

Spis treści

1.	<i>Wprowadzenie</i>	1
1.1	Streszczenie	1
1.2	Abstract	1
1.3	Cel pracy	1
1.4	Układ pracy	1
2.	<i>Wstęp</i>	3
2.1	Procesy nowotworowe	3
2.2	Budowa układu immunologicznego i jego znaczenie w procesie leczenia nowotworów	3
2.2.1	Limfocyty T_{CD8+}	5
2.2.2	Komórki NK	5
2.2.3	Interferony	5
2.2.4	Interleukiny	6
2.3	Sposoby leczenia nowotworów	6
2.3.1	Immunoterapia	6
2.3.2	Chemioterapia	7
2.3.3	Leczenie skojarzone	8
3.	<i>Model</i>	9
3.1	Opis modelu	9
3.2	Założenia modelu	10
3.3	Równania modelu	11
3.4	Składowe równań modelu	11
3.5	Parametry modelu	11
4.	<i>Symulacje</i>	14
4.1	Brak leczenia	14
4.1.1	Warunki początkowe	14
4.2	Leczenie metodą immunoterapii	15
4.3	Leczenie metodą chemioterapii	15
4.4	Połączenie metod immunoterapii i chemioterapii	15
5.	<i>Rezultaty</i>	16

6. Analiza wyników	17
7. Podsumowanie	18

Spis rysunków

- 4.1 Symulacja odpowiedzi układu immunologicznego na nowotwór, dla warunków początkowych: początkowa liczba komórek nowotworowych $T(0) = 1 \cdot 10^6$, początkowa liczba komórek NK $N(0) = 1 \cdot 10^5$, początkowa liczba limfocytów T_{CD8+} $L(0) = 1 \cdot 10^2$, początkowa liczba krążących limfocytów $C(0) = 6 \cdot 10^{10}$ 14
- 4.2 Symulacja odpowiedzi układu immunologicznego na nowotwór, dla warunków początkowych: początkowa liczba komórek nowotworowych $T(0) = 1 \cdot 10^6$, początkowa liczba komórek NK $N(0) = 1 \cdot 10^3$, początkowa liczba limfocytów T_{CD8+} $L(0) = 1 \cdot 10^1$, początkowa liczba krążących limfocytów $C(0) = 6 \cdot 10^8$ 15

Spis tabel

3.1 Parametry modelu.	12
-------------------------------	----

1. Wprowadzenie

1.1 Streszczenie

W pracy przedstawiono model opisujący odpowiedź układu immunologicznego na rozwijający się w organizmie nowotwór. Model ten oparty jest na modelu de Pillis'a oraz modelu Isaeva i Osiopov'a [1]. Obejmuje on rozwój komórek nowotworowych w organizmie oraz odpowiedź układu immunologicznego – w tym limfocytów naciekających nowotwór (ang. Tumor Infiltrating Lymphocytes (TIL)), komórek NK (ang. Natural Killer - naturalni zabójcy), limfocytów T_{CD8+} . Następnie model zostaje poddany modyfikacji – uwzględnia dodatkowo proces leczenia nowotworu skojarzonymi metodami chemioterapii i immunoterapii z użyciem cytokin: interleukin-2 (IL-2) i interferonów alfa ($INF-\alpha$).

1.2 Abstract

1.3 Cel pracy

Celem pracy było:

- utworzenie modelu rozwoju nowotworu w organizmie z uwzględnieniem leczenia skojarzonymi metodami chemioterapii i immunoterapii,
- przeprowadzenie symulacji leczenia nowotworu metodą chemioterapii, immunoterapii oraz skojarzonych metod chemioterapii i immunoterapii,
- analiza rozwiązań modelu opisującego leczenie wyłącznie metodą chemioterapii,
- analiza rozwiązań modelu opisującego leczenie wyłącznie metodą immunoterapii,
- analiza rozwiązań modelu opisującego leczenie zarówno metodą chemioterapii, jak i immunoterapii.

1.4 Układ pracy

Praca składa się z następujących części:

-
- wstępu teoretycznego zawierającego informacje na temat rodzajów nowotworów i sposobów ich rozwoju oraz niektórych metod ich leczenia, a także dotyczących budowy i sposobu działania układu immunologicznego,
 - przedstawienia zaimplementowanego modelu, na którym przeprowadzano symulacje,
 - opisu dokonanych symulacji i scenariuszy, według których zostały przeprowadzone,
 - analizy wyników symulacji i wynikających z nich wniosków,
 - podsumowania.

