 46.
13. Miguel R.E.V., Villa L.L., Cordeiro A.C. et al. Prevalence of HPV in oral and oropharynx scc. 6th International Congress on Oral Cancer. India, 1999. P. 88.
14. Cancer of the oral cavity and pharynx. www.cdc.gov/nohss/guideCP.htm. 23.05.2006.
15. Guha N., Boffetta P., Wunsch Filho V., et al. Oral health and risk of squamous cell carcinoma of the head and neck and esophagus: results of two multicentric case-control studies. *Am J Epidemiol* 2007;166(10):1159–73.
16. General Information About Lip and Oral Cavity Cancer. <http://www.webmd.com/cancer/tc/ncicdr0000258017> — general-information-about-lip-and-oral-cavity-cancer. 03.05.2012.
17. Kamijo R. Role of P53 tumor suppressor gene in proliferation and transformation of oral mucosal keratinocytes: studies using P53 gene knock out mice. 6th International Congress on Oral Cancer. India, 1999. P. 62.
18. Cancer of the oral mucosa. <http://emedicine.medscape.com/article/1075729-overview>. 20.06.2012.
19. Oral cancer. <http://www.cancer.gov/cancertopics/types/oral>. 25.04.2012.
20. Head and neck cancer. <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Sites-Types/head-and-neck/print>. 25.04.2012.
21. Oral cavity cancer: survival trends in England. http://www.Ncin.org.uk/publications/data_briefings/oralcancer.aspx. 19.06.2012.
22. Cancer of the oral cavity. <http://www.patient.co.uk/doctor/Mouth-and-Tongue-Cancer.htm>. 23.05.2012.