

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СХЕМ ЛЕЧЕНИЯ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ РАДИОТЕРМОМЕТРИЧЕСКИМ МЕТОДОМ

Фишер Л.Н (зав. Маммологическим отделением ОД №5, г. Москва., к.м.н.), Фишер О.А(зам директора по научной работе «Эдис Мед Ко» РАЕН, к.м.н., Веснин С.Г(ген директор фирмы РЭС, к.т.н).

Известно, что рак молочной железы в настоящее время занимает одно из ведущих мест среди других онкологических нозологий. Смертность от рака молочной железы остается очень высокой. Данная патология наносит большой прямой и опосредованный экономический ущерб.

К основным методам борьбы с раком молочной железы является лечение предраковых заболеваний.

Лечение предраковых заболеваний по общепринятому мнению является одним из основных видов профилактики развития рака. Вместе с тем, не смотря на длительную и весьма успешную историю изучения предраковых заболеваний, остается невыясненным, на наш взгляд, ведущий вопрос – как из огромной массы предраковых заболеваний вычленить те, которые в ближайшей или отдаленной перспективе могут перейти в онкологическую патологию. Основной массой доброкачественной патологии молочной железы является фиброзно-кистозная мастопатия. Эта патология достаточно длительно изучается отечественными и зарубежными научными школами, достигнуты серьезные успехи в плане диагностики и лечения ФКМ, но остается не до конца решенными ряд вопросов

Прежде всего, можно ли вылечить мастопатию. Если исходить из классического определения ФКМ – а, именно, « нарушение структурно-функциональных взаимоотношений различных тканей молочной железы и т.д, то, следуя формальной логике, критерием излеченности будет являться восстановление структурно-функциональных взаимоотношений. К сожалению, на сегодняшний день развития маммологии, эта задача не относится к числу выполнимых. Но тогда можно использовать другой подход, а именно – провести разделение диффузной мастопатии по степени активности пролиферации и направить усилия на лечение мастопатии с большим пролиферативным потенциалом. В ряде исследований доказано, что при пролиферативной форме фиброзно-кистозной болезни молочной железы риск неопластической трансформации выше по сравнению с общепопуляционным. Но сразу же становится вопрос: как определить выраженность пролиферативного процесса и его активность. Классические методы обследования, а именно Маммография и УЗИ дает на этот вопрос достаточно опосредованный ответ, т.е если делать ММГ и УЗИ, то по динамике можно определить активность пролиферативного процесса в ткани молочной железы, Но динамика при ММГ это 6 месяцев, при УЗИ молочных желез - это 3-4 месяца. Таким образом, проблема интервальных раков этими методами в настоящее время решить нельзя. Использование более современных аппаратов УЗИ с функцией соноэластографии лимитируется высокой стоимостью этих аппаратов и, самое главное, вопрос об активности пролиферативного процесса не закрывается. Наше внимание привлек метод микроволновой

радиотермометрии о технической сущности которого столь подробно рассказывал Веснин Сергей Георгиевич. Данный метод который мы используем в ОД №5 (ранее онкологическое отделение ГП№227) около 4 лет и провели более 3000 исследований позволил нам не только приблизиться к решению поставленного вопроса, но и проводить анализ многочисленных схем лечения ФКМ с позиции ингибирования активности пролиферативного процесса в ткани молочной железы, и, таким образом индивидуализировать лечебную тактику.

Для настоящего времени оценка эффективности лечения ФКМ в настоящее время проводится с использованием маммографии и ультразвукового метода лечения. Эффективность маммографии можно оценить, измеряя размеры очаговых образований и анализируя плотность тканей т.н. breast density. Недостатком метода маммографии в оценке эффективности лечения ФКМ является невозможность использования данного метода ранее 3-6 месяцев, т.к. вышеописанные рентгенологические изменения ткани не происходят ранее 3-6 месяцев. Нельзя забывать и о лучевой нагрузке на организм женщины. УЗИ дает возможность оценить динамику ФКМ с кистозным компонентом и, в значительно меньшей степени, ФКМ с преобладанием железистого и фиброзного компонентов. Важно заметить, что 2 вышеописанных метода позволяют судить о наличии патологии, но не о ее качественных характеристиках. Специалисту крайне важно знать степень активности пролиферативного процесса в патологическом очаге. В настоящее время ответ на данный вопрос можно получить только с использованием инвазивных техник –пункционная биопсия, трепан –биопсия и вакуум аспирационная биопсия. Недостатком пункционной биопсии является ограниченное получение материала. Недостатком трепан-биопсии является ее высокая травматичность. Недостатком вакуумной аспирационной биопсии является также высокая травматичность. Общим недостатком данных методов является невозможность частого их использования. Смысл использования травматических методов в исследовании молочных желез показан только в том случае если соотношение риск-польза однозначно в пользу 2 фактора.

