

Серцево-судинні ускладнення при проведенні протипухлинного лікування у хворих на рак грудної залози: клінічні прояви та частота виникнення

С.М. Кожухов, Н.В. Довганич, І.І. Смоланка,
О.А. Яринкіна, О.Ф. Лигирда, О.Є. Базика,
О.С. Старшова, Н.В. Тхор

ДУ «Національний науковий центр «Інститут кардіології імені акад. М.Д. Стражеска» НАМН України», Київ
Національний інститут раку МОЗ України, Київ

Злоякісні новоутворення грудної залози займають провідне місце в структурі захворюваності та смертності жіночого населення в Україні. На сьогодні, застосування схем поліхіміотерапії (ПХТ), що містять антрацикліни (АЦ), залишається стандартним у комплексному лікуванні раку грудної залози (РГЗ). Проте, при значному підвищенні ефективності лікування суттєвим недоліком системної ПХТ є поява кардіотоксичних ускладнень, які не завжди дозволяють проводити комплексне лікування у визначеному обсязі та у відповідні строки.

Мета – вивчити частоту виникнення та клінічні прояви серцево-судинних (СС) ускладнень при використанні схем ПХТ, залежно від виду АЦ (доксорубіцин/епірубіцин) у хворих на РГЗ.

Матеріал і методи. В проспективний аналіз включено 24 хворих на РГЗ, I–III стадії, різного гістологічного типу, без віддалених метастазів, яким було проведено від 4 до 6 курсів ПХТ з інтервалом в 21 день згідно зі стандартами лікування з використанням АЦ (епірубіцин – 75 мг/м², доксорубіцин – 50 мг/м²) в складі схем (FAC, AC, FEC, EC) в неoad'ювантному/ад'ювантному режимі комплексного лікування. Пацієнток було розподілено на 2 групи: 1-ша (n=10) – пацієнти, які отримували епірубіцин в схемі ПХТ, 2-га (n=14) – особи, які отримували доксорубіцин у схемі ПХТ.

Оцінювали наявність СС факторів ризику та коморбідної патології: ІХС, ГХ, ЦД тощо. Загальноклінічне обстеження включало вивчення анамнезу, оцінку клінічного стану, вимірювання систолічного (САТ) і діастолічного (ДАТ) АТ, ЧСС. Всім пацієнтам проводили ЕхоКГ з визначенням фракції викиду (ФВ) лівого шлуночка (ЛШ).

Результати. Середній вік хворих становив (51,5±2,3) року, особи старше 65 років склали 16,6 %. Групи достовірно не відрізнялись за віком, часткою хворих старше 65 років, локалізацією РГЗ, супутньою променевою терапією. Кумулятивна доза епірубіцину – в середньому 300 мг/м², доксорубіцину – 254 мг/м². Середня тривалість лікування – (3,4±0,2) місяців.

У групах хворих на РГЗ найбільш частими СС ускладненнями при використанні схем ПХТ, що містили АЦ, в 1-й та 2-й групах хворих були: синусова тахікардія (40 та 72 %; p<0,01), АГ (40 та 21 %; p<0,05), кардіалгії (20 та 57 %; p<0,05), СН та порушення функції ЛШ (20 та 64 %; p<0,05), аритмії (40 та 21 %, p<0,05).

САТ у хворих 1-ї групи був достовірно вищим (в середньому на 15,8 %; p<0,05), а ДАТ мав тенденцію до збільшення порівняно з такими в 2-й групі, що могло бути зумовлено більшою часткою хворих із супутньою АГ в анамнезі в 1-й групі, а також підвищенням АТ на фоні загальної токсичності внаслідок ПХТ.

