

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕ ХИМИОТЕРАПИИ

**Усманов Анвар Зайниддин угли**

*Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али*

*Ибн Сино, улица А. Навои, Бухара, Узбекистан.*

На настоящий момент пора задуматься о смене парадигмы лечения некоторых видов рака с химиотерапевтической на иммунотерапевтическую как относительно низкотоксичную, позволяющую осуществить персонифицированный подход к пациенту, имеющую широкую базу для развития, обеспечивающую хорошее качество жизни больным и показавшую свою эффективность в целом ряде исследований. Для этого необходимо формирование протоколов лечения, базирующихся именно на принципах иммунотерапии и исключающих химиолучевое лечение там, где оно своей эффективности не продемонстрировало. Несомненно, что проведение иммунотерапевтических программ требует наличия клинической базы с современными лабораториями и специалистами в области культивирования клеток, иммунологии, молекулярной генетики и может быть реализовано только в специализированных центрах с высоким научным потенциалом [И.С. Долгополов, Г.З. Чкадуа, 2018].

Химиотерапия — один из основных методов лечения в онкологии. Механизмы действия у химиопрепаратов бывают разными, но все они сводятся к одному принципу: лекарства повреждают и уничтожают быстро размножающиеся раковые клетки. Так как химиопрепараты чаще всего вводят внутривенно, они распространяются по всему организму и атакуют не только опухолевые, но и здоровые активно делящиеся клетки, в частности в волосяных фолликулах, красном костном мозге, слизистых оболочках (рот, пищеварительный тракт, репродуктивная система). Из-за этого возникают побочные эффекты. Некоторые химиопрепараты могут повредить клетки

сердца, почек, мочевого пузыря, нервной системы, легких [Пылев А.Л., 2022].

Таким образом, применение адекватной иммунокорригирующей терапии способствует предотвращению послеоперационных осложнений, устраниению побочных эффектов химиолучевой терапии, в результате чего возможно выполнение полной программы лечения и реабилитации онкологических больных. Выбор адекватных методов иммунокоррекции должен быть обоснован результатами иммунологического мониторинга в процессе лучевой и химиотерапии. Только при квалифицированном назначении, строгим показаниям иммунотерапия может способствовать существенному улучшению непосредственных и отдаленных результатов лечения, улучшению качества жизни онкологических пациентов.

## Литература

1. Avallone A, Giuliani F, Nasti G, et al. Randomized intermittent or continuous panitumumab plus FOLFIRI (FOLFIRI/PANI) for first-line treatment of patients (pts) with RAS/BRAF wild-type metastatic colorectal cancer (mCRC): The IMPROVE study. *J Clin Oncol.* 2022; 40.
2. Hagen Fritz Kennecke, Carl J Brown, Jonathan M. Loree, et al. CCTG CO.28 primary endpoint analysis: Neoadjuvant chemotherapy, excision and observation for early rectal cancer, the NEO trial. *Journal of Clinical Oncology.* 2021 May 20; 39: 3508-3508.
3. Jensen LH, Poulsen LØ, Risum SN, et al. Curative chemoradiation for low rectal cancer: Early clinical outcomes from a multicentre phase II trial. *Annals of Oncology.* 2020; 31: S409-S461.
4. Bach SP, de Wilt JHW, Peters F, et al. STAR-TREC phase II: Can we save the rectum by watchful waiting or transanal surgery following (chemo)radiotherapy versus total mesorectal excision for early rectal cancer? *J Clin Oncol.* 2022; 40.

5. Serra-Aracil X, Pericay C, Badia-Closa J, et al. Noninferiority multicenter prospective randomized controlled study of rectal cancer T2-T3s (superficial) N0, M0 (T2T3sN0M0) undergoing neoadjuvant treatment and local excision (TEM) versus total mesorectal excision (TME): Preoperative, surgical, and pathological outcomes – The TAUTEM-study. *J Clin Oncol.* 2022; 40.
6. Cercek A, Lumish MA, Sinopoli JC, et al. Single agent PD-1 blockade as curative-intent treatment in mismatch repair deficient locally advanced rectal cancer. *J Clin Oncol.* 2022; 40.
7. Verschoor YL, van den Berg J, Beets G, et al. Neoadjuvant nivolumab, ipilimumab, and celecoxib in MMR-proficient and MMR-deficient colon cancers: Final clinical analysis of the NICHE study. *J Clin Oncol.* 2022; 40.
8. Cohen R, Taieb J, Fiskum J, et al. Microsatellite instability in patients with stage III colon cancer receiving fluoropyrimidine with or without oxaliplatin: An ACCENT pooled analysis of 12 adjuvant trials. *J Clin Oncol.* 2021 Feb 20; 39(6): 642-651.
9. Fleming P, Chen C, Moore DF, et al. High-risk MSI-H stage II colon cancer: Treatment patterns and outcomes. *J Clin Oncol.* 2022; 40.
10. Crowley E, Di NF, Loupakis F, Bardelli A. Liquid biopsy: monitoring cancer-genetics in the blood. *Nat Rev Clin Oncol.* 2013; 10: 472-84.