

---

---

# ОПЫТ РАБОТЫ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

---

---

УДК: 616.329-006.6-036.22(571.16)

## ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАКОМ ПИЩЕВОДА В ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

**Л.Ф. Писарева, И.Н. Одинцова, О.А. Ананина, С.Г. Афанасьев,  
М.Ю. Волков, Н.П. Ляхова**

*ФГБУ «НИИ онкологии» СО РАМН, г. Томск  
634050, г. Томск, пер. Кооперативный, 5, e-mail: epidem@oncology.tomsk.ru*

В 2008–2011 гг. в общей структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями населения Томской области удельный вес рака пищевода составил у мужчин  $2,5 \pm 0,2$  % (12-е место), у женщин –  $0,5 \pm 0,1$  % (20-е место). Несмотря на мировую тенденцию по снижению заболеваемости РП, в регионе за период с 2000 по 2011 г. отмечается рост стандартизованных показателей заболеваемости на оба пола. При этом в мужской популяции наблюдается увеличение как интенсивных, так и стандартизованных показателей. Среди женщин аналогичная тенденция зафиксирована у лиц в возрасте от 50 до 64 лет.

Ключевые слова: рак пищевода, Томская область, эпидемиология.

### ESOPHAGEAL CANCER INCIDENCE IN TOMSK REGION

L.F. Pisareva, I.N. Odintsova, O.A. Ananina, S.G. Afanasyev, M.Yu. Volkov, N.P. Lyakhova  
*Cancer Research Institute, Siberian Branch of the Russian Academy of Medical Sciences, Tomsk  
5, Kooperativny Street, 63405-Tomsk, e-mail: epidem@oncology.tomsk.ru*

During the period 2008–2011, esophageal cancer comprised  $2,5 \pm 0,2$  % of all cases for males and  $0,5 \pm 0,1$  % for females. Despite worldwide tendency towards decreased incidence of esophageal cancer, the rise in the age-standardized incidence rate was observed for both males and females of Tomsk region from 2000 to 2011. For males, the increase in both crude and age-standardized rates was registered. For females, the same tendency was observed in patients in the 50 to 64 age group.

Key words: esophageal cancer, Tomsk region, epidemiology.

Злокачественные опухоли пищевода относятся к наиболее прогностически неблагоприятным онкологическим заболеваниям, для них характерно скрытое агрессивное течение, большая распространенность опухолевого процесса к моменту установления диагноза, раннее и обширное лимфогенное метастазирование, высокая летальность, даже после радикального оперативного вмешательства. Заболевание проявляется рано, тем не менее результаты ранней диагностики нельзя считать удовлетворительными [4, 5, 7, 8, 15].

В структуре онкологической заболеваемости мужской популяции мира рак пищевода (РП) занимает 6-е, женской – 11-е место [14]. По материалам Международного агентства по изучению рака в 2008 г. заболеваемость РП мужского населения мира составила 10,1, женского – 4,2 случая на 100 тыс. населения.

Ни для одной опухоли не характерна такая географическая зависимость распространенности, что

явно указывает на влияние средовых факторов в качестве причины заболевания [12, 13, 17]. Более 80 % всех случаев рака данной локализации диагностируется в развивающихся странах [3]. Наибольшее распространение РП имеет в Азии, Африке и Южной Америке (область «пищеводного пояса»), при этом следует отметить, что максимальная средняя заболеваемость ( $8,1\text{--}23,6$  ‰) мужского населения наблюдается преимущественно в странах, расположенных в восточных, юго-восточных частях этих трех континентов. Данная локализация широко распространена в ряде районов Китая ( $22,9$  ‰ – мужчины) и в Монголии ( $16,1$  ‰ – женщины) [2, 3]. В странах Евросоюза заболеваемость РП в среднем составляет  $5,9$  ‰ и колеблется от  $1,4$  ‰ в Греции до  $9,5$  ‰ в Великобритании [14].