ЧСС у 2-й групі була достовірно вищою (в середньому на 20,4 %; p<0,01), що могло бути зумовлено більшою часткою хворих із проявами СН та ймовірно могло свідчити про несприятливий вплив доксорубіцину на СС систему в цій групі хворих. ФВ ЛШ у 2-й групі була достовірно меншою (53,6±1,9 проти 60,1±1,6; p<0,05) порівняно з 1-ю групою. Кількість хворих із проявами СН в 2-й групі (набряки, задишка, тахікардія) була достовірно вищою (64 проти 20 %; p<0,01), при цьому прояви СН виникали навіть за умови збереженої ФВ, в тому числі при меншій кумулятивній дозі доксорубіцину, що, ймовірно, могло вказувати на його кардіотоксичний вплив навіть невисоких його доз. За даними кореляційного аналізу, у хворих 2-ї групи були виявлені зворотні достовірні кореляційні зв'язки між показником ФВ ЛШ та дозою доксорубіцину (r=-0,67; p<0,05), а також з ЧСС (r=-0,59; p<0,05), які можуть підтверджувати негативний вплив доксорубіцину на СС систему у хворих на РГЗ.

Висновки. Частота виникнення СС ускладнень була достовірно вищою у хворих на РГЗ, в схемі ПХТ яких використовували доксорубіцин. Це проявлялося достовірно вищою ЧСС, зниженою ФВ ЛШ та більшою часткою хворих із проявами СН. ФВ ЛШ тісно корелювала з дозою доксорубіцину та ЧСС. Виявлення СС ускладнень у хворих на РГЗ при проведенні ПХТ є необхідним для розробки алгоритмів діагностики, вчасного лікування та попередження їх розвитку.

Особливості лікування тривожних станів у пацієнтів з кардіологічною патологією

Н.В. Малик

Харківський національний медичний університет

Високий рівень смертності та інвалідизації населення України внаслідок серцево-судинної патології та її ускладнень обумовлює актуальність проблеми відновлення фізичного, психічного та соціального стану цих пацієнтів. Велика кількість серцево-судинних захворювань супроводжується тривожними розладами, які обумовлені змінами взаємовідносин у сім'ї, переживанням втрати свого статусу, можливої незатребуваності, страхом смерті. Діагностика та лікування тривожних розладів повинні бути обов'язковими складовими терапії кардіологічних пацієнтів. Але з великою обережністю слід призначати транквілізатори та антидепресанти внаслідок частих їх побічних дій (пригнічення дихального центру, порушення ритму серця, звикання до прийому ліків).

Мета – оцінка ефективності терапії тривожних розладів у кардіологічних хворих за допомогою психотерапії та анксиолітиків.

Матеріал і методи. Було обстежено 42 пацієнта з неускладненою гіпертонічною хворобою (ГХ) та з перенесеним інфарктом міокарда (ІМ) в анамнезі (28 чоловіків та 14 жінок віком від 42 до 58 років). Для оцінки результату було використано клініко-психопатологічний догляд (оцінка рівня тривожності за шкалою Гамільтона, тест кольорових виборів Люшера) та клініко-інструментальний метод (електрокардіографія (ЕКГ) та ехокардіографія (ЕхоКГ), моніторинг артеріального тиску (АТ)). Всім хворим призначалась медикаментозна терапія, було рекомендовано підтримуючу психотерапію. У всіх хворих були виражені клінічні соматичні симптоми, тривожні прояви. Хворих було розподілено на 3 групи: I група (5 пацієнтів) – отримували тільки традиційну медикаментозну терапію основного захворювання; II група (22 пацієнти) – отримували традиційну терапію ГХ та наслідків перенесеного ІМ, а також фармакокорекцію тривожних розладів; III група (15 пацієнтів) – поряд з медикаментозним лікуванням одержували підтримували психотерапію. Для корекції тривожних розладів призначався небензодіазепіновий анксиолітик Буспірон Сандоз 10 мг тричі на день протягом 1 місяця.

