17. Rodrigues-Ferreira S., Abdelkarim M., Dillenburg-Pilla P., Luissint A-C., di-Tommaso A., Deshayes F., Pontes C. L. S., Molina A., Cagnard N., Letourneur F. A-C., Morel M., Reis R. I., Casarini D. E., Nahmias C. *PLoS ONE*. 2012;7(4):1-8. doi: 10.1371/journal.pone.0035667
18. Siegel R., Miller K. D., Jemal A. *Cancer J. Clin.* 2015;65(1):5-29. doi: 10.3322/caac.21254
19. Wegman-Ostrosky T., Soto-Reyes E., Vidal-Milán S., Sánchez-Corona J. *J. Renin Angiotensin Aldosterone Syst.* 2015;16(2):227-233. doi: 10.1177/1470320313496858

Сведения об авторах:

Коган Михаил Иосифович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой урологии и репродуктивного здоровья человека с курсом детской урологии-андрологии; e-mail: dept_kogan@mail.ru

Черногубова Елена Александровна, кандидат биологических наук, ведущий научный сотрудник отдела молекулярной биологии; e-mail: eachernogubova@mail.ru

Чибичян Микаел Бедросович, доктор медицинских наук, доцент кафедры урологии и репродуктивного здоровья человека с курсом детской урологии-андрологии; тел.: 89282267269; e-mail: michel_dept@mail.ru

© Коллектив авторов, 2016

УДК 616.441-006.6-07

DOI – <http://doi.org/10.14300/mnnc.2016.11121>

ISSN – 2073-8137

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИАГНОСТИКИ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

М. В. Варганов¹, В. В. Проничев¹, А. В. Леднева¹, Е. Ю. Костарева², Н. И. Загребина², С. А. Суханов³, Е. В. Головизнина², Е. Л. Порываева^{1, 2}

¹ Ижевская государственная медицинская академия, Россия

² Первая Республиканская клиническая больница, Ижевск, Россия

³ Республиканский клинический онкологический диспансер имени С. Г. Примушко, Ижевск, Россия

EFFICIENT DIAGNOSIS OF THYROID GLAND CANCER

Varganov M. V.¹, Pronichev V. V.¹, Ledneva A. V.¹, Kostareva E. Yu.², Zagrebina N. I.², Suhanov S. A.³, Goloviznina E. V.², Poryvaeva E. L.^{1, 2}

¹ Izhevsk State Medical Academy, Russia

² First Republican Clinical Hospital, Izhevsk, Russia

³ S. G. Primushko Republican Clinical Oncology Center, Izhevsk, Russia

В структуре заболеваемости всеми злокачественными новообразованиями рак щитовидной железы занимает до 3 %. Анализ результатов диагностики рака щитовидной железы в Удмуртской Республике за период 2014–2015 годов показал, что среди 5833 пациентов при УЗИ ЩЖ заподозрен рак. В ходе цитологического исследования среди 2233 пациентов выявлено 170 (7,6 %) больных с раком ЩЖ. При сравнении результатов цитологического и гистологического исследования рак ЩЖ не был диагностирован у 14 (0,6 %) из 2233 пациентов. Вид рака щитовидной железы на цитологическом исследовании не совпадал с гистологическим исследованием в 12 (10,2 %) из 118 случаев. Таким образом, несмотря на огромный выбор диагностического оборудования, проблема правильной постановки диагноза рака щитовидной железы остается по-прежнему актуальной.

Ключевые слова: щитовидная железа, рак, диагностика

In the structure of morbidity with all malignant tumors the thyroid gland cancer takes up to 3 %. Analysis of thyroid cancer diagnostics results for the period of 2014–2015, in the Udmurt Republic showed that cancer was suspected among 5833 patients at thyroid gland ultrasound. In the course of cytological examination of 2233 patients, 170 (7.6 %) patients with thyroid cancer were found. When comparing the results of cytological and histological studies, thyroid cancer was not diagnosed in 14 (0.6 %) of 2233 patients. The type of thyroid cancer by cytology has not coincided with the histological examination in 12 (10.2 %) of 118 cases. Thus, despite the huge variety of diagnostic equipment, the problem of the correct formulation of the thyroid gland cancer diagnosis still remains relevant.