Россия по заболеваемости раком пищевода относится к странам со сравнительно низкими показателями. В 2011 г. был выявлен 7 391 случай

заболевания. Заболевание чаще встречается у мужчин, чем у женщин, из числа заболевших мужчины составляли 78,7 %, женщины – 21,3 %. По сравнению с 2001 г. в 2011 г. число вновь выявленных случаев РП у мужчин увеличилось на 3,3 %, у женщин снизилось на 14,7 %. В структуре онкологической заболеваемости у мужчин РП находится на 12-м (удельный вес – 2,4 %), у женщин – на 15-м месте (0,6 %) [10]. Стандартизованный показатель заболеваемости мужского населения ( $6,6 \text{ ‰}_{0000}$ ) ниже максимального мирового показателя (ЮАР –  $23,6 \text{ ‰}_{0000}$ ) – в 3,6 раза, женского населения ( $0,9 \text{ ‰}_{0000}$ ) – в 17,9 раза (Монголия –  $16,1 \text{ ‰}_{0000}$ ). Наиболее высокие показатели заболеваемости мужчин наблюдались в Чеченской Республике (25,6), Республике Саха (19,4), Чукотском АО (15,4), Камчатском крае (15,3), Сахалинской области (14,9), низкие – в республиках Ингушетия (2,8), Дагестан (3,6), Сев. Осетия (3,0), Карачаево-Черкесия (3,0) [10].

За последнее десятилетие в мире отмечено снижение заболеваемости раком пищевода с 3,4 до 2,8 на 100 000 населения. Подобная тенденция зарегистрирована также и в России. Однако в ряде развитых стран за последние годы наметился рост заболеваемости аденокарциномой нижнегрудного отдела пищевода, которая, по данным части регистров, составляет более 40 % всех случаев рака пищевода [14, 16].

Отношение числа умерших от злокачественных новообразований к числу заболевших является индикатором (показателем) тяжести заболевания, чем ближе его значение к единице, тем хуже его прогноз [1]. По данным МАИР, рак пищевода относится к группе локализаций, имеющих индикатор «тяжести» заболевания, равный 0,8. В США заболеваемость РП не входит в десятку ведущих локализаций, однако в структуре смертности от ЗНО у мужчин он занимает 7-е место, его удельный вес составляет 4,0 %, а прогностический индекс равен 0,9. С 1990 по 2006 г. у мужчин наблюдалось повышение смертности от данного заболевания на 9,7 %, что, вероятно, связано с ростом встречаемости аденокарцином [16]. В Японии наблюдается противоположная ситуация, несмотря на высокую заболеваемость мужчин РП ( $10,6 \text{ ‰}_{0000}$ ), смертность составляет  $6,8 \text{ ‰}_{0000}$ , индикатор «тяжести» равен 0,7. В России этот показатель в 2011 г. был равен 0,9.

**Цель исследования** – оценить эпидемиологическую ситуацию по раку пищевода в Томской области.

### Материал и методы

Информационной основой послужили данные официальной отчетной документации областного онкологического диспансера (форма № 7 «Сведения о злокачественных новообразованиях» за 2000–2011 гг.) и данным Федеральной службы государственной статистики РФ о численности населения области [9]. Так как абсолютные числа заболевших в течение года колебались, ситуация оценивалась по четырехлетним периодам: 2000–2003 гг., 2004–2007 гг., 2008–2011 гг. Рассчитывались экстенсивные, интенсивные, стандартизованные показатели заболеваемости [6]. Статистическая обработка материала проводилась с использованием прикладных компьютерных программ.

### Результаты и обсуждение

В 2011 г. в Томской области было выявлено 72 новых случая рака пищевода, из них 76,4 % – у мужчин, что в 1,8 раза больше по сравнению с 2000 г., когда было зарегистрировано 39 первичных случаев РП. На конец 2011 г. в областном онкологическом диспансере состоял на учете 91 больной, из них только 21 (23,1 %) пациент находился на учете 5 лет и более. Показатель распространенности составил 8,7 на 100 000 населения (РФ – 8,3 [11]). Среди территорий Сибирского федерального округа это третий показатель – после Республики Бурятия (12,4) и Забайкальского края (10,3). Выявляемость больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования пищевода I–II стадии составляет всего 21,6 % (РФ – 25,7 % [11]).

В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями населения области в 2008–2011 гг. удельный вес РП составил у мужчин  $2,5 \pm 0,2 \text{ ‰}$  (12-е место), у женщин –  $0,5 \pm 0,1 \text{ ‰}$  (20-е место). В по возрастной структуре максимальный удельный вес рака пищевода у мужчин отмечался в следующих возрастных группах: 50–54 года (3,4 %), 60–64 года (3,1 %) и 65–69 лет (3,5 %), у женщин – 35–39 лет (0,5 %), 60–64 года (0,5 %) и 65–69 лет (0,6 %). В течение времени доля данного заболевания в структуре онкопатологии населения области остается неизменной.

В мужской популяции области в течение времени отмечался рост как интенсивных, так и стандартизованных показателей заболеваемости раком пищевода, в женской популяции показатели были в пределах доверительных интервалов (табл. 1).

