Основные результаты применения сочетанной иммунотерапии и иммунокоррекции у больных раком шейки матки

Кенбаева Д.К., Манамбаева З.А., Макишев А.К.

Городской онкологический диспансер, г.Астана

Установлено, что развитие злокачественных новообразований происходит на фоне снижения численных и функциональных показателей иммунной системы [1,2]. Использование методов неспецифической иммунокоррекции до определенной степени способствует улучшению клинических результатов лечения больных с новообразованиями [3].

В то же время получили распространение способы специфической иммунотерапии, в ряде случаев являющиеся альтернативой другим методам консервативного лечения или дополняющие их.

Использование противоопухолевой иммунотерапии может сталкиваться с проблемой угнетения общего иммунного статуса, снижающего ее эффективность. Одним из подходов к улучшению результатов применения данного метода может служить его использование на фоне неспецифической иммуностимуляции.

Цель исследования: Осуществить анализ клинических результатов применения сочетанной иммунотропной терапии у больных раком шейки матки.

Материалы и методы:

Обследованы 117 больных раком шейки матки (РШМ), подвергавшихся специфической противоопухолевой терапии, в возрасте от 30 до 70 лет.

Больные были распределены на 3 группы в зависимости от проводимой терапии. В первую включены пациенты, получавшие только сочетанную лучевую терапию (СЛТ), во вторую – сочетание СЛТ и специфической иммунотерапии (СИТ) по методике, включающей инкубацию аутолимфоцитов с опухолевыми антигенами и интерлейкином-2. В третью группу вошли больные, получавшие сочетание СЛТ, СИТ и иммунокоррекции (ИКТ), заключавшейся в курсе системной энзимотерапии препаратом флогэнзим.

Проведен анализ степени регрессии первичной опухоли в ходе лечения; частоты развития рецидивов и поздних метастазов; качества жизни больных по шкале Карновского; выживаемости больных.

Результаты исследования.

Наибольшее относительное число больных с малой степенью регрессии опухоли (менее 50%) было выявлено при проведении только СЛТ, а регрессия более 75% наблюдалась только в 1/3 случаев против 75,0% - в группе СЛТ+СИТ+ИКТ ($p<0,05$).

У больных III клин. стадии отмечалась аналогичная картина – в одинаковом числе случаев наблюдалось уменьшение объема опухоли на 50% и 50-75%, и только 23,8% пришлись на максимальную степень эффективности. При схеме СЛТ+СИТ степень регрессии увеличивалась незначительно, но в большей части случаев отмечалась максимальная степень уменьшения объема опухоли. При использовании сочетания СЛТ+СИТ+ИКТ минимальная степень регрессии была выявлена в 17,6% случаев, а максимальная - в 58,8% ($p<0,05$).

В обеих подгруппах применения СИТ было выявлено двукратное снижение частоты рецидивов и поздних метастазов злокачественного новообразования.

При РШМ III клин. стадии отмечалось снижение частоты рецидивов при проведении СИТ в 1,5 раза, а при назначении ИМТ – в 3,5 раза ($p<0,05$). Более чем вдвое снижалась частота поздних метастазов.

У пациенток с РШМ IIB клин. стадии через 6 месяцев после СЛТ имелось большое число случаев со снижением показателя шкалы Карновского (28,5%). Повышение показателя шкалы Карновского было определено в 33,4% случаев, причем только 9,5% - на 20 баллов.

Среди больных, получавших СЛТ+СИТ, снижение качества жизни имело место только в 5,3%, а в 61,1% случаев наблюдалось повышение показателя шкалы. При применении СЛТ+СИТ+ИКТ отсутствовали случаи снижения показателя, у большинства больных (85,0%) он повышался, в том числе в 45% случаев на 20 баллов и более.

У больных РШМ III клин. стадии при проведении СЛТ в 42,9% было зарегистрировано снижение показателя шкалы Карновского. Только в 15,2% случаев отмечалось повышение данного показателя в пределах 20 баллов. При проведении СЛТ+СИТ более чем в 50% случаев отмечалось повышение качества жизни. Наилучшие результаты отмечались при использовании схемы СЛТ+СИТ+ИКТ.

Анализ 3-летней выживаемости показал превышение в пределах 30-35% по отношению к группе СЛТ.

Проведенный анализ свидетельствует о клинической эффективности применения разработанных методов иммунокоррекции и иммунотерапии у больных с РШМ.

Литература:

1. Barber H.R.K Present studies of tumor immunology in clinical gynecology // Am.J. Reproductive Immunology. – 1999. – Vol.20. – P.140-146.

2. Di Daia P.J. Immunologic aspects of gynecological cancer // Obstetrices. Gynecology Surviver. – 1995. – Vol. 40. – P.111-119.

3. Танатова З.А. Особенности и повышение эффективности лечения злокачественных новообразований репродуктивной системы женщин в регионе Семипалатинского ядерного полигона:дисс. докт. – Астана, 2007. – 257 с.