

*Н. В. Гопко, І. В. Навчук, Ж. А. Чорненька, М. Б. Миронюк, Е. Ц. Ясинська*

## **ХАРАКТЕРИСТИКА РІВНЯ ЗНАТЬ ЖИТЕЛІВ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ СТОСОВНО РОЗВИТКУ РАКУ ШЛУНКУ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

УДК 616.33-006.6-084:614.2

*Н. В. Гопко, І. В. Навчук, Ж. А. Чорненька, М. Б. Миронюк, Е. Ц. Ясинська*

### **ХАРАКТЕРИСТИКА РІВНЯ ЗНАТЬ ЖИТЕЛІВ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ СТОСОВНО РОЗВИТКУ РАКУ ШЛУНКУ**

*Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна*

Вивчено рівень знань дорослого населення Чернівецької області хворих на рак шлунку щодо профілактичних технологій цього захворювання та здорового способу життя. Встановлено, що більшість населення потребує вищої обізнаності з питань профілактики раку шлунка та здорового способу життя.

**Ключові слова:** рак шлунку, фактори ризику, профілактика, рівень знань.

UDC 616.33-006.6-084:614.2

*N. V. Hopko, I. V. Navchuk, Zh. A. Chornenka, M. B. Myronyuk, E. Ts. Yasynska*

### **CHARACTERISTICS OF THE LEVEL OF KNOWLEDGE OF RESIDENTS OF THE CHERNIVTSI REGION REGARDING THE DEVELOPMENT OF STOMACH CANCER**

*Bukovynian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine*

*Background:* Ukraine belongs to the countries with a high level of oncological morbidity, among which stomach cancer occupies one of the leading places according to this indicator. The population's awareness of risk factors for stomach cancer remains at a rather low level and requires additional information on prevention. *Methodology:* The research was conducted on the basis of the Chernivtsi regional oncological dispensary using medical and sociological methods based on an anonymous questionnaire developed by us. *Results:* It was established that the population's awareness of risk factors for the development of stomach cancer in the Chernivtsi region is quite low and requires further sanitary and educational work. *Conclusion:* Stomach cancer remains one of the most frequently diagnosed and the third most fatal diseases despite the significant efforts of oncologists in prevention.

**Key words:** stomach cancer, risk factors, prevention, level of knowledge.

**Вступ.** Рак шлунка є вкрай небезпечним захворюванням, виявлення якого на ранній стадії й досить проблематичне. Рак шлунка (РШ) є п'ятим за поширеністю раком у всьому світі та третьою провідною причиною смерті, пов'язаною з раком [1]. Приблизно 1 з 12 усіх онкологічних смертей пояснюється раком шлунка. Рак шлунка займає п'яте місце за рівнем захворюваності серед онкологічних захворювань, із 5,7% усіх нових випадків, пов'язаних із захворюванням. Щорічно у всьому світі діагностується понад мільйон нових випадків раку шлунка [1]. Частота РШ варіюється залежно від географічного розташування, пори року та соціально-економічного статусу, що свідчить про те, що вплив екологічних причин та чинників способу життя є основними факторами, що впливають на етіологію РШ. Біль в животі і нудота можуть бути ознаками гастриту або виразки шлунка, і не завжди люди, які мають ці діагнози, можуть запідозрити щось більш серйозне. А в багатьох випадках рак шлунка починається і зовсім безсимптомно. Велика частка таких захворювань виникає під впливом шкідливих звичок і важкої їжі. Підвищення поінформованості пацієнта про ці фактори (куріння, зловживання алкоголем, надлишкова маса тіла, низька фізична активність) полегшить процес розуміння і сприйняття профілактики і відмови від шкідливих звичок у поведінці в майбутньому.

