

Резюме. Проведена оцінка інтегрального показателя якості життя, показателів емоціонального і когнітивного функціонування, слабості, болю і порушень сну на етапах комбінованого лікування у хворих раком тіла матки з кортизолемією різної вираженості. Психосоматическі порушення менше виражені у хворих з низким і високим рівнем кортизолу, в той час як хворі з проміжними рівнями кортизолу відчувають більшу втому і біль, мають значительні порушення сну. Вияснення механізмів, пов'язаних з розвитком психосоматических порушень у хворих з різною вираженістю кортизолемії необхідно для розробки індивідуалізованих стратегій профілактики і лікування, орієнтованих на збереження якості життя.

Ключевые слова: рак тіла матки, психосоматическі порушення, кортизол.

Summary. The assessment of an integrated indicator of quality of life, indicators of emotional and cognitive functioning, indicators of fatigue, pain and sleep disorders at stages of the combined treatment at patients with uterine corpus cancer with cortisolemia of various expression is carried out. Psychosomatic disorders are least expressed at patients with the low and high level of a hydrocortisone whereas patients with intermediate levels of a hydrocortisone have more expressed fatigue, the feeling of pain, essential sleep disorders is stronger. Clarification of the mechanisms involved to development of psychosomatic disturbances in patients with different expression of a cortisolemia is necessary for development of the individualized strategy of prophylaxis and treatment focused on conservation of quality of life.

Keywords: uterine corpus cancer, psychosomatic disturbances, cortisol.

Н. Д. ОРИЩИН¹, Ю. П. МИЛЯН^{1,2}, Т. М. ГРИНЬКІВ², Л. Б. ХРУПОВИЧ²

¹Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

²Львівський державний онкологічний регіональний лікувально-діагностичний центр

ВИПАДОК РАДІОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ТА ДИНАМІЧНОГО НАГЛЯДУ ЗА МЕТАСТАЗУВАННЯМ КАРЦИНОМИ ЛЕГЕНІ У ПЕРИКАРД ТА ВУШКО ЛІВОГО ПЕРЕДСЕРДЯ

CASE REPORT OF RADIOLOGICAL DIAGNOSTICS AND DYNAMIC OBSERVATION OF LUNG CARCINOMA METASTASES TO PERICARDIUM AND LEFT ATRIAL APPENDAGE

Метастази злоякісних утворень у серце раніше вважали рідкісними ускладненнями раку; дані останніх досліджень свідчать, що таке твердження хибне. Частота метастазів у серце за даними автопсій — близько 10 %, більша частина із них не діагностується за життя пацієнта [1–4]. Частковим поясненням є те, що більшість серцевих метастазів клінічно «німі», або прояви їх маскуються за загальною клінічною картиною раку (який на момент метастазування є переважно поширеним процесом). Однак при певній діагностичній настороженості серцеві метастази можна виявити за допомогою радіологічних методів обстеження (комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна візуалізація). Ми представляємо випадок діагностики метастазування раку легень у перикард та вушко лівого передсердя за допомогою комп'ютерної томографії (КТ) органів грудної клітки.

Пацієнта П. 1959 р. н. госпіталізували до Львівського онкологічного центру (ЛДОРЛДЦ) у грудні 2014 р. із підозрою на карциному легень. Скарги

© Н. Д. Орищин, Ю. П. Милан, Т. М. Гриньків,
Л. Б. Хрупович, 2015

на болі у лівій половині грудної клітки впродовж місяця. При рентгенографії виявили утворення у лівій легені, госпіталізований для уточнення діагнозу та можливості хірургічного лікування. При обстеженні серця (аускультация та ЕКГ) виявили поодинокі надшлуночкові екстрасистоли. З метою уточнення поширеності процесу виконали КТ органів грудної клітки (ОГК). Виявили перибронхіальне потовщення лівого верхньочасточкового бронха розміром 26 × 16 мм, вузлові утворення високої інтенсивності зливного характеру 51 × 49 мм у 6 сегменті лівої легені, які сягають рівня лівого нижньочасточкового бронха. Візуалізуються збільшені та патологічно змінені паратрахеальні, біфуркаційні та бронхоппульмональні лімфовузли; невелика кількість випоту в перикарді; у місці, де пухлина прилягає до перикардальної сумки, вона втягує перикард. У проекції вушка лівого передсердя — утворення (метастаз у вушко ЛП?) (рис. 1). КТ черевної порожнини — метастазів не виявлено. На основі результату КТ запідозрили поширення патологічного процесу на серце із ураженням перикарда та вушка лівого передсердя. Оскільки процес у легені мав локалізований характер, а поширений процес виключав

