

Рак желчного пузыря: заболеваемость, факторы риска, диагностика

Ю.Л. Тонких, А.В. Васютин, В.В. Цуканов ✉

ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный центр Сибирского отделения Российской академии наук» обособленное подразделение «Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера»; Россия, г. Красноярск

РЕЗЮМЕ

Цель обзора. Проанализировать современные данные о заболеваемости, факторах риска, методах диагностики и профилактики рака желчного пузыря (РЖП).

Основные положения. РЖП — злокачественная опухоль, исходящая из эпителия желчного пузыря, характеризующаяся местной и сосудистой инвазией, обширным регионарным лимфогенным и гематогенным метастазированием. РЖП является самой распространенной злокачественной опухолью желчевыводящих путей, отличается высокой злокачественностью и низкой 5-летней выживаемостью. В международных рекомендациях РЖП рассматривается как естественная стадия течения билиарной патологии: дискинезия — холецистит — желчнокаменная болезнь (ЖКБ) — РЖП. В глобальном масштабе заболеваемость РЖП существенно различается в разных географических регионах и достигает 27 на 100 000 населения в Чили. В России, по данным Федеральной службы государственной статистики, заболеваемость РЖП в 2019 г. составила среди мужчин 1,4 на 100 тыс. мужского, а среди женщин — 2,5 на 100 тыс. женского населения. Заболеваемость РЖП ассоциирована с женским полом и увеличением возраста. В патогенезе РЖП решающее значение придается длительным воспалительным изменениям в эпителии вследствие механической травматизации слизистой оболочки желчного пузыря конкрементами и вероятному увеличению доли вторичных желчных кислот в желчи. В диагностике РЖП, по рекомендациям Японского общества гепато-билиарно-панкреатической хирургии, особое значение при первом шаге имеют ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости и биохимический анализ крови. Для более детального исследования полезны компьютерная и магнитно-резонансная томография, магнитно-резонансная и ретроградная холангиопанкреатография, эндоскопическое УЗИ, пероральная холангиоскопия и позитронная эмиссионная томография. ЖКБ — один из пяти наиболее значимых факторов риска. Остальные четыре ведущих фактора риска РЖП — этническая принадлежность, генетическая предрасположенность, факторы образа жизни (избыточная масса) и инфекции желчевыводящих путей — являются общими и для пациентов с ЖКБ. Риск возникновения РЖП значительно возрастает у больных с размерами камней больше 2 см и длительностью патологии больше 5 лет. Другой существенный фактор риска РЖП — полипы желчного пузыря, поэтому в статье представлены основные рекомендации европейских ассоциаций по ведению пациентов с полипозом желчного пузыря.

Заключение. РЖП в настоящее время рассматривается как возможная и естественная стадия течения холелитиаза. Риск возникновения РЖП значительно возрастает у пациентов с ЖКБ и полипами желчного пузыря. С учетом вышесказанного диагностика возможных осложнений у пожилых пациентов с холециститом, ЖКБ должна включать тщательное клиническое, лабораторное и инструментальное обследование. Среди профилактических мероприятий у лиц с факторами риска РЖП должны быть оптимизация диеты, снижение массы тела, по возможности усиление двигательной активности. Прием препаратов урсодезоксихолевой кислоты способствует снижению содержания гидрофобных желчных кислот в желчи и уменьшает вероятность осложнений билиарной патологии.

Ключевые слова: рак желчного пузыря, желчнокаменная болезнь, полипы желчного пузыря, диагностика, заболеваемость.

Для цитирования: Тонких Ю.Л., Васютин А.В., Цуканов В.В. Рак желчного пузыря: заболеваемость, факторы риска, диагностика. Доктор.Ру. 2024;23(1):46–50. DOI: 10.31550/1727-2378-2024-23-1-46-50

Gallbladder Cancer: Incidence, Risk Factors, Diagnosis

Yu.L. Tonkikh, A.V. Vasyutin, V.V. Tsukanov ✉

Federal Research Centre “Krasnoyarsk Science Centre” of the Siberian Branch of Russian Academy of Science, separate division “Scientific Research Institute of medical problems of the North”; 3-g Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, Russian Federation 660022

ABSTRACT

Aim. To analyze current data on the incidence, risk factors, diagnostic methods and prevention of gallbladder cancer (GBC).