Загально визнано, що підвищена захворюваність

на РШ значною мірою пов'язана зі способом життя і виникненням внаслідок цього фізіологічних чинників ризику. Зі зворотного боку зниження підвищених рівнів ризик-факторів супроводжується спадом захворюваності та смертності населення від раку. На підставі цих взаємозв'язків створено концепцію чинників ризику, суть якої полягає в тому, що, хоча причини розвитку пухлинних захворювань шлунку остаточно невідомі, проте, за даними експериментальних, клінічних та епідеміологічних досліджень, визначені чинники, пов'язані з довкіллям, способом життя, генетичними особливостями людини, які сприяють розвитку і прогресуванню цих хвороб, що є науковою базою для профілактики [1–3].

У розвитку РШ виділяють взаємодію трьох факторів: генетичних, наявності *H.pylori*, пошкоджуючих факторів навколишнього середовища [4]. У більшості пацієнтів в анамнезі спостерігаються захворювання на шлунок у найближчих рідних. Приблизно 80% всіх новоутворень виникає під впливом факторів зовнішнього середовища [6]. При цьому найпоширенішими і такими, що викликають реальну небезпеку для людини є нітрозоз'єднання [5]. Особливо чутливі до їх впливу вогнища кишкової метаплазії та дисплазії. Сприяють розвитку РШ дисбаланс в раціоні харчування, недолік антиоксидантів; куріння підвищує ризик розвитку раку шлунка в 1,5-3 рази [3]. Збільшення споживання молока і молочних продуктів, свіжих фруктів і овочів корелює зі зниженням смертності від РЖ (приблизно в 1,4 рази

у чоловіків і 1,3 рази у жінок). Більшість авторів вказують на взаємозв'язок фонових захворювань і РШ [4].

**Мета дослідження.** Оцінити вплив чинників ризику на виникнення передракового стану та раку шлунка серед жителів Чернівецької області.

**Матеріали і методи.** У дослідженні взяли участь 1002 респондентів (623 чоловіків та 379 жінок), які знаходились на лікуванні у Чернівецькому обласному онкологічному диспансері з підтвердженим діагнозом РШ різних стадій та локалізації. Опитування проводилось у 2015–2020 роках в індивідуальній анонімній формі у формі анкетування з метою визначення взаємозв'язку між впливом факторів ризику на виникнення раку шлунка населення Чернівецької області. Віковий склад учасників: від 18 до 64 років. Освіта: середня, середньо-спеціальна та вища.

Використані методи: медико-соціологічний, медико-статистичний.

Інтерв'ю проводились протягом п'яти років. Ми проводили анонімні індивідуальні інтерв'ю з пацієнтами, дозволяючи учасникам вільно, без тиску висловлювати свою думку. На основі запитань нашого дослідження ми розробили відкриті анкети для інтерв'ю. Співбесіди починалися зі збору загальної інформації про учасника

та його/її досвід роботи. Після цього ми розглядали більш конкретні моменти, такі як доцільність («Оцініть своє самопочуття на момент опитування?»), практичність («Яка на Вашу думку причина виникнення у вас раку шлунка?») і професіоналізм («Чи задоволені Ви результатами медичної допомоги?»).

**Результати дослідження та їх обговорення.**

У дослідження були залучені пацієнти з усіх районів Чернівецької області, з підтвердженим діагнозом – рак шлунка з 2015 по 2020 рр. Всього в опитуванні взяло участь 1002 респонденти віком від 30 до 75 років і старше; з них: чоловіків (623) 62,2% та (379) 37,8% жінок. Розподіл респондентів у відсотках за статтю та віковими групами подано на в таблиці 1.

