

без указания стадии Из результатов анализа, видно что, наиболее часто заболевание выявляется уже на поздних стадиях, при которых имеет место метастазирование опухоли. За исследуемый период, IV стадия РЖ составила от 42,6 до 45,01 % от всех стадий заболевания, что может быть связано с множеством факторов, включая особенности скрининга, возможности диагностики и своевременной обращаемостью пациентов. Кроме того, некоторые морфологические формы могут не вызывать развития яркой клинической картины, а это ведет, в свою очередь, к поздней обращаемости, а значит и позднему выявлению РЖ.

### **Выводы**

На основании проведенного исследования можно сделать выводы, что в Гомельской области за период 2014–2016 гг. структура РЖ по возрасту и полу соответствует данным в мире, т. е. наиболее часто встречается среди мужчин в возрасте 61–70 лет. Данные анализа морфологических форм показали, что тубулярная и скirrosная аденокарциномы — самые распространенные формы РЖ, которые поражают преимущественно тело желудка и в меньшей степени остальные отделы. Низкая степень дифференцировки оказалась самой распространенной среди всех, что указывает на достаточно агрессивный тип течения заболевания, а 4 стадия заболевания, которая оказалась наиболее часто выявляемой, указывает на неблагоприятный прогноз у данных пациентов (5-летняя выживаемость составляет не более 15 %). Кроме того, необходимо учесть, что при определении степени дифференцировки и стадии РЖ часть материала шла без указания степени и стадии, что приводит к потере статистических данных и не полному представлению о данном заболевании.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Эпидемиологические аспекты развития рака желудка / О. Г. Суконко [и др.] // Руководство по онкологии. — 2016. — Т. 2, Ч 2. — С. 94–95.
2. Суконко, О. Г. Рак желудка (С16) / О. Г. Суконко, С. А. Красный // Алгоритмы диагностики и лечения злокачественных новообразований. — 2012. — № 2. — С. 88–89.

**УДК 616.33-006.6**

## **РАК ЖЕЛУДКА: ФАКТОРЫ РИСКА (ДАННЫЕ СРАВНИТЕЛЬНЫХ ОБЗОРОВ И МЕТА- АНАЛИЗОВ)**

*Жур А. С.*

**Научные руководители: ассистент А. С. Терешковец, к.м.н., доцент Л. А. Мартемьянова**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Рак желудка (РЖ) занимает лидирующие позиции в структуре онкологической заболеваемости (5-е место после рака легкого, молочной железы, толстой кишки, предстательной железы) и смертности (2-е место после рака легкого) в мире. По данным ВОЗ в 2012 г. Зарегистрировано 952 000 (6,8 %) новых случаев и 723 000 (8,8 %) смертельных исходов вследствие этого заболевания. Республика Беларусь входит в группу стран с наиболее высокой заболеваемостью. Прогнозные данные национального канцер-регистра свидетельствуют о сохранении тенденции к медленному снижению заболеваемости, сложившиеся в предыдущие годы. Общее число ежегодно выявляемых случаев РЖ за этот период уменьшилось с 4125 в 1970 г. до 2785 в 2014 г. причем за счет снижения числа заболевших женщин [4].

### **Цель**

Анализ факторов риска развития заболевания, оценка критериев включения пациентов в группу высокого риска по развитию РЖ.

### **Материал и методы исследования**

Анализ зарубежной литературы, включая показатели мета-анализов, освещающих данные вопросы, а так же отечественной литературы последних 2 лет.

## Результаты исследования и их обсуждение

Существует огромное множество факторов риска развития РЖ, но так или иначе ключевыми являются факторы, обуславливающие формирование предраковых состояний: атрофический гастрит и кишечная метаплазия, а значит, более точный отбор пациентов с морфологическими изменениями является стратегией в профилактике и (или) раннем выявлении рака желудка. Несмотря на то, что сейчас широко используются эндоскопическая диагностика с использованием усовершенствованных технологий, золотого стандарта выявления пациентов группы риска нет.

В таблице 1 представлены факторы риска развития РЖ, а также исследования, в которых они изучались.

