

РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И СОСТОЯНИЕ ПЕЧЕНИ

Тураев Умар Рахимович

*Бухарский государственный медицинский институт
(ректор проф. Тешаев Ш.Ж.)*

АННАТАЦИЯ

Химиотерапия — один из основных методов уничтожения опухолевых клеток при опухолевых заболеваниях. Но информации о влиянии этого метода на здоровые клетки мало.

В частности, недостаточно продуктов, влияющих на функцию печени. Наше исследование посвящено неблагоприятному влиянию химиотерапии на функцию печени и их профилактике.

В патогенезе развития рака молочной железы особая роль принадлежит хроническим нарушениям функции печени, вызванным вирусной инфекцией.

Ключевые слова: Рак молочной железы, химиотерапия, метастазы, морфологические и биохимические изменения в печени.

Рак молочной железы—имеет агрессивное течение, проявляется инвазивным, очень быстрым ростом, метастазирует. Новообразование происходит из клеток молочной железы или является метастазом другой (первичной) опухоли. Метастазы при новообразованиях развивается больше всего от рака молочной железы. Это связано с характером кровообращения, гормонозависимых, лимфообращение функцией молочной железы. Метастазы злокачественного новообразования – это тяжелое осложнение, которое более опасно, чем сама первичная опухоль. Метастатический рак выявляют как метастазы злокачественной опухоли при ее первичной локализации в других органах.

Причины и механизм развития рака молочной железы (РМЖ) еще недостаточно изучены. Исследовалось влияние географического положения, климата, рациона питания, некоторых медицинских препаратов. Опухоль в разных своих фрагментах и клетки метастазов-это очень неоднородное образование, там все клетки разные, они быстро делятся и быстро мутируют. Но в любом случае химиотерапия воздействует на все метастазы, где бы они ни были. Исключение – метастазы в головном мозге, куда проникают не все препараты. В этих случаях назначают особое лечение, либо особое введение препаратов – в спинномозговой канал. Бывают даже такие опухоли, у которых нельзя найти первичный очаг - то есть, все, что мы видим в организме – это метастазы. Но лечение все равно назначают, и оно, во многих случаях, успешно проводится

Диагностика. Химиотерапия – это лечение. И, как у всякого лечения, у нее бывают побочные эффекты. Они бывают от любых лекарств, они бывают после хирургических операций. Сама химиотерапия тоже бывает разной в зависимости от цели. Главный механизм действия химиопрепаратов – воздействие на механизм деления клетки. Клетки раковых опухолей очень быстро делятся, поэтому, воздействуя на деление клеток, мы останавливаем рост опухоли.

Предоперационную химиотерапию применяют до хирургической операции, чтобы максимально уменьшить размер опухоли и сделать хирургическое вмешательство максимально щадящим. А бывает химиотерапия **паллиативная и послеоперационная**. Паллиативную применяют, когда опухоль запущена, со множественными метастазами, и вылечить больного невозможно, но возможно затормозить дальнейшее прогрессирование и попытаться контролировать опухоль. В этом случае химиотерапия призвана подарить пациенту время, но, как правило, она сопровождает его до конца.

