

**АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ
РАКА ЖЕЛУДКА ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА****М.Т. Ачилов, А.Р. Акрамов, Х.Х. Холмаматов, Н.С. Урозов**Самаркандский Областной онкологический диспансер
Самаркандский Государственный медицинский институт**Ключевые слова:** рак желудка, динамика заболеваемости, диагностика, клинические проявления.**Таянч сўзлар:** ошқозон раки, ўлим кўрсаткичи, касалликни кечиши, диагностика, клиник белгилар.**Key words:** Stomach cancer, mortality, diagnosis, clinical signs.

Рак желудка является одним из самых часто встречающихся заболеваний в онкологии. Актуальность его заключается также в том, что характерна высокая летальность и поздняя диагностика. Рак желудка часто встречается в пожилом и старческом возрасте. Клинические признаки рака желудка неспецифичны и разнообразны, что затрудняет диагностику.

**КЕКСАЛАРНИ ВА КАТТА ЁШЛИЛАРНИ ОШҚОЗОН РАКИ БИЛАН КАСАЛЛАНИШИ ВА
КЛИНИК КЕЧИШИНИНГ ДИНАМИК АНАЛИЗИ****М.Т. Ачилов, А.Р. Акрамов, Х.Х. Холмаматов, Н.С. Урозов**

Самарканд вилоят онкология диспансери

Самарканд Давлат тиббиёт институти

Онкологик касалликлар ичида ошқозон раки биринчи ўринда туради ва энг кўп тарқалган касалликлар қаторига кириди. Муаммони долзарблиги ошқозон ракидан ўлим кўрсаткичи юқори эканлиги ва касалликни кеч аниқланишидир. Ошқозон раки кўпинча кексаларда ва катта ёшлиларда аниқланади. Ошқозон раки носпецифик ва турли хил клиник кўринишга эга бўлиб диагностика машаққат талаб этади.

**ANALYSIS OF DYNAMICS OF INCIDENCE AND CLINICAL CURRENT
CARCINOMA OF THE STOMACH OF ADVANCED AND SENILE AGE****M.T. Achilov, A.R. Akramov, X.X. Xolmamatov, N.S. Urosov**

Samarkand regional oncological dispensary

Samarkand state medical institute

Stomach cancer is one of the most common tumor in oncology practice. High level of mortality and late diagnosis make this topic more actual than others. The stomach cancer occur in elderly and old men. The clinical signs of the stomach cancer are unspecific and various which make difficult to diagnosis.

Введение. В современной онкологии рак желудка (РЖ) является одним из самых часто встречающихся заболеваний в большинстве стран мира. Одним из главных факторов, определяющих высокую летальность от рака желудка, является его поздняя диагностика, когда распространенность процесса соответствует III-IV стадиям. Пятилетняя выживаемость в этой группе (III-IV стадия) пациентов составляет не более 12% [Аксель Е.М., Давидов М.И. 2002; Давидов М.И. и др. 2008; Мерабишвили В.М. 2012; Grundmann R.T. et al.2009], в то время как при I стадии процесса этот показатель колеблется в пределах 90-95% [Давидов М.И. и соавт.,2000; Давидов М.И. и др.2001; Давидов М.И.2005; Kim H.J. et al. 2005; Liang Y.X. et al. 2013]. В этой связи, важным является поиск новых подходов в области диагностики его ранних форм. Кроме этого, в современной онкологии остаются до конца нерешенными вопросы максимально точной оценки степени распространения рака желудка и его дифференциации с новообразованиями других гистологических типов в целях выбора адекватного и эффективного метода лечения [Щепотин И.Б., Эванс С.Р. 2000; Кибарова Г.Р., 2009; Мозеров С.А. и др.2016; Haberman C.R. et al. 2004]. Важным прогностическим фактором служит степень дифференцировки опухоли и ее тип роста. Лечение диффузно-инфильтрирующих опухолей менее эффективно, чем четко очерченных неязвенных поражений.

В последние десятилетия клиническими особенностями РЖ являются увеличение частоты его агрессивных форм: низкодифференцированных опухолей с инфильтративной формой роста и ранним лимфогенным метастазированием [Чиссов В.И., Дарьялова С.Л. 2000; Давидов М.И., 2004; Волков М.Ю. 2014; Kwee R.M., Kwee T.C. 2009].

Цель работы: Изучить динамику частоты заболеваемости, степени распространения и клиническое течение рака желудка по данным Самаркандского областного онкологического диспансера.

Материалы и методы: В основу исследования положен ретроспективный анализ историй болезни и амбулаторных карт диспансерного наблюдения 296 больных, обследованных и получивших лечение в Самаркандском областном онкологическом диспансере с 2013 по 2015 годы.