Keywords: thyroid, cancer, diagnostics

Наиболее распространенной формой злокачественных новообразований эндокринной системы являются опухоли щитовидной железы. У женщин рак щитовидной железы встречается в 2–3 раза чаще, чем у мужчин. Раком щитовидной железы болеют люди любого возраста. Однако выделяют два пика заболевания: первый приходится на 7–19 лет, второй – на 40–60 лет. Средний возраст установления диагноза рака щитовидной железы в США в 2000–2003 годах был равен 47 годам [1, 3].

Несмотря на огромный выбор диагностического оборудования, проблема правильной постановки диагноза остается по-прежнему актуальной. Так, среди пациентов, прошедших оперативное лечение не в специализированных клиниках, лишь в 60 % случаях устанавливается правильный дооперационный диагноз, в результате чего высока вероятность проведения нерадикальной операции. Среди основных причин ошибок в диагностике – отсутствие онкологической настороженности и недостаток информации относительно начальных стадий рака щитовидной железы, многоэтапность диагностики. Также играет огромную роль своеобразие рака, не имеющего специфических симптомов на раннем этапе заболевания, и нередкое сочетание с болезнями щитовидной железы [4].

Целью исследования являлся анализ результатов диагностики рака щитовидной железы в Удмуртской Республике.

Материал и методы. Проведен анализ результатов ультразвукового исследования (УЗИ) щитовидной железы у 5833 пациентов, пункционной биопсии у 471 пациента, цитологического исследования у 2233 пациентов и гистологического исследований у 618 пациентов за 2014–2015 годы. Лечение и обследование пациентов проводилось на базе БУЗ УР «Первая Республиканская клиническая больниц МЗ УР» и БУЗ УР «Республиканский клинический онкологический диспансер им. С. Г. Примушко МЗ УР» г. Ижевска. Из 2233 пациентов, которым было произведено цитологическое исследование, мужчин – 374 (16,7 %), женщин – 1859 (83,3 %). Распределение пациентов по возрастным категориям было следующим: 0–19 лет – 19 человек (0,9 %), 20–39 лет – 318 (14,2 %), 40–59 лет – 979 (43,8 %), 60–79 лет – 850 (38,1 %), 80–90 лет – 40 (1,8 %). Возраст не был указан у 27 человек (1,2 %).

Результаты и обсуждение. Среди выполненных 5833 УЗИ щитовидной железы подозрение на рак щитовидной железы выявляли в 19,4 % случаев. Признаками злокачественного узла при УЗИ являлись: одиночное гипоэхогенное образование с неровным контуром, узел прилежит к капсуле, усиление сосудистого рисунка в центре узла при цветовом доплеровском картировании, наличие кальцинатов в центре узла и увеличенные шейные лимфатические узлы с измененной структурой при метастазах.

Из 2233 пациентов, которым было проведено цитологическое исследование, выявили 170 пациентов с раком щитовидной железы, что составило 7,6 %. Гендерный состав больных раком щитовидной железы: мужчин – 37 (21,8 %), женщин – 133 (78,2 %). По возрасту выделили следующие группы пациентов: 0–19 лет – 1 человек (0,6 %), 20–39 лет – 33 человека (19,1 %), 40–59 лет – 85 человек (49,1 %), 60–79 лет – 47 человек (27,2 %), 80–90 лет – 7 человек (4,0 %).

При цитологическом исследовании пункционного материала определялись следующие виды рака щитовидной железы: папиллярный рак – 121 случай (71,2 %); фолликулярный вариант папиллярного рака – 12 случаев (7,1 %); фолликулярный рак – 5 слу-

чаев (2,9 %); С-клеточный рак – 9 случаев (5,3 %); рак недифференцированный – 10 случаев (5,8 %); метастазирующий рак – 13 случаев (7,7 %).

Хирургическое лечение проведено 118 (69,4 %) из 170 пациентов с диагностированным раком.

Последующее гистологическое исследование выявило следующие виды рака щитовидной железы: папиллярный рак 84 (71,2 %) случая, фолликулярный вариант папиллярного рака – 12 (10,2 %), фолликулярный рак – 2 (1,7 %), С-клеточный рак – 10 (8,5 %), рак недифференцированный – 2 (1,7 %), метастазирующий рак – 2 (1,7 %), в 6 (5,0 %) – фолликулярная аденома.

