

Клинический случай рака желчного пузыря: трудности диагностики

Р.Ф. Хамитов¹, Ф.И. Саттарова¹, О.Ю. Михопарова²

¹ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Бутлерова, 49

²ФКУЗ «Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел России по Республике Татарстан», Россия, 420059, Казань, Оренбургский тракт, 132

Реферат. Введение. Рак желчного пузыря – это злокачественное новообразование, которое исходит из эпителия желчного пузыря. Характерна местная и сосудистая инвазия, обширное регионарное лимфогенное и гематогенное метастазирование. Данный вид рака относится к достаточно редким формам опухолей. Распространенность в разных странах разнится и зависит от множества факторов: этнической принадлежности, степени экономического развития страны, образа жизни и социальных факторов. В России заболеваемость раком желчного пузыря в 2019 г. составила 1,4 и 2,5 случая на 100 000 мужского и женского населения соответственно. Особенностью данной опухоли является низкая 5-летняя выживаемость, составляющая менее 10%. Это связано, в первую очередь, с выявлением заболевания на поздних стадиях из-за несовершенства методов диагностики данного вида рака и особенностей его течения, связанных с анатомией желчного пузыря, а также склонностью к раннему и быстрому метастазированию. **Цель исследования** – привлечение внимания практикующих врачей к редкому клиническому случаю рака желчного пузыря с посмертной верификацией. **Материалы и методы.** Анализ отечественных и зарубежных научных публикаций с использованием баз данных PubMed и e-Library по ключевым словам: рак желчного пузыря, диагностика. Клинический случай пациентки с раком желчного пузыря. **Результаты и их обсуждение.** Представлен клинический случай пациентки С., 67 лет, с неспецифической симптоматикой в виде выраженной общей слабости, симметричных отеков до нижней трети бедер, одышкой смешанного характера при минимальной физической нагрузке, ноющих болей в грудном отделе позвоночника справа, усиливающихся в горизонтальном положении. Адекватной диагностике рака желчного пузыря помешали наличие в анамнезе недавней травмы, что привело к развитию болевого синдрома, и плевральный выпот с воспалительными изменениями в крови. Крайне важную роль в своевременной диагностике заболевания могли бы сыграть лабораторные и инструментальные исследования. Некорректное описание результатов ультразвукового исследования органов брюшной полости негативно повлияло на сроки диагностики рака желчного пузыря. **Выводы.** Несмотря на то, что рак желчного пузыря является довольно редкой патологией и в большинстве случаев имеет весьма стертую либо неспецифическую симптоматику, необходимо помнить про вероятность данной нозологии. При наличии лабораторных отклонений у бессимптомных пациентов или у лиц с неспецифическими жалобами, рак желчного пузыря стоит включить в дифференциально-диагностический ряд с остальной патологией. При несогласованности инструментальных данных с клинической картиной стоит прибегать к более точным методам диагностики и/или проводить повторные исследования.

Ключевые слова: рак желчного пузыря, диагностика.

Для цитирования: Хамитов Р.Ф., Саттарова Ф.И., Михопарова О.Ю. Клинический случай рака желчного пузыря: трудности диагностики // Вестник современной клинической медицины. – 2026. – Т. 19, вып. 3. – С. 127–132. DOI: 10.20969/VSKM.2026.19(3).127-132.

A clinical case of gallbladder cancer: Difficulties in diagnosis

Rustem F. Khamitov¹, Firyuza I. Sattarova¹, Olga Yu. Mihoparova²

¹ Kazan State Medical University, 49 Butlerov str., 420012 Kazan, Russia

² Medical Unit of the Ministry of Internal Affairs of the Russian Federation in the Republic of Tatarstan, 132 Orenburg Route str., 420059 Kazan, Russia

