

ИНТЕРФЕРОНОВЫЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПОЧКИ ДО И ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ НЕФРЭКТОМИИ

Е.А. Шкапова

КГУЗ «Красноярский краевой онкологический диспансер»

Актуальность. Система интерферона (ИФН) является универсальной системой организма, обеспечивающей его неспецифическую резистентность. Под действием ИФН развивается целый каскад реакций, проявляющихся на клеточном, системном и организменном уровнях. Хорошо известны антивирусные свойства ИФН, которые осуществляются путем стимуляции выработки антивирусных белков в интактных клетках, он также участвует в антимикробной защите организма, усиливая активность фагоцитарного звена иммунной системы, и обладает радиопротекторными свойствами. В онкологии особый интерес представляет противоопухолевое действие ИФН, которое опосредуется несколькими механизмами: антипролиферативным эффектом, регуляцией клеточной дифференцировки, ингибированием онкогенов и ангиогенеза, противовирусной и иммуномодулирующей активностью.

Цель исследования. Целью работы явилась оценка параметров интерфероновой системы у больных почечноклеточным раком (ПКР) до и после радикальной нефрэктомии.

Материал и методы. На базе Краевого онкологического диспансера проведены динамические наблюдения за больными ПКР ($T_3N_0M_0$) до ($n=132$) и через 14 дней ($n=45$) после радикальной нефрэктомии. Диагноз ПКР и стадия заболевания были верифицированы гистологически. В качестве контрольной группы обследовано 30 здоровых доноров. В супернатантах мононуклеаров периферической крови (МПК), культивированных в CO_2 -инкубаторе в течение 72 ч, оценивали уровень сывороточного ИФН, а также спонтанной и стимулированной продукции ИФН- α и ИФН- γ методом твердофазного иммуноферментного анализа с помощью тест-систем «Pro Con» ООО «Протеиновый контур» (С.-Петербург, Россия). Для стимуляции клеток использовали конканавалин А (в концентрации

15 мкг/мл «Sigma», USA). Статистическую обработку результатов осуществляли с помощью пакета прикладных программ Statistica 6.0 (StatSoft, Inc.).

Результаты. При сравнительном анализе параметров ИФН статуса у пациентов с ПКР и здоровых доноров установлено, что содержание общего сывороточного ИФН у лиц с ПКР как до, так и через 14 дней после хирургического лечения значительно превышает соответствующее значение в контрольной группе. Исследование способности МПК обследуемых лиц к продукции ИФН различных классов позволило установить у больных ПКР в период до хирургического лечения статистически значимое увеличение в 5,75 раза спонтанной продукции ИФН- γ относительно контрольных значений. В то же время отмечено, что уровень стимулированной продукции ИФН- β составляет всего лишь 41,2 % от контроля. Следовательно, можно констатировать, что у больных ПКР до хирургического лечения наблюдается дисбаланс ИФН-продуцирующей системы. Через 14 дней после хирургического лечения наблюдалось снижение спонтанной продукции ИФН- β по сравнению с соответствующим показателем в период до оперативного вмешательства. Уровень стимулированной продукции ИФН- β МПК остается сниженным относительно контрольных величин. Однако отмечается повышение уровня индуцированной продукции ИФН- β по сравнению с показателями больных ПКР до хирургического лечения.

При исследовании способности МПК больных ПКР после хирургического лечения к продукции ИФН- γ установлено, что повышенный уровень спонтанной продукции данного цитокина относительно контрольных величин сохранен и превышает соответствующее значение в контрольной группе в 6,23 раза. Необходимо отметить, что в данной группе обследуемых

МПК более активно продуцируют ИФН- γ при стимуляции конканавалином А, чем клетки пациентов до хирургического лечения. Кроме того, наблюдается тенденция к увеличению уровня стимулированной продукции ИФН- γ относительно соответствующих значений в контрольной группе. Следовательно, у больных ПКР через 14 дней после хирургического лечения отмечается положительная динамика изменений параметров ИФН статуса, однако полного восстановления ИФН-продуцирующей активности не происходит. Так, сохраняется повышенный уровень спонтанной продукции ИФН- γ МПК. Кроме того, необходимо отметить пониженный уровень спонтанной продукции ИФН- β . Несмотря на увеличение уровня индуцированной продукции ИФН- β относительно параметров у больных ПКР до хирургического лечения, концентрация ИФН данного класса не достигает уровня здоровых доноров.

Выводы. Можно констатировать дефицит продукции эндогенного ИФН- β у больных ПКР как до, так и через 14 дней после хирургического лечения, что дает основание для проведения иммунотерапии препаратами ИФН- β у данной категории больных. Причем целью такого лечения может быть не только профилактика возникновения метастазов и повышение противоопухолевой резистентности организма, но и коррекция эндогенного синтеза ИФН- β МПК, поскольку известно, что небольшие дозы экзогенного ИФН обладают прайминг-эффектом, иначе говоря, способствуют более активной выработке эндогенного ИФН. Однако необходимо отметить, что к вопросу о назначении интерферонотерапии и необходимых дозах, сроках лечения следует подходить индивидуально, на уровне каждого отдельного пациента, так как общие схемы интерферонотерапии эффективны всего в 15–45 % случаев, по данным разных авторов.

СПОСОБ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СТЕНОК ОРБИТЫ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПОЛОСТИ НОСА И ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ

В.И. Штин

ГУ «НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН», г. Томск

Актуальность. Развитие опухолей околоносовых пазух в 60 % случаев сопровождается их интраорбитальной инвазией. При злокачественных новообразованиях верхней челюсти и полости носа, вызывающих ограниченную деструкцию костных стенок орбиты без инфильтрации интраорбитальной клетчатки, оправдано выполнение электрохирургической резекции верхней челюсти с удалением пораженных стенок и прилегающей клетчатки с сохранением глазного яблока. В этих условиях значительную проблему представляет восстановление резецированных стенок орбиты.

Материал и методы. В НИИ онкологии совместно с НИИ медицинских материалов разработана оригинальная методика устранения послеоперационных костных дефектов глазницы и сохранения нормального положения и функ-

ции глазного яблока после радикальных резекций по поводу опухолей верхней челюсти.

Результаты. Эндопротезирование выполняется с использованием сетчатых имплантатов из никелидтитановой нити, их изготовление производят по данным спиральной компьютерной томографии, антропометрического обследования в предоперационном периоде и интраоперационных измерений костного дефекта лицевого скелета. Сетчатый имплантат подгоняют конгруэнтно протезируемой области и устанавливают, укрепляя балкой из пластины пористого никелида титана толщиной 0,3–0,8 мм, шириной 0,5 см. С использованием данной методики пролечено 7 пациентов. Наблюдение за течением репаративных процессов в послеоперационной полости установило сокращение сроков заживления практически в 2 раза. Толщи-