

ИССЛЕДОВАНИЕ КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИА У ПАЦИЕНТА С СИСТЕМНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ НА ФОНЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Бокун Е.С.^{1,2}, Конончук Н.Б.^{1,2}, Суслов Л.Н.³

Белорусский государственный медицинский университет,
кафедра кардиологии и внутренних болезней¹

УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи»²
ГУ «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова»³

г. Минск

Ключевые слова: рак предстательной железы, комплекс интима-медиа, атеросклероз

Резюме: Рак предстательной железы является широко распространённым онкологическим заболеванием среди мужчин в старших возрастных группах. Лечение пациентов данной группы должно проводиться с учётом сопутствующей кардиологической патологии. Представленный клинический случай свидетельствует о значении предварительной ультразвуковой оценки комплекса интима-медиа в выделении пациентов группы высокого кардиоваскулярного риска при проведении комбинированной терапии рака предстательной железы.

Resume: Prostate cancer is a common cancer among men in the older age groups. Treatment of patients in this group should be carried out taking into account the concomitant cardiac pathology. Presented case report demonstrates the importance of the preliminary ultrasound evaluation of intima-media complex in the allocation of patients at high cardiovascular risk during combined therapy of prostate cancer.

Введение. Рак предстательной железы занимает лидирующую позицию среди онкологических заболеваний у мужчин старше 70 лет в Европе [4]. В Республике Беларусь наблюдается неуклонный рост заболеваемости новообразованиями предстательной железы: в 2,4 раза в период с 2001 по 2010 г. (с 1202 до 2899 случаев) [2,3]. Средний возраст пациентов с впервые выявленным раком предстательной железы в 2010 г. составил 75,9 г. Усовершенствование методик обследования и лечения пациентов с данной патологией позволяет увеличивать ожидаемую продолжительность их жизни. Наличие тяжёлой сопутствующей патологии, в т. ч. сердечно-сосудистых заболеваний, в старших возрастных группах мужчин с раком предстательной железы может значительно влиять на тактику лечения.

Комбинированная терапия рака предстательной железы проводится хирургическими, лучевыми, а также гормональными методами, в отдельных случаях может применяться стратегия отсроченного лечения, или активного

наблюдения [1,4]. Увеличение выживаемости и снижение числа рецидивов у пациентов с раком предстательной железы достигается сочетанием гормональной и лучевой терапии. Целью терапии является обеспечение андрогенной депривации – снижение и полное прекращение гормональной стимуляции опухолевого процесса методиками хирургической и фармакологической кастрации. Брахитерапия, или интерстициальная лучевая терапия, направлена на облучение тканей предстательной железы с капсулой, а также семенными пузырьками при наличии дополнительных показаний. Выполнению процедуры предшествует имплантация вспомогательных игл, проведение спинальной анестезии. Также применяется методика дистанционной лучевой терапии, самостоятельно и в сочетании с брахитерапией, после хирургического лечения.

Проведение лучевой терапии может сопровождаться развитием цистита, стриктуры уретры, недержания мочи, проктита, хронической диареи, а также перипроцедурного болевого синдрома.

Результаты современных исследований [6,7] свидетельствуют о наличии отсроченных метаболических эффектов проведения андрогенной депривации. При долгосрочном наблюдении за пациентами выявляется тенденция к развитию у них компонентов метаболического синдрома, в т. ч. дислипидемии, ожирения, инсулинорезистентности, роста риска развития сахарного диабета, общего кардиоваскулярного риска. В законченных исследованиях не получено статистически достоверных данных об увеличении смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Частота кардиоваскулярных событий возрастает у мужчин, уже страдавших заболеваниями сердечно-сосудистой системы с впервые диагностированным раком предстательной железы.

По данным Albertsen P.C. и соавторов существуют различия в ожидаемой продолжительности жизни пациентов в различных возрастных группах [5]. Влияние на прогноз имеет наличие сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой, эндокринной, а также нервной систем. Тщательное обследование пациентов с впервые установленным заболеванием предстательной железы позволит определить факторы повышенного кардиоваскулярного риска, а также выбрать оптимальный метод терапии опухолевого процесса.

Клинический случай. Представляем клинический случай, описывающий проявления системного атеросклероза у пациента С., 59 лет, на фоне проведения комбинированной терапии рака предстательной железы. Особенностью данного случая является влияние проявлений атеросклероза, подтверждённого инструментальными методами обследования, на дальнейшую тактику лечения онкологического заболевания.

В 11.2014 г. у пациента С. было впервые установлено наличие аденокарциномы предстательной железы, T₁cN₀M₀, ст. I. В октябре 2015 г. пациент был госпитализирован для последующего выполнения орхиэктомии и первого курса брахитерапии с запланированным вторым курсом на декабрь

2015 г. 11.11.2015 г. произведена вспомогательная операция внедрения в предстательную железу 19 жёстких игл. Проведение внутритканевой лучевой терапии сопровождалось спинальной анестезией. В интра- и послеоперационном периодах у пациента наблюдались гипотензивные реакции.

При осмотре пациент предъявлял жалобы на головные боли, головокружения, боли за грудиной сжимающего характера в течение последних месяцев, возникающие чаще при нагрузке, а также в покое, купируемые приёмом нитроглицерина. В течение 20 лет пациент регулярно курит около 20 сигарет. Страдает артериальной гипертензией более 20 лет, постоянно принимает периндоприл 5 мг 1 т. утром, аспирин 75 мг, нитроглицерин по требованию, нерегулярно метопролол. Со слов пациента, ранее наблюдался по поводу облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей.

