

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАЗВИТИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА У ПАЦИЕНТА С РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ФОНЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ

Бокун Е.С.^{1,2}, Конончук Н.Б.^{1,2}, Поляков С.Л.³, Ролевич А.И.³,
Суслов Л.Н.³, Митьковская Н.П.¹

¹УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
кафедра кардиологии и внутренних болезней,

²УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи»,

³ГУ «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской
радиологии им. Н.Н. Александрова», г. Минск, Республика Беларусь

Бокун Елена Самуиловна



Соискатель ученой степени кандидата медицинских наук кафедры кардиологии и внутренних болезней УО «Белорусский государственный медицинский университет», врач-терапевт кардиологического отделения №2 УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» г. Минска.

Научные интересы: кардиология. Тема диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук: «Выявление кардиоваскулярных рисков и структурно-функциональных изменений сердечно-сосудистой системы на разных этапах комбинированного лечения рака предстательной железы». Научный руководитель д.м.н., профессор, заведующий

кафедрой кардиологии и внутренних болезней Митьковская Наталья Павловна.

В европейских странах у пациентов мужского пола старше 70 лет лидирующим онкологическим заболеванием является рак предстательной железы (РПЖ)[4]. Заболеваемость нарастает с возрастом, преимущественно после 55 лет. Данная тенденция прослеживается для мужского населения Республики Беларусь, где заболеваемость РПЖ выросла в 2,4 раза (1202 случая в 2001 г., 2899 случаев в 2010 г.) [2,3]. Средний возраст мужчин со впервые выявленным новообразованием предстательной железы составил 75,9 г. Широкое внедрение современных методик обследования и лечения РПЖ позволяют увеличить ожидаемую продолжительность жизни пациентов. При выборе тактики лечения пациентов учитываются особенности онкологического процесса, а также наличие сопутствующей патологии, в т. ч. сердечнососудистых заболеваний.

Современная комбинированная терапия рака предстательной железы включает лучевые, хирургические и гормональные методы лечения [1,4]. В ряде клинических случаев применяется стратегия активного наблюдения, или отсроченного лечения. Сочетание лучевой и гормональной терапии увеличивает выживаемость и снижает количество рецидивов у пациентов с РПЖ. Целью специфической терапии является обеспечение полной андрогенной депривации – снижение и прекращение гормональной стимуляции клеток опухоли с применением хирургической и фармакологической кастрации.

Для облучения тканей предстательной железы с капсулой, а также семенными пузырьками применяется методика брахитерапии, или интерстициальной лучевой терапии. Дистанционная лучевая терапия применяется самостоятельно, после хирургического лечения и в сочетании с брахитерапией. Данный метод лечения может

осложниться развитием нарушений со стороны мочевыводящей и пищеварительной систем: недержания мочи, проктита, цистита, стриктуры уретры, хронической диареи, а также перипроцедурного болевого синдрома.

Современные исследования [6,7] указывают на развитие отсроченных метаболических эффектов при проведении комбинированного лечения РПЖ. Долгосрочное наблюдение позволяет выявить у пациентов компоненты метаболического синдрома: инсулинорезистентность и рост риска развития сахарного диабета, дислипидемию, абдоминальное ожирение, артериальную гипертензию, нарастание общего кардиоваскулярного риска. Получены данные об утомляемости, появлении приливов, снижении общего качества жизни на фоне длительной гормонотерапии.

В завершённых исследованиях не получено статистически достоверных данных об увеличении смертности от сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с РПЖ. Накоплены данные о росте частоты кардиоваскулярных осложнений у мужчин, имевших заболевания сердечно-сосудистой системы на момент постановки диагноза новообразования предстательной железы [5].

Комплексное обследование пациентов с РПЖ позволит усовершенствовать профилактику и лечение кардиоваскулярных осложнений у пациентов с раком предстательной железы на фоне комбинированной терапии.

Клинический случай

Представляем клинический случай развития инфаркта миокарда у пациента с раком предстательной железы на фоне комбинированной терапии. В 2015 г. у пациента Ч., 1938 года рождения была выявлена аденокарцинома предстательной железы cT2N0M0, стадия 2. Пациенту был назначен курс сочетанной лучевой терапии, а также гормонотерапия препаратом трипторелина - синтетического аналога природного гонадотропин-рилизинг гормона.