Рост интенсивных показателей заболеваемости у мужчин произошел за счет увеличения повозрастных показателей в возрасте 50–69 лет. Действительно, в регионе заболеваемость злокачественными опухолями пищевода растет с увеличением возраста (табл. 2). В женской популяции отмечалась тенденция снижения показателей заболеваемости в 70 лет и старше и их рост в 50–64 года.

Мужчины региона болеют РП чаще женщин, что отражает различную степень подверженности органоспецифическим канцерогенным факторам (курение, алкоголь). Соотношение уровней заболеваемости мужчин и женщин максимально в 60–69 лет, разница более чем 12-кратная. Средний возраст больных в 2008–2011 гг. снизился по сравнению с 2000–2003 гг. и у мужчин и у женщин, т.е. увеличилось число заболевших в более молодом возрасте:

разница составила 1,9 и 3,3 года соответственно. Медиана возрастного распределения соответственно также стала меньше. Различие среднего возраста между заболевшими мужчинами и женщинами сократилось с 8,3 до 6,9 года (табл. 3). Риск развития рака пищевода в течение жизни (0–85 лет) для мужчин Томской области составлял в среднем за 2000–2003 гг. – 1,80 %, в 2008–2011 гг. он стал несколько выше – 1,86 %, у женщин же, наоборот, он несколько снизился – с 0,39 до 0,30 %.

Важную роль в планировании профилактических мероприятий по борьбе с онкологической заболеваемостью играет прогнозирование ее на последующие после периода исследования годы. В течение времени стандартизованные показатели заболеваемости раком пищевода (на оба пола) в Томской области растут, их динамика описывается

Таблица 1

### Динамика показателей заболеваемости раком пищевода населения Томской области

Период	Интенсивные показатели, ‰		Стандартизованные показатели, ‰	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
2000–2003 гг.	6,8 (5,6–8,1)	1,9 (1,3–2,5)	6,4 (5,3–7,6)	0,9 (0,6–1,2)
2004–2007 гг.	8,2 (6,9–9,2)	2,1 (1,5–2,8)	7,6 (6,3–8,8)	1,1 (0,7–1,4)
2008–2011 гг.	10,0 (8,6–11,6)	1,8 (1,3–2,5)	8,8 (7,5–10,1)	1,0 (0,6–1,3)
Темп прироста между 2000–2003 и 2008–2011 гг., %	47,9	–2,9	36,1	4,0

Таблица 2

### Повозрастные показатели заболеваемости раком пищевода населения Томской области (на 100 тыс. соответствующего населения)

Лет	Мужчины		Женщины	
	2000–2003 гг.	2008–2011 гг.	2000–2003 гг.	2008–2011 гг.
25–29	0	0,9 (0–2,2)	0	0,5 (0–1,4)
30–34	0,7 (0–2,1)	0,6 (0–1,8)	0,7 (0–2,1)	0
35–39	0	1,4 (0–3,3)	0	0,7 (0–2,2)
40–44	1,7 (0–3,7)	2,5 (0–2,3)	0,5 (0–1,6)	0
45–49	8,0 (3,7–12,4)	5,7 (1,7–9,6)	0,5 (0–1,6)	0
50–54	9,7 (4,4–15,0)	17,3 (10,6–24,0)	0,6 (0–1,9)	1,8 (0–3,7)
55–59	18,1 (7,8–28,3)	25,9 (16,9–34,8)	0	3,1 (0,1–6,1)
60–64	20,9 (10,9–30,8)	46,1 (31,6–60,6)	0,9 (0–2,7)	4,3 (0,5–8,1)
65–69	45,8 (28,5–63,1)	75,9 (50,0–101,8)	4,3 (0,1–8,6)	6,0 (0,1–11,8)
70–74	48,3 (28,6–68,1)	52,2 (32,1–72,2)	13,6 (5,9–21,2)	4,3 (0,1–8,5)
75–79	74,4 (39,1–109,8)	56,6 (28,0–85,2)	15,1 (5,7–24,4)	9,9 (2,0–17,8)
80–84	64,2 (7,9–120,6)	36,5 (7,3–65,7)	17,1 (2,1–32,1)	18,2 (6,3–30,1)
85+	72,3 (0–154,2)	54,6 (0–116,4)	25,4 (3,1–47,7)	12,5 (0–26,6)

**Средний возраст и медиана возрастного распределения  
больных раком пищевода в Томской области, лет**

Пол	Средний возраст		Медиана	
	2000–2003 гг.	2008–2011 гг.	2000–2003 гг.	2008–2011 гг.
Мужчины	64,9 ± 1,9	63,0 ± 1,5	66,5	63,1
Женщины	73,2 ± 3,6	69,9 ± 4,3	74,8	72,5
Оба пола	66,8 ± 2,6	64,1 ± 2,6	68,8	64,0

уравнением линейной регрессии, коэффициент корреляции – 0,697. При условии сохранения этой тенденции уровень заболеваемости в 2017 г. может составить 5,3 (4,1–6,7) на 100 тыс. населения. И это произойдет в основном за счет роста показателя в мужской популяции. В 2017 г. он может вырасти до 11,2 (8,2–14,1)‰, что в 1,8 раза выше показателя 2000 г. (рис. 1). В женской популяции уровень заболеваемости останется прежним – в пределах 1,1‰.