Abstract. Introduction. Gallbladder cancer is a malignant neoplasm arising from the gallbladder epithelium. It is characterized by local and vascular invasion, as well as by extensive regional lymphatic and hematogenous metastasis. This is a relatively rare type of cancer. Its incidence varies across countries and depends on numerous factors, including ethnicity, economic development level, lifestyle, and social factors. In Russia, the incidence of gallbladder cancer was 1.4 and 2.5 cases per 100,000 population among men and women, respectively, in 2019. A key feature of this tumor is low 5-year survival rate amounting to less than 10%. This is primarily due to its late-stage detection, resulting from the contemporary diagnostic method limitations, special anatomic features of the gallbladder influencing the disease progression, and the tumor's tendency toward early and rapid metastasis. **Aim.** To draw the attention of practicing physicians to a rare clinical case of gallbladder cancer with a post-mortem verification. **Materials and Methods.** National and international scientific publications were analyzed using PubMed and eLibrary databases with the following keywords: gallbladder cancer, diagnosis. In addition, a clinical case of a female patient with gallbladder cancer is presented. **Results and Discussion.** A clinical case of a 67-year-old female patient (S.) is presented. She was admitted with non-specific symptoms, including severe general weakness, symmetrical edema extending to the lower third of the thighs, mixed dyspnea on minimal exertion, and nagging pain in the right thoracic spine that worsened in the horizontal position. Timely diagnosis of gallbladder cancer was complicated by a recent history of trauma, which contributed to the development of her pain syndrome, as well as by pleural effusion accompanied by inflammatory changes in blood

test findings. Laboratory and instrumental investigations could have played a crucial role in the timely diagnosis of the disease. An inaccurate description of abdominal ultrasound findings negatively affected the timing of gallbladder cancer diagnosis. **Conclusion.** Although gallbladder cancer is a relatively rare pathology and, in most cases, presents with subtle or non-specific symptoms, the possibility of this disease should always be considered. In the presence of laboratory abnormalities in asymptomatic patients or in individuals with non-specific complaints, gallbladder cancer should be included in the differential diagnosis alongside other pathologies. If instrumental findings do not correspond to the clinical presentation, more accurate diagnostic methods should be employed and/or investigations should be repeated.

Keywords: gallbladder cancer, diagnosis

For citation: Khamitov, R.F.; Sattarova, F.I.; Mihoparova, O.Yu. A clinical case of gallbladder cancer: Difficulties in diagnosis. The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine. 2026, 19 (3), 127-132. DOI: 10.20969/VSKM.2026.19(3).127-132.

Введение. Рак желчного пузыря (РЖП) – это злокачественное новообразование, которое исходит из эпителия желчного пузыря. Характерна местная и сосудистая инвазия, обширное регионарное лимфогенное и гематогенное метастазирование [1].

РЖП относится к достаточно редкой форме опухолей. В соответствии с данными GLOBOCAN (2020 г.), РЖП составляет 0,68% в структуре всех случаев рака в мире (23 место) и находится на 20 позиции среди случаев смерти от онкологической патологии (0,93%) [2]. Распространенность варьирует на международном уровне, демонстрируя значительные различия между странами. Эта неоднородность формируется под влиянием множества факторов: этнической принадлежности, уровня экономического развития страны, социальных факторов и образа жизни пациента, наличия сопутствующих заболеваний, таких как желчекаменная болезнь, хронический холецистит, полипы желчного пузыря, врожденные аномалии желчевыводящих путей [3].

По данным 290 онкологических регистров (из 6 стран) за период с 2003 по 2007 г. наиболее высокие показатели заболеваемости РЖП регистрируются в Азии, Индии, среди коренного населения Америки и в Корее [4,5].

Частота РЖП коррелирует с возрастом. Более 2/3 случаев приходится на пациентов пожилого и старческого возраста (старше 65 лет). Средний возраст выявления данной патологии составляет 72 года [6].

Самая высокая частота РЖП с коррекцией на возраст наблюдается в Чили (27 случаев на 100 000 населения), занимая четвертое место среди причин смерти. На 2 месте находится Индия (21,5 случая на 100 000 населения). 3 место занимают Польша [7] и Корея с частотой 14 случаев РЖП на 100 000 населения [8]. Затем южный Пакистан (11,3 случаев на 100 000 населения) [9], Япония (7 случаев на 100 000 населения) и Израиль (5 случаев на 100 000 населения) [10].