Таблица 1 — Факторы риска развития РЖ

**Table 1.** Summary of Meta-Analyses Investigating the Risk of Gastric Cancer with Each Risk Factor

Risk factor	Author (year)	No. of studies	No. of subjects	Risk estimates* (95% CI)	p-value
<i>H. pylori</i> infection	Huang et al. (1998) <sup>6</sup>	19	6,450	1.92 (1.32–2.78)	NA
	Xue et al. (2001) <sup>7</sup>	11	12,467	3.00 (2.42–3.72)	<0.001
Salt intake	D'Elia et al. (2012) <sup>10</sup>	7	268,718	1.68 (1.17–2.41) <sup>†</sup>	0.005
Smoking	Ladeiras-Lopes et al. (2008) <sup>12</sup>	23	NA	1.53 (1.42–1.65) <sup>‡</sup>	NA
	La Torre et al. (2009) <sup>13</sup>	22	61,723	1.69 (1.35–2.11) <sup>‡</sup>	<0.001
Alcohol	Tramacere et al. (2012) <sup>14</sup>	13	NA	1.20 (1.01–1.44) <sup>§</sup>	0.001
Fiber intake	Zhang et al. (2013) <sup>22</sup>	21	580,064	0.58 (0.49–0.67) <sup>  </sup>	<0.001
Family history of gastric cancer	Rokkas et al. (2010) <sup>27</sup>	8	2,355	1.98 (1.76–2.88)	<0.001
Obesity	Chen et al. (2013) <sup>28</sup>	13	9,017,901	1.06 (0.99–1.12) <sup>†</sup>	0.490

CI, confidence interval; *H. pylori*, *Helicobacter pylori*; NA, not available.

\*Risk estimates are expressed as relative risk or odds ratio according to the type of included studies (cohort or case-control); <sup>†</sup>High salt intake group compared with low salt intake group; <sup>‡</sup>Current smokers compared with never smokers; <sup>§</sup>Heavy alcohol drinkers (≥4 drinks per day) compared with nondrinkers; <sup>||</sup>The highest fiber intake group compared with the lowest fiber intake group; <sup>†</sup>Obese (BMI, ≥30 kg/m<sup>2</sup>) compared with normal (BMI, 18.5 to 24.9 kg/m<sup>2</sup>).

### 1. *H.pylori*-инфекция.

Важнейшим доказанным фактором риска не кардиального РЖ (доказательный уровень А) и основным звеном желудочного канцерогенеза является инфекция *H. pylori*. В мета-анализе 1998 г., представленный в таблице 1, участвовало 19 когортных и типа «случай-контроль» исследований (2,491 пациента и 3995 — контрольная группа). В данном анализе отношение шансов (ОШ) развития РЖ у пациентов с инфекцией *H. pylori* составило 1,92 (95 % ДИ (1,92–2,78)). Другой мета-анализ 2001 г. (11 исследований типа «случай-контроль»), сообщили о сильной связи между инфекцией *H. pylori* и раком желудка относительный риск (ОР) — 3,00; 95 % ДИ, 2,42–3,72).

### 2. Соль.

Мета-анализ 2012 г., проведенный группой итальянских ученых (268 718 участников, 1474 случая РЖ, время наблюдения 6–15 лет) показал, что потребление соли непосредственно связано с риском развития РЖ, относительный риск (ОР) в группах чрезмерного и высокого уровня потребления соли по сравнению с низким составил 1,68; (95 % ДИ, 1,17–2,41) и 1,41; (95 % ДИ, 1,03–1,93) соответственно. В 2012 г. G. Sheng et al. Представили системный обзор данных 11 когортных (7) и типа «случай-контроль» (4) исследований, опубликованных в 1992–2012 гг. в научной базе PubMed и Embase. При анализе 2 076 498 участников из различных стран РЖ был диагностирован в 12 039 случаях. ОР = 2,05; (95 % ДИ, 1,60–2,32).

### 3. Курение.

Мета-анализ, включающий 23 статьи, заключил, что суммарные оценки ОР для рака желудка у курильщиков в настоящее время составили 1,53 по сравнению некурящими. Европейское исследование EPIC показало, что существует связь между продолжительностью и интенсивностью курения и риском развития РЖ. ОР в группе курильщиков по сравнению с некурящими составил 1,86; (95 % ДИ, 1,39–2,47). Риск развития возрастает при курении более 20 сигарет в день и длительности курения 40 лет и более.