После химиотерапии у пациента ожидаемо падают показатели крови. Обычно пик падения приходится на седьмой-четырнадцатый день, потому что «химия» как раз подействовала на все клетки, которые были в периферической крови, а новый костный мозг выработать еще не успел. Падение происходит в зависимости от препарата, который применялся; одни из них действуют преимущественно на тромбоциты, другие – на лейкоциты и нейтрофилы, третьи – на эритроциты и гемоглобин. Химиотерапевтическое лечение проходит циклами. В зависимости от схемы химиотерапии, человек может получить, например, три дня капельниц химиотерапии, а следующие будут через 21 день. Этот промежуток называется «один цикл», он дается специально, чтобы организм пациента восстановился. Перед каждым новым сеансом химиотерапии состояние пациента контролируют, смотрят, что было с ним в этот промежуток – делают клинический и биохимический анализ крови. Пока человек не восстановился, новый цикл лечения не начинается. Если кроме снижения показателей крови до определенного уровня в промежуток между «химиями» ничего плохого не происходило — кровь восстановится сама. Чрезмерное падение тромбоцитов создает угрозу кровотечения, пациенту с такими показателями делают переливание тромбоцитарной массы. Если упали лейкоциты, которые отвечают за иммунитет, а человек заразился какой-то инфекцией, начался кашель, насморк, поднялась температура, - сразу назначают антибиотики, чтобы инфекция не распространилась. Обычно все эти процедуры делаются амбулаторно. Перед самым первым циклом химиотерапии пациенту должны объяснить все возможные осложнения, рассказать про каждый препарат и его воздействие; и пациент может проконсультироваться со своим онкологом. Взвешивание рисков – отправная точка химиотерапии. Врач и пациент выбирают

между повреждением, которое может принести химиотерапия, и преимуществом, которое может за ней последовать, - а именно - продление жизни порой на десятки лет. Перед каждым новым сеансом химиотерапии состояние пациента контролируют, смотрят, что было с ним в этот промежуток - делают клинический и биохимический анализ крови. Пока человек не восстановился, новый цикл лечения не начинается. Если кроме снижения показателей крови до определенного уровня в промежуток между «химиями» ничего плохого не происходило - кровь восстановится сама. Чрезмерное падение тромбоцитов создает угрозу кровотечения, пациенту с такими показателями делают переливание тромбоцитарной массы. Если упали лейкоциты, которые отвечают за иммунитет, а человек заразился какой-то инфекцией, начался кашель, насморк, поднялась температура, сразу назначают антибиотики, чтобы инфекция не распространилась. Обычно все эти процедуры делаются амбулаторно. В перерывах между курсами химиотерапии пациента ведет онколог из районного онкодиспансера или поликлиники. Это - ключевой момент в принятии решения о необходимости применения химиопрепаратов: если мы понимаем, что при назначении того или иного лекарства процент успеха будет ниже, чем побочные эффекты, применять его просто нет смысла.

После химиотерапии у пациента ожидаемо падают показатели крови. Обычно пик падения приходится на седьмой-четырнадцатый день, потому что «химия» как раз подействовала на все клетки, которые были в периферической крови, а новые костный мозг выработать еще не успел. Падение происходит в зависимости от препарата, который применялся; одни из них действует преимущественно на тромбоциты, другие - на лейкоциты и нейтрофилы, третьи - на эритроциты и гемоглобин.

Химиотерапевтическое лечение проходит циклами. В зависимости от схемы химиотерапии, человек может получить, например, три дня капельниц химиотерапии, а следующие будут через 21 день. Этот промежуток называется «один цикл», он дается специально, чтобы организм пациента восстановился.

Если кроме снижения показателей крови до определенного уровня в промежуток между «химиями» ничего плохого не происходило - кровь восстановится сама. Чрезмерное падение тромбоцитов создает угрозу кровотечения, пациенту с такими показателями делают переливание тромбоцитарной массы. Если упали лейкоциты, которые отвечают за иммунитет, а человек заразился какой-то инфекцией, начался кашель, насморк, поднялась температура, - сразу назначают антибиотики, чтобы инфекция не распространилась. Обычно все эти процедуры делаются амбулаторно. В перерывах между курсами химиотерапии пациента ведет онколог из районного онкодиспансера или поликлиники. Перед самым первым циклом химиотерапии

