

УДК: 616.36-006.6-036.22

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РАКА ПЕЧЕНИ. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ, СМЕРТНОСТЬ, ДИНАМИКА ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ

В.М. Мерабишвили¹, Э.Н. Мерабишвили², О.Ф. Чепик¹

ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург¹

БГОУ ВПО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург²

197758, г. Санкт-Петербург, Песочный, ул. Ленинградская, 68,

e-mail: MVM@niioncologii.ru¹, bogdanova.k@mail.ru¹

Аннотация

Первичный рак печени относится по МКБ-10 к рубрике С22 (злокачественные новообразования печени и внутрипеченочных желчных протоков). Это одна из наиболее тяжелых форм злокачественных опухолей. По разработкам материалов Популяционного ракового регистра Санкт-Петербурга, на протяжении последних 15 лет медиана кумулятивной наблюдаемой выживаемости больных раком печени по всем гистологическим формам (без учета посмертно выявленных больных) и для мужчин, и для женщин не превышала 3,3 месяца жизни с момента постановки диагноза. По большинству административных территорий России смертность от рака печени превышает уровень заболеваемости, что свидетельствует о существенном недоучете первичных больных. Даже уровень смертности («грубый» показатель) по России в целом для мужчин превышал в 2012 году уровень заболеваемости. Санкт-Петербург (Ленинград) – единственная территория России, где динамика показателей заболеваемости населения раком печени может быть проанализирована с 1980 года. Динамика гистологической структуры рака печени, учтенной в Санкт-Петербурге, свидетельствует о резком снижении удельного веса опухолей печени, без указания конкретного гистологического типа, и существенном увеличении доли печеночно-клеточной карциномы и холангиокарциномы.

Цель исследования. Изучить распространенность рака печени в мире и России, произвести углубленную разработку материала на основе базы данных Популяционного ракового регистра Санкт-Петербурга.

Материал и методы. Для исследования были взяты международные данные программ «Рак на пяти континентах», статистические материалы по России, 3893 наблюдения из БД ПРР Санкт-Петербурга, исчислены аналитические показатели, индекс достоверности учета.

Результаты исследования. Рак печени остается наиболее тяжелой формой злокачественного новообразования. Он практически не выявляется в I и II стадии заболевания, индекс достоверности учета в большинстве административных территорий превышает 1,0. **Заключение.** Рак печени относится не только к новообразованиям с самой высокой летальностью и самой низкой медианой выживаемости, но и имеющей существенный недоучет первичных случаев. С момента введения в государственную отчетность данных об умерших от рака печени в 1999 году, стандартизованный показатель смертности в Санкт-Петербурге снизился на 17,2 % среди мужчин и на 16,0 % среди женщин.

Ключевые слова: эпидемиология, рак печени, смертность, гистология.

Первичный рак печени по МКБ-10 относится к рубрике С22 (злокачественные новообразования печени и внутрипеченочных желчных протоков). Это одна из наиболее тяжелых форм злокачественных опухолей. По материалам Популяционного ракового регистра Санкт-Петербурга, на протяжении последних 15 лет медиана кумулятивной наблюдаемой выживаемости больных раком печени по всем гистологическим формам (без учета посмертно выявленных больных) как для мужчин, так и для женщин не превышала 3,3 мес с момента постановки диагноза. Методология сбора информации и анализ распространенности рака печени

изложены в многочисленных работах отечественных и зарубежных ученых [9–11, 16, 17].

В патогенезе развития рака печени особая роль принадлежит хроническим нарушениям функции печени, вызванным вирусной инфекцией. Наиболее частой причиной развития гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК) является вирус гепатита В и С [4, 6, 13, 14, 18, 19]. При циррозе с высокой пролиферативной активностью гепатоцитов отмечается более высокий риск развития рака печени [1–3, 15]. Вероятность возникновения метастатических опухолей в 30 раз превышает первичные случаи рака печени.

✉ Мерабишвили Вахтанг Михайлович, MVM@niioncologii.ru

По экспертной оценке ВОЗ, ежегодно в мире от ГЦК погибает более 1,3 млн человек. Данные IX тома издания Международного агентства по изучению рака «Рак на пяти континентах» (2008) [15] свидетельствуют, что наиболее высокие стандартизованные показатели (мировой стандарт) заболеваемости мужчин раком печени выявлены в Корее – 44,9 ‰, где в отдельных провинциях уровень заболеваемости превышал 50,0 ‰ (50,2 ‰). Показатель выше 30 ‰ регистрируется в Таиланде, Японии, Китае. Минимальные уровни (1,0–2,9 ‰) установлены в Алжире, Индии, Бельгии, Нидерландах (рис. 1) [15]. Уровень злокачественных опухолей печени для женского населения в тех же странах находится значительно ниже (рис. 2) [15].

В Северной Европе и Северной Америке риск развития первичной ГЦК в 4 раза выше среди больных алкоголизмом, особенно среди пожилых.

