

© М.В.Гринёв, А.В.Голубева, 1998
УДК 616-006.6:612.017.1:061.3(100)

РАК, ИММУНИТЕТ, ИММУНОРЕАБИЛИТАЦИЯ (по материалам III Международного конгресса по иммунореабилитации и реабилитации в медицине. Эйлат, Израиль, 4—7 мая 1997 г.)

Проблема иммунореабилитации в медицине при вторичном иммунодефиците различного генеза приобрела характер настоятельной и все возрастающей необходимости, о чем свидетельствуют материалы III Международного конгресса по иммунореабилитации и реабилитации в медицине, на котором собрались 800 делегатов из 35 стран (при 8 тыс. изъявивших желание участвовать в нем). Как и на предыдущих конгрессах, сообщения на данную тему были представлены различными специалистами, однако в данный отчет включены работы, относящиеся к хирургии.

Председатель конгресса академик Р.И.Сепиашвили (Москва) в своем вступительном докладе о современной концепции иммунореабилитации дал четкое определение этого термина как «процесса», когда под воздействием применяемых лечебно-профилактических факторов (как медикаментозных, так и немедикаментозных) иммунная система восстанавливает свои физиологически функциональные способности, проявляющиеся в нормализации иммунологических параметров и выздоровлении больного (при остром течении болезни) или стойкой ремиссии с минимальным числом рецидивов или их исчезновением (при хронической форме болезни). В основе многих заболеваний, включая сепсис, рак и др., лежит иммуносупрессия. Несмотря на новейшие технологии, проблема восстановления иммунитета не решена, и поэтому сейчас основной задачей является разработка мер иммунореабилитации, т. е. обеспечения пациенту прежнего, имевшегося до болезни, качества жизни. Проблема иммунодефицита, а значит и иммунореабилитации касается прежде всего онкологических больных, так как совершенно доказанным фактом считается то, что в основе опухолевого роста лежат иммуносупрессия и иммунодефицит.

Вопросам вторичных иммунодефицитных состояний (ИДС) и иммунокоррекции этих состояний в онкологии на конгрессе было уделено пристальное внимание. Из представленных докладов следует, что в настоящее время имеется все нарастающая тенденция развития онкологической науки в поисках методов ликвидации ИДС, иммунореабилитации как существенной составляющей комплекса лечеб-

ных мер у онкологических больных. Прежде всего подчеркивалась необходимость именно комплексного подхода в иммунореабилитации онкологических пациентов, как страдающих тяжелым ИДС (В.А.Черешнев, г. Пермь; И.Б.Семенова, Б.Ф.Семенов, Москва). Большое внимание было уделено использованию цитокинов в онкологии, особенно при опухолях почки, женских половых органов (З.Г.Кадагидзе, Москва; Н.В.Медуницын, Москва). Описаны положительные результаты после наиболее часто применяемых цитокинов. Интерфероны успешно используют при лечении хронических лейкозов, гемобластозов у детей, при карциноме печени, распространенной меланоме. Изучалось действие другого цитокина — фактора некроза опухоли (ФИО) — при саркомах мягких тканей, опухолях конечностей. В большинстве случаев иммунотерапия сочетается с полихимиотерапией (ПХТ). Л.А.Стишур и соавт. (г. Ростов-на-Дону) изучали применение химиоиммунопрепаратов в комплексном лечении больных раком вульвы и яичников (46 больных, использовали алкилирующие химиопрепараты и Т-активин), А.Ф.Возианов и соавт. (Украина) — комбинированное лечение и иммунореабилитацию больных с прогрессирующей почечно-клеточной карциномой с применением цитокинов (интерферон-α26) и 5-фторурацила, который позволяет добиться полной или частичной ремиссии, Т.И.Поспелова (г. Новосибирск) — реабилитацию больных с гемобластомами в ближайший и отдаленный периоды ПХТ различными иммунокорректорами, используемыми в комплексе. На заседаниях конгресса были затронуты также вопросы диагностики и дифференцировки степени тяжести процесса в зависимости от иммунологического статуса больного. Например, в литературе описано изменение метаболической активности иммунокомпетентных клеток крови у больных лейкозом за счет значительной активации свободно-радикального окисления мембранных липидов, что ведет к изменению структурно-функциональной активности клеток периферической крови (О.Ф.Фролова и соавт., г. Тюмень). Изучалось состояние иммунологической реактивности у больных раком