Key points. GBC is a malignant tumor arising from the epithelium of the gallbladder, characterized by local and vascular invasion, extensive regional lymphogenous and hematogenous metastasis. GBC is the most common malignant tumor of the biliary tract, characterized by high malignancy and low 5-year survival rate. In international recommendations, gastrointestinal tract is considered as a natural stage of the course of biliary pathology: dyskinesia — cholecystitis — cholelithiasis — GBC. Globally, the incidence of GBC varies significantly among different geographic regions, reaching 27 per 100,000 population in Chile. In Russia, according to the Federal State Statistics Service, the incidence of GBC in 2019 was 1.4 per 100 thousand among men, and 2.5 per 100 thousand among women. The incidence of GBC is associated with female gender and increasing age. In the pathogenesis of gallstones, decisive importance is attached to long-term inflammatory changes in the epithelium due to mechanical trauma to the mucous membrane of the gallbladder by stones and a probable increase in the proportion of secondary bile acids in the bile. In the diagnosis of GBC, the recommendations of the Japanese Society of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery, in the first step, particular importance is attached to ultrasound examination of the abdominal organs and biochemical blood test. For a more detailed study, computed tomography, magnetic resonance imaging, magnetic resonance cholangiopancreatography, endosonography, retrograde cholangiopancreatography, oral cholangioscopy and positron emission tomography are useful. Gallstone disease is one of the five most significant risk factors. The remaining 4 leading risk factors for GBC — ethnicity, genetic predisposition, lifestyle factors (excess weight) and biliary tract infections — are common risk factors for patients with cholelithiasis. The risk of developing GBC increases significantly in patients with stones larger than 2 cm and with the duration of the pathology for more than 5 years. Another

✉ Цуканов Владислав Владимирович / Tsukanov, V.V. — E-mail: gastro@imprn.ru

significant risk factor for GBC is patients with gallbladder polyps, therefore the article presents the main recommendations of European associations for the management of patients with gallbladder polyps.

Conclusion. GBC is currently considered as a possible and natural stage in the course of cholelithiasis. The risk of developing GBC increases significantly in patients with cholelithiasis and gallbladder polyps. Considering the above, diagnosis of possible complications in elderly patients with cholecystitis and gallstone disease should include a thorough clinical, laboratory and instrumental examination. Preventive measures for people with risk factors for GBC should include optimizing diet, weight loss, and, if possible, expanding the physical activity regime. Taking ursodeoxycholic acid preparations helps reduce the content of hydrophobic bile acids in bile and reduces the likelihood of complications of biliary pathology.

Keywords: gallbladder cancer, cholelithiasis, gallbladder polyps, diagnosis, morbidity.

For citation: Tonkikh Yu.L., Vasyutin A.V., Tsukanov V.V. Gallbladder cancer: incidence, risk factors, diagnosis. Doctor.Ru. 2024;23(1):46–50. (in Russian) DOI: 10.31550/1727-2378-2024-23-1-46-50

Рак желчного пузыря (РЖП) — злокачественная опухоль, исходящая из эпителия желчного пузыря, характеризующаяся местной и сосудистой инвазией, обширным регионарным лимфогенным и гематогенным метастазированием [1]. РЖП встречается достаточно редко, но среди всех видов рака желчевыводящих путей эта злокачественная опухоль является самой распространенной [2]. Данное новообразование отличается высокой злокачественностью с 5-летней выживаемостью < 10% [3].

Бессимптомный характер начального развития РЖП, нечетко выраженная клиническая симптоматика, анатомическая особенность желчного пузыря в виде отсутствующей серозной оболочки и склонность к раннему и быстрому метастатическому распространению приводят к поздней диагностике большинства случаев РЖП и неблагоприятному прогнозу заболевания [4]. Актуальность проблемы связана еще и с тем, что в международных рекомендациях РЖП рассматривается как естественная стадия течения билиарной патологии: дискинезия — холецистит — желчнокаменная болезнь (ЖКБ) — РЖП [5].