Таким образом, в популяции Томской области за последние 12 лет наметилась тенденция увеличения показателей заболеваемости раком пищевода, за счет роста заболеваемости среди мужчин, при этом как у мужчин, так и у женщин растут показатели в более молодом возрасте. Заболевание имеет неблагоприятный прогноз течения, так как выявляемость больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования на I–II стадиях составляет 21,6 %, что ограничивает возможности радикального лечения. Поэтому остро стоит вопрос ранней диагностики рака пищевода, в которой важная роль должна отводиться скринингу с регулярным эндоскопическим исследованием пациентов зрелого и пожилого возраста, особенно среди мужского населения.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Веремчук Л.В., Кику П.Ф., Жерновой М.В., Юдин С.В. Экологическая зависимость распространения онкологических заболеваний в Приморском крае // Сибирский онкологический журнал. 2012. № 1 (49). С. 19–25.
2. Давыдов М.И., Стилиди И.С. Рак пищевода. М.: Издательская группа РОНЦ, 2007. 392 с.
3. Заридзе Д.Г. Профилактика рака. Руководство для врачей. М.: ИМА-ПРЕСС, 2009. 224 с.

4. Мамонтов А.С., Франк Г.А., Кузнецов В.В. Мелкоклеточный рак пищевода // Российский онкологический журнал. 2005. № 1. С. 52–54.

5. Мельников О.Р. Рак пищевода: клиническая картина и стадирование заболевания // Практическая онкология. 2003. Т. 4, № 2. С. 66–69.

6. Петрова Г.В., Грецова О.П., Старинский В.В. и др. Характеристика и методы расчета статистических показателей, применяемых в онкологии. М.: ФГУ МНИОИ им. П.А. Герцена Росздрава, 2005. 39 с.

7. Рудык Ю.В., Афанасьев С.Г., Тузиков С.А. и др. Эффективность комбинированного лечения больных раком пищевода с применением неoadьювантной химиотерапии // Сибирский онкологический журнал. 2013. № 4 (58). С. 17–22.

8. Стилиди И.С., Бохан В.Ю., Тер-Ованесов М.Д. Результаты и перспективы хирургического лечения больных раком грудного отдела пищевода // Практическая онкология. 2003. Т. 4, № 2. С. 70–75.

9. Федеральная служба государственной статистики РФ. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.gks.ru>; <http://www.fedstat.ru/indicator/data>.

10. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2011 году (заболеваемость и смертность). М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздрава России, 2012. 289 с.

11. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Состояние онкологической помощи населению России в 2010 году. М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздравсоцразвития России, 2012. 240 с.

12. Чойнзонов Е.Л., Писарева Л.Ф., Жуйкова Л.Д. Злокачественные новообразования в Томской области в 2004–2009 гг. Оценка качества диагностики // Сибирский онкологический журнал. 2011. № 3 (45). С. 29–34.

13. Янкин А.В. Рак пищевода: от статистики до диагностики // Практическая онкология. 2003. Т. 4, № 2. С. 61–65.

14. Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2008. International Agency for Research on Cancer (IARC). [Электронный ресурс] / IARC 2010. – Режим доступа: <http://globocan.iarc.fr/>.

15. Darnton S.J., Archer V.R., Stocken D.D. et al. Preoperative Mitomycin, Ifosfamide, and Cisplatin Followed by Esophagectomy in Squamous Cell Carcinoma of the Esophagus: Pathologic Complete Response Induced by Chemotherapy Leads to Long-Term Survival // J. Clin. Oncol. 2003. Vol. 21. P. 4009–4015.

16. Jemal A., Siegel R., Xu J., Ward E. Cancer Statistics, 2010 // CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2010. Vol. 60, Issue 5. P. 277–300.

17. Russo A., Franctsch S. The epidemiology of esophageal cancer // Ann Ist. Super Sanita. 1996. Vol. 32 (1). P. 65–72.

Поступила 15.09.13