При объективном обследовании определялось наличие множественных ксантелазм на веках обоих глаз пациента С., индекс массы его тела составил 25,5 кг/м кв., обхват талии 88 см, обхват бёдер 106 см, артериальное давление составило 140/90 мм рт. ст. На электрокардиограмме были определены признаки выраженной гипертрофии левого желудочка. При проведении ультразвуковой оценки комплекса интима-медиа сонных артерий были выявлены множественные бляшки с различным уровнем стенозирования каротидных артерий слева и справа. Пациент был госпитализирован в кардиологическое отделение для дальнейшего обследования и выбора тактики лечения.

Были получены следующие данные лабораторных исследований: общий холестерин 5,25 ммоль/л, холестерин липопротеидов низкой плотности 3,54 ммоль/л, холестерин липопротеидов высокой плотности 0,89 ммоль/л, триглицериды 1,58 ммоль/л, глюкоза в венозной крови натощак 4,55 ммоль/л, BNP 178 пг/мл.

При эхокардиографическом исследовании определены: уплотнение стенок аорты, фиброз створок аортального клапана, митрального клапана с регургитацией 2 степени двумя потоками; расширение полости левого желудочка, а также эффект спонтанного контрастирования 1 ст., гипертрофия миокарда. При исследовании сократительной функции левого желудочка выявлены гипокинез передне-перегородочного, передне-базального, бокового базального, среднего переднего, среднего бокового, среднего нижнего, среднего перегородочного, верхушечного бокового и верхушечного нижнего сегментов, а также акинез заднего базального, заднего нижнего, базального перегородочного, среднего заднего сегментов левого желудочка. Фракция выброса была снижена до 48%/39%.

Подробное ультразвуковое исследование брахиоцефальных артерий выявило признаки распространённого атеросклеротического процесса: слева - окклюзию внутренней сонной артерии от устья без коллатерального кровотока, бляшки в общей сонной артерии, в области бифуркации, наружной

сонной и позвоночной артериях со стенозированием просвета сосудов от 25 до 50%; справа – наличие бляшек в общей и наружной сонных артериях, в области бифуркации и в просвете позвоночной артерии. Наиболее значимый гемодинамически стеноз выявлен на протяжении 2-2,5 см от устья в области внутренней сонной артерии справа со стенозированием до 50-80% просвета сосуда. Распространённость атеросклеротического процесса была подтверждена при проведении ангиографии брахиоцефальных сосудов.

При проведении коронароангиографии выявлено наличие стенозирующего атеросклероза коронарных артерий: критический стеноз передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии до 90% в 1-ом сегменте, до 90% в зоне отхождения 2-ой диагональной ветви, окклюзия на границе первого и второго сегментов огибающей ветви с коллатеральным её заполнением ретроградно из бассейна правой коронарной артерии и отсроченно антеградно по мостовидным коллатералям. В правой коронарной артерии и задней межжелудочковой ветви множественные стенозы в различных сегментах до 75%.

Пациент был направлен на консультацию к кардиохирургу, где было принято решение о проведении реваскуляризации миокарда в апреле 2016 г. Также пациент наблюдается нейрохирургами и ангиохирургами для решения вопроса о последующем стентировании поражённых артерий. Назначена амбулаторная терапия: аспирин, аторвастатин, метопролол, периндоприл, нитраты при ангинозных болях.

При проведении специфической противоопухолевой терапии было принято решение изменить тактику лучевого лечения в пользу дистанционной лучевой терапии, что связано с более щадящим режимом проведения процедуры и выбором перипроцедурной анестезии.

Вывод. Данный клинический случай свидетельствует о влиянии тяжёлой сопутствующей кардиологической патологии на тактику лечения онкологического процесса, выбор наиболее безопасной и эффективной методики комбинированной терапии, а также проведение лечения и профилактики осложнений сопутствующей патологии у пациентов с раком предстательной железы. Предварительная ультразвуковая оценка комплекса интима-медиа может быть полезна для выделения пациентов с сердечно-сосудистой патологией, которым потребуется коррекция специфической противоопухолевой терапии. Изучение механизмов развития осложнений андрогенной депривации у пациентов с высоким уровнем коморбидности, их профилактика и лечение требуют проведения дальнейших исследований.

Литература

1. Алгоритмы диагностики и лечения больных злокачественными новообразованиями: Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 11.02.2012 г., № 258. - Минск, 2012.
2. Антипова С.И. Гендерные проблемы онкологии в Беларуси / С.И. Антипова, В.В. Антипов, Н.Г. Шебеко // Медицинские новости. – 2013. - № 3. – С. 31-41.
3. Океанов, А.Е. Статистика онкологических заболеваний в Республике Беларусь (2003-2012). / А.Е. Океанов, П.И. Моисеев, Л.Ф. Левин. – под ред. О.Г.Суконко. – Минск: РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова, 2013. – 373 с.

4. Guidelines on Prostate Cancer / European Association of Urology. 2015. – 137 p.
5. Albertsen P.C. Impact of comorbidity on survival among men with localized prostate cancer. / Albertsen P.C. [et al.] // Journal of Clinical Oncology. – 2011. – V. 10. – P. 1335-1341.
6. Barkin J. Risks, benefits, and approaches to hormonal blockade in prostate cancer. Highlights from European Association of Urology Meeting, March 20-24, 2015, Madrid, Spain // The Canadian Journal of Urology. – 2015. – V. 22. – P. 7847-7852.
7. Nguyen P.L. Association of androgen deprivation therapy with cardiovascular death in patients with prostate cancer: a meta-analysis of randomized trials. / Nguyen P.L. [et al.] // JAMA. - 2011. - V. 306. - P. 2359-2366.