Все больные в амбулатории и стационаре проходили клинко-лабораторное (анамнез, осмотр, анализы крови) и инструментальное (ультразвуковая диагностика (УЗД), рентгенологические, эндоскопические - фиброэзофагогастроуденоскопия (ФЭГДС) с биопсией, мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ), магнитно-резонансная томография (МРТ) исследования. До операции при помощи ФЭГДС с биопсией и после оперативного вмешательства выполняли морфологическую верификацию опухоли.

Таблица 1.

Возраст больных РЖ

Возраст	Количество больных	Процентное соотношение
До 50 лет	104	35,1%
51-70 лет	134	45,2%
71 год и больше	58	19,7%

Результаты исследования: Анализ динамики заболеваемости показал: в 2013 году число зарегистрированных в Самаркандском Онкологическом Диспансере больных было – 57; в 2014 году – 63; в 2015 году – 105. Повторно обратившиеся больные – 71.

Как видно из диаграммы №1 с 2013 по 2015 годы отмечается неуклонный рост заболеваемости РЖ по Самаркандской Области, как среди мужчин, так и среди женщин.

Диаграмма 1.

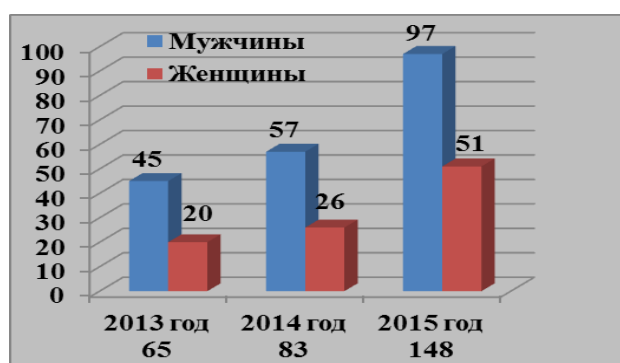
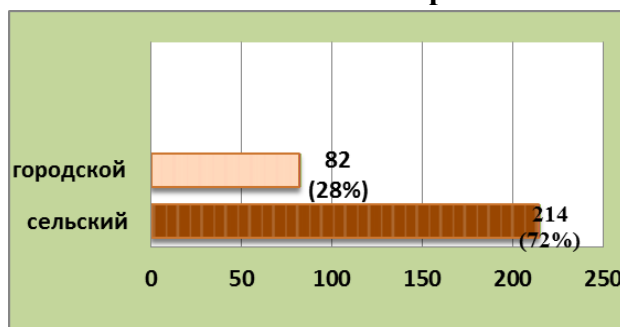
Динамика заболеваемости РЖ.
Количество больных – 296

Диаграмма 2.

Соотношение городского и сельского населения больных при РЖ



Изучение жалоб больных и клинические проявления РЖ представлены в таблице 2. Как видно из таблицы самыми частыми жалобами больных были боль в эпигастрии, тошнота, изжога, отсутствие аппетита и потеря веса. Хотя рвота, головокружение, прогрессирующие боли в животе и мелена также имели важное значение в клинических проявлениях РЖ.

Такой важный показатель характерный для РЖ, как анемия наблюдалась у 278 (93,9%) из 296 больных, легкая степень - у 65 (23,4%), средняя степень - у 167 (60,1%) и тяжелая степень - у 46 (16,5%) больных (таблица 3).

Изучение методов диагностического исследования постановки диагноза РЖ показало (Таблица 4), что при постановке диагноза РЖ часто применялись общепринятые методы

Таблица 2.

Клинические симптомы больных РЖ

№	Симптомы	Число больных	Показатель
1.	Боль в эпигастрии	282	95.3%
2.	Тошнота	245	82.8%
3.	Анорексия	228	77%
4.	Потеря массы тела	214	72.3%
5.	Рвота	131	44.3%
6.	Головокружения	105	35.5%
7.	Изжога	234	79.1%
8.	Дисфагия	45	15.2%
9.	Мелена	68	22.9%
10.	Запор	54	18.2%
11.	Метеоризм	40	13.5%
12.	Прогрессирующие боли в животе	105	35.5%
13.	Желтушность склер и кожных покров	12	4.1%
14.	Быстрая утомляемость	59	19.9%

Таблица 3.

Анемия у больных РЖ

Анемия	Легкая	65	23,4%
	Средняя	167	60,1%
	Тяжелая	46	16,5%

Таблица 4.