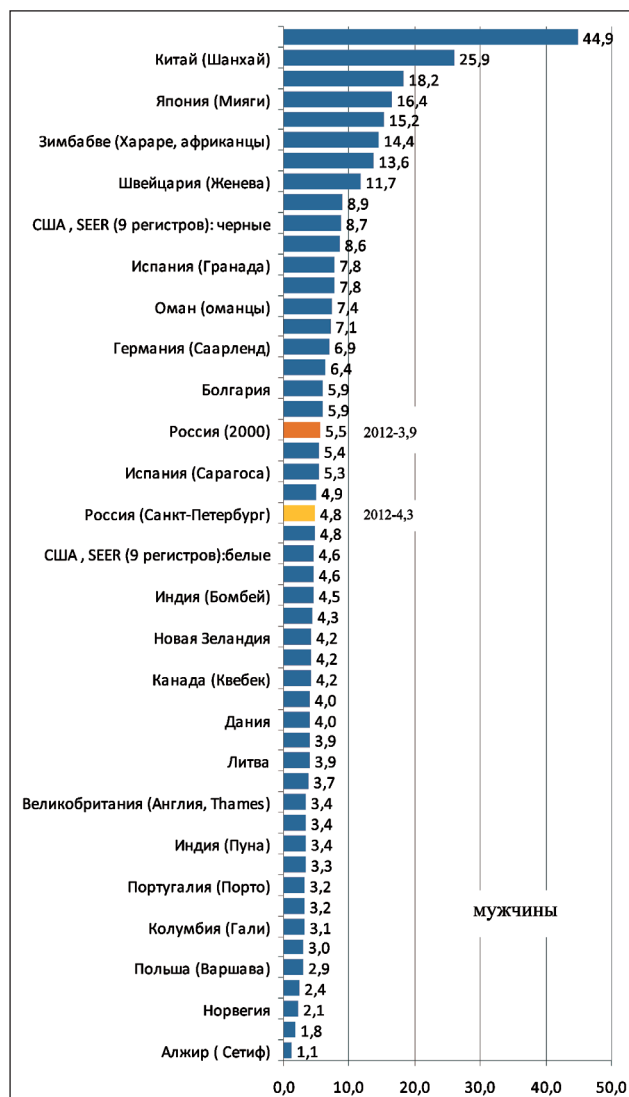


Рис. 1. Заболеваемость мужского населения раком печени и внутрипеченочных протоков (С22) в некоторых странах, по данным МАИР Рак на пяти континентах. Т. IX, научная публикация № 160, Лион, 2008. Стандартизованные показатели (мировой стандарт). 1998–2012.

Алкоголь сам по себе не является печеночнотропным канцерогеном, а может быть коканцерогеном вируса гепатита В (HBV) [14]. К развитию цирроза и опухолей печени приводит, в том числе, и квашиоркор, или злокачественное недоедание в детском или раннем юношеском возрасте, когда пищевой рацион содержит недостаточное количество белка и в нем преобладают углеводы, что приводит к отекам, слаборазвитой мускулатуре, жировой инфильтрации печени [5]. Глистные инвазии (описторхозные) чаще всего приводят к холангиоцеллюлярному раку, а циррозы печени – к гепатоцеллюлярному раку [5, 12].

По данным за 2012 г., в России наиболее высокий уровень стандартизованных показателей заболеваемости раком печени среди мужского населения зарегистрирован (табл. 1) в республиках Саха (Якутия) – 18,61 ‰, Чечня – 14,17 ‰,

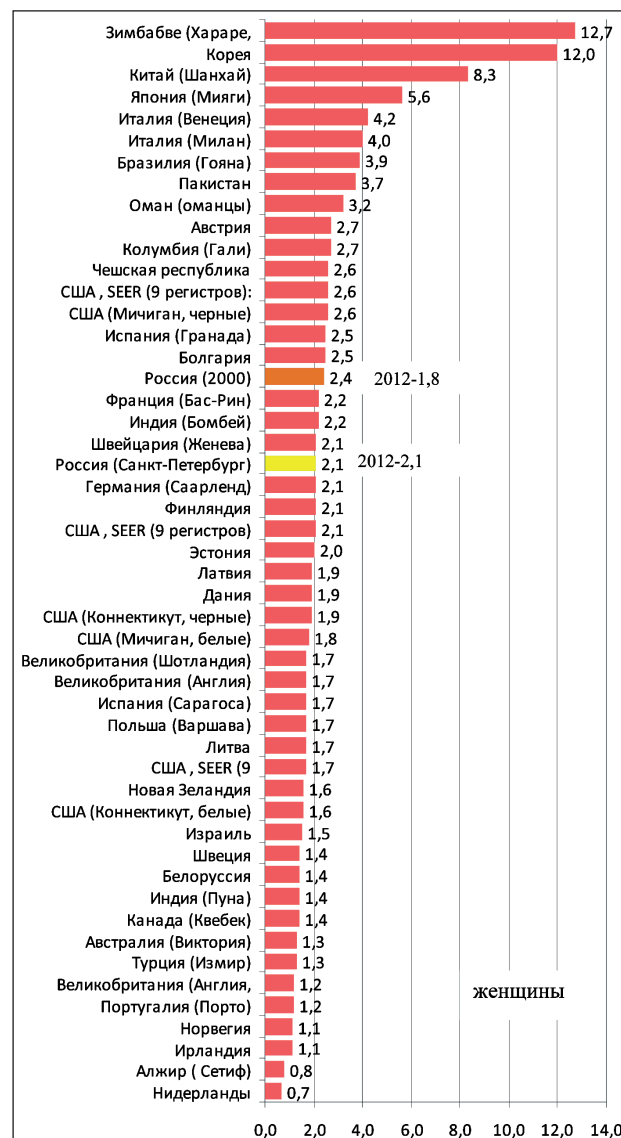


Рис. 1. Заболеваемость женского населения раком печени и внутрипеченочных протоков (С22) в некоторых странах, по данным МАИР Рак на пяти континентах. Т. IX, научная публикация № 160, Лион, 2008. Стандартизованные показатели (мировой стандарт). 1998–2012.