можливість хірургічного лікування, для уточнення наявності метастазування виконали торакоскопію, яка підтвердила поширення пухлинного процесу на перикард та епікард та наявність метастазу у вушко лівого передсердя. Хірургічно виконали фенестрацію перикарда, хворому призначена хіміотерапія. Перед хіміотерапією виконали ехокардіографічне обстеження: розміри камер серця та скоротливість лівого шлуночка в нормі. Трансторакально при ехокардіографії ознак метастазування не виявлено. Після 4 курсів хіміотерапії повторно виконали КТ органів грудної клітки.

При повторній КТ (через 4 міс. від початку хіміотерапії): основний патологічний процес у лівій легені без значної динаміки. Розміри утворення вушка лівого передсердя істотно збільшилися (рис. 2), виявили поширення процесу на вільну стінку лівого шлуночка (рис. 3). Візуалізували нове вогнище метастазування у серце в проекції верхівки лівого шлуночка (рис. 4) (ймовірно, імплантація з перикарда) та випіт у перикардальній сумці. Клінічно у хворого посилилася задишка. Трансторакальне ехокардіографічне обстеження без істотних змін, сумарна скоротливість лівого шлуночка збережена. Пацієнтові продовжили призначений курс хіміотерапії.

Метастази у серце і перикард виявляють у 10–12 % автопсії при злоякісних пухлинах. Найчастіше причиною метастазування є карцинома легень через топографічну близькість до серця та власну значну частоту [1, 10, 12]. Бронхогенна карцинома є первинною пухлиною у 36 % пацієнтів із серцевими метастазами, лімфома — у 20 %, карцинома грудної залози — у 7 %, карцинома стравоходу — у 6 % [1, 9, 10, 12]. У одному із недавніх великих ретроспективних досліджень частота серцевих метастазів становила 9,1 % серед усіх автопсій (7289 пацієнтів), найчастішим первинним вогнищем були мезотеліома плеври (48 %), меланома (28 %), аденокарцинома легень (21 %) [2]. Найчастіша локалізація метастазування — перикард (до 69 % випадків), епікард (до 34 %), з меншою частотою — міокард (32 %), дуже рідко — ендокард (5 %) [2].

Пухлини можуть поширюватися на серце ретроградним лімфогенним та гематогенним шляхом, прямим проростанням або метастазуванням через вени. Основний шлях поширення злоякісних пухлин до серця — через лімфатичні протоки середостіння, це спричиняє ріст епікардіальних імплантів. Метастази у міокард мають гематогенне походження (через коронарні артерії), вони характерні для меланоми. Пряме поширення пухлини на серце або лімфогенний шлях характерне для раку легень, стравоходу, грудної залози. Трансвеннозний шлях (поширення метастатичного тромбу через верхню або нижню порожнисту вену, легеневі вени) характерний для раку нирки та раку легень. Топографічно найближчими до метастазування у серце є рак легень та грудної залози. Серед пацієнтів із бронхогенною карциномою частота метастазів у серце за даними автопсії становить від 17 до 31 % [10, 12]. Карцинома легень може поширюватися на серце шляхом прямого проростання або

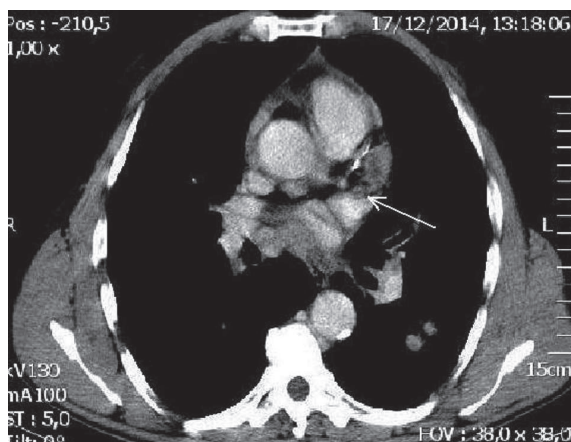


Рис. 1. Метастаз у вушко лівого передсердя (грудень 2014 р.)