РЖП – один из немногих типов рака, который имеет гендерные различия в распространенности: у женщин РЖП может встречаться в среднем в 3 раза чаще, чем у мужчин, что также зависит и от региона проживания [9].

В России половые различия в заболеваемости РЖП соответствуют мировым. По данным Федеральной службы государственной статистики (Росстат, 2020 г.) этот показатель в 2019 г. составил 1,4 и 2,5 случая на 100 000 мужского и женского населения соответственно.

РЖП отличается низкой 5-летней выживаемостью – менее 10% [11]. Это связано с выявлением

заболевания на поздних стадиях из-за несовершенства методов диагностики данного вида рака и особенностями течения (бессимптомное либо с развитием неспецифичных симптомов на ранних стадиях) [12]. К низкой выживаемости предрасполагают анатомические особенности желчного пузыря (отсутствие подслизистого слоя стенки) с быстрой местной инвазией, что связывают со склонностью к раннему и быстрому метастазированию [13]. Чаще всего РЖП обнаруживается случайно при холецистэктомии [14].

Ранние симптомы РЖП неспецифичны и могут проявляться как дискомфорт и тяжесть в правом подреберье или в эпигастриальной области, снижение аппетита. Бывает клинически бессимптомное течение с изменением лабораторных показателей (цитолитический и холестатический синдром), повышением онкомаркеров. Более значимые клинические проявления (тошнота, рвота, потеря аппетита и снижение веса, желтушное окрашивание слизистых и кожных покровов, генерализованный зуд, гепатомегалия, асцит) чаще возникают на поздних стадиях заболевания [14].

Цель исследования.

Представить редкий клинический случай рака желчного пузыря у пациентки с неспецифичной симптоматикой и посмертной верификацией диагноза.

Материалы и методы.

Анализ отечественных и зарубежных научных публикаций с использованием баз данных PubMed и e-Library по ключевым словам «рак желчного пузыря», «диагностика».

Клинический случай пациентки с РЖП без явных проявлений симптомов заболевания и вследствие этого посмертной верификацией диагноза.

Результаты и их обсуждение.

В терапевтический стационар бригадой скорой медицинской помощи была доставлена пациентка С., 67 лет, с жалобами на выраженную общую слабость, одышку смешанного характера при минимальной физической нагрузке, ноющие боли в грудном отделе позвоночника справа, усиливающиеся в горизонтальном положении, симметричные отеки нижних конечностей до нижней трети бедер.

Со слов, данные симптомы беспокоят в течение последних 2 месяцев. Возникновение жалоб связывает с полученной травмой двухмесячной давности: падением на спину в автобусе. Сознание при этом не теряла. Лечилась у вертеброневролога с диагнозом «Правосторонняя дорсалгия, нейродистрофическая форма на фоне дегенеративно-дистрофических изменений и кифосколиоза позвоночника. Правосторонняя межреберная невралгия, хроническое

течение, стойкий выраженный болевой синдром». Принимала нестероидные противовоспалительные средства (НПВС), нейролептик (сульпирид), местные инъекции дексаметазона. На фоне лечения явного клинического эффекта не заметила. В связи с сохраняющимся болевым синдромом сон был возможен лишь в положении полусидя. Дальнейшее ухудшение состояния отмечает в течение последней недели в виде появления отеков стоп и голеней, увеличения объема живота. В день обращения усилилась одышка, в связи с чем вызвала скорую медицинскую помощь и была доставлена в приемный покой больницы.

В анамнезе гипертоническая болезнь (принимала периндоприл 4 мг), ожирение 1 ст. Снижение массы тела на 12 кг за последние 6 месяцев (13%). Гемотрансфузии, оперативные вмешательства, вирусные гепатиты отрицает. Эпидемиологический анамнез не отягощен, живет одна. Профессиональных вредных факторов и вредных привычек не имеет. Аллергоанамнез не отягощен. Оба родителя умерли от рака кишечника. Менопауза с 50 лет. Физиологические отправления, со слов, не нарушены.