Таблица 1

Ранговое распределение стандартизованных показателей заболеваемости (мировой стандарт) больных раком печени (C22) мужского населения по административным территориям России [4]

№ п/п	Административная территория	Стандартизованный показатель	№ п/п	Административная территория	Стандартизованный показатель
1	Республика Саха (Якутия)	18,61	43	Амурская область	4,11
2	Республика Чечня	14,17	44	Свердловская область	4,10
3	Республика Калмыкия	13,33	45	Алтайский край	3,98
4	Сахалинская область	11,83	46	Республика Удмуртия	3,96
5	Чукотский авт. округ	10,92	47	РОССИЯ	3,93
6	Томская область	10,01	48	Республика Башкортостан	3,81
7	Магаданская область	9,48	49	Челябинская область	3,81
8	Республика Алтай	8,72	50	Курская область	3,67
9	Иркутская область	8,58	51	Респ. Кабардино-Балкария	3,59
10	Республика Бурятия	7,65	52	Калужская область	3,57
11	Астраханская область	7,61	53	Ленинградская область	3,52
12	Тюменская обл. (без а.о.)	7,60	54	Брянская область	3,50
13	Хабаровский край	7,37	55	Республика Татарстан	3,47
14	Республика Хакасия	6,96	56	Самарская область	3,45
15	Курганская область	6,91	57	Республика Дагестан	3,39
16	Республика Тыва	6,88	58	Ростовская область	3,37
17	Ханты-Мансийский а.о.	6,57	59	Калининградская область	3,27
18	Волгоградская область	5,93	60	Ульяновская область	3,22
19	Респ. Северная Осетия	5,93	61	Камчатский край	2,98
20	Новосибирская область	5,74	62	Забайкальский край	2,87
21	Краснодарский край	5,72	63	Ставропольский край	2,86
22	Еврейская авт. обл.	5,54	64	Орловская область	2,85
23	Респ. Карачаево-Черкесия	5,12	65	Вологодская область	2,76
24	Псковская область	5,08	66	Владимирская область	2,70
25	Пермский край	5,04	67	Нижегородская область	2,61
26	Мурманская область	4,88	68	Новгородская область	2,56
27	Кировская область	4,88	69	Республика Марий Эл	2,41
28	Приморский край	4,88	70	Белгородская область	2,40
29	Тульская область	4,83	71	Московская область	2,40
30	Ярославская область	4,69	72	Пензенская область	2,38
31	Республика Коми	4,62	73	Республика Чувашия	2,38
32	Республика Адыгея	4,56	74	Костромская область	2,13
33	Кемеровская область	4,55	75	Ивановская область	1,92
34	Оренбургская область	4,52	76	Республика Ингушетия	1,87
35	Красноярский край	4,51	77	Тверская область	1,85
36	Архангельская область	4,43	78	Липецкая область	1,62
37	Республика Карелия	4,41	79	Воронежская область	1,34
38	Омская область	4,40	80	г. Москва	1,13
39	г. Санкт-Петербург	4,34	81	Смоленская область	1,00
40	Тамбовская область	4,28	82	Рязанская область	0,66
41	Республика Мордовия	4,27	83	Ямало-Ненецкий а.о.	0,51
42	Саратовская область	4,20			

Калмыкия – 13,33 $\frac{\text{‰}}{10000}$, при среднероссийском показателе 3,93 $\frac{\text{‰}}{10000}$. Среди женского населения наивысший показатель заболеваемости зарегистрирован также в Республике Саха (Якутия) – 9,93 $\frac{\text{‰}}{10000}$, кроме того, в Томской области его величина равна 5,0 $\frac{\text{‰}}{10000}$, в Чечне – 4,86 $\frac{\text{‰}}{10000}$. Среднероссийский показатель – 1,77 $\frac{\text{‰}}{10000}$ (табл. 2) [4].

По большинству административных территорий России смертность от рака печени превышает

уровень заболеваемости, что свидетельствует о существенном недоучете первичных больных. Уровень смертности («грубый» показатель) по России в целом для мужчин превысил в 2012 г. уровень заболеваемости. Заболеваемость у них равна 5,31 $\frac{\text{‰}}{10000}$, смертность – 7,22 $\frac{\text{‰}}{10000}$, для женщин эти показатели составили 3,60 $\frac{\text{‰}}{10000}$ и 5,02 $\frac{\text{‰}}{10000}$ соответственно. Индекс достоверности учета для мужчин составляет 1,36, для женщин – 1,4, то есть

Ранговое распределение стандартизованных показателей заболеваемости (мировой стандарт) больных раком печени (C22) женского населения по административным территориям России [4]

№ п/п	Административная территория	Стандартизованный показатель	№ п/п	Административная территория	Стандартизованный показатель
1	Республика Саха (Якутия)	9,93	43	Республика Адыгея	1,75
2	Томская область	5,00	44	Республика Калмыкия	1,72
3	Республика Чечня	4,86	45	Челябинская область	1,67
4	Магаданская область	4,80	46	Пермский край	1,66
5	Иркутская область	3,82	47	Орловская область	1,65
6	Республика Коми	3,49	48	Сахалинская область	1,64
7	Ханты-Мансийский а.о.	3,38	49	Республика Ингушетия	1,63
8	Волгоградская область	3,28	50	Республика Удмуртия	1,62
9	Республика Тыва	3,21	51	Ростовская область	1,61
10	Калининградская область	3,04	52	Тульская область	1,58
11	Республика Алтай	2,90	53	Забайкальский край	1,57
12	Новосибирская область	2,87	54	Саратовская область	1,53
13	Красноярский край	2,80	55	Архангельская область	1,50
14	Астраханская область	2,66	56	Нижегородская область	1,42
15	Оренбургская область	2,65	57	Республика Мордовия	1,39
16	Республика Дагестан	2,63	58	Республика Чувашия	1,38
17	Курганская область	2,63	59	Республика Карелия	1,37
18	Кировская область	2,57	60	Смоленская область	1,30
19	Псковская область	2,54	61	Владимирская область	1,26
20	Респ. Кабардино-Балкария	2,53	62	Ленинградская область	1,26
21	Тюменская обл. (без а.о.)	2,50	63	Ярославская область	1,24
22	Краснодарский край	2,48	64	Респ. Карачаево-Черкесия	1,23
23	Хабаровский край	2,29	65	Пензенская область	1,22
24	Республика Бурятия	2,26	66	Московская область	1,21
25	Курская область	2,25	67	Ставропольский край	1,19
26	Еврейская авт. обл.	2,19	68	Ульяновская область	1,17
27	г. Санкт-Петербург	2,10	69	Вологодская область	1,16
28	Костромская область	2,09	70	Омская область	1,13
29	Приморский край	2,09	71	Мурманская область	1,11
30	Кемеровская область	2,05	72	Новгородская область	0,98
31	Тверская область	2,01	73	Белгородская область	0,86
32	Алтайский край	2,01	74	Воронежская область	0,85
33	Республика Башкортостан	1,99	75	Тамбовская область	0,80
34	Амурская область	1,99	76	Ямало-Ненецкий а.о.	0,79
35	Самарская область	1,92	77	Липецкая область	0,78
36	Калужская область	1,89	78	Камчатский край	0,75
37	Респ. Северная Осетия	1,88	79	Брянская область	0,74
38	Республика Марий Эл	1,84	80	Ивановская область	0,69
39	Свердловская область	1,84	81	г. Москва	0,52
40	Республика Хакасия	1,84	82	Рязанская область	0,35
41	Республика Татарстан	1,78	83	Чукотский авт. округ	0,00
42	РОССИЯ	1,77			