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И ФАКТОРЫ РИСКА РАКА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

Точные данные о заболеваемости РЖП во всем мире трудно получить из-за проблематичности его своевременного выявления, а также в связи с тем, что в структуре заболеваемости и смертности его часто оценивают совместно с другими видами билиарного рака — внутриспеченочной холангиокарциномой и ампулярным раком внепеченочных желчных протоков.

Необходимо подчеркнуть, что в глобальном масштабе эпидемиологические тенденции заболеваемости РЖП существенно различаются в разных географических регионах в зависимости от этнической принадлежности, степени экономического развития, образа жизни и различных социальных факторов. Так, по данным из 290 онкологических регистров, охватывающих 424 группы населения в 6 странах на пяти континентах за период с 2003 по 2007 г., наиболее значительные показатели заболеваемости РЖП регистрируются в Азии, Индии, среди коренного населения Америки [6] и в Корее [7]. Самая высокая частота РЖП с поправкой на возраст наблюдается в Чили (27/100 000), где это заболевание является четвертой по распространенности причиной смерти от рака. За Чили следуют северная Индия (21,5/100 000) [8], Польша (14/100 000) [9] и Корея (14/100 000) [7], южный Пакистан (11,3/100 000) [10], Япония (7/100 000) и Израиль (5/100 000) [9].

В России, по данным Федеральной службы государственной статистики (Росстат, 2020 г.), заболеваемость РЖП

в 2019 г. составила среди мужчин 1,4 на 100 000 мужского, а среди женщин — 2,5 на 100 000 женского населения¹.

РЖП — один из немногих типов рака, которые ассоциируются с гендерной принадлежностью: у женщин РЖП может встречаться в среднем в 3 раза чаще, чем у мужчин, в зависимости от региона и численности населения, особенно в возрасте 70–80 лет. Так, соотношение женщины/мужчины варьирует от 1/1–2/1 в Восточной Азии до 5/1 и более в Испании и Колумбии [10]. В Китае среди пациентов с РЖП 73% составляют женщины [11]. В северной Индии, согласно данным ракового регистра, заболеваемость РЖП — 4,5/100 000 у мужчин и 10,1/100 000 у женщин [12].

Тенденция к увеличению частоты РЖП с возрастом также является общей для всех популяций. Более двух третей больных, у которых диагностирован РЖП, старше 65 лет, при этом средний возраст установления диагноза составляет 72 года [12]. Так, в России, по данным за 2019 г., средний возраст заболевших мужчин — 66 лет, женщин — 70,1 года².

Роль ЖКБ в развитии РЖП определяется в качестве одного из пяти наиболее значимых факторов риска. Относительный риск РЖП при ЖКБ может достигать 23,8 в зависимости от размера камней, их вида и продолжительности течения холелитиаза (табл.) [13].

При этом надо отметить, что остальные четыре ведущих фактора риска РЖП — этническая принадлежность, генетическая предрасположенность, факторы образа жизни (избыточная масса) и инфекции желчевыводящих путей [10] — являются общими и для пациентов с ЖКБ [14]. Так, у лиц с избыточной массой и индексом массы тела 30,0–34,9 кг/м² риск РЖП повышен до 1,8 у мужчин и до 2,3 у женщин [15], а инфицирование желчевыводящих путей, например *Helicobacter bilis*, увеличивает его до 2,6–6,5 [16].

Таблица. Факторы риска рака желчного пузыря [13]

Table. Risk factors for gall bladder cancer [13]

Фактор риска	Относительный риск
Камни в желчном пузыре	3,01–23,8
<i>Размер желчных камней, см</i>	
2,0–2,9	2,4
≥ 3,0	9,2–10,1
<i>Продолжительность наличия желчных камней в желчном пузыре, годы</i>	
5–19	4,9
≥ 20	6,2

¹ Смелов П.А., Глотко О.Л., Иванова А.М., Игнатова Н.В. и др. Женщины и мужчины России. 2020. М.: Росстат; 2020. 239 с.

² Там же.

ПАТОГЕНЕЗ РАКА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

Канцерогенные механизмы при РЖП изучены недостаточно, но сейчас решающее значение придается длительным воспалительным изменениям в эпителии вследствие механической травматизации слизистой оболочки желчного пузыря конкрементами [4]. Предполагается, что пролонгированное повреждение эпителиоцитов наряду с вероятным увеличением доли вторичных желчных кислот в желчи обладают мутагенным потенциалом [17], стимулируют развитие дисплазии и формирование злокачественных изменений [13].