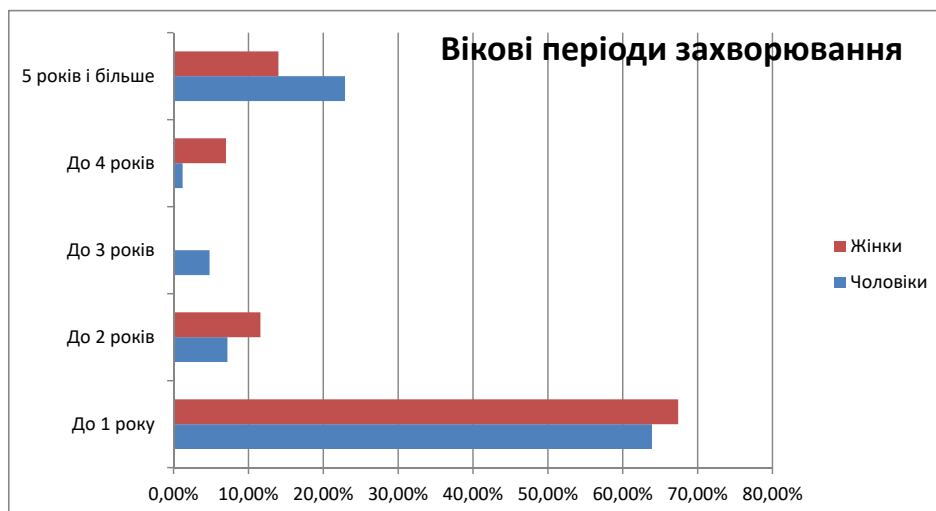
На питання про сімейний стан: ніколи не перебували у шлюбі -2,2% чоловіків, 0% жінок; одружених – 79,8% чоловіків, 58,7% жінок; овдовілих – 11,9% чоловіків, 26,1% жінок; розлучені – 7,1% чоловіків, 15,2% жінок.

З'ясовуючи рівень освіти респондентів: початкову освіту мають 2,4% чоловіків проти 2,2% жінок; середню загальну – 28,6% чоловіків, 13,0% жінок; середню спеціальну – 54,8% чоловіків, 41,3% жінок; вищу освіту – 14,3% чоловіків, 43,5% жінок.

Таблиця 1

**Розподіл респондентів за віком та статтю**

№ п/п	Вік	Стать				Всього	
		Чоловіки		Жінки		абс.	відс. (%)
		абс.	відс. (%)	абс.	відс. (%)		
1.	до 30 років	0	0	0	0	0	0
2.	30–34 роки	15	2,4	0	0	15	1,5
3.	35–39 років	0	0	8	2,2	8	0,8
4.	40–44 роки	52	8,3	8	2,2	60	6,0
5.	45–49 років	30	4,8	33	8,7	63	6,3
6.	50–54 роки	52	8,3	74	19,6	126	12,6
7.	55–59 років	141	22,6	41	10,9	182	18,2
8.	60–64 роки	111	17,9	33	8,7	144	14,4
9.	65–69 років	133	21,4	116	30,4	249	24,9
10.	70–74 роки	67	10,7	41	10,9	108	10,8
11.	75 і старше	22	3,6	25	6,5	47	4,7



**Рис. 1. Розподіл респондентів за тривалістю хвороби та статтю**

## КЛІНІЧНА ПРАКТИКА

За тривалістю хвороби в роках опитаних розділили на групи з 1- річним інтервалом від 30 до 75 років і більше, відповідно. Розподіл респондентів за тривалістю хвороби та статтю подано на рисунку 1.

Зазначимо, що необхідність вивчення обізнаності населення щодо впливу факторів ризику на розвиток РШ є доцільним, тому що такі дані – це основа для розробки, удосконалення та впровадження нових методик профілактики, особливо на ранніх стадіях. Оцінюючи основну професійну діяльність опитуваних в залежності від статі, респонденти розподілилися так (Рис. 2):

Також ми звертали увагу на наявність шкідливостей (фізичні, хімічні, психологічні та ін.) протягом професійної діяльності: мали місце у 50% чоловіків проти 15,9% жінок; не було у 50% чоловіків й 84,1% жінок. Професійний вплив пилу, високих температур тверді частинки та метали, такі як хром VI, також є причетними до некардійного раку шлунка. Встановлено, що такі різноманітні професії, як переробка деревини, розробка машин для харчових продуктів, виробництво гуми, видобуток вугілля та металообробка, несуть більший ризик новоутворень [7]. Нещодавній мета-аналіз 40 когортних досліджень смертності показав, що азбест асоціюється із помірно підвищеним ризиком раку шлунка. Мета-аналіз 13 спостережних досліджень показав, що професійний вплив на тальк пов'язаний із підвищеним ризиком раку шлунка. Виявлено значну залежність між професійним опроміненням кристалічним діоксидом кремнію та раком шлунка [8].