число умерших практически превышает число заболевших на 40 %. Диагноз рака печени подтвержден морфологически в целом по России в 48,9 % [11]. Меньше 20 % этот показатель в Вологодской области и Башкирии.

В табл. 3 представлен расчет индекса достоверности учета (на оба пола) по всем административным территориям России. Области и республики распределены в ранговом порядке.

Индекс достоверности учета, равный 1 и более, свидетельствует, что на территории число умерших превышает число заболевших. Индекс достоверности учета больше 1 и в целом по России. Только на 14 административных территориях его величина меньше 1. Среди мужского населения смертность от рака печени превышает заболеваемость на 68 территориях, среди женского населения на 69. Число умерших в целом по России превысило

Таблица 3

**Ранжированные показатели индекса достоверности учета (Иду) рака печени (С22)
по административным территориям России (оба пола) в 2012 г. [4]**

№ п/п	Административная территория	Смертность «грубый» показатель	Заболеваемость «грубый» показатель	Иду	№ п/п	Административная территория	Смертность «грубый» показатель	Заболеваемость «грубый» показатель	Иду
1	Рязанская область	5,93	0,79	7,51	43	Магаданская область	8,47	6,52	1,30
2	Ямало-Ненецкий а.о.	3,14	0,55	5,71	44	Пензенская область	4,23	3,28	1,29
3	г. Москва	4,92	1,40	3,51	45	Ханты-Мансийский а.о.	6,19	4,80	1,29
4	Владимирская область	9,11	2,80	3,25	46	Новгородская область	4,30	3,35	1,28
5	Вологодская область	6,51	3,01	2,16	47	Ростовская область	5,36	4,27	1,26
6	Смоленская область	4,19	1,94	2,16	48	Республика Хакасия	7,51	6,01	1,25
7	Московская область	6,01	2,85	2,11	49	Забайкальский край	3,28	2,64	1,24
8	Чукотский а. о.	7,86	3,93	2,00	50	Республика Мордовия	5,11	4,14	1,23
9	Ленинградская область	8,32	4,19	1,99	51	Респ. Северная Осетия	6,78	5,51	1,23
10	Красноярский край	9,99	5,24	1,91	52	Республика Чувашия	3,61	2,97	1,22
11	Кемеровская область	9,03	4,84	1,87	53	Республика Алтай	8,12	6,69	1,21
12	Камчатский край	4,37	2,50	1,75	54	Астраханская область	8,68	7,20	1,21
13	Орловская область	6,68	3,85	1,74	55	Самарская область	5,32	4,42	1,20
14	Республика Тыва	7,10	4,19	1,69	56	г. Санкт-Петербург	6,39	5,35	1,19
15	Челябинская область	6,92	4,25	1,63	57	Республика Коми	7,00	5,87	1,19
16	Ярославская область	7,39	4,64	1,59	58	Курганская область	9,43	7,97	1,18
17	Республика Ингушетия	1,83	1,15	1,59	59	Омская область	4,61	3,95	1,17
18	Калининградская область	7,15	4,52	1,58	60	Брянская область	3,57	3,18	1,12
19	Республика Адыгея	6,77	4,29	1,58	61	Тюменская обл. (без а.о.)	7,51	6,72	1,12
20	Приморский край	7,90	5,03	1,57	62	Республика Татарстан	4,75	4,33	1,10
21	Пермский край	6,88	4,44	1,55	63	Оренбургская область	6,24	5,69	1,10
22	Свердловская область	7,21	4,66	1,55	64	Калужская область	4,67	4,27	1,09
23	Ивановская область	3,52	2,28	1,54	65	Новосибирская область	7,01	6,52	1,08
24	Еврейская авт. обл.	8,64	5,76	1,50	66	Республика Бурятия	6,28	5,87	1,07
25	Воронежская область	2,83	1,89	1,50	67	Псковская область	7,83	7,53	1,04
26	Тамбовская область	5,75	3,98	1,44	68	Хабаровский край	6,78	6,56	1,03
27	Белгородская область	3,38	2,34	1,44	69	Кировская область	6,35	6,27	1,01
28	Нижегородская область	5,04	3,49	1,44	70	Мурманская область	3,57	3,70	0,96
29	Липецкая область	2,32	1,63	1,42	71	Иркутская область	8,30	8,63	0,96
30	Респ. Карачаево-Черкесия	5,71	4,02	1,42	72	Республика Дагестан	2,62	2,76	0,95
31	Ставропольский край	4,63	3,26	1,42	73	Тульская область	5,53	5,85	0,95
32	Алтайский край	6,20	4,37	1,42	74	Республика Башкортостан	4,11	4,36	0,94
33	Тверская область	5,08	3,59	1,42	75	Архангельская область	4,06	4,39	0,92
34	Краснодарский край	9,95	7,07	1,41	76	Республика Удмуртия	3,82	4,22	0,91
35	РОССИЯ	6,04	4,39	1,38	77	Томская область	9,52	10,65	0,89
36	Амурская область	5,62	4,15	1,35	78	Ульяновская область	3,68	4,15	0,89
37	Республика Карелия	5,48	4,07	1,35	79	Саратовская область	3,79	4,35	0,87
38	Костромская область	5,30	3,94	1,35	80	Сахалинская область	7,69	8,90	0,86
39	Респ. Кабардино-Балкария	5,47	4,08	1,34	81	Республика Саха (Якутия)	12,45	14,65	0,85
40	Курская область	6,69	5,00	1,34	82	Республика Калмыкия	5,96	8,41	0,71
41	Республика Марий Эл	4,34	3,33	1,30	83	Республика Чечня	3,73	5,79	0,64
42	Волгоградская область	10,62	8,15	1,30					