Объективный статус. Общее состояние средней степени тяжести за счет ортопноэ в покое с частотой дыхательных движений 24 в минуту и отеков. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Периферические лимфоузлы пальпаторно не увеличены, безболезненны. Температура тела 36,6°С. Выраженный грудной кифоз, повышенного питания (индекс массы тела 34 кг/м²). Симметричные плотные отеки до нижней трети бедер.

Грудная клетка гиперстеническая. Носовое дыхание не нарушено. Сатурация 97% при дыхании воздухом. Пальпаторно – умеренная болезненность грудной клетки справа. Перкуторно отмечалось укорочение перкуторного звука по нижним отделам с обеих сторон. При аускультации дыхание везикулярное, несколько ослаблено в нижних отделах легких с обеих сторон. Хрипы не выслушивались.

Перкуторно определялось некоторое латеральное смещение левых границ сердца. При аускультации тоны сердца ясные, ритмичные с частотой сердечных сокращений (ЧСС) 102 удара в минуту. Артериальное давление (АД) 130/80 мм рт.ст.

Язык обложен желтым налетом в области корня. Живот увеличен в объеме за счет подкожно-жировой клетчатки и ненапряженного асцита, при пальпации безболезненный. Пальпация была затруднена в связи с асцитом, отмечалось укорочение перкуторного звука в положении стоя до уровня пупка. Перкуторно верхняя граница печени по правой среднеключичной линии определялась на уровне V межреберья, нижний край печени не выступал за края реберной дуги. Симптом Пастернацкого отрицательный, почки не пальпировались.

На основании жалоб, анамнеза, осмотра и тяжести состояния пациентка была госпитализирована в отделение терапии с *диагнозом* «Асцит неуточненной этиологии. Двусторонний гидроторакс. Гипертоническая болезнь III ст. Целевой уровень АД достигнут. Риск 4. Хроническая сердечная не-

достаточность (ХСН) 1 Функциональный класс (ФК) 3. Ожирение 1 ст. (Индекс массы тела (ИМТ) 34 кг/м²). Торакалгия.»

Результаты лабораторно-инструментальных исследований при поступлении.

Общий анализ крови (ОАК): эритроциты 4,03x10¹²/л, гемоглобин 148 г/л, 5,16 лейкоцитоз (14,03x10⁹/л), моноцитоз (1,16x10⁹/л) и эозинофилия (0,57x10⁹/л). В лейкоформуле сдвиг влево до палочко-ядерных нейтрофилов 16%.

В коагулограмме клинически значимых изменений обнаружено не было.

Общий анализ мочи (ОАМ) без отклонений.

Для уточнения причин асцита и оценки сопутствующей патологии был назначен расширенный биохимический анализ крови: глюкоза 10,7 (4,0-6,1) ммоль/л, мочевины 7,47 ммоль/л, креатинин 91,79 мкмоль/л, билирубин общий 21,61 (8,5-20,5) мкмоль/л, билирубин прямой 10,52 (2,2-5,1) мкмоль/л, амилаза 19 Ед/л, аланинаминотрансфераза (АЛТ) 44,6 Ед/л, аспартатаминотрансфераза (АСТ) 68,8 (0-35) Ед/л, альбумин 32,5 г/л, общий белок 59,5 (64,0-83,0) г/л, общий холестерин 3,87 ммоль/л, триглицериды 1,6 ммоль/л, липопротеины высокой плотности (ЛПВП) 0,69 (1,09-2,28) ммоль/л, липопротеины низкой плотности (ЛПНП) 2,27 ммоль/л, натрий 131,1 (135,0-145,0) ммоль/л, калий 5,44 (3,6-5,1) ммоль/л, хлориды 113 (98-107) ммоль/л, лактатдегидрогеназа (ЛДГ) 450,0 (135,0-225,0) Ед/л, щелочная фосфатаза (ЩФ) 489 (53-141) Ед/л, гамма-глутамилтрансфераза (ГГТ) 635 (0-32) Ед/л, креатинкиназа (КФК) 33,7 Ед/л, С-реактивный белок (СРБ) 196,0 (0-10) мг/л. Гликированный гемоглобин 6,5 (4,0 – 6,0) %.