ДИАГНОСТИКА РАКА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

Современные Доказательные клинические рекомендации по ведению больных с раком желчевыводящих путей, опубликованные в 2021 г., были созданы Японским обществом гепато-билиарно-панкреатической хирургии. Мы сочли необходимым представить ниже резюме некоторых рекомендаций из этого руководства [18].

Необходима ли профилактическая холецистэктомия при бессимптомных камнях в желчном пузыре? Профилактическая холецистэктомия (ХЭ) не рекомендуется в принципе (степень 2, уровень доказательности С).

Симптомы. Типичные симптомы, указывающие на РЖП, — боли в верхней правой области живота, желтуха, тошнота, рвота и потеря массы. У значительного числа пациентов рак обнаруживают случайно при ультразвуковом исследовании (УЗИ) органов брюшной полости или во время ХЭ по поводу ЖКБ.

Первый шаг диагностики. Первый этап диагностики — проведение исследования крови (биохимия) и УЗИ. УЗИ обладает высокими специфичностью и чувствительностью и должно быть выполнено в качестве первого шага у пациентов с подозрением на рак желчевыводящих путей. Это достаточно эффективно для выявления РЖП.

Второй и третий шаги. В качестве второго шага в диагностике РЖП полезна компьютерная томография (КТ) для оценки локализации и распространения опухоли. Необходима многофазная усиленная КТ. Однако чувствительность КТ-исследования при опухолях T1 относительно низкая. Магнитно-резонансная томография, включая магнитно-резонансную холангиопанкреатографию, также помогает оценить распространение опухоли на пузырный проток и общий желчный проток.

В качестве третьего шага для обнаружения утолщенной части желчного пузыря более полезно эндоскопическое УЗИ, обладающее более высокими чувствительностью, специфичностью и точностью, чем УЗИ брюшной полости и КТ. Эндоскопическое УЗИ повышает качество диагностики, позволяя точнее определить местоположение и степень вертикального распространения опухоли. Прямая холангиография: эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография и наблюдение с помощью пероральной холангиоскопии помогают оценить распространение опухоли на пузырный проток и общий желчный проток. Позитронная эмиссионная томография и позитронная эмиссионная КТ полезны для обнаружения лимфатических узлов, отдаленных метастазов и рецидивов.

Поскольку важным предиктором РЖП являются полипы желчного пузыря, мы сочли возможным представить в рамках данной статьи современные рекомендации по ведению пациентов с полипозом желчного пузыря, разработанные коллегиально Европейским обществом желудочно-кишечной и абдоминальной радиологии (European Society of

Gastrointestinal and Abdominal Radiology), Европейской ассоциацией эндоскопической хирургии и других интервенционных методов (European Association of Endoscopic Surgery), Международным обществом пищеварения Европейской федерации хирургии (European Federation International Society for Digestive Surgery) и Европейского общества эндоскопистов по желудочно-кишечным заболеваниям (European Society of Gastrointestinal Endoscopy), опубликованные в 2022 г., которые обновляют европейские рекомендации от 2017 г. [19].

Основные рекомендации European Society of Gastrointestinal and Abdominal Radiology, European Association of Endoscopic Surgery, European Federation International Society for Digestive Surgery, European Society of Gastrointestinal Endoscopy по ведению пациентов с полипозом желчного пузыря [19]

1. Первичное исследование полипозных поражений желчного пузыря должно проводиться с помощью УЗИ органов брюшной полости. Рутинное использование других методов визуализации в настоящее время не рекомендуется. В центрах с соответствующим опытом и ресурсами альтернативные методы визуализации (например, контрастное и эндоскопическое УЗИ) могут быть полезны для облегчения принятия решений в сложных случаях (сильная рекомендация, низкое-среднее качество доказательств).

2. ХЭ рекомендуется больным с полиповидным поражением желчного пузыря размером 10 мм или более при условии, что пациент не имеет соматических противопоказаний к операции и согласен на нее. Междисциплинарное обсуждение можно провести для оценки предполагаемого индивидуального риска малигнизации (сильная рекомендация, низкое качество доказательств).