На пропозицію провести самооцінку здоров'я на момент опитування 31,7% чоловіків й 34,1% жінок зазначили свій стан як незадовільний; 54,9% чоловіків, 52,3% – як задовільний; 12,2% чоловіків, 16,6% жінок – як добрий і лише 1,2% чоловіків й 0% жінок – відмінно оцінюють власне самопочуття. На запитання анкети «Яка на Вашу думку причина виникнення у вас раку шлунка?»: неправильне харчування – 55,1% чоловіків, 56,5% жінок; шкідливі звички – 62,0% чоловіків, 67,4% жінок; малорухливий спосіб життя – 51,0% чоловіків, 62,4% жінок; спадковий фактор – 44,0% чоловіків, 47,9% жінок; зараження H.pillory – 42,8% чоловіків,

57,2% жінок. Наведені дані свідчать, що опитані респонденти усвідомлюють «шкідливість поведінки».

Більш детально зупинимося на шкідливих звичках, які на думку наших респондентів могли сприяти виникненню РШ.

Доведено, що вживання тютюну збільшує ризик кардії раку шлунка. Тютюн причетний до недавнього зростання захворюваності на кардію шлунка у розвинених країнах. За підрахунками, 1% глобальних ракових захворювань шлунка та 17% випадків у Європі пов'язані з курінням [7]. На питання про куріння: ніколи не курили – 19,3% чоловіків, 95,5% жінок; раніше курили, але зараз ні – 54,9% чоловіків та 2,3% жінок; регулярно курять -25,3% чоловіків й 2,3% жінок, при чому більше однієї пачки в день та більше 10 років. Отже, шкідлива звичка «курити» охоплює більшість чоловічого населення, проте жінки теж призвичаїлися до неї, що в подальшому може призвести до розвитку онкологічних захворювань. Мета-аналіз 42 досліджень підрахував, що у курців ризик раку шлунка збільшився приблизно в 1,53 рази і був вищим у чоловіків, ніж у жінок. Недавнє дослідження показало, що вживання кальяну та опію є факторами ризику раку шлунка та передракових уражень [9].

Доведено, що вживання алкоголю збільшує ризик раку шлунка, але вплив кількості вживаного алкоголю та ризику раку шлунка був суперечливим. Вражає той факт, що людство не навчилася правильно, без шкоди власному здоров'ю, вживати алкогольні напої і в останні роки призвичаїлось до цієї пагубної звички. На запитання «Як часто Ви вживаєте алкогольні напої?»: рідше одного разу на місяць – 23,8% чоловіків проти 39,1% жінок; один-два рази на місяць – 41,7% чоловіків, 13,0% жінок; один раз на тиждень – 16,7% чоловіків, 0,0% жінок; майже щодня – 2,4% чоловіків, 0,0% жінок; взагалі не вживають – 15,5% чоловіків, 47,8% жінок. На основі мета-аналізу 10 досліджень було показано, що помірне вживання алкоголю збільшує ризик раку шлунка на 39%, а інтенсивне споживання ще більше підвищує шанси захворіти. Інший мета-аналіз 44 випадків контролю та 15 когортних досліджень показав відсутність зв'язку між помірним