Методы диагностического исследования РЖ

1. Гастроскопия (ЭГДФС)	274	92,6%
2. Рентгенография желудка	164	55.4%
3. Рентгеноскопия желудка	250	84.5%
4. Ультразвуковое исследование	278	93.9%
5. Компьютерная томография	97	32.8%
6. МРТ	66	16.6%
7. Онкомаркеры	41	13.9%

как, гастроскопия (ФЭГДС), рентгеноскопия, рентгенография желудка и УЗИ исследование.

Как видно из таблицы 5, при поступлении в онкологический стационар из 296 обследованных нами пациентов более чем у половины - у 165 (55,8%) больных была установлена III и IV стадия РЖ.

Изучение распределения больных по критерию Т международной классификации TNM показало, как видно из диаграммы 3 у 92 (31%) больных было выявлен Т3.

Обсуждение. По последним данным в мире раком желудка болеет более 1,3 млн. человек в год. Заболеваемость мужчин в 2 раза выше, чем у женщин. В структуре онкологической заболеваемости в России он занимает 3-е место (первое – рак легкого, второе – рак кожи), в Республике Узбекистан РЖ занимает 2-е место (первое место – рак молочной железы) [Мерабишвили В.М. 2012; Гусейнова А.З. и др. 2014; Grundmann R.T. et al.

2009]. Средний возраст больных РЖ составляет 65,5 лет, пик заболеваемости приходится на возраст 75-79 лет [Давидов М.И., Ганцев Ш.Х., 2010]. Больные пожилого и старческого возраста составляют почти половину всех заболевших РЖ - 43,4% [Селчук В.Ю., Никулин М.П., 2002; Харченко В.П. и др. 2009; Мерабишвили В.М., 2011; Liang Y.X. et al. 2013]. Полученные нами данные показывают, заболеваемость РЖ по Самаркандской Области за 2013-2015 гг. имеет прогрессивный рост, как среди мужчин, так и женщин. Средний возраст заболеваемости был 54,5% и при этом 64,9% больных было старше 50 лет. Соотношение мужского и женского пола 2:1, сельское население болело в 3,5 раза больше чем городское население.

Клинические признаки рака желудка неспецифичны и разнообразны (у 60% больных рак желудка обнаруживают при обследовании по поводу других

заболеваний или при профилактическом осмотре). Больных обычно беспокоят беспричинный дискомфорт и боли в области эпигастрия. Уменьшение массы тела отмечают 80% больных, быстрое насыщение при еде — 65%, анорексию — 60%. У 50% больных бывает дисфагия и рвота. Данные, выявляемые при физикальном осмотре, обычно свидетельствуют о развитой стадии заболевания. Во многих случаях заболевание развивается медленно и скрыто, так что в ранних стадиях больные могут не предъявлять никаких жалоб или же эти жалобы соответствуют жалобам, характерным для хронического гастрита, существовавшего у пациентов в течение многих лет. Первые симптомы рака желудка часто соответствуют так называемому синдрому малых признаков, описанному А.И. Савицким. Боли при раке желудка не относятся к числу его ранних симптомов и свидетельствуют, как правило, об уже запущенной стадии заболевания. Появление крайне интенсивных, мучительных болей наблюдается при прорастании рака желудка в соседние органы (поджелудочную железу и другие), метастазы в кости. Нередким симптомом рака желудка служит лихорадка, связанная с распадом и инфицированием первичного опухолевого узла [Давидов М.И. 2004; Брехов Е.У. и др. 2007; Кашенко В.А. и др. 2013; Бесова Н.С. и др. 2014].

По данным нашего исследования самыми частыми жалобами больных были боль в эпигастриальной области, тошнота, изжога, отсутствие аппетита и потеря веса. Хотя рвота, головокружение, прогрессирующие боли в животе и мелена также имели немаловажное значение в клиническом проявлении РЖ. Симптомы запущенности процесса: прорастание опухоли в пищевод - дисфагия была — у 15,2%, симптомы метастазов в печени - желтушность склер и кожных покровов — у 4,1% больных.

Диагностическая роль лабораторных исследований при РЖ невелика. При ранней не осложненной форме РЖ изменения в крови обычно не наблюдаются. Частым проявлением рака желудка в лабораторных анализах является анемия. Она, как правило, развивается вторично вследствие постоянных кровопотерь, недостаточности ассимиляции пищевых веществ, в частности железа при ахлоргидрии, и интоксикации организма. Для диагностики

Диаграмма 3

Распределение больных по критерии Т международной классификации TNM (2011г.)
Количество больных - 296

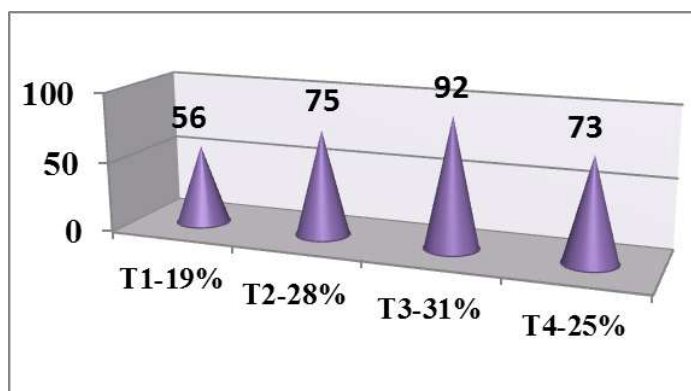


Таблица 5.