3. ХЭ показана больным с полиповидным поражением и клинической симптоматикой, потенциально связанной с желчным пузырем, если не выявлена никакая другая ее причина, в случае, если симптомы у пациента ярко выражены, пациент не имеет соматических противопоказаний к операции и согласен на нее. Больной должен быть проинформирован о пользе ХЭ и о риске, которому он подвергнется, продолжая жить с сохраняющимися стойкими симптомами (сильная рекомендация, доказательства низкого качества).

4. При наличии у больного полипозного поражения желчного пузыря диаметром 6–9 мм и одного или нескольких факторов риска злокачественных новообразований ХЭ также рекомендуется, если пациент подходит для операции и соглашается на нее. Эти факторы риска следующие: возраст старше 60 лет, наличие в анамнезе первичного склерозирующего холангита, азиатская этническая принадлежность, полиповидное поражение на широком основании (в том числе очаговое утолщение стенки желчного пузыря > 4 мм) (сильная рекомендация, доказательства низкого-умеренного качества).

5. Если у больного полиповидное образование желчного пузыря диаметром 6–9 мм и нет факторов риска малигнизации либо если у него есть факторы риска малигнизации, но диаметр полипозного поражения желчного пузыря 5 мм и менее, рекомендуется контрольное УЗИ желчного пузыря через 6 мес., 1 и 2 года. Последующее наблюдение следует прекратить через 2 года при отсутствии роста полипа (рекомендация средней силы, доказательства среднего качества).

6. Если у пациента нет факторов риска злокачественного новообразования и имеется полиповидное поражение желчного пузыря размером 5 мм и менее, последующее наблюдение не требуется (сильная рекомендация, доказательства среднего качества).

7. Если за время наблюдения полиповидное образование желчного пузыря разрастается до 10 мм, то рекомендуется ХЭ. Если полиповидное поражение вырастает на 2 мм или более в течение 2-летнего периода наблюдения, следует учитывать текущий размер полиповидного поражения наряду с факторами риска у пациента. Междисциплинарное обсуждение может быть проведено для принятия решения о необходимости продолжения наблюдения или ХЭ (рекомендация средней силы, доказательства среднего качества).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Мы обращаем внимание практических врачей на то, что РЖП в настоящее время рассматривается как возможная и естественная стадия течения холелитиаза. Риск возникновения РЖП значительно возрастает у пациентов с размерами кам-

ней больше 2 см и длительностью патологии больше 5 лет. Другой существенный фактор риска РЖП — полипы желчного пузыря. Больных с размерами полипов от 6 до 9 мм необходимо тщательно обследовать для определения тактики лечения. Больным с полипом желчного пузыря более 10 мм рекомендуется ХЭ.

С учетом вышесказанного диагностика возможных осложнений у пожилых пациентов с холециститом, ЖКБ должна включать тщательное клиническое, лабораторное и инструментальное обследование. Среди профилактических мероприятий у лиц с факторами риска РЖП должны быть оптимизация диеты, снижение массы тела, по возможности усиление двигательной активности. Прием препаратов урсодезоксихолевой кислоты способствует снижению содержания гидрофобных желчных кислот в желчи и уменьшает вероятность осложнений билиарной патологии [20].

Вклад авторов / Contributions

Все авторы внесли существенный вклад в подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией. Вклад каждого из авторов: Тонких Ю.Л. — литературный поиск, написание текста рукописи; Васютин А.В. — участие в написании текста рукописи и редактировании, перевод на английский язык; Цуканов В.В. — разработка дизайна обзора, проверка критически важного содержания, корректировка текста статьи, утверждение рукописи для публикации.

All authors made a significant contribution to the preparation of the article, read and approved the final version before publication. Special contribution: Tonkikh, Yu.L. — literature search, writing the manuscript text; Vasyutin, A.V. — participation in writing the manuscript text and editing, translation into English; Tsukanov, V.V. — development of the review design, checking critical content, correcting the text of the article, approving the manuscript for publication.

Конфликт интересов / Disclosure

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.
The authors declare no conflict of interest.

Финансирование / Funding source

Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при написании обзора.
The authors declare no external funding while writing this review.

