

УДК 616.361-006.6

ДЕСКРИПТИВНАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ОПУХОЛЕЙ БИЛИАРНОЙ ЗОНЫ

З.П. Камарли, А.М. Туманбаев

Представлены результаты эпидемиологического исследования описательным методом. Подсчитаны грубые и стандартизованные показатели заболеваемости раком билиарной зоны.

Ключевые слова: билиарные опухоли; частота заболеваемости.

Рак билиарной зоны входит в группу опухолей органов билиопанкреатодуоденальной области и включает в себя злокачественные новообразования следующих анатомических структур: внепеченочных желчных протоков, желчного пузыря, большого дуоденального сосочка и двенадцатиперстной кишки (шифры С.23, С.24, С.25 по МКБ-10). Исторически рак органов билиарной зоны (БЗ) относили к редко встречающимся опухолям. По данным различных авторов, частота их не превышает 4–7 % случаев среди всех злокачественных образований [1].

Совершенствование диагностических приемов и методов изменило взгляд на частоту опухолей этой локализации. Современные статистические данные свидетельствуют о значительно большей встречаемости этой патологии среди населения и достигают 10 % случаев [2]. Среди локализаций рака органов билиопанкреатодуоденальной зоны на долю опухолей большого дуоденального сосочка приходится 12,7 %, внепеченочных желчных протоков – 11,3 %, желчного пузыря – 7,3 %, двенадцатиперстной кишки – 3,5 % больных [3].

Рак внепеченочных желчных протоков составляет 2–4,5 % всех злокачественных опухолей человека, чаще всего поражает конfluence – до 41 % случаев, общий печеночный проток в месте слияния с пузырным протоком – до 28 %, холедох – до 25 % случаев [1, 3].

Рак большого дуоденального сосочка, по данным литературы, составляет 0,1–0,3 % всех вскрытий, 0,5–1,6 % всех злокачественных новообразований и более 2 % опухолей желудочно-кишечного тракта. При этом отмечено, что суждение об истинной частоте рака Фатерова соска затруднено ввиду сложности разграничения с раком двенадцатиперстной кишки, составляющем, по тем же данным 3–4 % опухолей желудочно-кишечного тракта

[2, 4]. Рак желчного пузыря обнаруживается у 1,3–2 % умерших от злокачественных опухолей [2].

Операцией выбора при раке Фатерова соска и двенадцатиперстной кишки является панкреатодуоденальная резекция. Совершенствование современной хирургической техники позволило в настоящее время разработать и внедрить в клиническую практику расширенные операции при раке проксимальных желчных протоков. По данным Y. Nimura и соавт., радикальная резекция оказалась возможной у 108 (61 %) из 142 больных, и 100 из них подверглись различным типам резекции печени с удалением хвостатой доли при 30-дневной госпитальной летальности от 6 до 9 % [5].

При анализе отдаленных результатов лечения больных раком внепеченочных желчных протоков рецидив опухоли развивается почти у 50 % больных, а 3- и 5-летняя выживаемость составляет 31 и 16 % соответственно [6].

В связи с этим является обоснованным применение различных методик лучевой терапии и химиотерапии как в самостоятельном варианте при нерезектабельных формах рака внепеченочных желчных протоков, так и в комбинации с расширенными операциями [4].

Целью исследования явилось изучение эпидемиологических аспектов опухолей билиарной зоны в Кыргызстане.

Материал и методы исследования. При изучении распространенности рака желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков, было зарегистрировано по данным госпитальной статистики 105 случаев (2002–2010 гг.). Использованы общепринятые методы биологической статистики.

Результаты исследования. Грубые или интенсивные показатели заболеваемости представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Повозрастные показатели заболеваемости раком желчного пузыря, внепеченочных желчных протоков (ЖП и ВПЖП) в Кыргызстане

Возраст, лет	Численность взрослого населения, (≥ 15 лет), n	Число зарегистрированных случаев, n	Повозрастной показатель
15–19	466576	0	0
20–24	405620	0	0
25–29	377647	1	0,02
30–34	333059	0	0
35–39	302988	3	0,09
40–44	236038	5	0,19
45–49	187709	8	0,38
50–54	140843	10	0,64
55–59	109965	10	0,82
60–64	120374	21	1,58
65–69	89157	18	1,83
70–74	71240	17	2,16
75–79	43162	11	2,31
80–84	20329	2	0,89
≥ 85	16509	0	0
Всего	2921216	105	0,32

Повозрастные показатели заболеваемости РЖП и ВПЖПР были самыми высокими в группе 70–79 лет (2,31 и 2,16 на 100 тыс. соответствующей популяции). В целом на возрастную группу от 60 до 79 лет эти новообразования наблюдались у 74 из 105 больных (70,5 %). Лишь у одного пациента зарегистрирован рак желчного пузыря в возрасте до 30 лет (в 26 лет), где показатель заболеваемости составил 0,02 на 100 тыс., т. е. в 20 раз меньше, чем в старших возрастных группах.

С целью получения стандартизованных показателей заболеваемости РЖП, ВПЖП по мировому стандартному населению нами использованы данные. Стандартизованный показатель заболеваемости данными видами опухолей (мировой стандарт) составил 0,28 на 100 тысяч.