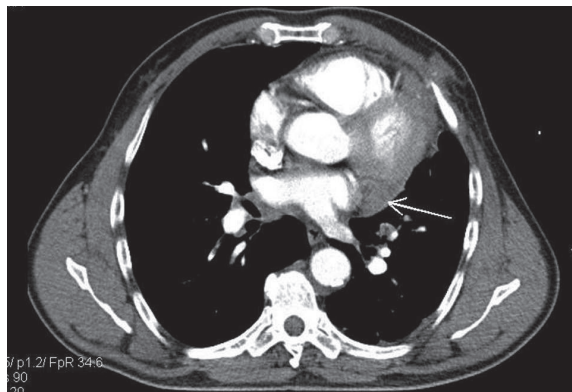


Рис. 2. Метастаз у вушко лівого передсердя (квітень 2015 р.)

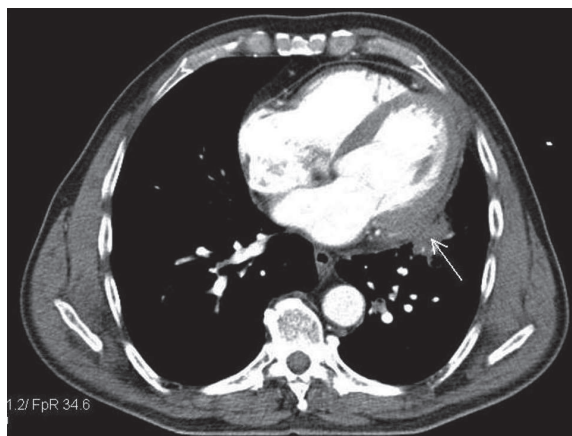


Рис. 3. Проростання пухлини у вільну стінку лівого шлуночка

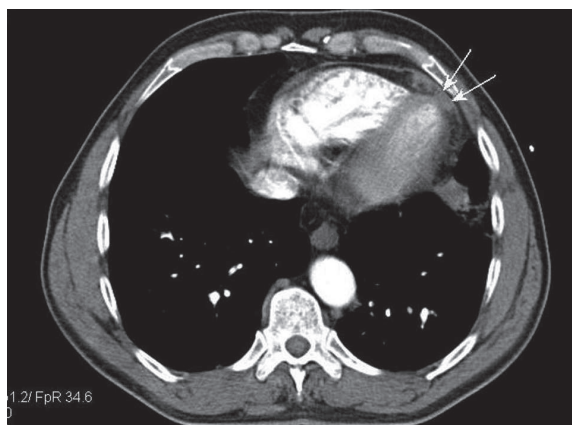


Рис. 4. Нове вогнище метастазування у ділянці верхівки лівого шлуночка (стрілки). Прошарок рідини у перикарді

у поєднанні з лімфогенною дисемінацією. Метастази в серце або перикард є ознакою стадії M1 або IV стадії хвороби згідно з класифікацією бронхогенної карциноми TNM Американського торакального товариства. Пряме проростання пухлини у серце, перикард чи великі судини є ознакою стадії T4 або IIIВ хвороби (неоперабельна стадія). Опубліковані лише окремі повідомлення про тривале виживання пацієнтів після радикальної резекції пухлини комбінованої із резекцією лівого передсердя у подібних випадках [13], хірургічне втручання при цьому вимагає використання апарата штучного кровообігу.

Метастази у серце часто не мають кардіальних симптомів, клінічну картину визначає основна онкологічна патологія. ЕКГ-ознаки ураження серця є неспецифічними, тому значна частина метастазів у серце не діагностується прижиттєво. Виявлення метастазів у серце стало можливим завдяки впровадженню ехокардіографічного (ехоКГ) дослідження. Однак певна локалізація метастазів (як вушко лівого та правого передсердя, задні відділи передсердь) є недоступними для візуалізації при трансторакальній ехоКГ, методом діагностики є черезстравохідне ехо-обстеження, КТ або магнітно-резонансна візуалізація (МРВ) серця. Черезстравохідна ехоКГ не є методом скринінгового обстеження онкологічних пацієнтів: таку діагностику виконують за певними клінічними показаннями. Отже, методом вибору для діагностики серцевих метастазів є КТ або МРВ серця [4, 6, 7]. Перевагами цих методів є більше поле огляду, що дозволяє оцінити поширення процесу на органи середостіння, легеневі та порожнисті вени, аорту. Особливу увагу слід звертати на важкодоступні відділи серця (передсердя, вушка передсердь, місця впадіння легеневих та порожнистих вен).