Об авторах / About the authors

Тонких Юлия Леонгардовна / Tonkikh, Yu.L. — к. м. н., ведущий научный сотрудник клинического отделения патологии пищеварительной системы у взрослых и детей НИИ медицинских проблем Севера ФГБНУ ФИЦ КНЦ СО РАН. 660022, Россия, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 3г. eLIBRARY.RU SPIN: 3292-9128. <https://orcid.org/0000-0001-7518-1895>. E-mail: tiulia@bk.ru

Васютин Александр Викторович / Vasyutin, A.V. — к. м. н., старший научный сотрудник клинического отделения патологии пищеварительной системы у взрослых и детей НИИ медицинских проблем Севера ФГБНУ ФИЦ КНЦ СО РАН. 660022, Россия, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 3г. eLIBRARY.RU SPIN: 4075-4538. <https://orcid.org/0000-0002-6481-3196>. E-mail: alexander@kraslan.ru

Цуканов Владислав Владимирович / Tsukanov, V.V. — д. м. н., профессор, заведующий клиническим отделением патологии пищеварительной системы у взрослых и детей НИИ медицинских проблем Севера ФГБНУ ФИЦ КНЦ СО РАН. 660022, Россия, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 3г. eLIBRARY.RU SPIN: 2529-9513. <https://orcid.org/0000-0002-9980-2294>. E-mail: gastro@impn.ru

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Roa J.C., Garcia P., Kapoor V.K., Maithel S.K. et al. Gallbladder cancer. *Nat. Rev. Dis. Primers.* 2022;8(1):69. DOI: 10.1038/s41572-022-00398-y
2. Halaseh S.A., Halaseh S., Shakman R.A Review of the etiology and epidemiology of gallbladder cancer: what you need to know. *Cureus.* 2022;14(8):e28260. DOI: 10.7759/cureus.28260
3. Zhou Y., Yuan K., Yang Y., Ji Z. et al. Gallbladder cancer: current and future treatment options. *Front. Pharmacol.* 2023;14:1183619. DOI: 10.3389/fphar.2023.1183619
4. Vega E.A., Mellado S., Salehi O., Freeman R. et al. Treatment of resectable gallbladder cancer. *Cancers (Basel).* 2022;14(6):1413. DOI: 10.3390/cancers14061413
5. Singh N., Zaidi A., Kaur R., Kaur J. et al. Incidental gallbladder neoplasms: a growing global burden. *Cureus.* 2022;14(6):e25805. DOI: 10.7759/cureus.25805
6. Bray F., Ferlay J., Laversanne M., Brewster D.H. et al. Cancer incidence in five continents: inclusion criteria, highlights from Volume X and the global status of cancer registration. *Int. J. Cancer.* 2015;137(9):2060–71. DOI: 10.1002/ijc.29670
7. Hong S., Won Y.J., Lee J.J., Jung K.W. et al. Cancer statistics in Korea: incidence, mortality, survival, and prevalence in 2018. *Cancer Res. Treat.* 2021;53(2):301–15. DOI: 10.4143/crt.2021.291
8. Mathur P., Sathishkumar K., Chaturvedi M., Das P. et al. Cancer statistics, 2020: report from National Cancer Registry Programme, India. *JCO Glob. Oncol.* 2020;6:1063–75. DOI: 10.1200/GO.20.00122
9. Schmidt M.A., Marcano-Bonilla L., Roberts L.R. Gallbladder cancer: epidemiology and genetic risk associations. *Chin. Clin. Oncol.* 2019;8(4):31. DOI: 10.21037/cco.2019.08.13
10. Randi G., Franceschi S., La Vecchia C. Gallbladder cancer worldwide: geographical distribution and risk factors. *Int. J. Cancer.* 2006;118(7):1591–602. DOI: 10.1002/ijc.21683
11. Nie C., Yang T., Liu L., Hong F. Trend analysis and risk of gallbladder cancer mortality in China, 2013–2019. *Public Health.* 2022;203:31–5. DOI: 10.1016/j.puhe.2021.12.002
12. Singh J., Shukla D., Gupta S., Shrivastav B.R. et al. Clinical epidemiology of gallbladder cancer in North-Central India and association of immunological markers, NLR, MLR and PLR in the diagnostic/prognostic prediction of GBC. *Cancer Treat. Res. Commun.* 2021;28:100431. DOI: 10.1016/j.ctarc.2021.100431