Форма рака щитовидной железы при цитологическом исследовании не совпадала с гистологическим исследованием в 12 (10,2 %) из 118 случаев. Сравнение результатов цитологического и гистологического исследования щитовидной железы показало, что рак щитовидной железы не был диагностирован у 14 (0,6 %) из 2233 пациентов. При этом у 10 из 14 пациентов материал пункционной биопсии был не информативен. В 4 случаях из 118 оперированных пациентов при гистологическом исследовании удаленной щитовидной железы рака, диагностированного на цитологическом материале, не было обнаружено.

В структуре заболеваемости всеми злокачественными новообразованиями рак щитовидной железы занимает около 0,5–3 %. Показатели заболеваемости раком щитовидной железы в различных странах и их отдельных регионах варьируют. Наиболее высокий уровень заболеваемости зарегистрирован на Гавайских островах (более 5,0 на 100 000 населения у мужчин и 13,0–15,0 на 100 000 населения у женщин) и в Исландии (соответственно 6,2 и 8,3 на 100 000 населения) [2, 3, 5, 7, 8].

В России с 1993 г. отмечается рост заболеваемости раком щитовидной железы. В 2004 году было выявлено 8258 случаев рака щитовидной железы, из них 86 % опухолей – у женщин. Грубый показатель заболеваемости лиц обоего пола составил 5,8 на 100 000 населения. В 1993–2004 годах природный показатель составил 108,2 % [6]. Наиболее высокая заболеваемость среди мужчин зарегистрирована в Дальневосточном экономическом регионе (2,0 на 100 000 населения), женщин – в Уральском регионе (5,1 на 100 000 населения) [3].

Из 170 пациентов с диагностируемым раком в БУЗ УР «ГРКБ МЗ УР» на лечении в БУЗ УР «РКОД им. С. Г. Примушко МЗ УР» находилось всего 118 пациента (69,4 %). Диагноз рака щитовидной железы, выявленный при цитологическом исследовании, не совпадал с гистологическим исследованием в 7 (5,9 %) из 118 случаев.

Форма рака щитовидной железы при цитологическом исследовании не совпадает с гистологическим исследованием у 5,9 % больных.

Таким образом, подозрение на рак щитовидной железы при проведении ультразвукового исследования составило 19,4 %. Сравнение результатов цитологического и гистологического исследования щитовидной железы показало, что рак щитовидной железы не был диагностирован у 14 (0,6 %) из 2233 пациентов. Наиболее частой причиной расхождения диагноза была неинформативная пункция у 71,4 % пациентов.

Заключение. Несмотря на постоянное усовершенствование методов диагностики, доступность щитовидной железы большого для физического исследования, распознавание заболеваний, особенно злокачественных опухолей данного органа, нередко представляет значительные трудности. Для улучшения диагностики рака щитовидной железы необходимо производить забор пункционного материала специальными пункционными иглами из нескольких точек под контролем ультразвука.

Литература

1. Берштейн, Л. М. Рак щитовидной железы: эпидемиология, эндокринология, факторы и механизмы канцерогенеза / Л. М. Берштейн // Практическая онкология. – 2007. – Т. 8, № 1. – С. 1–8.
2. Валдина, Е. А. Заболевания щитовидной железы / Е. А. Валдина. – СПб.: Питер, 2005. – 368 с.
3. Заривчацкий, М. Ф. Основы хирургической эндокринологии: руководство для врачей / М. Ф. Заривчацкий, О. П. Богатырев, С. А. Блинов [и др.]. – Пермь: ГБОУ ВПО «ПГМУ им. ак. Е. А. Вагнера» Минздрава России, 2014. – 314 с.
4. Левински, А. Узловой зоб, подозрительный на злокачественность / А. Левински, З. Адамчевски // *Thyroid International*. – 2013. – № 1. – С. 1–18.

References

1. Bernstein L. M. *Prakticheskaya onkologiya*. – *Practical Oncology*. 2007;8(1):1-8.
2. Valdina E. A. *Thyroid disease. Manual*. St. Petersburg: Peter; 2005. 368 p.
3. Zarivchatsky M. F., Bogatyrev O. P., Blinov S. A., Denisov S. A., Kolevator A. P., Teplykh N. S. *Warm Fundamentals of Surgical Endocrinology: a guide for physicians*. Perm; 2014. 314 p.
4. Lewinski A., Adamchewski Z. *Thyroid International*. 2013;(1):1-18.