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. *Abraham K. P.* Neoplasms metastatic to the heart: review of 3314 consecutive autopsies / K. P. Abraham, V. Reddy, P. Gattuso // *Am. J. Cardiovasc. Pathol.* — 1990. — Vol. 3. — P. 195–198.
2. *Cardiac metastases* / A. Al-Mamgani, L. Baartman, M. Baaijens et al. // *Int. J. Clin. Oncol.* — 2008. — Vol. 13. — P. 369–372.
3. *Bussani R.* Cardiac metastases / R. Bussani, F. De Giorgio, A. Abbate, F. Silvestri // *J. Clin. Pathol.* — 2007. — Vol. 60. — P. 27–34.
4. *A 30-year analysis of cardiac neoplasms at autopsy* / J. Butany, S. Leong, K. Carmicheal et al. // *Can. J. Cardiol.* — 2005. — Vol. 21. — P. 675–680.
5. *Metastatic involvement of the heart and pericardium: CT and MR imaging* / C. Chiles, P. K. Woodard, F. R. Gutierrez et al. // *Radiographics.* — 2001. — Vol. 21. — P. 439–449.
6. *Cerebral infarction secondary to pulmonary vein compression and left atrial appendage tumor infiltration as the presenting sign of metastatic squamous cell carcinoma of the base of the tongue* / B. Dredla, J. Siegel, K. Jaeckle // *Neuro Oncol.* — 2014. — Vol. 16. (suppl.5). — P. 34.
7. *Cardiovascular magnetic resonance imaging for diagnosis and clinical management of suspected cardiac masses and tumours* / S. Fussen, W. L. B. De Boeck, M. J. Zellweger et al. // *Eur. Heart J.* — 2011. — Vol. 32. — P. 1551–1560
8. *Usefulness of magnetic resonance imaging of cardiac and paracardiac masses* / Hoffmann U., Globits S., Schima W., et al. // *Am. J. Cardiol.* — 2003. — Vol. 92. — P. 890–895.
9. *Klatt E. C.* Cardiac metastases / Klatt E. C., Heitz D. R. // *Cancer.* — 1990. — Vol. 65. — P. 1456–1459.
10. *Roberts W. C.* Primary and secondary neoplasms of the heart / W. C. Roberts // *Am. J. Cardiol.* — 1997. — Vol. 80. — P. 671–682.
11. *Metastases of the heart and pericardium* / F. Silvestri, R. Bussani, N. Pavletic et al. // *G. Ital. Cardiol.* — 1997. — Vol. 27. — P. 1252–5.
12. *Cardiac metastasis of lung cancer: a study of metastatic pathways and clinical manifestations* / A. Tamura, O. Matsubara, N. Yoshimura et al. // *Cancer.* — 1992. — Vol. 70. — P. 437–442.

У нашого пацієнта симптомами, які могли викликати підозру на ураження серця, були надшлуночкові екстрасистоли. Комп'ютерна томографія ОГК виявила втягнення перикарда та метастаз вушка лівого передсердя. У той час коли ураження перикарда є найчастішим серцевим ускладненням раку, метастазування у передсердя трапляється вкрай рідко: це метастази раку нирки через нижню порожнисту вену у порожнину правого передсердя та метастази раку легень через легеневі вени у ліве передсердя. Ми знайшли лише одне повідомлення про метастаз раку у вушко лівого передсердя в доступній літературі; первинним вогнищем був рак кореня язика [5]. У нашого пацієнта причиною такого поширення процесу було дуже близьке топографічне розташування пухлини до вушка лівого передсердя. Привертає увагу відсутність у пацієнта віддалених метастазів у інші органи при КТ-обстеженні черевної порожнини.

Таким чином, метастази в серце звичайно є ознакою пізньої стадії злоякісної пухлини. Серце рідко стає єдиним місцем метастазування, однак при певній локалізації пухлин (рак легень, грудної залози, стравоходу, мезотеліома) це трапляється частіше. З пухлин іншої локалізації найчастішим джерелом метастазів у серце є меланома та лімфома. У план передопераційного обстеження таких пацієнтів повинні входити ехокардіографія, КТ або МРВ органів грудної клітки із концентрацією уваги на важкодоступних відділах серця (вушка передсердь, місця впадіння судин у передсердя). Радіологічні методи виявлення метастазів у серце (КТ та МРВ) мають значні діагностичні переваги у виявленні поширення процесу на серце. Доопераційна діагностика поширення процесу на серце допомагає обрати оптимальний спосіб лікування та уникнути зайвої хірургічної травми у пацієнта.