Распределение больных РЖ по стадиям
Количество больных - 296

Стадии	Количество больных	В % отношении
I стадия	56	18,9%
II стадия	75	28,3%
III стадия	92	31,1%
IV стадия	73	24,7%

рака желудка применяются РЭА (раково-эмбриональный антиген) и Са 19—9 (углеводный антиген). Они являются индикатором распространенности процесса и могут служить в качестве дополнительного объективного критерия в комплексной диагностике, прогнозировании и при контроле лечения. [Назаренко Г.И., Кишкун А.А., 2006].

«Золотым стандартом» диагностики рака желудка является сочетанное применение рентгенографии и эндоскопии с последующим обзорным ультразвуковым исследованием брюшной полости на предмет выявления лимфогенных метастазов, асцита и метастазов рака в печень [Власов П.В. 2000; Труфанов Г.Е. и др. 2005; Портной Л.М. и др. 2007; Гусейнов А.З. и др. 2014]. При постановке диагноза РЖ нами применялись общепринятые методы исследования: эндоскопия (ФЭГДС), рентгеноскопия, рентгенография желудка и УЗИ.

Серьезной проблемой является также поздняя диагностика РЖ, и, следовательно, несвоевременное начало лечения. В большинстве стран РЖ I-II стадии диагностируется менее чем у 20% больных, а в европейской части России число случаев раннего выявления РЖ составляет лишь 5,5%. Чаще всего диагноз РЖ устанавливают на поздних стадиях: IV стадия - у 42,6 - 50,0% больных, III стадия - у 31,3% [Старинский В.В., 2004, Михайлов М.К., 2010]. У обследованных нами пациентов более чем у половины - у 165(55,8%) больных был установлен диагноз в запущенных стадиях - в III стадии (31,1%) и IV стадии (24,7%) РЖ, что имеют относительно близкие показатели с литературными данными.

Таким образом, по данным Самаркандского онкологического диспансера заболеваемость РЖ имеет неуклонный рост, больные пожилого и старческого возраста составляют - 64,9%. Самыми частыми и ранними симптомами РЖ, были боль разной интенсивности в эпигастральной области и анемия. Более половины больных - 55,8% поступают в онкологический диспансер в запущенных III-IV стадиях. Диагностике РЖ требуется совершенствование современных методов, что является одной из актуальных задач. Полноценное использование существующих методов лабораторно-инструментальных исследований позволяет своевременно диагностировать РЖ.

Использованная литература:

1. Брехов Е.И. Диагностика рака желудка у лиц пожилого и старческого возраста // «Кремлевская медицина. Клинический вестник» ФГУ УНМЦ УДП РФ, 2007. №3. С.61-63.
2. Давыдов М.И. Состояние проблемы и пути оптимизации тактики хирургического лечения больных раком желудка старшей возрастной группы // Хирургия. 2008. №10. С.73-77.
3. Мерабишвили В.М. Рак желудка. Эпидемиология и выживаемость больных // Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. СПб., 2012. С.53.
4. Мозеров С.А., Комин Ю.А., Мозерова Е.С., Красовитова О.В. «Морфологические и клинические изменения рака желудка после неоадьювантной химио-лучевой терапии» (Обзор литературы) // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2016. № 6-1. С.59-64.
5. Харченко В.П. Хирургическое лечение больных раком желудка в возрасте 70 лет и старше // Российский онкологический журнал. 2009. №5. С.19-22.
6. Grundmann R.T. Diagnostik und Therapie des Magenkarzinoms // Workflow. Zentralbl. Chir. 2009.V.134, №3. P.62-74.
7. Kim H.J. Gastric cancer staging at multi-detector row CT gastrography: comparison of transverse and volumetric CT scanning // Radiology. 2005. V.236. P.879-885.
8. Kwee R.M. Imaging in assessing lymph node status in gastric cancer // Gastric Cancer. 2009. V.12, №1. P.6-22.
9. Liang Y.X. Characteristics and prognosis of gastric cancer in patients aged > 70 years // World Journal Gastroenterology. 2013. V.19(39). P.6568-6578.