**Заболееваемость населения Санкт-Петербурга злокачественными новообразованиями.
Печень. МКБ-10; C22**

Годы	Мужчины			Женщины		
	Абсолютное число	«Грубый» показатель	Стандартизованный показатель (мировой стандарт)	Абсолютное число	«Грубый» показатель	Стандартизованный показатель (мировой стандарт)
1980	97	4,8	4,7	98	3,8	2,0
1985	128	5,9	5,9	162	6,0	3,1
1990	186	8,2	7,4	128	4,7	2,5
1995	105	4,9	4,0	111	4,2	2,2
2000	133	6,4	4,9	112	4,4	1,9
2005	100	4,9	3,3	94	3,7	1,5
2009	134	6,5	4,3	125	4,9	2,0
2010	144	7,0	4,7	125	4,9	1,7
2011	156	7,1	5,0	114	4,2	1,6
2012	141	6,3	4,3	126	4,6	2,1
% прироста (убыли)	45,4	31,3	-8,5	28,6	21,1	5,0
Среднегодовой прирост (убыль)	1,42	0,98	-0,27	0,89	0,66	0,16

число заболевших первичным раком печени на 2 358 случаев.

Если судить по данным официальной государственной отчетности, то в 2012 г. число больных, учтенных с I и II стадией заболевания, составило 8,3 %, или 445 случаев заболевания, а по ряду административных территорий – существенно выше, вплоть до 53,3 %, например в Новгородской области [11]. Наше исследование показало, что за весь период наблюдения (с 1994 по 2005 г.) в г. Санкт-Петербурге не наблюдалось ни одного случая 5-летней выживаемости больных раком печени I, II и III стадии заболевания. Следовательно, данные с мест, формирующие общий показатель удельного веса ранних стадий, не соответствуют реальному положению дел [8]. Существенно завышен удельный вес больных, учтенных с ранней стадией заболевания и по другим локализациям злокачественных новообразований, особенно с высоким уровнем летальности (рак легкого, пищевода, желудка, поджелудочной железы, мозга и других локализаций). В отдельных территориях России в 2012 г. вообще не была установлена стадия опухолевого процесса у больных раком печени (в Рязанской и Оренбургской областях и Чечне) [11]. Таким образом, рак печени относится не только к новообразованиям с самой высокой летальностью и самой низкой медианой выживаемости, но и имеющим существенный недоучет первичных случаев.

Санкт-Петербург (Ленинград) – единственная территория России, где динамика показателей заболеваемости населения раком печени может быть проанализирована с 1980 г. (табл. 4). В этот период в СССР государственная форма отчетно-

сти включала только 10 основных локализаций злокачественных опухолей. Последние годы в городе регистрируется 250–260 первичных случаев рака печени и более 300 случаев смерти, индекс достоверности учета составляет 1,3, т.е. число умерших превышает число первичных больных на 30 % [7–9].

В табл. 5 впервые в России представлена динамика структуры заболеваемости населения г. Санкт-Петербурга раком печени с учетом 4 знака МКБ. Основная часть приходится на печеночно-клеточный рак: холангиокарцинома составляла от 4 до 8,6 %, гепатобластома – около 1 %. К сожалению, 70–80 % всех новообразований печени отнесены к группе неуточненных злокачественных новообразований – C22.9. За последние 30 лет стандартизованный показатель заболеваемости населения города первичным раком печени практически не изменился.

В структуре онкологической заболеваемости мужчин рак печени в г. Санкт-Петербурге встречается достаточно редко. Среди мужского населения он составляет 1,8 % и занимает 15-е место. В структуре онкологической заболеваемости женщин рак печени составляет 1,1 % и занимает 17-е место [8]. В 5-миллионном городе среди населения до 35 лет рак печени регистрируется в единичных случаях. Максимальные показатели заболеваемости и смертности наблюдаются в возрасте 70–79 лет.

С момента введения в государственную отчетность данных об умерших от рака печени в 1999 г. стандартизованный показатель смертности в г. Санкт-Петербурге снизился на 17,2 % среди мужчин и на 16,0 % среди женщин (табл. 6). В табл. 7 представлена динамика гистологической

Таблица 5

Динамика структуры заболеваемости населения Санкт-Петербурга раком печени с учетом 4-го знака МКБ-10 (БД ПРР)

Диагноз	1995–2000		2001–2006		2007–2010	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Оба пола						
C22	3	0,22	–	–	–	–
C22.0	109	8,11	255	17,09	158	14,95
C22.1	54	4,02	111	7,44	91	8,61
C22.2	7	0,52	11	0,74	14	1,32
C22.3	1	0,07	3	0,20	2	0,19
C22.4	1	0,07	4	0,27	–	–
C22.7	80	5,95	56	3,75	40	3,78
C22.9	1089	81,03	1052	70,51	752	71,14
Всего	1344	100,00	1492	100,00	1057	100,00
Мужчины						
C22	2	0,28	–	–	–	–
C22.0	70	9,71	156	19,31	92	16,28
C22.1	24	3,33	42	5,20	43	7,61
C22.2	5	0,69	6	0,74	9	1,59
C22.3	1	0,14	1	0,12	1	0,18
C22.7	37	5,13	29	3,59	24	4,25
C22.9	582	80,72	574	71,04	396	70,09
Всего	721	100,00	808	100,00	565	100,00
Женщины						
C22	1	0,16	–	–	–	–
C22.0	39	6,26	99	14,47	66	13,41
C22.1	30	4,82	69	10,09	48	9,76
C22.2	2	0,32	5	0,73	5	1,02
C22.3	–	–	2	0,29	1	0,20
C22.4	1	0,16	4	0,58	–	–
C22.7	43	6,90	27	3,95	16	3,25
C22.9	507	81,38	478	69,88	356	72,36
Всего	623	100,00	684	100,00	492	100,00