шейки матки в зависимости от стадии заболевания (Ю.С.Сидоренко, г. Ростов-на-Дону). Проведена сравнительная характеристика применения иммунокоррекции реофероном и лазерным излучением у больных раком желудка (Д.А.Адамбеков, г. Бишкек), а также предложены методы коррекции цитопенических состояний, вызванных ПХТ у онкологических больных (лейкоферон — В.П.Кузнецов и соавт., полидан — М.Б.Бычков и соавт., Москва).

Доклад проф. М.В.Гринева был посвящен актуальнейшей, особенно для индустриально развитых стран, проблеме колоректального рака в стадии Dukes D (IV стадия). 44 больным была проведена комплексная иммунокорректирующая терапия: подключение ксеноселезенки (2—6 сеансов) с перерывом в 1 нед и введение интерлейкина-2 (1—2 млн ЕД, 2—11 инфузий с перерывом в 2 дня). До этого все больные подверглись оперативному вмешательству, целью которого являлось удаление основной массы опухоли. Эффект подключения ксеноселезенки проявился в активации функции фагоцитов, увеличении абсолютного числа гранулоцитов на 46%. Об активации функции фагоцитов свидетельствовало также повышение уровня ФНО на 67%. Восстановление исходного числа популяций Т-лимфоцитов или увеличение их числа наблюдалось через 21—28 дней после начала биосорбций. Исследование иммунитета у больных, леченных с использованием активной иммунотерапии (ксеноселезенка, интерлейкин-2) через 2—4 нед после лечения, свидетельствовало о нормализации иммунологической реактивности (восстановление абсолютного числа лейкоцитов и лимфоцитов, общего числа Т-лимфоцитов, их субпопуляций: количество натуральных киллеров было достоверно выше уровня, наблюдавшегося до начала иммунотерапии). У основной части больных отмечалось снижение уровня канцероэмбрионального антигена.

Таким образом, лечение больных с запущенными формами колоректального рака следует проводить по двум основным направлениям: максимальное удаление опухолевой ткани (циторедуктивный метод) и активная иммунохимиотерапия. Этот метод позволяет значительно снизить уровень иммуносупрессорных факторов, образуемых метаплазированными клетками, а также функционально измененными лимфоцитами и моноцитами, инфильтрирующими опухоль. Ксеноселезенка обладает выраженными иммуномодулирующими и канцеролитическими свойствами. Кроме того, ксеноселезенка обладает выраженным сорбционным действием, которое приводит к элиминации иммунных комплексов, устраняет интоксикацию, характерную для обширного опухолевого процесса. Благодаря примененной комплексной терапии больных колоректальным раком IV стадии удалось добиться 5-летней выживаемости более чем у 22% пациентов. Все изложенное выше позволяет отнести ксеноселезенку, используемую в комплексной технологии лечения колоректального рака IV стадии, к весьма эффективному иммуномодулирующему средству, реабилитирующему противораковую защиту, а по механизму действия и ее генетической детерминированности, по-видимому, целесообразно отнести ее к природному иммуномодулятору.

Завершая сообщение о конгрессе, следует отметить, что иммунореабилитация онкологических больных — многоплановая задача, еще далекая от совершенства и единого решения. Она является частью общей реабилитации больного и адаптации его к условиям социальной жизни с восстановлением прежде всего качества жизни.

*М. В. Гринёв, А. В. Голубева,
Санкт - Петербург*

Поступила в редакцию 21.05.97 г.