пациенту должны объяснить все возможные осложнения, рассказать про каждый препарат и его воздействие; и пациент может проконсультироваться со своим онкологом. Взвешивание рисков – отправная точка химиотерапии. Врач и пациент выбирают между повреждением, которое может принести химиотерапия, и преимуществом, которое может за ней последовать, - а именно- продление жизни порой на десятки лет. Это – ключевой момент в принятии решения о необходимости применения химиопрепаратов: если мы понимаем, что при назначении того или иного лекарства процент успеха будет ниже, чем побочные эффекты, применять его просто нет смысла. Причины возникновения метастазов у разных опухолей очень разные, как именно возникают метастазы, мы пока не знаем. Единственное, что мы знаем – «стволовых клеток рака» не бывает. Опухоль в разных своих фрагментах и клетки метастазов-это очень неоднородное образование, там все клетки разные, они быстро делятся и быстро мутируют. Но в любом случае химиотерапия воздействует на все метастазы, где бы они ни были. Исключение – метастазы в головном мозге, куда проникают не все препараты. В этих случаях назначают особое лечение, либо особое введение препаратов – в спинномозговой канал. Бывают даже такие опухоли, у которых нельзя найти первичный очаг- то есть, все, что мы видим в организме- это метастазы. Но лечение все равно назначают, и оно, во многих случаях, успешно проводится. «Альтернативные препараты», которые принимают онкологические пациенты, в лучшем случае оказываются безобидными травмами, от которых нет заметного действия. Увы, бывает хуже. Например, иногда пациенты начинают пить чудодейственные лекарства на основе смеси разных масел, а ведь масло – это очень тяжелый продукт для печени. В итоге пациент буквально вызывает у себя воспаление печени, и мы не можем начать цикл химиотерапии, потому что «химия» на печень тоже воздействует. И хорошо, если пациент хотя бы рассказывает нам, что он принимал, и мы можем понять, что так ухудшило ситуацию. Но лечение в итоге откладывается, эффективность его понижается. Кроме того, ряд новых лекарств для лечения, например, рака молочной железы, сейчас основан на растительных компонентах.

В последнее время в дополнение к цитостатикам- препаратам химиотерапии, которые действовали на весь организм целиком, появились новые препараты. Это-новое поколение препаратов химиотерапии – **таргетные препараты** и лекарства, основанные на принципиально ином принципе действия – **иммунопрепараты**. **Таргетный препарат**-это лекарство, воздействующее не на весь организм, а адресно на клетки опухоли. При этом важно – молекулы конкретного таргетного препарата могут присоединиться к рецепторам клетки только определенного вида опухоли. Конкретный подтип

опухоли определяется генетическим анализом во время молекулярно-генетического исследования.

Иммунопрепараты воздействуют на иммунную систему организма и иммунные механизмы опухоли в её ядре. В результате в организме активизируется собственный иммунитет, который начинает бороться с раковыми клетками. Один из методов - **гормонотерапия**, но здесь круг показаний еще уже – опухоль должна быть гормоночувствительная. На гормонотерапию лучше всего реагируют опухоли молочной железы и предстательной железы, хотя и здесь гормоны можно использовать только при определенных показаниях.

Но в любом случае химиотерапия воздействует на все метастазы, где бы они ни были. Исключение-метастазы в головном мозге, куда проникают не все препараты. В этих случаях назначают особое лечение, либо особое введение препаратов – в спинномозговой канал. Бывают даже такие опухоли, у которых нельзя найти первичный очаг, - то есть, все, что мы видим в организме – это метастазы. Но лечение все равно назначают, и оно, во многих случаях, успешно проводится.

Однако чтобы получить иммунопрепарат и таргетный препарат, у пациента должна быть опухоль с определенными характеристиками, эти препараты действуют не на все опухоли, а на их определенные мутации. Патолог и молекулярный генетик должен подробно прописать паспорт опухоли, и записать в назначении, что пациенту необходим именно этот препарат. В условиях вивариума в экспериментальных условиях нами было произведено эксперимент. Здесь впервые нами было использован как иммуностимулятор, как антиоксидант и противоопухолевой гранатное масло.