Таблица 6

Смертность населения Санкт-Петербурга от злокачественных новообразований. Печень. МКБ-10; C22

Годы	Мужчины			Женщины		
	Абсолютное число	«Грубый» показатель	Стандартизованный показатель	Абсолютное число	«Грубый» показатель	Стандартизованный показатель
1999	178	8,4	6,4	145	5,6	2,5
2000	175	8,4	6,3	157	6,2	2,7
2005	140	6,8	4,8	126	5,0	2,2
2006	163	8,0	5,7	127	5,0	2,0
2007	178	8,7	5,8	154	6,1	2,3
2008	184	9,0	6,0	178	7,0	2,8
2009	168	8,2	5,4	155	6,1	2,4
2010	184	8,9	5,9	163	6,4	2,5
2011	186	8,4	5,8	160	5,9	2,2
2012	173	7,7	5,3	146	5,3	2,1
% прироста (убыли)	–2,8	–8,3	–17,2	0,7	–5,4	–16,0
Среднегодовой прирост (убыль)	–0,22	–0,64	–1,32	0,05	–0,41	–1,23

Динамика гистологической структуры больных раком печени в Санкт-Петербурге (БД ПРР)

Код	Гистологический диагноз	Абсолютное число			Удельный вес		
		1995–2000	2001–2006	2007–2008	1995–2000	2001–2006	2007–2008
Мужчины							
8000/3 8010/3	Новообразование злокачественное	265	109	10	71,62	38,11	8,20
8170/3 8171/3 8180/3	Печеночно-клеточная карцинома БДХ	68	126	73	18,38	44,06	59,84
8140/3 8160/3 8211/3	Холангиокарцинома	34	47	33	9,19	16,43	27,05
8970/3	Гепатобластома	2	4	5	0,54	1,40	4,10
9120/3	Гемангиосаркома	–	–	1	–	–	0,82
8800/3	Саркома БДХ	1	–	–	0,27	–	–
	ВСЕГО	370	286	122	100,0	100,0	100,0
Женщины							
8000/3 8010/3	Новообразование злокачественное	178	96	6	66,67	48,48	6,38
8170/3 8171/3 8180/3	Печеночно-клеточная карцинома БДХ	38	55	46	14,23	27,78	48,94
8140/3 8160/3 8211/3	Холангиокарцинома	45	40	37	16,85	20,20	39,36
8970/3	Гепатобластома	3	3	4	1,12	1,52	4,26
9120/3	Гемангиосаркома	2	2	1	0,75	1,01	1,06
8800/3	Саркома БДХ	1	2	–	0,37	1,01	–
	ВСЕГО	267	198	94	100,0	100,0	100,0

структуры рака печени, учтенной в г. Санкт-Петербурге. Важно отметить резкое снижение удельного веса опухолей печени (без указания конкретного гистологического типа) и существенное увеличение доли печеночно-клеточной карциномы и холангиокарциномы.

Таким образом, углубленный анализ состояния эффективности противораковых мероприятий относительно первичного рака печени показал, что реальное положение с распространенностью и ранним выявлением этого заболевания требует существенного усиления внимания к проблеме.

ЛИТЕРАТУРА

1. Афанасьев С.Г., Тузиков С.А. Нерезектабельные опухоли печени (обзор литературы) // Сибирский онкологический журнал. 2006. № 1. С. 49–54.
 2. Верин В.К., Титова Г.Н., Мерабишвили Э.Н., Иванов В.В., Волкова Р.И., Вереникина Б.И., Чижикова Л.С. Экспериментальный канцерогенез печени, вызванный диметиламиноазотолуолом // Вопросы онкологии. 2013. Т. 59. Приложение к № 3 «Онкология XXI века: от научных исследований в клиническую практику. Материалы VIII Всероссийского съезда онкологов». Т. I. С. 41–42.
 3. Верин В.К., Титова Г.Н., Мерабишвили Э.Н., Филимонова Г.Ф., Иванов В.В., Вереникина Б.И., Волкова Р.И. Экспериментальный канцерогенез печени, вызванный ортоаминоазотолуолом // Вопр. онкол. 2013. Т. 59. Приложение к № 3 «Онкология XXI века: от научных исследований в клиническую практику. Материалы VIII Всероссийского съезда онкологов». Т. I. С. 40–41.
 4. Злокачественные новообразования в России в 2012 году (заболеваемость и смертность) / Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М., 2014. 250 с.
 5. Коцуг Г.Д. Первичный рак печени. Кишинев, 1976. 172 с.
 6. Мерабишвили В.М. Динамика показателей деятельности онкологической службы Санкт-Петербурга по районам города в 2010–2012 гг. Экспресс-информация Популяционного ракового регистра. СПб., 2013. 48 с.
 7. Мерабишвили В.М. Онкологическая служба Санкт-Петербурга (оперативная отчетность за 2011–2012 годы, углубленная разработка базы данных регистра по международным стандартам). ПРР (IACR