Анализы на гепатиты, ВИЧ и сифилис отрицательны.

На рентгенографии органов грудной клетки (ОГК) в прямой проекции при госпитализации очаговых и инфильтративных изменений легочной ткани не обнаружено. Корни уплотнены, структурны, не расширены. Выпот в плевральные полости (уровень примерно до 5-6 ребер) с обеих сторон. Сердце и аорта без особенностей.

ЭКГ при поступлении: синусовая тахикардия с частотой сердечных сокращений (ЧСС) 113 ударов в минуту, горизонтальное положение электрической оси сердца.

При ультразвуковом исследовании (УЗИ) органов брюшной полости (ОБП), почек и плевральных полостей: контуры печени четкие, ровные, размеры в пределах нормы, структура диффузно-неоднородная, гиперэхогенная. Желчный пузырь с множественными конкрементами до 15 мм. Поджелудочная железа осмотру не доступна. Селезенка и почки без особенностей. В брюшной полости свободная жидкость визуализируется во всех отделах: под печенью толщина 52 мм, вокруг селезенки тонкая прослойка, в малом тазу толщиной 83 мм, гомогенная. В плевральных полостях жидкость объемами 600 и 400 мл справа и слева соответственно.

Заключение эхокардиографии (ЭХОКГ): Гипертрофия левого желудочка. Диастолическая дисфункция левого желудочка 1 ст. Фракция выброса

56% по Симпсону. Уплотнение стенок аорты, створок аортального, митрального клапанов. Регургитация на трикуспидальном клапане 1 ст, митральном клапане 1 ст. Небольшая дилатация левого предсердия.

На основе жалоб, анамнеза, объективного осмотра, инструментальных признаков выпота в брюшной и плевральных полостях был выставлен клинический диагноз: «Асцит неуточненной этиологии. Двусторонний гидроторакс. Гипертоническая болезнь III ст. Целевой уровень АД достигнут. Риск 4. ХСН1 ФК 3. Сахарный диабет 2 типа, впервые выявленный, субкомпенсированный. Целевой уровень гликированного гемоглобина <6,5%. Хроническая болезнь почек (ХБП) С3а (СКФ 56 мл/мин/1,73 м²). Желчекаменная болезнь (ЖКБ), хронический холецистит в стадии ремиссии. Ожирение 1 ст. (ИМТ 34 кг/м²). Правосторонняя дорсалгия, нейродистрофическая форма на фоне дегенеративно-дистрофических изменений и кифосколиоза позвоночника».

Была назначена антибиотикотерапия цефтриаксоном по 2,0 в день в/в струйно в связи с лейкоцитозом и сдвигом лейкоформулы влево, повышением СРБ; диуретическая терапия (фуросемид 40 мг в/в), коррекция водно-электролитных нарушений (кальция глюконат 10% – 10,0 в/в капельно), кеторол 1,0 в/м при болях, инсулинотерапия (актрапид НМ – инсулин короткого действия, п/к 3 раза в день перед едой 4 ЕД), антигипертензивные препараты (периндоприл 4 мг/сут).

На 3 день госпитализации сохранялись жалобы на выраженную общую слабость, одышку смешанного характера при минимальной физической нагрузке, симметричные отеки до нижней трети бедер, ноющие боли в грудном отделе позвоночника справа, усиливающиеся в горизонтальном положении. Дополнительно присоединились тянущие боли низкой интенсивности (2-3 балла по ВАШ) в нижней части живота, снижение аппетита. Объективно сохранялось увеличение живота за счет ненапряженного асцита. При пальпации отмечалась умеренная болезненность, симптомов раздражения брюшины не было.

