

Эффективность применения иммуномодулятора "Иммуномакс" при лечении местных лучевых повреждений

Бардычев М. С., Пасов В.В., Курпешева А.К., Лукьянова Е.Ю

*Медицинский радиологический научный центр РАМН
(директор академик РАМН А. Ф. Цыб)*

Лучевая терапия злокачественных опухолей часто осложняется развитием лучевых повреждений здоровых тканей и органов [1]. Если в период применения рентгенотерапии развивались преимущественно лучевые повреждения кожи и подлежащих мягких тканей, то по мере внедрения мегавольтовой гамма-терапии стали все чаще появляться поздние лучевые повреждения внутренних органов (легких, кишечника, мочевого пузыря, нарушение кровотока). Собственный опыт лечения таких больных свидетельствует, что 85–90% больных с местными лучевыми повреждениями - это лица старше 50 лет с продолжительным сроком клинического течения лучевых повреждений (10-15 лет у 75% больных). Как правило, это ослабленные больные с выраженной анемией, нарушением питания, с подавленной регенерацией тканей и сниженным иммунитетом. Применяемые консервативные методы лечения (противовоспалительные, стимуляция обменных процессов и репараторных процессов и т.п.) оказываются не всегда эффективными. В настоящем сообщении анализируются первые результаты применения иммуномодулятора "Иммуномакс" (фирма ООО "Иммафарма", Москва) в комплексном лечении больных местными лучевыми повреждениями.

Исследование эффективности Иммуномакса проведено у 32 больных с местными лучевыми повреждениями, развившимися после лучевой терапии рака шейки и тела матки (19 больных), рака молочной железы (10 больных), лимфогранулематоза (3 больных). Местные лучевые повреждения у больных раком шейки и тела матки проявлялись в виде длительного течения лучевых ректосигмоидитов различной степени тяжести (от катаральных до язвенно-некротических изменений). У больных, лечившихся по поводу рака молочной железы и лимфогранулематоза, лучевые повреждения проявлялись лучевыми язвами грудной стенки (7 пациенток), пневмофиброзом легких (5 пациенток), остеорадионекрозом, рожистым воспалением (8 пациенток).

Лечение больных с местными лучевыми повреждениями проводилось по комплексной программе с применением противовоспалительных средств местно (раствор димек-сида, хлоргексидин, гепон и т.п.) и стимуляцией репараторных процессов (мазь "Левомиколь", облепиховое масло, "Синтозон" и др.). Одновременно проводилось и общее лечение - витаминотерапия, применение протеолитических ферментов, коррекция свертывающей системы крови [1].

Препарат "Иммуномакс" в соответствии с рекомендацией по медицинскому применению (М., 2004) вводился внутримышечно по 200 ЕД, растворимых в 1 мл воды для инъекций, 6 инъекций - на 1-й, 2, 3, затем в той же дозе - на 8, 9, 10 дни лечения.

До лечения у всех больных исследовалась микрофлора и чувствительность к антибиотикам раневого отделяемого, а также мазки слизистых половых органов и слизистой ротоглотки.

Микрофлора ротоглотки до и после курса терапии им-муномаксом практически не изменялась и была представлена, в основном, зелеными стрептококками и непатогенными нейссериями.

Микрофлора влагалища до лечения была представлена лактобациллами, дифтероидами, КНС (коагулазонегативными стафилококками), энтерококками и в 1 случае - золотистыми стафилококками.

Спустя 12-15 дней отмечалось увеличение частоты и количества выделения лактобацилл. Значительно снижалась частота выделения и количество дифтероидов и энтерококков. Количество и частота выделения КНС уменьшились незначительно. Количество золотистого стафилококка не изменилось. Таким образом, наблюдается тенденция к нормализации микрофлоры влагалища.

В настоящем сообщении представлены результаты исследования, полученные в ближайшие дни после второго введения Иммуномакса. Для полной реализации его терапевтического эффекта, несомненно, потребуются большее время.

Исследование иммуностатуса у большинства больных до лечения выявило нарушение естественной резистентно, нарушение адаптивного иммунитета. Применение Иммуномакса приводило после трехдневного повторного введения Иммуномакса по 200 ЕД к нормализации иммунитета к 20-25 дням. Полученные данные, таким образом, свидетельствуют о наличии у больных с поздними местными лучевыми повреждениями вторичного иммунодефицита с клиническим проявлением недостаточности противоиного иммунитета. Нарушение иммунитета, в первую очередь, следует объяснить длительным (2–5 лет) гнойно-некротическим процессом облученных тканей, органов таза и легких [3].

Положительное действие Иммуномакса наряду с нормализацией показателей иммунитета приводило к стимуляции репараторных процессов лучевых ректосигмоидитов и циститов, улучшению функциональных (спирометрия) и объективных показателей дыхательной системы (результаты компьютерной томографии в динамике), что по сравнению с контрольной группой (40 больных с аналогичными лучевыми повреждениями, лечение которых проводилось по аналогичной схеме основной группы, но без применения Иммуномакса) давало выигрыш в 7-12 дней пребывания в стационаре и улучшение субъективных показателей жизни (уменьшение интенсивности болей, снижение частоты мочеиспускания и нормализации функции желудочно-кишечного тракта).

Таким образом, применение иммуномодулятора "Иммуномакс" повышает эффективность комплексного лечения больных местными лучевыми повреждениями у онкологических больных.

Литература

1. Бардычев М.С., Цыб А.Ф. Местные лучевые повреждения. - М.: Медицина, 1985. - С. 240.
2. Иммуномакс. Инструкция по медицинскому применению препарата. -М., 2004.-С. 6
3. Малашенкова И.К., Дидковский Н.А., Левко А.А. К вопросу о значении индивидуального подбора иммунокорректоров // Фарматека. - 2004 -№ 12.-С. 26-33.