№221) / Под ред. В.М. Колабутина, А.М. Беляева. СПб.: Коста, 2013. Т. 18. 364 с.
 8. Мерабишвили В.М. Онкологическая статистика (традиционные методы, новые информационные технологии): Руководство для врачей. СПб., 2011. Ч. I. 221 с.
 9. Мерабишвили В.М. Онкологическая статистика (традиционные методы, новые информационные технологии): Руководство для врачей. СПб., 2011. Ч. II. 248 с.
 10. Опухоли пищеварительного тракта / Под ред. С.С. Чистякова. М., 2011. 200 с.
 11. Состояние онкологической помощи населению России в 2012 году / Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М., 2012. 231 с.
 12. Шайн А.А. Первичный рак печени в Тюменской области: Автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. М., 1973.
 13. Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевание печени и желчных путей. М., 1999. 864 с.
 14. Bornman P.C., Harries-Jones E.P. Tobias R., Van Stiegmans G., Terblanche J. Prospective controlled trial of transhepatic biliary endoprosthesis versus bypass surgery for incurable carcinoma of head of pancreas // Lancet. 1986. Vol. 1 (8472). P. 69–71.
 15. Cancer incidence in five continents // IARC. Sci. Publ. № 160. Vol. IX. Lyon, 2008. 837 p.
 16. Cancer Registration Principles and Methods / Ed. O.M. Jensen, D.M. Parkin, R. Maclennan, C.S. Muir and R.G. Skeet // IARC. Scientific. Publ. № 95. Lyon, 1991. 296 p.

17. Mason W.S., Xu C., Aldrich C.E., Saputelli J., Frank K., Wilk M. Hepatitis virus and liver cancer // Scientific Reports. 2004: Basic Science. Medical Science. Fox Chaid. Cancer cent. Philadelphia, 2004. P. 115–118

18. Sarbah S.A., Gramlich T., Younoszai A., Osmack P., Goormastic M., Grosso L., Cooper J.N., Di Bisceglie A., Seneca R., Younossi Z.M. Risk

factors for hepatocellular carcinoma in patients with cirrhosis // Dig. Dis. Sci. 2004. Vol. 49 (5). P. 850–853.

19. *Statistical Methods in cancer research*. Vol. 1. – The analysis of case-control studies / Ed. N.E. Breslow, N.E. Day // IARC Scientific publ. № 32. Lyon. 1980. 343 p.

Поступила 12.02.15

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Мерабишвили Вахтанг Михайлович, доктор медицинских наук, профессор, председатель научно-методического совета по развитию информационных систем онкологической службы Северо-Западного региона России, заведующий научным отделом противораковой борьбы федерального государственного бюджетного учреждения «Научно-исследовательский институт онкологии имени Н.Н. Петрова» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Научно-исследовательский институт онкологии им. Н.Н. Петрова, научный отдел организации противораковой борьбы (Санкт-Петербург). Тел.: 8(812) 439-95-47, 8(964)337-83-10. E-mail: MVM@niioncologii.ru, bogdanova.k@mail.ru. SPIN-код: 5705-6327.

Чепик Олег Федорович, доктор медицинских наук, профессор, ведущий научный сотрудник научного отдела морфологии опухолей федерального государственного бюджетного учреждения «Научно-исследовательский институт онкологии имени Н.Н. Петрова» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Научно-исследовательский институт онкологии им. Н.Н. Петрова (Санкт-Петербург). Тел.: 8(812) 439-95-33, 439-95-47. E-mail: MVM@niioncologii.ru.

Мерабишвили Эльвира Назаровна, кандидат медицинских наук, старший преподаватель кафедры гистологии, эмбриологии и цитологии государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Северо-западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Тел.: 8(812) 545-14-14. E-mail: MVM@niioncologii.ru.

Авторы данной статьи подтвердили отсутствие финансовой поддержки / конфликта интересов, о котором необходимо сообщить

EPIDEMIOLOGY OF LIVER CANCER. MORBIDITY, MORTALITY, DYNAMICS OF HISTOLOGICAL STRUCTURE

V.M. Merabishvili¹, E.N. Merabishvili², O.F. Chepik¹

Federal State Institution «N.N. Petrov Research Institute of Oncology» of the Health Ministry of the Russian Federation, St. Petersburg¹,

State Education Establishment of Higher Professional «Northwestern State Medical University named after I.I.Mechnikov» of the Health Ministry of the Russian Federation, St. Petersburg^{1,2}

68, Leningradskay Street, 197758-St. Petersburg, Pesochny, Russia,

e-mail: MVM@niioncologii.ru¹, bogdanova.k@mail.ru¹

Abstract

Primary liver cancer is the ICD-10 category C22 (malignant tumors of the liver and intrahepatic bile ducts). This is one of the most severe forms of cancer. According to database (DB) of the Population-based Cancer Registry of St. Petersburg for the past 15 years the median of cumulative observed survival of liver cancer patients of all histological forms (excluding postmortem diagnosed patients) both for men and women was no more than 3.3 months from the moment of diagnosis. On the majority of administrative territories of Russia mortality from liver cancer exceeds the level of morbidity that indicates a significant underestimation of primary patients. Even mortality («rude» rate) for Russia in the whole for men in 2012 exceeded the level of morbidity. St. Petersburg (Leningrad) is the single territory of Russia where the dynamics of the population liver cancer incidence can be analyzed since 1980. Dynamics of histological structure of liver cancer, recorded in St. Petersburg, shows a sharp decline in the proportion of tumors of the liver without a specific histological type and the significant increase in hepatocellular carcinoma and cholangiocarcinoma. Purpose of the study. To study the prevalence of liver cancer in the world and Russia, to produce in-depth development of material based on DB of the Population-based Cancer Registry of St. Petersburg. Material and methods. For the study there were taken by international data of the program «Cancer in 5 continents», statistical materials on Russia, 3893 cases from DB of the Population-based Cancer Registry of St. Petersburg, estimated analytical indices, index accuracy. Results of the study. Liver cancer is the most severe form of cancer. It is practically not detected in stage I and II of disease, index of accuracy in the most administrative territories exceeds 1.0. Conclusion. Thus liver cancer is not only one of tumors with the highest lethality and the lowest median of survival but also has a significant underestimation of the primary cases. Since the introduction in public reporting data on deaths from liver cancer in 1999 the standardized mortality rate in St. Petersburg decreased by 17.2 % in men and 16.0 % women.