Наше внимание привлек радиотермометрический метод, разработанный специалистами фирмы РЭС. Основным постулатом данной методики является тот факт, что клетки в состоянии повышенной пролиферативной активности выделяют больше тепла, что может быть зафиксировано специальным прибором. Измерение с использованием 2 датчиков в симметричных точках молочных желез позволяет нивелировать тепловые «наводки», т.е. снизить до минимума требования к помещению, где проводится данная методика. Преимуществом данной методики является неинвазивность, безвредность, возможность многократного использования данной методики с минимальными интервалами.

В своей практике мы использовали большое количество схем лекарственной терапии и нелекарственных методов лечения ФКМ. Анализ всего многообразия схем значительно превышает временной интервал данного нам времени. Поэтому мы рассмотрим только те схемы, которые наиболее часто используем в своей практике. Критерием использования данных схем является эффективность данных лекарственных комплексов в плане ингибирования активности

пролиферативных процессов в ткани молочной железы. Мы считаем (и в наших ранних работах) это доказывалось , что основное внимание надо уделить энергетической триаде – Цикл трикарбоновых кислот – цикл молочной кислоты – перекисное окисление липидов. Если аэробное окисление(ЦТК) обладает минимальным пролиферативным потенциалом, то цикл молочной кислоты (анаэробного окисления) обладает большим пролиферативным потенциалом, а ПОЛ обладает наивысшим пролиферативным потенциалом. Исходя из вышеизложенного , мы проанализировали эффективность следующих схем : схемы ЛН Сидоренко, схема прожестожель+мастодинон+вобензим (ПВМ), схема Киселева (индинол +эпигаллат), и с комплексные схемы с использование антигомотоксических препаратов фирмы Хель.

Широко и заслуженно известные схемы Л.Н Сидоренко, в которых использовались в различных сочетаниях витамины, гепатопротекторы, ферменты, травы успокаивающего действия, седативные средства из-за своих фармакологических особенностей обладали достаточно высоким антипролиферативным потенциалом.

Прожестожель, как натуральный прогестерон, лимитировал действие эстрогенов, которые вызывают пролиферацию протоков альвеолярного эпителия, тогда как прогестерон противодействует этим процессам и обеспечивает дифференцировку эпителия и прекращения митотической активности мастодинон ингибировал действие пролактина который при повышенной концентрации вызывает пролиферацию в молочной железе, вобензим –мы использовали его в невысоких дозировках, 1-2 таблетки 3 раза в день – на наш взгляд, проявлял действие не как системной энзимотерапии а как катализатор действия прожестожеля и мастодинона.

Схема Киселева (иниднол и эпигаллат) основана на прямом и опосредованном ингибировании пролиферативного потенциала эстрогенов

Препараты фирмы Хель, такие как траумель, лимфомиозот, коэнзим композитум и убихинон композитум.,не оказывая выраженных побочных эффектов, проявили себя как препараты с высоким антипролиферативным потенциалом.

По данным ММГ И УЗИ, проведенные до- после 6 месяцев лечения носили незначительный положительный характер, что может быть связано с техническими пределами данных методик изменения в молочных железах носили незначительный положительный характер

По данным РТМ, проведенными в эти же сроки т.е до лечения . через 1,3,6 месяцев. Отмечалось выраженное прогрессирующее снижение активности пролиферативных процессов, которое проявлялось снижением термоасимметрии, уменьшением максимальных температур в глубине ткани молочной железы и на ее поверхности.