Результати. В результаті обстеження за шкалою Гамільтона на початку лікування у 60 % хворих було виявлено високий рівень тривоги. Ці результати не мали різниці між хворими з ГХ та перенесеним ІМ. За результатами тесту кольорових виборів Люшера на початку лікування виявлено високий рівень тривоги (в середньому $72,11 \pm 1,53$ %). У 92,1 % пацієнтів виявлено перевагу парасимпатичного відділу нервової системи. У хворих I групи в процесі лікування не спостерігалось значних змін у психічному стані. Наприкінці лікування зберігалась занепокоєність, відчуття безпорадності перед хворобою. У хворих II групи наприкінці лікування показник тривожності був $32,58 \pm 1,31$ %, за шкалою Гамільтона – помірний рівень тривоги. В процесі лікування у цих хворих нормалізувався АТ, покращились показники ЕКГ, але зберігались соматичні скарги. У хворих III групи спостерігалось стабільне покращення самопочуття. Середні відхилення від аутогенної норми були $42,24 \pm 1,62$ %. Пацієнти більш високо оцінювали свій шанс на одужання та бажали продовжувати цикл психотерапії після закінчення лікування.

Висновки. Індивідуальне використання сомато- та психофармакотерапії в поєднанні з підтримувальною психотерапією тривожних розладів у кардіологічних пацієнтів підвищує ефективність лікування, подовжує ремісію та сприяє регресу психопатологічної симптоматики.

Профілактика серцево-судинних захворювань у військовослужбовців та оцінка стадії готовності до змін окремих складових моделі поведінки

Г.З. Мороз, І.М. Ткачук, І.В. Седченко, М.І. Міхріна

Українська військово-медична академія, Київ
КНП «Консультативно-діагностичний центр
Дніпровського району м. Києва»

Проблема профілактики серцево-судинних захворювань у військовослужбовців має велике державне значення і розглядається як один із основних факторів національної безпеки України та бойової підготовки Збройних Сил. Одне з основних завдань – залучення військовослужбовців до активної участі у впровадженні засад здорового способу життя та контролю факторів ризику.

Мета – визначити ставлення військовослужбовців до виконання вимог здорового способу життя та готовність до змін окремих складових моделі поведінки.

Матеріал і методи. Методом випадкової вибірки проведено анкетне опитування 150 військовослужбовців віком 19–25 років. Для проведення дослідження і стандартизації результатів була розроблена спеціальна анкета соціологічного опитування. Питання анкети були зведені в інформаційні блоки: загальні відомості, поінформованість щодо здорового способу життя, виконання рекомендацій, оцінка стадії готовності до змін окремих складових моделі поведінки. Для визначення індивідуальної стадії готовності до змін основних складових нездорової поведінки – тютюнокуріння, нездорового харчування, низького рівня фізичної активності – використали опитувальник, який ґрунтується на засадах транстеоретичної моделі та пріоритетність застосування якого підтверджена Патентом на корисну модель (11 49 60 У Україна, опубл. 27.03.2017, Бюл. № 6).

Результати. Переважна частина військовослужбовців ($54 \pm 4,1$ %) оцінюють свій стан здоров'я на добре, і тільки $8,7 \pm 2,3$ % на відмінно ($p < 0,01$). Достатній рівень фізичної активності (щоденно 30 хв/день та більше) підтримують $82 \pm 3,1$ % військовослужбовців, вважають своє харчування збалансованим $42,0 \pm 4,0$ %. Зазначимо високий рівень поширеності тютюнокуріння серед військовослужбовців: $57,3 \pm 4,0$ % опитаних, що значно вище порівняно з даними статистики за 2016 рік по Україні (19,3 %). За результатами самооцінки в балах (за п'ятибальною шкалою) виконання рекомендацій щодо здорового способу життя і профілактики захворювань більшість військовослужбовців оцінили себе на 4 бали ($52,0 \pm 4,1$ %) та 3 бали ($26,7 \pm 3,6$ %). Серед причин, які перешкоджають дотриманню здорового способу життя, опитані військовослужбовці найчастіше визначили брак часу ($38,0 \pm 4,0$ %) та звички ($32,0 \pm 3,8$ %). Разом з цим, потребують на увагу відповіді щодо відсутності