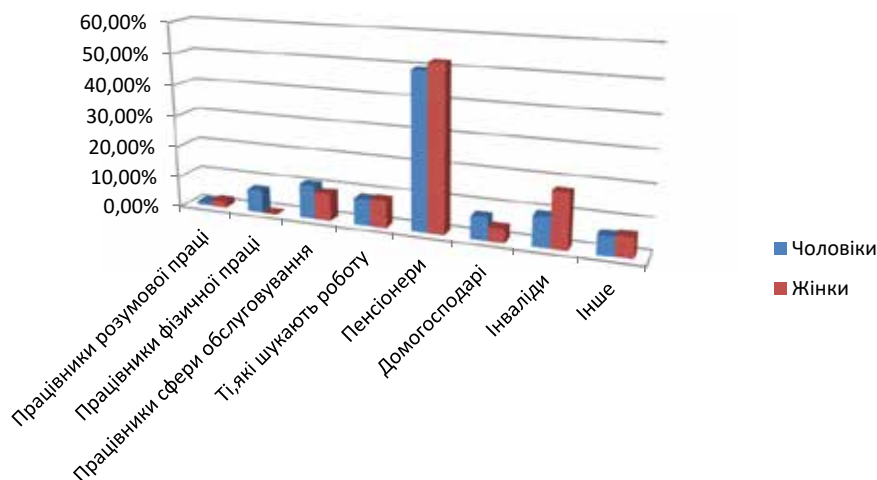


Рис. 2. Розподіл респондентів за статтю та професійною діяльністю

вживанням алкоголю та ризиком раку шлунка. Однак було виявлено позитивну асоціацію раку шлунка з пияцтвом. Відомо, що алкоголь дратує і розмиває слизову оболонку шлунка, в результаті чого виникає гастрит, попередник раку шлунка [10].

На питання про регулярність харчування 11,9% чоловіків та 21,7% жінок харчуються частіше 5 разів на добу; 25,0% чоловіків й 32,6% жінок – 4–5 разів на добу; 52,4% чоловіків й 45,7% жінок – до 3 разів на добу; 10,7% чоловіків, 0% жінок – 1-2 рази на добу. Постійно гостру їжу вживають 20,7% опитаних чоловіків, 2,2% жінок; солону – 28,6% чоловіків проти 6,5% жінок; жирну їжу, фаст-фуд – 9,8% чоловіків проти 0,0% жінок; м'ясну їжу – 67,9%, 68,9% жінок; каву та чай – 83,3% чоловіків, 80,4% жінок. Вживання солі, як показує досвід, посилює гастрит та канцерогенну дію відомих канцерогенів шлунку, таких як N-метил-N-нітро-N-нітросоуганідин (MNNG). Відомо, що сіль розмиває слизовий бар'єр шлунка, що призводить до запалення. Культури, дієта яких багата сіллю та маринованими продуктами, такі як японці демонструють більш високі показники раку шлунка. М'ясо, що консервується, багате на N-нітросполуки, які можуть викликати подібний ефект в організмі. Червоне м'ясо, що годується зернами, особливо багате насиченими жирами і мало захисних жирів, таких як омега-3, що сприяє його запальним процесам і тим самим збільшує шлунковий ризик раку [11]. Мета-аналіз дев'яти перспективних досліджень показав, що споживання кави не пов'язане із загальним ризиком раку шлунка. Однак аналіз підгруп показав, що вживання кави може бути фактором ризику раку шлунка [11]. Тим часом фрукти та овочі багаті на каротиноїди, фолат, фітохімікати та вітамін С, які допомагають модулювати ферменти, що метаболізують ксенобіотики під час травлення. Фрукти та овочі також містять численні антиоксиданти, які запобігають пошкодженню метаболізму. Вітамін С, також відомий як аскорбінова кислота, є потужним антиоксидантом, що міститься у високих концентраціях у цитрусових. Дослідження, що проводяться на підставі випадків, показали, що більш високе споживання фруктів та овочів було пов'язано з 37% меншим ризиком раку шлунка. Недієтичні джерела антиоксидантів, такі як зелений чай, добавки з вітаміном А, С та Е та селен, мають суперечливі результати у профілактиці раку шлунка [11].

