

## **Стан серцево-судинної системи у хворих на рак щитоподібної залози в процесі комбінованого лікування**

А.С. Савченко<sup>1</sup>, Г.І. Ткаченко<sup>1</sup>, О.М. Астап'єва<sup>2</sup>, Г.В. Грушка<sup>1</sup>, Н.І. Луховицька<sup>1</sup>

*Державна установа «Інститут медичної радіології ім. С.П.Григор'єва  
Національної академії медичних наук України»<sup>1</sup>, м. Харків  
Харківський Національний медичний університет<sup>2</sup>, м. Харків*

*Вступ.* Диференційований рак щитоподібної залози є найбільш розповсюдженою пухлиною ендокринної системи та складає 1,0 – 2,2 % всіх злоякісних новоутворів. Епідеміологічні дослідження останніх десятиліть свідчать про збільшення захворюваності на РЩЗ в промислово розвинутих країнах світу в 1,3 – 2,0 рази. Незважаючи на певні успіхи в лікуванні хворих на ДРЩЗ, частота рецидивів залишається досить високою – від 15 до 30 %. Саме променеві ушкодження та патологія внутрішніх органів, що розвивається після комплексної терапії у вилікованих хворих стають головною причиною погіршення загального стану, і, що найголовніше, – ця проблема зростає в зв'язку з необхідністю повторного неодноразового променевого або комбінованого лікування рецидивів і/або метакронних пухлин, коли ризик розвитку променевих ускладнень зростає. Це утруднює складання програми лікування, підвищує частість ускладнень, і в результаті призводить до інвалідизації онкологічних хворих та нівелює успіх протипухлинного лікування.

Клінічний досвід і результати попередніх досліджень свідчать, що проведення комбінованого лікування призводить до порушень з боку серцево-судинної системи (ССС). Виявлені порушення супроводжуються розвитком органічних, часто необоротних змін з боку ССС – порушення серцевого ритму (ПСР), прогресування ішемічної хвороби серця (ІХС), гіпертонічної хвороби (ГХ), серцевої недостатності (СН). Відзначено, що чинниками, які сприяють

розвитку променевиx ушкоджень та обтяжують їх перебіг, є супутні соматичні захворювання, особливо кардіореспіраторної та ендокринної систем.

В зв'язку з цим, *метою нашого дослідження* було вивчити та оцінити стан серцево-судинної системи у хворих на рак щитоподібної залози під час та після завершення комбінованого лікування.

*Матеріали та методи.* У дослідження було включено 30 хворих на РЩЗ віком від 38 до 76 років (середній вік  $58,4 \pm 5,7$  р.) після проведення радикального хірургічного лікування. Динаміку кардіальних порушень у пацієнтів оцінювали перед початком та через 6 місяців після курсу радіонуклідної терапії, на підставі результатів клініко-інструментального обстеження із проведенням: електрокардіографії (ЕКГ), визначення функції зовнішнього дихання, ехокардіографії з доплерографією (ЕХО-КС), визначення якості життя за шкалою активності ECOG. Аналіз токсичності ПТ з оцінкою ступеня інтенсивності променевиx реакцій та ускладнень виконували, використовуючи Протокол градації токсичних ефектів терапії усіх видів, розроблений Національним інститутом раку США — Common Terminology Criteria for Adverse Events v. 3.0 (CTCAE).

*Отримані результати* показали, що вихідний стан хворих перед проведенням радіонуклідної терапії відповідав наявним встановленим нозологічним формам кардіологічної патології (АГ, ІХС, СН). В 4 (13,3 %) був зареєстрований стан середньої тяжкості, зумовлений СН. У всіх досліджуваних виявляли ознаки діастолічної і в 3 (10 %) — систолічної дисфункції міокарда на фоні збереженого середнього рівня фракції викиду.

Після проведення променевої терапії (ПТ) загальний стан хворих не покращився: більшість хворих — 17 (56,6 %), відзначили погіршення самопочуття. Також спостерігалось збільшення кількості скарг на головний біль, серцебиття, кашель. Водночас, було відзначено приєднання стенокардії спокою — у 3 (10 %) пацієнтів. При дослідженні даних об'єктивного статусу в хворих після завершення курсу променевого лікування було виявлено зміни, які характерні для прогресування початкових або клінічно виражених ознак СН на

фоні АГ, ІХС. Поряд із цим, збільшилась кількість осіб із ознаками коронарної недостатності до 10 %, ПСРі: синусової тахікардії до 30 % (в порівнянні з 10 % перед проведенням ПТ), екстрасистолії до 20 %. У 14 (46,7%) пацієнтів було зареєстровано зниження вольтажу зубців.

Аналіз даних ехокардіоскопії продемонстрував погіршення діастолічної дисфункції за типом недостатньої релаксації. Динаміка показників трансмітрального кровотоку в нашому дослідженні відповідає даним інших авторів і дозволяє передбачити, що структурні порушення в серцевому м'язі, спричинені ПТ, обтяжують колагенізацію та фіброзування міокарда.

Водночас, у обстежених після променевого лікування спостерігали ознаки систолічної дисфункції міокарда ЛШ, особливо у осіб із ПСР, які перенесли інфаркт міокарда. Аналіз токсичної дії ПТ показав, що переважна більшість зазначених ускладнень не потребували ургентної терапії і відповідали 1 та 2 ступеню токсичності ПТ.

Проведене за методикою ECOG дослідження якості життя хворих наприкінці курсу ПТ продемонструвало, що в 30 % з них була збережена здатність до активного способу життя (0 ступінь). У 60 % пацієнтів спостерігалось обмеження на виконання напруженої фізичної діяльності (1 ступінь), та 10 % – були нездатні виконувати легку роботу (2 ступінь).

Таким чином, в результаті виконання досліджень можна зробити основний висновок:

- При відсутності діагностованих променевих ускладнень в процесі ПТ відзначено погіршення загального стану пацієнтів, прогресування хронічної серцевої недостатності, які потребують розробки методів профілактики та медикаментозної корекції.