5. Мерабишвили, В. М. Онкологическая служба в Санкт-Петербурге и районах города в 2005 г. / В. М. Мерабишвили. – Санкт-Петербург, 2006. – 123 с.
6. Рак щитовидной железы. «ГЕОТАР-Медиа» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://tomograph.dp.ua/pdf/oncology-books/Рак%20щитовидной%20железы.pdf>
7. Чиссов, В. И. Злокачественные новообразования в России в 2000 году / В. И. Чиссов, В. В. Старинский. – М.: МНИОИ им. П. А. Герцена, 2002. – 264 с.
8. Schlumberger, M. J. Papillary and follicular thyroid carcinoma / M. J. Schlumberger // *New Engl. J. Med.* – 1998. – Vol. 338, № 5. – P. 297–306.

5. Merabishvili V. M. *Oncology Service in St. Petersburg and parts of the city in 2005*. St. Petersburg; 2006. 123 p.
6. *Thyroid Cancer*. «GEOTAR Media». URL: <http://tomograph.dp.ua/pdf/oncology-books/Рак%20щитовидной%20железы.pdf>
7. Chissov V. I., Starinskiy V. V. *Malignancies in Russia in 2000*. M.: «MNI OI them. P. A. Gertse»; 2002. 264 p.
8. Schlumberger M. J. *New Engl. J. Med.* 1998;338(5):297-306.

Сведения об авторах:

Варганов Михаил Владимирович, доктор медицинских наук, доцент кафедры факультетской хирургии; тел.: 89226851883; e-mail: varganov_mikhail@mail.ru

Проничев Вячеслав Владимирович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой факультетской хирургии; тел.: 89128501967; e-mail: asu@rkb1.udm.ru

Леднева Анна Викторовна, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры факультетской хирургии; тел.: 89127616151; e-mail: AnnaVLed@ya.ru

Костарева Елена Юрьевна, кандидат медицинских наук, врач-цитолог; тел.: 8(3412)468661; e-mail: 1rkb@udmnet.ru

Загребина Надежда Ивановна, врач ультразвуковой диагностики; тел.: 8(3412)468661; e-mail: 1rkb@udmnet.ru

Суханов Сергей Аркадьевич, врач-патологоанатом; тел.: 8(3412)646653; e-mail: info@onco18.ru

Головизнина Елена Владимировна, врач ультразвуковой диагностики; тел.: 8(3412)468661; e-mail: 1rkb@udmnet.ru

Порываева Екатерина Леонидовна, аспирант кафедры факультетской хирургии; врач-хирург; тел.: 89127628636; e-mail: asu@rkb1.udm.ru

© Коллектив авторов, 2016

УДК 616.311-006.6-018:612.015

DOI – <http://doi.org/10.14300/mnnc.2016.11122>

ISSN 2073-8137

ЭКСПРЕССИЯ ТРАНСКРИПЦИОННЫХ ФАКТОРОВ В ТКАНЯХ РАКА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

О. И. Кит¹, Е. Ф. Комарова¹, В. И. Кононенко², В. В. Позднякова¹,
А. Ю. Максимов¹, А. А. Демидова²

¹ Ростовский научно-исследовательский онкологический институт,
Ростов-на-Дону, Россия

² Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия

EXPRESSION OF TRANSCRIPTION FACTORS IN TISSUES OF ORAL MUCOSA CANCER

Kit O. I.¹, Komarova E. F.¹, Kononenko V. I.², Pozdnyakova V. V.¹,
Maksimov A. Yu.¹, Demidova A. A.²

¹ Rostov Research Institute of Oncology, Rostov-on-Don, Russia

² Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia

В исследовании выполнялось изучение экспрессии HIF-1 α и ядерных факторов транскрипции семейства NF- κ B p50 и p65 в ткани опухоли больных раком слизистой оболочки полости рта (СОПР). Методом ИФА в опухолевой ткани 41 больного раком СОПР (T1-4N0-2M0-1) оценивали уровень гипоксия-индуци-