Показатели заболеваемости опухолями билиарной зоны в зависимости от национальной принадлежности представлены в таблице 2. При раке БЗ было зарегистрировано 46 кыргызов (43,8 %) и 50 русских (47,6 %).

При РЖП и ВПЖП относительно высокие уровни заболеваемости были выявлены у русских и других европейских представителей (1,06 на 100 тыс. соответствующей популяции), что было значительно выше, чем у кыргызов ($OR = 4,8$, $p < 0,001$).

Таблица 2 – Этнические показатели заболеваемости опухолями билиарной зоны

Этническая группа	Среднегодовая численность этнической группы, n	Количество зарегистрированных случаев, n	Показатель заболеваемости
Кыргызы	1895869	46	0,22
Узбеки	404539	1	0,02
Русские и др. европейцы	425059	50	1,06
Другие	195749	7	0,32
Все население	2921216	105	0,32

При изучении показателей заболеваемости в зависимости от места проживания были выявлены следующие особенности (таблица 3). Из данной таблицы видно, что показатели заболеваемости при раке РЖП и ВПЖП у жителей, проживающих в городской местности были выше, чем в сельской (0,42 и 0,27 при $OR = 1,5$, $p > 0,05$). При изучении заболеваемости по полу выявлено, что при раке желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков заболеваемость у мужчин и женщин была одинаковой (0,33 и 0,31).

Распределение больных и соответствующие уровни заболеваемости редкими опухолями билиарной области по регионам представлено в таблице 3. В Кыргызстане относительно высокие уровни заболеваемости раком желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков были отмечены в г. Бишкеке, Чуйской и Иссык-Кульской областях.

Таблица 3 – Показатели заболеваемости опухолями билиарной зоны

Место проживания	Среднегодовая численность популяции (15 и >), n	Количество зарегистрированных случаев, n	Показатель заболеваемости
Город	1 041 152	49	0,42
Село	1 880 064	56	0,27
Все население	2 921 216	105	0,32

В этих регионах показатели заболеваемости находились на уровне 0,5 на 100 000 и выше. Обратил на себя внимание тот факт, что в Тонском районе Иссык-Кульской области уровень заболеваемости был наиболее высоким – 0,8 на 100 тыс. соответствующей популяции (таблица 4 и рисунок 1).

Таблица 4 – Заболеваемость раком билиарной зоны по регионам Кыргызской Республики

Регионы	Число больных, п		Показатель заболеваемости на 100 тыс.
	абс. ч.	%	
г. Бишкек	36	34,2	0,59
Чуйский	32	30,4	0,54
Ошский	4	3,8	0,05
Джалал-Абадский	5	4,7	0,1
Таласский	4	3,9	0,28
Нарынский	8	7,7	0,48
Иссык-Кульский	15	14,3	0,51
Баткенский	1	0,9	0,03
Республика	105	100,0	0,32

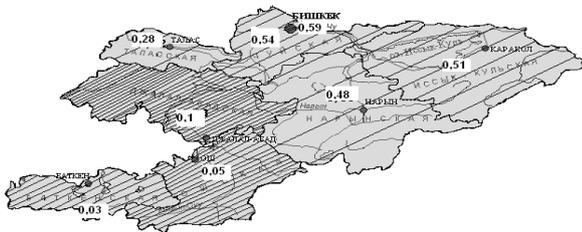


Рисунок 1 – Картограмма заболеваемости раком желчного пузыря и желчных протоков в Кыргызстане

Таким образом, за исследуемый период времени в Кыргызстане было зарегистрировано 105 пациентов с опухолями желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков. Заболеваемость составила 0,32 на 100 тыс. Выявлена географическая и этническая вариабельность рака указанных локализаций.

Литература

1. Аксель Е.М. Злокачественные новообразования желудочно-кишечного тракта: основные статистические показатели и тенденции / Е.М. Аксель, М.И. Давыдов, Т.И. Ушакова // Со-врем. онкология. 2001. Т. 3. № 4. С. 36–59.
2. Гарин А.М. Злокачественные опухоли пищеварительной системы / А.М. Гарин, И.С. Базин. М., 2003. С. 247.
3. Диагностика злокачественных опухолей при диспансеризации населения / под ред. Н.Н. Блинова, А.Г. Веснина, Ю.Г. Пучкова. СПб.: Гиппократ, 1994. 224 с.
4. Cameron J.L. Management of proximal cholangiocarcinomas by surgical resection and radiotherapy / J.L. Cameron, H.A. Pitt, M.J. Zinner et al. // Amer. J. Surg. 1990. V. 159. P. 91–98.
5. Nimura Y. Aggressive surgical treatment of hilar cholangiocarcinoma / Y. Nimura, M. Nagino, L. Kamiya et al. // Hep. Bil. Pancr. Surg. 1998. V. 5. P. 52–61.
6. Nagino M. A cholangiocellular carcinoma radically resected by hepatic bisegmentectomy with en blok resection caudate lobe extrahepatic bile duct / M. Nagino, Y. Nimura, L. Kamiya et al. // Hep. Bil. Paner. Surg. 1995. V. 2. P. 72–76.