При первичном обследовании у пациента были выявлены увеличенное артериальное давление (160/80 мм рт. ст.) и повышенная масса тела (ИМТ=27.68 кг/м кв.). Обхват талии составил 104 см, обхват бёдер – 105 см. При инструментальном исследовании получены данные о гипертрофии левого желудочка по данным ультразвукового и электрокардиографического методов обследования с отклонением электрической оси сердца влево (угол альфа составил – 50). По данным ультразвукового исследования сердца фракция выброса (ФВ) составила 64%. При исследовании комплекса интима-медиа (КИМ) каротидных артерий установлены признаки их атеросклеротического поражения: толщина КИМ общей сонной артерии слева составил 1.1 мм, в области бифуркации выявлена бляшка 4.6 мм со стенозированием просвета сосуда до 40%, КИМ в области общей сонной артерии справа составил 1.8 мм, в области бифуркации справа – 2.2 мм. Лабораторные данные выявили признаки нарушения липидного и углеводного обменов (общий холестерин 7.65 ммоль/л, холестерин липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) 5,47 ммоль/л, холестерин липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) 1,4 ммоль/л, триглицериды 1,73 ммоль/л, глюкоза в венозной крови натощак 6,7 ммоль/л). Была назначена антиагрегантная, гиполипидимическая, антигипертензивная терапия с применением ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента, бета-адреноблокаторов.

При повторном обследовании в феврале 2016 года пациент указывал на удовлетворительный контроль артериального давления, а также развитие хронической задержки мочи. Возникновение ангинозных болей, в т. ч. при физических нагрузках пациент Ч. отрицал. При объективном обследовании ИМТ составил 28.37 кг/м кв., ОТ – 104 см, ОБ – 107 см. Данные электрокардиографии и ультразвукового исследования не выя-

вили существенной динамики по сравнению с первичным обследованием. фракция выброса составила 58%. Была выявлена диастолическая дисфункция левого желудочка по данным ультразвукового исследования сердца, ФВ 58%. При лабораторном обследовании получены следующие данные: общий холестерин 8.1 ммоль/л, ХС ЛПНП 5.4 ммоль/л, ХС ЛПВП 1.0 ммоль/л, триглицериды 3.09 ммоль/л, глюкоза в венозной крови натощак 6.31 ммоль/л.

В марте 2016 г. пациент обратился в скорую медицинскую помощь с жалобами на сжимающие, давящие боли за грудиной. На момент прибытия бригады скорой помощи АД - 100/60 мм рт. ст., ЧД 14-17 в мин, ЧСС 86 в мин, по данным электрокардиографического исследования выявлены подъёмы сегмента ST в отведениях II, III, aVF. На момент прибытия пациента в Больницу скорой медицинской помощи болевой синдром был купирован. Пациенту выполнено чрескожное коронарное вмешательство: тромбаспирация из правой коронарной артерии, прямое стентирование правой коронарной артерии на границе второго и третьего сегментов. Уровень тропонина на момент поступления составлял 0.05 нг/мл, при динамическом исследовании – 7.95 нг/мл, креатинфосфокиназы – 780 Ед/л, креатинфосфокиназы-MB – 89 Ед/л, при исследовании углеводного обмена выявлена стрессовая гипергликемия, уровень гликированного гемоглобина составил 5.4%. У пациента Ч. установлен острый крупноочаговый инфаркт нижней, боковой стенок левого желудочка. На вторые сутки наблюдения пациента в стационаре зафиксирован пароксизм фибрилляции предсердий, купированный амиодароном через 24 часа. При эхокардиографическом исследовании выявлены зоны гипокинеза в базальных, перегородочных сегментах, снижение фракции выброса по Simpson до 51%. За время наблюдения состояние пациента Ч. стабилизировалось, ему рекомендовано прохождение реабилитации в инфарктном отделении в ГУ «Республиканская клиническая больница медицинской реабилитации».

Заключение

Клинический случай свидетельствует об актуальности изучения риска развития сердечно-сосудистых событий у пациентов с раком предстательной железы на фоне комбинированной терапии. Динамическое наблюдение, профилактика, своевременное выявление и адекватное лечение сердечно-сосудистой патологии позволит снизить риск кардиоваскулярных осложнений у данной категории пациентов.

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. Impact of comorbidity on survival among men with localized prostate cancer / Albertsen P.C. [et al.] // Journal of Clinical Oncology. – 2011. – Vol. 10. – P. 1335-1341.
6. Barkin, J. Risks, benefits, and approaches to hormonal blockade in prostate cancer. High-lights from European Association of Urology Meeting, March 20-24, 2015, Madrid, Spain / J. Barkin // The Canadian Journal of Urology. – 2015. – Vol. 22. – P. 7847-7852.
7. 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. – Vol. 306. – P. 2359-2366.