В эксперименте:

- 1) Индуцирование рака молочной железы у крыс с использованием 7,12-диметилбензантрацена в тайте рибаде и изучение морфологии молочной железы;
- 2) научная оценка структурной, обшеморфологической строение 10 дней химиотерапии;
- 3) определение морфологических изменений в печени белых крыс при добавлении к традиционному (стандартному) лечению после химиотерапии иммунокоррекции тималином.
- 5) определить морфологические изменения печени белых крыс после химиотерапии только при коррекции маслом косточек граната;

Объект исследования. В качестве объектов исследования использовали 26 белых беспородных крыс-самок в обычных условиях вивария в течение 6 месяцев. В соответствии с целью исследования все подопытные животные были разделены на 4 сопоставимых групп: контрольную и 3 экспериментальных групп, называемых раком молочной железы. Объект исследования. В качестве

объектов исследования использовали 26 белых беспородных крыс-самок в обычных условиях вивария в течение 6 месяцев.

Методы исследования. Для решения задач исследования и достижения целей используются гистологические, общеморфологические методы исследования.

Научная новизна исследования.

- Изучить морфогенез рака молочной железы;
- - Изучить структурно-морфологические изменения печени при раке молочной железы у крыс;
- для сравнительного изучения морфогенеза печени при химиотерапии получены сведения о закономерностях строения и особенностях компонентов печени крыс;
- в эксперименте изучены морфофункциональные изменения повреждение печени под влиянием химиотерапии.
- изучены и оценены морфофункциональные характеристики влияния традиционного консервативного лечения после химиотерапии на параметры структур печени.

- изучены сравнительная характеристика тималина и гранатное масло.

На 21 день всех экспериментальных животных разделили на 6-групп.

1-гр. Контрольная;

2-гр. Экспериментальная РМЖ. (рак молочной железы).

3-гр. Экспериментальная РМЖ+Пантаксил+ Тималин.

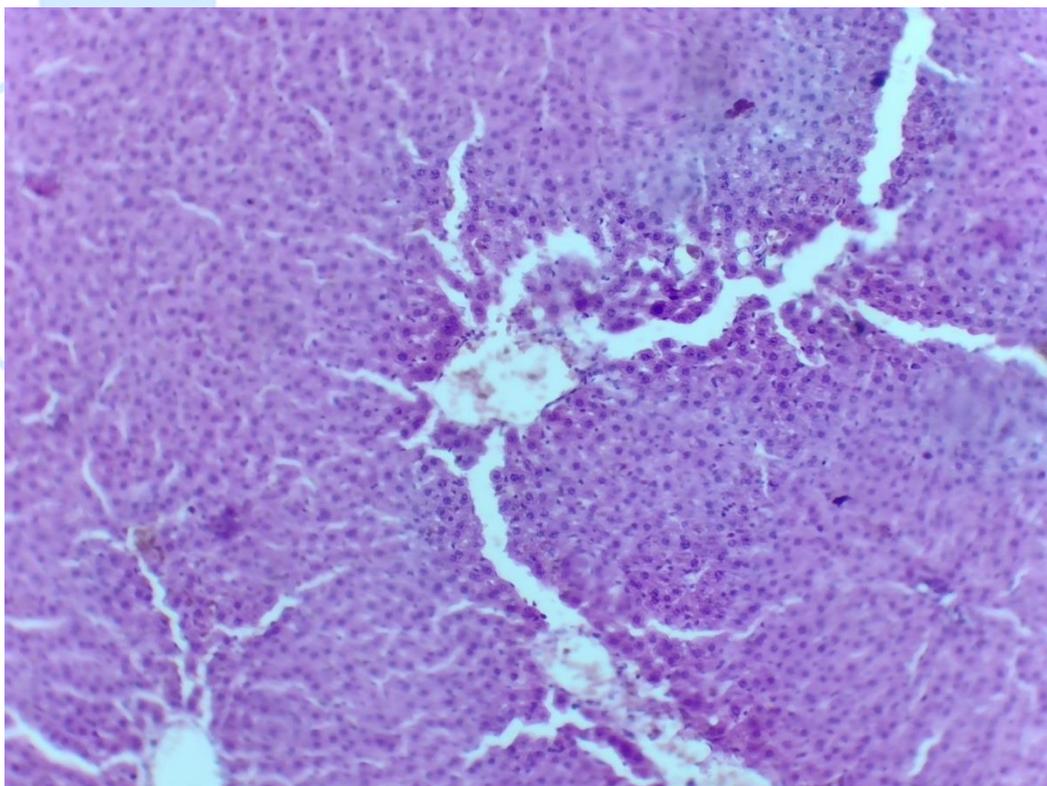
4-гр. Экспериментальная РМЖ +Пантаксил+гранатное масло.