С целью онкопоиска было проведено УЗИ органов малого таза. Клинико-инструментальных данных за острую гинекологическую патологию было не выявлено. Диагностирована серозометра.

Учитывая боли в животе и асцит назначалась фиброгастродуоденоскопия. Однако провести исследование до конца не удалось вследствие категорического отказа пациентки.

При рентгенографии грудного отдела позвоночника верифицирован патологический грудной кифоз 3 ст., остеопороз тел позвонков.

С 10 дня госпитализации усилилась общая слабость, присоединились боли в верхней половине живота в горизонтальном положении. В объективном статусе значимой динамики не было.

На 11 день госпитализации самочувствие пациентки ухудшилось: усилилась одышка в покое, ЧД 30 в минуту, SpO₂ 90% при дыхании воздухом. АД 90/60 мм рт.ст., ЧСС 84 уд/мин. В связи с нестабильностью гемодинамики и ухудшением общего состо-

яния была переведена в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ).

Учитывая отрицательную динамику общего состояния и появление новых жалоб был продолжен диагностический поиск.

В ОАК в динамике: эритроциты $4,81 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 146 г/л, лейкоцитоз увеличился до $18,42 \times 10^9/л$, абсолютный моноцитоз $1,14 \times 10^9/л$, эозинофилия $0,04 \times 10^9/л$. В лейкоформуле увеличился палочкоядерный сдвиг с 16% до 32%, лимфоциты снизились до 4%, моноциты 3%.

В биохимическом анализе крови глюкоза повысилась до 11,12 ммоль/л; мочевины (при норме 2,5-8,3) с 4,47 до 58,69 ммоль/л, креатинин с 91,79 до 254,96 (53-106) мкмоль/л; общий билирубин повысился с 21,61 до 173,68 (8,5-20,5) мкмоль/л, прямой билирубин с 10,52 до 71,68 (2,2-5,1) мкмоль/л; амилаза 41 Ед/л. СРБ снизился со 196,0 до 43,2 (0-10) мг/л на фоне антибиотикотерапии.

В связи с усугублением лабораторных признаков холестаза, нарастанием признаков почечного повреждения было принято решение о проведении повторного УЗИ органов брюшной полости и почек, при котором были выявлены следующие изменения: размеры печени не увеличены, с диффузно неоднородной структурой и повышенной эхогенностью. В паренхиме печени визуализировалось множество мелких очагов. Желчный пузырь размерами 62x33 мм с утолщением стенок до 7 мм с четкими ровными контурами, с негомогенным содержимым и конкрементами до 11 мм. Холедох четко не визуализировался. Обнаружена спленомегалия размерами 140x70 мм при однородности паренхимы. В брюшной полости значительное количество свободной жидкости: в обеих поддиафрагмальных областях, латеральных каналах, малом тазу, под печенью, в межкишечных пространствах. Почки без особенностей.

При повторном УЗИ плевральных полостей отмечено уменьшение объема свободной гомогенной жидкости справа приблизительно до 300 мл, слева – до 250 мл.

Для исключения тромбоза вен нижних конечностей проводилась ультразвуковая доплерография (УЗДГ). Признаков сосудистой окклюзии выявлено не было.

С учетом полученных новых данных была проведена ревизия диагноза: «Объемное образование печени? Метастазы?» Назначено проведение лечебно-диагностического лапароцентеза: было эвакуировано 3 литра серозной жидкости желтоватого цвета, без запаха и патологических примесей.

Анализ асцитической жидкости: насыщенно желтого цвета, мутная, удельный вес 1020, проба Ривальта положительная, белок 35,2 г/л. При микроскопии эритроциты 50-60 в поле зрения, лейкоциты 4-6 в поле зрения, атипичные клетки не обнаружены.

Проведена коррекция лечения: инсуффляция увлажненного кислорода 5 л/мин, адеметионин 400 мг в/в 1 раз в день, урсодезоксихолевая кислота 750 мг в сут.