Оцінюючи масу тіла респондентів дефіцит маси спостерігався у 22,6% чоловіків й 17,4% жінок; нормальна тіло будова була у 45% чоловіків і 39,1% жінок; помірне збільшення маси тіла – у 25,0% чоловіків, 34,8% жінок; ожиріння I ст. – у 4,8% чоловіків, 6,5% жінок; ожиріння II ст. – у 2,45 чоловіків, 2,2% жінок; ожиріння III ст. не було встановлено. Ожиріння є одним з основних факторів ризику розвитку аденокарциноми кардії шлунка [12]. Статистичний мета-аналіз з усього світу показав, що у людей з надмірним індексом маси тіла (більше 25 кг/м<sup>2</sup>) відношення шансів розвитку раку становить 1,13. Сила асоціації збільшувалася зі збільшенням ІМТ. Нещодавнє проспективне дослідження, проведене в США, показало,

що індекс маси тіла був суттєво пов'язаний із вищими показниками смертності від раку шлунка серед чоловіків [12]. Таким чином, фактори ризику, позитивно пов'язані з аденокарциномою стравоходу та кардією шлунка, включають ожиріння, рефлюкс ГЕ та наявність стравоходу Барретта.

Багато факторів, крім *H. pylori*, були причетними до захворюваності на рак шлунка. Щоденне вживання трьох і більше порцій алкоголю та продуктів із високим вмістом солі значно збільшує ризик раку шлунка. Встановлено, що оброблене м'ясо значно підвищує ризик некардіального раку шлунка, тоді як ожиріння асоціюється з вищим ризиком раку кардії шлунка [7].

Інші результати свідчать, що фрукти та овочі, особливо цитрусові, такі як апельсини, лимони та грейпфрути, допомагають зменшити ризик захворювання [13]. Перед тим, як додати грейпфрут до свого раціону, важливо поговорити зі своїм лікарем, оскільки він може взаємодіяти з іншими ліками та погіршити певні захворювання [11, 13].

Модифікація дієти є найбільш усталеною формою профілактики раку шлунка. Повноцінна дієта, багата фруктами, овочами, цільнозерновими продуктами, з низьким вмістом алкоголю, маринованих продуктів та обробленого, копченого або соленого м'яса (особливо червоного м'яса), не тільки знижує ризик запалення шлунка та раку шлунка [11], але також сприяє запобіганню високого кров'яного тиску та ожиріння, тим самим зменшуючи ризик широкого спектру хронічних захворювань [13]. Заняття спортом також є важливим компонентом будь-якої програми схуднення. Для зменшення ризику раку шлунка пропонуються антиоксидантні добавки (такі як вітаміни А, С, Е та мінерал селен) та зелений чай.

**Висновок.** Отож, хоча у світовій профілактиці та лікуванні раку шлунка були досягнуті значні глобальні успіхи, тим не менше, РШ залишається 5-м за частотою діагностики та 3-м за смертністю. Відомо, що інфекція *H. pylori* є найбільш встановленим фактором ризику РШ, але її знищення бактерії насправді може збільшити ризик розвитку підтипу цього захворювання. Натомість більше уваги необхідно приділити взаємодії між дієтою, генетикою та *H. pylori*. Модифікація дієти, відмова від куріння та фізичні вправи обіцяють запобігти раку шлунка, тоді як проведення генетичного тестування дозволять виявляти рак на ранніх стадіях та покращити виживаність. З метою профілактики та лікування РШ у населення необхідно чітко визначити відповідальних за проведення санітарної освіти та забезпечення санітарно-просвітницькими матеріалами населення, забезпечити доступність до якісної медичної допомоги та сучасних лікарських засобів людям, що хворіють на РШ, створити умови для покращення соціально-економічного стану населення.