13. *Extended* resection of the left atrium, great vessels, or both for lung cancer / R. Tsuchiya, H. Asamura, H. Kondo et al. // *Ann. Thorac. Surg.* — 1994. — Vol. 57. — P. 960–965.

Резюме. Внедрение современных радиологических методов диагностики позволяет выявить метастазы злокачественных опухолей в сердце до клинических проявлений. Мы представляем случай радиологической диагностики метастазирования рака легкого в перикард и ушко левого предсердия с помощью КТ органов грудной полости.

Ключевые слова: рак легкого, сердечные метастазы, компьютерная томография.

Summary. Implementation of modern radiological diagnostic methods allows to reveal cardiac metastases before clinical manifestation. We represent a case of radiological diagnostics of lung carcinoma metastases to pericardium and left atrial appendage, revealed with CT of thorax.

Keywords: lung carcinoma, cardiac metastases, computed tomography.

Г. А. ЗАМОТАЄВА¹, Ф. В. ФІЛЬЧАКОВ², Н. М. СТЕПУРА¹
К. С. ШУМІЛІНА², С. В. ГУЛЕВАТИЙ¹, С. М. КУКУШКІНА²
М. Д. ТРОНЬКО¹

¹ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В. П. Комісаренка НАМН України», Київ

²ДУ «Національний інститут раку МОЗ України», Київ

ВПЛИВ РАДІОЙОДОТЕРАПІЇ НА ІМУНОФЕНОТИП ЛІМФОЦИТІВ ПЕРИФЕРИЧНОЇ КРОВІ ХВОРИХ НА РАК ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ РІЗНОГО ВІКУ

INFLUENCE OF RADIOIODINE THERAPY ON THE IMMUNOPHENOTYPE OF PERIPHERAL BLOOD LYMPHOCYTES OF PATIENTS WITH THYROID CANCER OF DIFFERENT AGE

Терапія радіоактивним йодом давно і широко використовується в медичній практиці для лікування токсичного зоба та раку щитоподібної залози (РЩЗ), проте інформація щодо побічних наслідків його впливу на інші органи та системи вкрай обмежена і досить суперечлива. До недавнього часу існувала думка, що через високу органотропність ¹³¹I його радіаційний вплив на організм в цілому незначний. Дослідження останніх років змінили уявлення про повну безпеку проведення радіойодотерапії (РЙТ).

У попередніх дослідженнях нами встановлено, що лікувальні активності ¹³¹I призводять до змін імунологічних та гематологічних показників хворих на тиреоїдну карциному [1, 2]. Показано, що ці порушення залежать від кумулятивної активності радіоїоду, наявності віддалених метастазів і максимально проявляються через місяць після РЙТ [3]. Наступний етап нашої роботи був спрямований на з'ясування вікових особливостей імунологічних реакцій на дію радіоїоду. Доцільність цих

досліджень аргументовано такими основними факторами:

- вік є одним із найважливіших чинників, модифікуючих ефект опромінення на організм;
- стан імунної системи організму змінюється з віком;

- клінічний перебіг тиреоїдного раку у дітей має певні особливості.

Метою нашої роботи було дослідження імунофенотипу лімфоцитів периферичної крові у хворих на диференційований рак щитоподібної залози (ДРЩЗ) різного віку.

Проведено аналіз результатів у трьох вікових групах хворих на ДРЩЗ: I група (діти і підлітки) — 25 осіб, II група (молоді дорослі) — 31 особа та III група (хворі старшого віку) — 30 осіб. Дані, наведені у табл. 1, свідчать, що відсоток хворих з легеневидами метастазами, середня кількість курсів РЙТ і розподілення за статтю були приблизно однакові в кожній групі. У переважній більшості хворих діагностовано папілярну карциному. В I групі був 1 випадок фолікулярного раку, в II та III групах — по 2 випадки. Контролем для кожної групи були донори відповідного віку.

© Г. А. Замотаєва, Ф. В. Фільчаков, Н. М. Степура,
К. С. Шуміліна, С. В. Гулеватий, С. М. Кукушкіна,
М. Д. Тронько, 2015