В 4 часа утра на фоне относительного благополучия пациентка проснулась и пожаловалась на

слабость и чувство нехватки воздуха. Состояние прогрессивно ухудшалось, сознание угнетено, произошла остановка сердечной деятельности. Проводимая сердечно-легочная реанимация без эффекта. Констатирована биологическая смерть.

Была направлена на патологоанатомическое исследование с диагнозом «ТЭЛА? Объемное образование печени? Метастазы? Асцит неуточненной этиологии. Двусторонний гидроторакс. Гипертоническая болезнь III ст. Целевой уровень АД достигнут. Риск 4. ХСН1 ФК 3. Сахарный диабет 2 типа, впервые выявленный, субкомпенсированный. Целевой уровень гликированного гемоглобина <6,5%. ХБП С3а СКФ (56 мл/мин/1,73 м²). ЖКБ, хронический холецистит в стадии ремиссии. Ожирение 1 ст (ИМТ 34 кг/м²). Правосторонняя дорзальная, нейродистрофическая форма на фоне дегенеративно-дистрофических изменений и кифосколиоза позвоночника».

Патологоанатомический диагноз «Рак желчного пузыря (гистологически аденокарцинома); метастазы рака в легкие, печень, лимфатические узлы брыжейки. Нарастающая полиорганная недостаточность. Двусторонний гидроторакс. Двусторонняя застойная пневмония. Асцит. Отек легких. Отек головного мозга».

Описанный клинический случай демонстрирует развитие РЖП с неспецифическими симптомами. Крайне важную роль в прижизненной диагностике заболевания играют своевременные и корректные лабораторно-инструментальные обследования. В данном клиническом случае некорректное описание данных УЗИ органов брюшной полости и рентгенографии органов грудной клетки оказало значимое влияние на формирование ошибочной диагностической концепции и выявлению РЖП только после летального исхода.

Выводы.

Несмотря на то, что РЖП является редкой патологией и в большинстве случаев имеет весьма стертую либо неспецифическую симптоматику, про него забывать нельзя. При наличии подозрительных лабораторных/инструментальных отклонений у лиц с неспецифическими жалобами РЖП стоит включить в дифференциальную диагностику наряду с остальными заболеваниями. При несогласованности инструментальных данных с клинической картиной стоит прибегать к более точным методам диагностики и/или проводить повторные исследования.