**Перспективи подальших досліджень.** Подальші дослідження дадуть змогу забезпечити належний рівень знань та вмінь у хворих на РШ щодо застосування ними профілактичних технологій з профілактики РШ, що сприятиме покращенню здоров'я населення.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* 2018; 68: 394-424.
2. Venneman K, Huybrechts I, Gunter MJ, Vandendaele L, Herrero R, Van Herck K. The epidemiology of *Helicobacter pylori* infection in Europe and the impact of lifestyle on its natural evolution toward stomach cancer after infection: A systematic review. *Helicobacter*. 2018 Jun;23(3):e12483. doi: 10.1111/hel.12483. Epub 2018 Apr 10. PMID: 29635869.
3. Nunobe S, Kumagai K, Ida S, Ohashi M, Hiki N. Minimally invasive surgery for stomach cancer. *Jpn J Clin Oncol*. 2016 May;46(5):395-8. doi: 10.1093/jjco/hyw015. Epub 2016 Feb 24. PMID: 26917602.
4. Ma YM, Ba CF, Wang YB. Analysis of factors affecting the life quality of the patients with late stomach cancer. *J Clin Nurs*. 2014 May;23(9-10):1257-62. doi: 10.1111/jocn.12311. Epub 2013 Sep 5. PMID: 24033817.
5. Crankshaw S, Butt J, Gierisch JM, Barrett NJ, Mervin-Blake S, Oeffinger K, Patierno S, Worthy V, Godbee R, Epplein M. The Durham Initiative for Stomach Health (DISH): a pilot community-based *Helicobacter pylori* education and screening study. *BMC Gastroenterol*. 2020 Aug 6;20(1):261. doi: 10.1186/s12876-020-01405-w. PMID: 32762641; PMCID: PMC7409393.
6. Polom K, Marrelli D, D'Ignazio A, Roviello F. Hereditary diffuse gastric cancer: how to look for and how to manage it. *Updates Surg*. 2018 Jun;70(2):161-166. doi: 10.1007/s13304-018-0545-1. Epub 2018 Jun 4. PMID: 29869323.
7. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research (WCRF/AICR). Continuous Update Project Report: Diet, Nutrition, Physical Activity and Stomach Cancer 2016. Revised 2018. London: World Cancer Research Fund International; 2018.
8. Chang CJ, Tu YK, Chen PC, Yang HY. Talc exposure and risk of stomach cancer: systematic review and meta-analysis of occupational cohort studies. *J Formos Med Assoc* 2018. doi: 10.1016/j.jfma.2018.07.015.
9. Zhu Y, Jeong S, Wu M, Zhou JY, Jin ZY, Han RQ, Yang J, Zhang XF, Wang XS, Liu AM, Gu XP, Su M, Hu X, Sun Z, Li G, Jung SY, Li L, Mu L, Lu QY, La Vecchia C, Zhao JK, Zhang ZF. Index-based dietary patterns and stomach cancer in a Chinese population. *Eur J Cancer Prev*. 2021 Nov 1;30(6):448-456. doi: 10.1097/CEJ.0000000000000705. PMID: 34292200; PMCID: PMC8487935.
10. Tramacere I, Negri E, Pelucchi C, et al. A meta-analysis on alcohol drinking and gastric cancer risk. *Ann Oncol* 2012; 23:
11. Signal V, Sarfati D, Cunningham R, Gurney J, Koea J, Ellison-Loschmann L. Indigenous inequities in the presentation and management of stomach cancer in New Zealand: a country with universal health care coverage. *Gastric Cancer*. 2015 Jul;18(3):571-9. doi: 10.1007/s10120-014-0410-y. Epub 2014 Aug 7. PMID: 25098927.
12. Kosaka A, Miyoshi K, Kaneko Y, Matsumoto M, Tsurui K, Enomoto M, Iwasaki K, Ota Y, Katsumata K, Nagakawa Y. [Combined Modality Therapy for HER2-Positive Progressive Stomach Cancer Metastasis Achieving Treatment Response-A Case Report]. *Gan To Kagaku Ryoho*. 2022 Dec;49(13):1902-1904. Japanese. PMID: 36733038.
13. Kushi LH, Doyle C, McCullough M, et al. American Cancer Society Guidelines on nutrition and physical activity for cancer prevention: reducing the risk of cancer with healthy food choices and physical activity. *CA Cancer J Clin* 2012; 62: 30-67.

*Надійшла до редакції 01.12.2022 р.*

*Прийнята до друку 10.12.2022 р.*

*Електронна адреса для листування [chornenka.zhanetta@bstmi.edu.ua](mailto:chornenka.zhanetta@bstmi.edu.ua)*