

НИИ онкологии
им. проф. Н.Н.Петрова
Минздрава РФ,
Санкт-Петербург

Рак желудка: эпидемиология, профилактика, оценка эффективности лечения на популяционном уровне

В.М. Мерабишвили

По нашим расчетам, ежегодно на земном шаре заболевает раком желудка более 1 млн. человек. В подавляющем большинстве стран заболеваемость раком желудка мужчин в 2 раза выше, чем у женщин. Уровень заболеваемости колеблется в достаточно широких пределах. Так, по данным последнего издания МАИР, «Рак на 5 континентах» (т.7) максимальный уровень заболеваемости раком желудка отмечен у мужчин Японии (114,7), а минимальный – у белых женщин США (3,1). 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 пример США, где за последние 70 лет пропаганды рационального питания многократно снизилась заболеваемость населения раком желудка. Важно отметить, что существенное снижение риска возникновения рака желудка отмечено и у эмигрантов из Японии, постоянно проживающих в США, особенно во втором и третьем поколениях.

На рис. 1 и 2 представлены стандартизованные показатели заболеваемости населения различных стран раком желудка. Наиболее высокие показатели регистрируются, кроме Японии, в Китае, Белоруссии, России, Эстонии, Латвии и Новой Зеландии (маори).

Программы скрининга рака желудка не работают нигде, кроме Японии. Первичной профилактике рака желудка мешает отсутствие четкого специфического причинного фактора. С 1960 г. в рамках общей программы медицинских обследований в течение последующих 6 лет у 122 тысяч сельских жителей Японии выполнена фотофлюорография на специальном модифицированном аппарате. У 17,8% обследованных обнаружены патологические изменения в желудке, у 245 (0,2%) выявлен рак желудка, в том числе у 160 выявлен ранний рак (65%). Программа довольно дорогостоящая [11].

Необходимо отметить существующие отличия диагностических критериев рака желудка у японских и западных патологоанатомов, как указывает R.J. Schlemper и соавт. [14], (1997) в Японии принято диагностировать рак желудка, руководствуясь нуклеарными и структурными критериями, даже в отсутствии инвазии, как это принято на Западе. Такой подход не может не оказать влияния как на уровень заболеваемости населения раком желудка, так и на эффективность лечения.

Огромное внимание исследователями при определении причины возникновения рака желудка уделяется роли *Helicobacter pylori* (НР). После того, как в 1983 г. B.J. Marshall [12], исследуя биоптаты слизистой оболочки желудка больных язвенной болезнью, обнаружил и описал микроорганизм, классифицированный как *Helicobacter pylori*, впоследствии признанный ведущим в этиологии хронического неиммунного антрального гастрита, исследователей заинтересовали его связи в возникновении рака желудка.

Е.Л.Фишелева [5] в обзоре о роли НР в развитии рака желудка отмечает, что проведенные в США и Англии исследования показали, что риск возникновения рака желудка 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. Гистологическое исследование биоптатов, проведенное японскими исследователями на наличие НР у 68 пациентов с *Ca in situ*, показало, что НР обнаружен у 86% больных с карциномой *in situ* кишечного типа и менее чем у половины обследованных с ранним раком желудка диффузного типа [9]. По классификации ВОЗ НР относится к группе I (явные канцерогены). В патогенетической цепочке норма – поверхностный гастрит – атрофический гастрит – тонкокишечная метаплазия – толстокишечная метаплазия – дисплазия – рак желудка, НР играет важ-

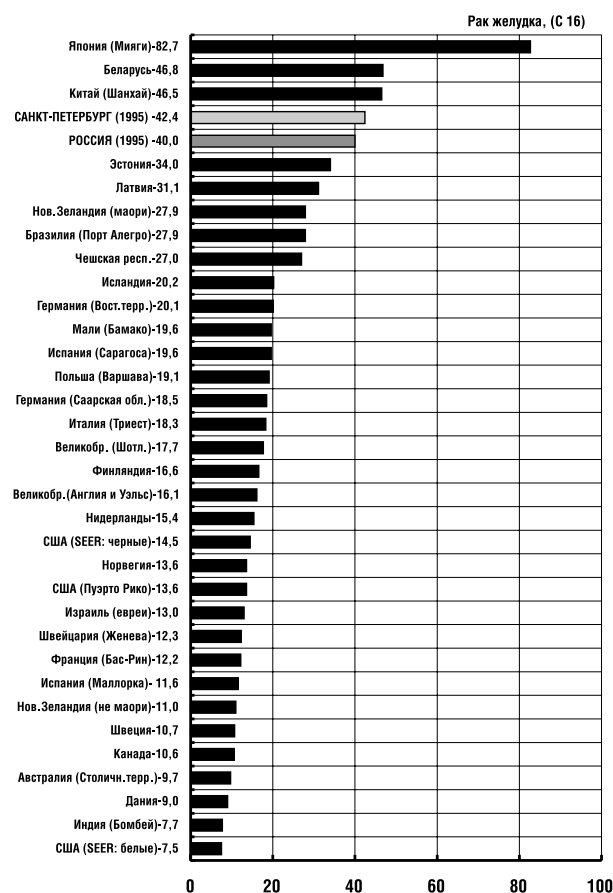


Рис. 1 Стандартизованные показатели заболеваемости мужского населения, по данным раковых регистров (Рак на 5 континентах, т. 7, МАИР, Лион, 1997 г.).