Key words: epidemiology, liver cancer, mortality, histology.

REFERENCES

1. *Afanasyev S.G., Tuzikov S.A.* Нерезектабельные опухоли печени (обзор литературы) // *Sibirskij onkologicheskij zhurnal*. 2006. № 1. P. 49–54. [in Russian]
2. *Verin V.K., Titova G.N., Merabishvili Je.N., Ivanov V.V., Volkova R.I., Verenikina B.I., Chizhikova L.S.* Экспериментальный канцерогенез печени, вызванный диметиламиноазотолуолом // *Voprosy onkologii*. 2013. Vol. 59. Suppl. № 3 «Onkologija XXI veka: ot nauchnyh issledovanij v klinicheskiju praktiku. Materialy VIII Vserossijskogo s'ezda onkologov». Vol. 1. P. 41–42. [in Russian]
3. *Verin V.K., Titova G.N., Merabishvili Je.N., Filimonova G.F., Ivanov V.V., Verenikina B.I., Volkova R.I.* Экспериментальный канцерогенез печени, вызванный ортоаминоазотолуолом // *Voprosy onkologii*. 2013. Vol. 59. Suppl. № 3 «Onkologija XXI veka: ot nauchnyh issledovanij v klinicheskiju praktiku. Materialy VIII Vserossijskogo s'ezda onkologov». Vol. 1. P. 41–42. [in Russian]
4. *Malignancies in Russia in 2012 (morbidity and mortality) / Eds. A.D. Kaprin, V.V. Starinskij, G.V. Petrova. M., 2014. 250 p. [in Russian]*
5. *Koshhug G.D.* Первичный рак печени. Kishinev, 1976. 172 p. [in Russian]
6. *Merabishvili V.M.* Динамика показателей деятельности онкологической службы Санкт-Петербурга по районам города в 2010–2012 гг. Экспресс-информация Популяционного ракового регистра. SPb., 2013. 48 p. [in Russian]
7. *Merabishvili V.M.* Онкологическая служба Санкт-Петербурга (оперативная отчетность за 2011–2012 годы, углубленная разработка базы данных регистра по международным стандартам). PPP (IACR №221) / Eds. V.M. Kolabutina, A.M. Beljaev. SPb.: Kosta, 2013. Vol. 18. 364 p. [in Russian]
8. *Merabishvili V.M.* Онкологическая статистика (традиционные методы, новые информационные технологии): Руководство для врачей. SPb., 2011. Part. I. 221 p. [in Russian]
9. *Merabishvili V.M.* Онкологическая статистика (традиционные методы, новые информационные технологии): Руководство для врачей. SPb., 2011. Part. II. 248 p. [in Russian]
10. *Опухоли пищеварительного тракта / Ed. by S.S. Chistjakov. M., 2011. 200 p. [in Russian]*
11. *Oncological service for Russian population in 2012 / Eds. A.D. Kaprin, V.V. Starinskij, G.V. Petrova. M., 2012. 231 p. [in Russian]*
12. *Shajn A.A.* Первичный рак печени в Тюменской области: Автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. М., 1973. [in Russian]
13. *Sherlok Sh., Duli Dzh.* Заболевание печени и желчных путей. М., 1999. 864 p. [in Russian]
14. *Bornman P.C., Harries-Jones E.P. Tobias R., Van Stiegmans G., Terblanche J.* Prospective controlled trial of transhepatic biliary endoprosthesis versus bypass surgery for incurable carcinoma of head of pancreas // *Lancet*. 1986. Vol. 1 (8472). P. 69–71.
15. *Cancer incidence in five continents // IARC. Sci. Publ. № 160. Vol. IX. Lyon, 2008. 837 p.*
16. *Cancer Registration Principles and Methods / Ed. O.M. Jensen, D.M. Parkin, R. Maclennan, C.S. Muir and R.G. Skeet // IARC. Scientific. Publ. № 95. Lyon, 1991. 296 p.*
17. *Mason W.S., Xu C., Aldrich C.E., Saputelli J., Frank K., Wilk M.* Hepatitis virus and liver cancer // *Scientific Reports*. 2004: Basic Science. Medical Science. Fox Chaild. Cancer cent. Philadelphia, 2004. P. 115–118
18. *Sarbah S.A., Gramlich T., Younoszai A., Osmack P., Goormastic M., Grosso L., Cooper J.N., Di Bisceglie A., Seneca R., Younossi Z.M.* Risk factors for hepatocellular carcinoma in patients with cirrhosis // *Dig. Dis. Sci*. 2004. Vol. 49 (5). P. 850–853.
19. *Statistical Methods in cancer research. Vol. 1. – The analysis of case-control studies / Ed. N.E. Breslow, N.E. Day // IARC Scientific publ. № 32. Lyon. 1980. 343 p.*

ABOUT THE AUTORS

Merabishvili Vakhtang Mikhailovich, MD, DSc, Professor, Chairman of the Scientific - Methodical Council for the Development of Information Systems of Oncology Service of the North-West region of Russia, Head of the Cancer Control Department of N.N. Petrov Research Institute of Oncology. Phone: +7 812 439-95-47, +7 964 337-83-10, E-mail: MVM@niioncologii.ru, bogdanova.k@mail.ru.

Chepic Oleg Fyedorovich, MD., DSc, Professor, Principal Investigator of the Tumor Morphology. Department , N.N. Petrov Research Institute of Oncology. Phone: +7 812 439-95-33, +7 439-95-47. E-mail: MVM@niioncologii.ru.

Merabishvili Elvira Nazarovna, MD., PhD., Senior Lecturer at the Department of Histology, Cytology and Embryology, N.N. Mechnikov North-Western State Medical University. Phone: +7 (812) 545-14-14. E-mail: MVM@niioncologii.ru.