Результаты:

1-гр. Ткань печени интактных животных представляется зеленовато-голубой, а сосуды имеют темный оттенок. В печеночной ткани хорошо видны триада сосудов печени. Синусоиды представляют собой гладкостенные, часто ветвящиеся цилиндр образные трубки, скорость кровотока в них сильно варьирует.

2-гр. РМЖ (Рак молочной железы). У экспериментальных животных - печень застойная, багрового оттенка. При биомикроскопии отмечаются увеличения печени, явления кровенаполнения, имеющие характер венозного застоя с вазодилатацией. Печеночные венулы становились полнокровными. Помимо этого, в наличии редкие опустошённые синусоиды, которые, в свою очередь, чередуются с дилатированными, заполненными кровью капиллярами. Кровоток замедлен. Отмечается пресинусоидальный отек. Это явление особенно выражено в центре долек, которое микроскопически характеризуется размытостью границ сосудов. Наблюдается расширение центральных

собирательных венул, кровотоков в них замедлен и отмечается агрегация форменных элементов крови.



3-гр. РМЖ + Пантаксел + Тималин. Печень застойная венозный застоя с вазодилатация несколько уменьшено, кровотоков малозаметно ускорен. Периваскулярный отек сохранён. Агрегация форменных элементов сохранён.

4-гр. РМЖ +Пантаксел + гранатное масло. Печень морфометрический уменьшен в размере, периваскулярный отек уменьшен. Опустошённые синусоиды заполнены и кровотоков заметно ускорен.

Выводы. (Гранатное масло уже больше 1000 лет используется народной медицине. По литературным данным считается эффективным иммуностимулятором, антиоксидантное, против опухолевидным средством. В первые выделяли из особого сорта гранат в Емени).

Результат на глаз видно улучшены состояния и показатели экспериментальных животных. Гранатное масло запускает механизм самоуничтожения раковых клеток, разрастания новообразований и опухолей молочной железы.

Мы предлагаем наряду с традиционными химиотерапевтическими методами широко использовались и народное лекарств средство.

Литература:

1. Противоопухолевая химиотерапия. Под. ред. Н.П. Переводчиковой. М.-Медцина. 1989.стр 77-82.
- 2.Справочные материалы. Злокачественные новообразования. Под. ред. Н.Н.Трапезникова.
- 3.Тураев У.Р. Иммуноотерапия ва жигар. Central Asian journal.
- 4.Тураев У.Р. Микрогемодинамика печени и ПОЛ. Медицинский журнал Узбекистана. 2002 №2.3 стр.89-92.
- 5.Резцова В.В... Анализ связи между ингибированием биосинтеза НАД и противоопухолевой активностью препаратов. Вопросы Онкологии ТОМ.38. стр. 711-717.
6. Ghulmiyyah L. Maternal mortality from preeclampsia/eclampsia / L. Ghulmiyyah, B. Sibai // Semin Perinatol. - 2012. - Vol. 36(1). -P. 56-59.
7. Anthony J. Hypertensive disorders of pregnancy: what the physician needs to know / J. Anthony, A. Damasceno, D. Ojji // Cardiovasc J. Afr. - 2016. - Vol. 27(2). - P. 104-110.