ную роль в первом, третьем и четвертых звеньях [7]. Маловероятно, что НР является единственным фактором, ответственным за развитие рака желудка, важно, что он еще и создает среду, способствующую реализации его канцерогенного потенциала. Как указывают Walt Bob и Kerr Graeme [15], широкий прием антибиотиков лицами, инфицированными НР, не дает ожидаемого эффекта и слишком дорог.

Определенный интерес представляет учебно-методическое пособие В.П.Харченко и соавт. «Рак желудка в вопросах и ответах» [6].

Изучение возможного воздействия внешней среды на развитие рака желудка должно проводиться в строгом соответствии с методологией, только с расчетом стандартизованных показателей.

Некоторые итоги нашего совместно с Н.С.Ковалевой исследования и соответствующая методология представлены в работе «Кластерный анализ в исследованиях корреляционной связи факторов внешней среды и частоты рака желудка среди населения» [2].

В структуре онкологической заболеваемости и смертности населения России рак желудка занимает второе место после рака легкого [1]. Динамика заболеваемости населения раком желудка в России представлена на рис. 3.

На основе последних данных, опубликованных В.И. Чиссовым и В.В. Старинским [1], нами составлены картограммы заболеваемости населения России раком желудка.

Ежегодно в России учитывается 48,8 тыс. новых слу-

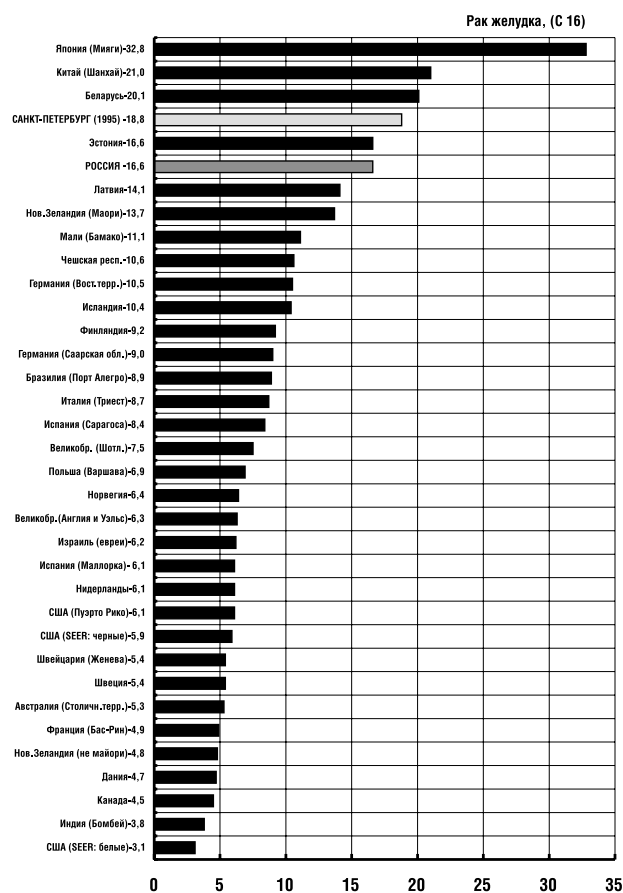


Рис. 2 Стандартизованные показатели заболеваемости женского населения, по данным раковых регистров (Рак на 5 континентах, т. 7, МАИР, Лион, 1997 г.).

