

Связаны ли между собой иммунный дефицит и риск развития рака?

Источник.

Grulich A.E. et al. Incidence of cancers in people with HIV/AIDS compared with immunosuppressed transplant recipients: a meta-analysis. Lancet. July 7, 2007; 370: 59–67.

Реферат.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=ShowDetailView&TermToSearch=17617273>

Известно, что ВИЧ инфицированные больные имеют повышенный риск развития онкологических заболеваний, особенно раков, связанных с инфекционными агентами. Неясно, однако, насколько большую роль в этом играет состояние иммунной системы больных. С диагнозом СПИДа (по версии CDC) на сегодняшний день считаются связанными только следующие три вида онкологических заболеваний: саркома Капоши, неходжкинская лимфома и рак шейки матки. Австралийские ученые провели интересное исследование, сравнив онкологическую заболеваемость больных, переживших трансплантацию органа и находящихся на иммуносупрессивной терапии, и ВИЧ инфицированных больных.

Методы и ход исследования.

Ученые провели мета-анализ когортных исследований. В мета-анализ включались исследования, проведенные среди взрослых ВИЧ инфицированных больных, либо среди взрослых, переживших трансплантацию органа. Условием включения исследования в метаанализ служил тот факт, что данные об онкологической заболеваемости больных были получены из эпидемиологических регистров развитых стран.

Исследователи определяли стандартизованное отношение заболеваемости (СОЗ) – отношение заболеваемости в популяции в целом к заболеваемости в той или иной когорте. Рассматривалась заболеваемость тридцатью видами онкологических нозологий, которые считаются не связанными со СПИДом и тремя видами онкологических заболеваний, считающихся связанными со СПИДом (саркома Капоши, неходжкинская лимфомы и рак шейки матки).

Результаты.

В мета-анализ были включены 7 исследований ВИЧ инфицированных больных (число участников – 444 172), проведенных в США, Австралии, Шотландии, Италии, Швейцарии и Англии, и 5 исследований, включивших реципиентов трансплантатов (число участников – 31 977), и проведенных в Дании, Финляндии, Швеции, Австрии и Канады. 97% трансплантационных больных получили пересадку почки.

Исследователи рассчитали СОЗ для каждого исследования и обнаружили, что и у ВИЧ инфицированных и у трансплантационных больных заболеваемость 20 из 28 видов онкологических заболеваний оказалась значительно выше, чем в целом среди населения. Необходимо отметить однако, что для некоторых видов онкологических заболеваний отмечалась гетерогенность результатов (величин СОЗ) среди 7 исследований ВИЧ инфицированных больных.

Особое внимание исследователи уделили онкологическим заболеваниям, связанным с инфекционными агентами. Они обнаружили, что СОЗ у ВИЧ инфицированных и трансплантационных больных составили соответственно : для вызванных вирусом Эпштейна-Барра лимфомы Ходжкина – 11,03 (95% доверительный интервал 8,43–14,4) и 3,89 (2,42–6,26), и неходжкинской лимфомы – 76,67 (39,4–149) и 8,07 (6,4–10,2); для саркомы Капоши, вызванной вирусом герпеса человека 8 типа, – 3640 (3326–3076) и 208 (114–349); для рака печени, связанного с вирусами гепатита В и С, – 5,22 (3,32–8,20) и 2,13 (1,16–3,91), для рака желудка, связанного с *Helicobacter pylori*, – 1,90 (1,53–2,36) и 2,04 (1,49–2,79).

Были определены также СОЗ для раков, связанных и «вероятно связанных» с вирусом папилломы человека. Среди ВИЧ инфицированных и трансплантационных больных соответственно величины СОЗ составили: для рака шейки матки – 5,82 (2,98–11,3) и 2,13 (1,37–3,30), рака вагины – 6,45 (4,07–10,2) и 22,76 (15,8–32,7), анального рака – 28,75 (21,6–38,3) и 4,85 (1,36–17,3), рака кожи (не меланомы) – 4,11 (1,08–16,6) и 28,62 (9,39–87,2), для рака губы – 2,8 (1,91–4,11) и 30 (16,3–55,3), рака глаза – 1,98 (1,03–3,81) и 6,94 (3,49–13,8). Наиболее распространенные эпителиальные раки встречались в исследуемых когортах с той же или даже более низкой частотой, что и в популяции в целом, за исключением рака легких. Среди ВИЧ инфицированных и трансплантационных больных СОЗ составили соответственно: для рака молочной железы – 1,03 (0,89–1,20) и 1,15 (0,98–1,36), рака простаты – 0,70 (0,55–0,89) и 0,97 (0,78–1,19), рака толстого кишечника – 0,92 (0,78–1,08) и 1,69 (1,34–2,13), рака яичников – 1,63 (0,95–2,80) и 1,55 (0,99–2,43), рака легких – 2,72 (1,91–3,87) и 2,18 (1,85–2,57). Заболеваемость следующими видами онкопатологии была также повышена в обеих когортах по сравнению с популяционной: раком почки, множественной миеломой, лейкемией и меланомой. Заболеваемость раком мочевого пузыря и щитовидной железы была увеличена только у трансплантационных больных, а заболеваемость раком мозга и тестикул – только у ВИЧ инфицированных больных.

Выводы.

Исследователи обнаружили схожие тенденции в повышении риска развития рака среди двух категорий больных, которые ведут совершенно разный образ жизни и не имеют других, кроме иммунного дефицита, общих факторов риска. В обеих когортах была значительно повышена заболеваемость раками, связанными с вирусными инфекциями. Была также повышена заболеваемость видами рака, чья связь с инфекционным возбудителем не доказана на настоящий момент. Так, например, заболеваемость немеланомным раком кожи была повышена в 28 раз среди трансплантационных больных и в 4 раза среди ВИЧ инфицированных. Однако частота наиболее часто встречающихся эпителиальных раков в исследуемых когортах не была повышена.

«Повышенная частота раковых заболеваний различных локализаций, которую мы обнаружили, позволяет предположить более значительную, чем считалось ранее, роль иммунной системы в предотвращении раков, связанных с инфекционными агентами. Если иммунный дефицит связан с таким широким спектром раковых заболеваний, то вероятен рост роли рака как причины смертности ВИЧ инфицированных людей», – пишут авторы исследования.