13. Stinton L.M., Shaffer E.A. Epidemiology of gallbladder disease: cholelithiasis and cancer. *Gut Liver*. 2012;6(2):172–87. DOI: 10.5009/gnl.2012.6.2.172
14. Lam R., Zakko A., Petrov J.C., Kumar P. et al. Gallbladder disorders: a comprehensive review. *Dis. Mon.* 2021;67(7):101130. DOI: 10.1016/j.disamonth.2021.101130
15. Calle E.E., Rodriguez C., Jacobs E.J., Almon M.L. et al. The American Cancer Society Cancer Prevention Study II Nutrition Cohort: rationale, study design, and baseline characteristics. *Cancer*. 2002;94(9):2490–501. DOI: 10.1002/cncr.101970
16. Murata H., Tsuji S., Tsujii M., Fu H.Y. et al. Helicobacter bilis infection in biliary tract cancer. *Aliment. Pharmacol. Ther.* 2004;20(suppl.1):S90–4. DOI: 10.1111/j.1365-2036.2004.01972.x
17. Sturm N., Schuhbaur J.S., Hüttner F., Perkhofer L. et al. Gallbladder cancer: current multimodality treatment concepts and future directions. *Cancers (Basel)*. 2022;14(22):5580. DOI: 10.3390/cancers14225580
18. Nagino M., Hirano S., Yoshitomi H., Aoki T. et al. Clinical practice guidelines for the management of biliary tract cancers 2019: the 3rd English edition. *J. Hepatobiliary Pancreat. Sci.* 2021;28(1):26–54. DOI: 10.1002/jhbp.870
19. Foley K.G., Lahaye M.J., Thoeni R.F., Soltes M. et al. Management and follow-up of gallbladder polyps: updated joint guidelines between the ESGAR, EAES, EFISDS and ESGE. *Eur. Radiol.* 2022;32(5):3358–68. DOI: 10.1007/s00330-021-08384-w
20. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Баранская Е.К., Охлобыстин А.В. и др. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению желчнокаменной болезни. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 2016;26(3):64–80. Ivashkin V.T., Mayev I.V., Baranskaya E.K., Okhlobystin A.V. et al. Gallstone disease diagnosis and treatment: guidelines of the Russian Gastroenterological Association. *Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology*. 2016;26(3):64–80. (in Russian). DOI: 10.22416/1382-4376-2016-26-3-64-80

Поступила / Received: 11.01.2024

Принята к публикации / Accepted: 19.02.2024

Доктор.Ру
Инфографика



Рак желчного пузыря: заболеваемость, факторы риска, диагностика

Ю.Л. Тонких, А.В. Васютин, В.В. Цуканов

DOI: 10.31550/1727-2378-2024-23-1-46-50

Рак желчного пузыря (РЖП) встречается достаточно редко, но среди всех видов рака желчевыводящих путей является самым распространенным. РЖП отличается высокой злокачественностью с 5-летней выживаемостью < 10%

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ



наиболее высокая заболеваемость РЖП в Азии, Индии, среди коренного населения Америки, в Корее



у женщин РЖП может встречаться в среднем в 3 раза чаще, чем у мужчин



более 2/3 больных РЖП старше 65 лет

ФАКТОРЫ РИСКА



желчнокаменная болезнь
ОР = 3,01–23,8



этническая принадлежность



генетическая предрасположенность



образ жизни (ожирение)



инфекции желчевыводящих путей

ДИАГНОСТИКА

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ Японского общества гепато-билиарно-панкреатической хирургии, 2021 г.



профилактическая холецистэктомия не рекомендуется

СИМПТОМЫ РЖП



боли в верхней правой области живота



желтуха



тошнота, рвота



потеря массы

1



исследование крови (биохимия) и УЗИ
выявление РЖП

2



КТ
оценка локализации и распространения опухоли

3



эндоскопическое УЗИ
обнаружение утолщенной части желчного пузыря
прямая холангиография
оценка распространения опухоли на пузырный проток и общий желчный проток
ПЭТ/КТ
обнаружение лимфоузлов, метастазов и рецидивов

В инфографике приведен фрагмент статьи