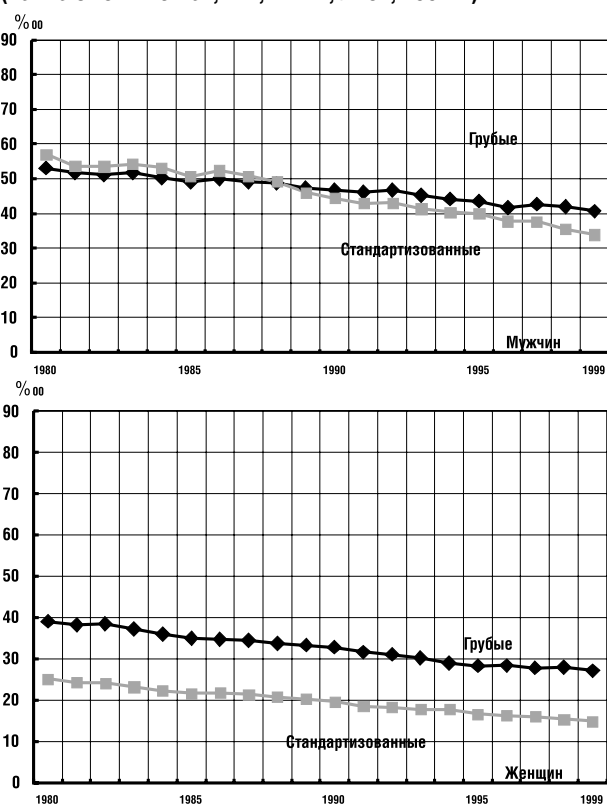
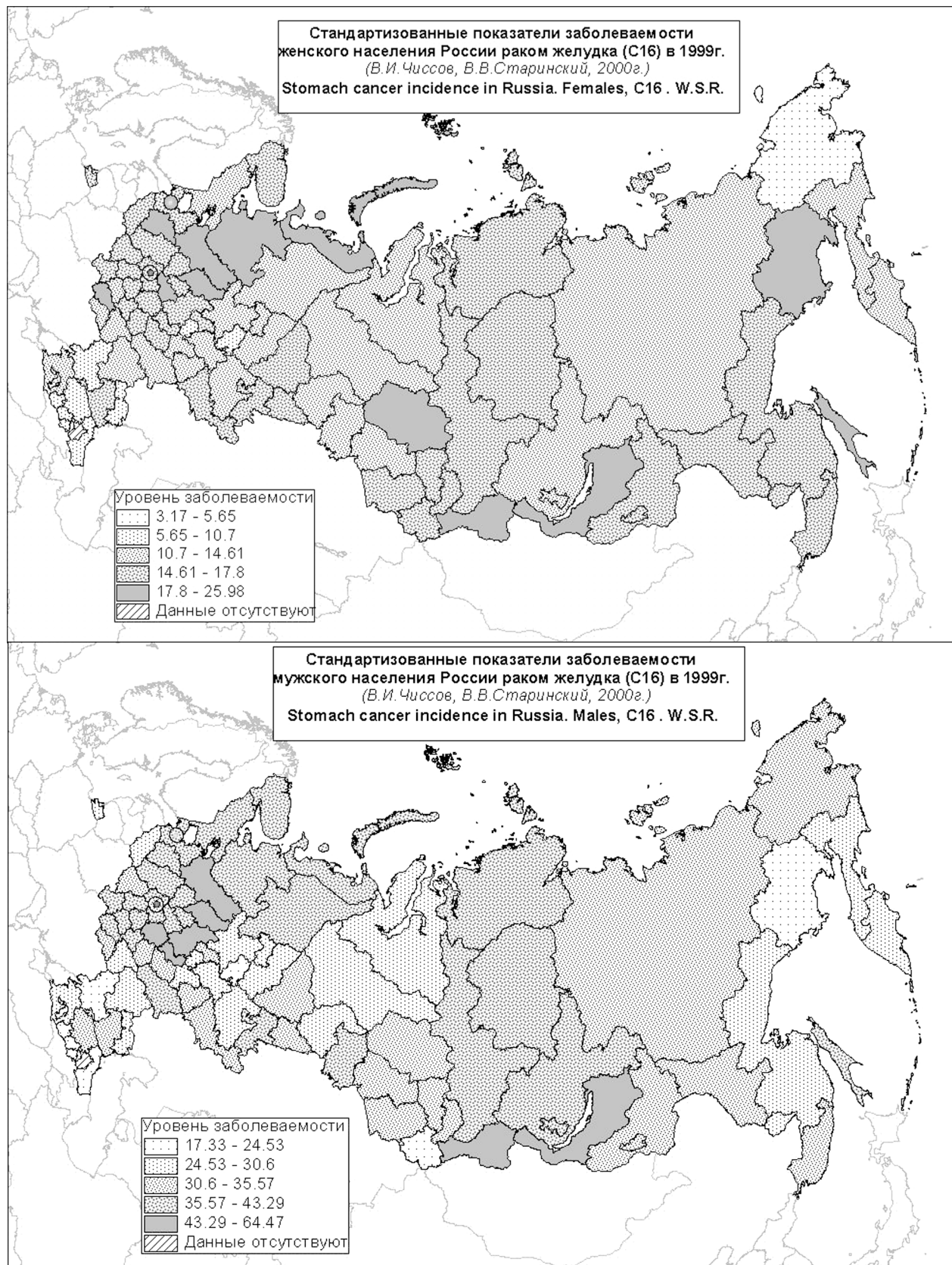


Рис. 3 Динамика заболеваемости населения РОССИИ раком желудка.



чаев рака желудка, что составляет немногим более 11 % от всех злокачественных опухолей. 45,0 тыс. больных умирают от рака желудка. Индекс достоверности учета составляет 0,92.

В Санкт-Петербурге ежегодно регистрируется около 2 тыс. новых случаев рака желудка. Динамика показателей заболеваемости представлена в табл. 1.

За последние 30 лет стандартизованные показатели