Прозрачность исследования. Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях. Все авторы принимали участие в разработке концепции и дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Roa JC, García P, Kapoor VK, Maithel SK, Javle M, Koshiol J. Gallbladder cancer. Nat Rev Dis Primers. 2022; 8 (1): 69. DOI: 10.1038/s41572-022-00398-y
2. Deo SVS, Sharma J, Kumar S. GLOBOCAN 2020 Report on Global Cancer Burden: Challenges and Opportunities for Surgical Oncologists. Ann Surg Oncol. 2022; 29 (11): 6497-6500. DOI: 10.1245/s10434-022-12151-6
3. Бредер В.В., Абдурахманов Д.Т., Базин И.С., [и др.] Злокачественные опухоли печени и желчевыводящей системы // Злокачественные опухоли. - 2025. - Т.15, вып. 3s2-1.1. - С.414-463. Breder VV, Abdurahmanov DT, Bazin IS, et al. Zlokachestvennye opuholi pecheni i zhelchevyvodyashchej sistemy [Malignant tumors of the liver and biliary system]. Zlokachestvennye opuholi [Malignant Tumours]. 2025; 15 (3s2-1.1): 414-463. (In Russ.). DOI: 10.18027/2224-5057-2025-15-3s2-1.1-17
4. Singh N, Zaidi A, Kaur R, et al. Incidental Gallbladder Neoplasms: A Growing Global Burden. Cureus. 2022; 14 (6): e25805. DOI: 10.7759/cureus.25805
5. Bray F, Ferlay J, Laversanne M, 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. PMID: 26135522
6. Singh J, Shukla D, Gupta S, 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
7. Mathur P, Sathishkumar K, Chaturvedi M, et al. Cancer Statistics, 2020: Report From National Cancer Registry Programme, India. JCO Glob Oncol. 2020; 6: 1063-1075. DOI: 10.1200/GO.20.00122
8. Park EH, Jung KW, Park NJ, et al. Cancer Statistics in Korea: Incidence, Mortality, Survival, and Prevalence in 2021. Cancer Res Treat. 2024; 56 (2): 357-371. DOI: 10.4143/crt.2024.253
9. 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.
10. Schmidt MA, Marcano-Bonilla L, Roberts LR. Gallbladder cancer: epidemiology and genetic risk associations. Chin Clin Oncol. 2019; 8 (4): 31. DOI: 10.21037/cco.2019.08.13
11. Zhou Y, Yuan K, Yang Y, et al. Gallbladder cancer: current and future treatment options. Front Pharmacol. 2023; 14: 1183619. DOI: 10.3389/fphar.2023.1183619. PMID: 37251319; PMCID: PMC10213899
12. Afzal A, Liu YY, Noureen A, et al. Epidemiology of gall bladder cancer and its prevalence worldwide: a meta-analysis. Orphanet J Rare Dis. 2025; 20 (1): 143. DOI: 10.1186/s13023-025-03652-0
13. Vega EA, Mellado S, Salehi O, et al. Treatment of Resectable Gallbladder Cancer. Cancers. 2022; 14(6): 1413. DOI: 10.3390/cancers14061413
14. Икрамов Р.З., Турченко И.А., Гончаров А.Б., [и др.]. Рак желчного пузыря: диагностика и лечение // Анналы хирургической гепатологии. - 2025. - Т. 30, вып. 1. - С.69-76. Ikramov RZ, Turchenko IA, Goncharov AB, et al. Rak zhelchnogo puzыrya: diagnostika i lechenie [Gallbladder cancer: Diagnosis and Treatment]. Annaly khirurgicheskoy gepatologii [Annals of Surgical Hepatology]. 2025; 30 (1): 69-76. (In Russ.). DOI: 10.16931/1995-5464.2025-1-69-76

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

ХАМИТОВ РУСТЭМ ФИДАГИЕВИЧ, ORCID: 0000-0001-8821-0421, докт. мед. наук, профессор, e-mail: rhamitov@mail.ru ;
заведующий кафедрой внутренних болезней ФГБОУ ВО
«Казанский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Бутлерова, 49.
САТТАРОВА ФИРЮЗА ИЛЬДАРОВНА, ORCID: 0009-0002-1157-0984, e-mail: fifuza@mail.ru ;
ассистент кафедры внутренних болезней ФГБОУ ВО
«Казанский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Бутлерова, 49.
(Автор, ответственный за переписку.)
МИХОПАРОВА ОЛЬГА ЮРЬЕВНА, ORCID: 0000-0002-5592-8450, e-mail: olga-mihoparova@rambler.ru ;
заведующий кабинетом функциональной диагностики
Клинического госпиталя ФКУЗ «Медико-санитарная часть
Министерства внутренних дел России по Республике Татарстан»,
Россия, 420059, Казань, Оренбургский тракт, 132.

ABOUT THE AUTHORS:

RUSTEM F. KHAMITOV, ORCID: 0000-0001-8821-0421,
Dr. sc. med., Professor, e-mail: rhamitov@mail.ru ;
Head of the Department of Internal Diseases, Kazan State
Medical University, 49 Butlerov str., 420012 Kazan, Russia.
FIRYUZA I. SATTAROVA, ORCID: 0009-0002-1157-0984,
e-mail: fifuza@mail.ru ;
Assistant Professor at the Department of Internal Diseases,
Kazan State Medical University, 49 Butlerov str., 420012 Kazan,
Russia. (Corresponding Author).
OLGA YU. MIHOPAROVA, ORCID: 0000-0002-5592-8450,
e-mail: olga-mihoparova@rambler.ru ;
Head of the Functional Diagnostics Room, Medical Unit
of the Ministry of Internal Affairs of the Russian Federation
in the Republic of Tatarstan, 132 Orenburg Route str.,
420059 Kazan, Russia.