

Оцінка ефективності радіойодотерапії на етапі первинного протипухлинного лікування у хворих на диференційований тироїдний рак

Г. І. Ткаченко¹, О. М. Астап'єва², Л.Я. Васильєв¹, Г.В. Грушка¹,
Н. І. Луховицька¹, А. С. Савченко¹, Ю. Г. Ткаченко¹

*Державна установа «Інститут медичної радіології ім. С.П.Григор'єва
Національної академії медичних наук України»¹, м. Харків
Харківський Національний медичний університет², м. Харків*

Вступ. Радіойодотерапія є невід'ємною складовою комплексного лікування диференційованого раку щитоподібної залози (ДРЩЗ). Логічним завершенням лікування хворих на ДРЩЗ після хірургічного втручання при наявності низьких рівнів тироглобуліну є отримання йодонегативних постлікувальних сканів усього тіла, тобто досягнення тироїдної абляції.

Абляція (або руйнування) залишкової тканини щитоподібної залози після хірургічного видалення органа за допомогою радіойоду, спрямована на знищення поодиноких клітин диференційованого раку (з яких може розвинутися рецидив захворювання), на підвищення ефективності лікування регіонарних та віддалених метастазів.

Мета роботи. Порівняти час між початком радіойодотерапії (РЙТ) після хірургічного лікування, разові та сумарні лікувальні активності радіойоду, частоту і кількість курсів до досягнення тироїдної абляції.

Матеріали та методи. Проаналізували не тільки об'єм хірургічного втручання, особливості РЙТ в 3 групах хворих (1 – пацієнти з встановленим «істинним» рецидивом тироїдного раку (45 хворих), 2 – хворі з пролонгацією захворювання після неадекватного протипухлинного лікування (50 хворих) і 3 – у 94 вилікуваних пацієнтів.

Використовували клінічні, радіологічні, статистичні методи дослідження. Радіойодотерапія проводилась відповідно до протоколу лікування радіойодом.

Результати. Радіойодотерапію проводили з інтервалом у 4–6 місяців, кількість курсів лікування залежала від об'єму хірургічного втручання, стадії захворювання та активності радіойоду на першому курсі лікування. Відсутність фіксації РФП на постлікувальному скані та низький рівень тироглобуліну (ТГ) в крові хворих свідчать про завершення комплексної терапії.

Умовою для ефективного лікування радіойодом пацієнтів є стан гіпотиреозу (більш ніж 25 мМОд/л після 4–6 тижнів скасування супресивної гормонотерапії) або при використанні рекомбінантного людського тиротропіну (rhTSH).

Для порівняльного аналізу ефективності РЙТ виділили 5 рівнів сумарних аблятивних активностей радіойоду для всіх груп: 1-й – хворі, які отримали до 3700 МБк радіойоду, 2-й – від 3701 до 7400 МБк, 3-й – від 7401 до 14800 МБк, 4-й – від 14801 до 22200 МБк та 5-й – хворі, у яких тироїдну абляцію досягнуто після введення понад 22201 МБк.

В більшості випадків переважна аблятивна активність радіойоду коливалась у межах від 3701 до 7400 МБк: для першої групи – 68 % (31 хворий) і для третьої групи – 62,8 % (59 хворих).

Мінімальну активність радіойоду для досягнення тироїдної абляції (до 3700 МБк) отримали 5 (11 %) пацієнтів першої групи (з рецидивами раку, 10 (20 %) хворих другої групи (пролонгація хвороби) і 19 (20,3 %) пацієнтів третьої групи (вилікувані хворі). Сумарну аблятивну активність радіойоду в межах від 7401 до 14800 МБк ^{131}I було використано в 7 (15 %) випадках в першій групі хворих, в 16 (32 %) випадках з другої групі і в 15 (15,9 %) хворих третьої групи. В 2 (4 %) хворих першої групи, 6 (12 %) – другої і в одному випадку з третьої групи для досягнення тироїдної абляції було застосовано від 14801 до 22200 МБк ^{131}I . Лише в одному випадку для отримання тироїдної

абляції було використано понад 22201 МБк ^{131}I у хворого першої групи (2 %) і у 6 (12 %) пацієнтів з другої групи.

Радіойодоабляцію в більшості серед усіх випадків вдалося досягти за 2 курси лікування з інтервалом 4–5 місяців, тобто, за умов низького рівня ТГ і негативних постлікувальних сканів, хворі були вилікувані за 12 місяців.

Висновки.

1. Для досягнення радіонуклідної абляції «залишкової» тироїдної тканини у хворих третьої групи (тобто, без ознак рецидивів та пролонгації захворювання в подальшому) достатньо двох курсів радіойодотерапії з інтервалом 4–6 місяців та використання активностей радіойоду від 3701 до 7400 МБк (93 % хворих цієї групи отримали радикальне хірургічне лікування до початку радіойодотерапії).

2. В 68,9 % випадків у хворих з рецидивами тироїдного раку (1 група) використовували аблятивну дозу радіойоду в межах 3701–7400 МБк, але саме в цій групі хворих в 38 % випадків спостерігалось екстратироїдне розповсюдження первинної пухлини, яке було встановлено під час хірургічного лікування.

3. Встановлено вірогідний взаємозв'язок між аблятивною активністю радіойоду до досягнення тироїдної абляції і виникнення рецидивів диференційованого раку щитоподібної залози.