2. Wstęp

2.1 Procesy nowotworowe

Nowotworem określa się nieprawidłowe komórki w organizmie, których wzrost odbywa się w sposób niekontrolowany [1,2]. W zdrowym organizmie występuje równowaga pomiędzy tempem podziałów komórkowych a ich utratą. W przypadku nowotworu ginie mniej komórek niż przybywa [3]. W efekcie ich spontanicznego mnożenia się struktura, która się z nich składa zaczyna niszczyć narząd, w którym wystąpił proces nowotworowy. Niektóre z tych komórek mogą oderwać się od pozostałych, przedostać do naczyń krwionośnych i limfatycznych, a w konsekwencji dawać przerzuty do innych narządów [2]. Powstawanie nowotworu wiąże się z wieloma zmianami materiału genetycznego. Rozpoczęcie tego procesu zależy zarówno od wagi, jak i miejsca, w którym dana zmiana wystąpiła. Warto zwrócić uwagę na zmiany systemów naprawy DNA oraz systemów regulujących podstawowe procesy komórek (na przykład wzrost, różnicowanie, apoptoza). Na skutek zmian systemów naprawczych dochodzi do szybkiej i dużej niestabilności genomu, natomiast w przypadku zmian w systemach regulujących proces zaburzenia homeostazy komórki jest powolny, a niestabilność narasta stopniowo. Choroby nowotworowe w większości rozwijają się zgodnie z powolnym mechanizmem, dlatego od pojawienia się początkowej zmiany do klinicznego ujawnienia guza mija zazwyczaj wiele lat [3].

2.2 Budowa układu immunologicznego i jego znaczenie w procesie leczenia nowotworów

Na układ immunologiczny składają się mechanizmy odporności swoistej (nabytej) i nieswoistej (wrodzonej) [4,5]. Funkcjonowanie mechanizmów nieswoistych jest niezależne od wcześniejszej styczności organizmu z czynnikami patogennymi i pełni funkcję obronną przed infekcjami i chorobami będącymi skutkiem działania czynników środowiskowych. Mechanizmy te cechuje mniejsza precyzja, ale są one zdolne do szybkiego rozpoznawania i niszczenia wnikających drobnoustrojów. Odporność wrodzoną warunkują między innymi: komórki NK, makrofagi, granulocyty, monocyty. Do mechanizmów swoistej odporności należą [6]:

- aktywność cytokin i chemokin,
- cytokinozależna wrodzona oporność leukocytów i innych komórek,

- zabijanie zakażonych lub nowotworowych komórek przez komórki NK, komplement aktywowany lektynami lub drogą alternatywną,
- opsonizacja i fagocytoza.

Odporność swoista rozpoznaje antygeny bardzo precyzyjnie. Jej ważnymi elementami są limfocyty T, limfocyty B, cytokiny, przeciwciała. Komórki tego typu są zdolne do wytwarzania nieograniczonej liczby receptorów. Dodatkowo, jeśli dojdzie do ich kontaktu z antygenem wytwarza się pamięć immunologiczną, dzięki której przy ponownym zetknięciu wytwarzana jest odpowiedź immunologiczna. W przypadku limfocytów T, typ odpowiedzi swoistej określany jest jako komórkowy, natomiast dla limfocytów B – humoralny. Pomimo bardzo dużego znaczenia układu immunologicznego dla organizmu, wiele mechanizmów jego działania pozostaje jeszcze niewyjaśnionych [4].

SCHEMAT

●!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!! tutrzeba coś napisać czemu dalej pisze o limfocytach cd8+T itd..

2.2.1 Limfocyty T_{CD8+}

Limfocyty T wytwarzane są w szpiku kostnym, natomiast dojrzewają w grasicy. Te oznaczane jako CD8+ dzielą się na limfocyty:

- T_c – cytotoksyczne – odpowiadające za niszczenie komórek i odrzucanie przeszczepów,
- T_s – supresyjne – odpowiadające za hamowanie działania innych limfocytów, reakcji alergicznych i utrzymanie tolerancji immunologicznej na własne antygeny [7].

Odpowiedź immunologiczna swoista typu komórkowego, w którą zaangażowane są subpopulacje limfocytów T polega na wywołaniu reakcji zwalczania antygeny. Możliwe są dwa typy tej reakcji. W pierwszym z nich funkcję efektorów pełnią limfocyty CD4+, a makrofagi są komórkami pomocniczymi. Drugi typ reakcji zakłada, że limfocyt cytotoksyczny CD8+ jest komórką efektorową, a limfocyt CD4+ pomocniczą. Odporność komórkowa ma za zadanie, przede wszystkim walczyć z zakażeniami będącymi efektem namnażających się drobnoustrojów, ale również spełnia ważną rolę w reakcji kontaktowej ze związkami chemicznymi, odrzuceniu przeszczepu czy tkanek zmienionych nowotworowo i w niektórych reakcjach autoimmunologicznych [4]. Między 5 a 6 dekadą życia ustaje czynność grasicy, czego skutkiem są zmiany w subpopulacjach limfocytów T. Z wiekiem głównie wzrasta liczba limfocytów CD4+, natomiast zmniejsza się liczba limfocytów supresorowych i cytotoksycznych CD8+ [4].

2.2.2 Komórki NK

Swoją rolę w odpowiedzi immunologicznej mają także komórki NK, które pochodzą z prekursorów dojrzewających w szpiku kostnym [7]. Stanowią one 10-15% limfocytów obecnych w krwi. Ich zadaniem jest niszczenie komórek nowotworowych i zainfekowanych wirusami [5]. Charakterystyczny jest dla nich brak posiadania markerów czy receptorów antygenowych na powierzchni. Ich działanie wpływa na cytotoksyczne uszkodzenie, między innymi komórek nowotworowych. Jest to możliwe dzięki rozpoznawaniu przez receptor pektynowy reszt cukrowych, co wpływa na gotowość komórek NK do zabicia komórki docelowej. Z kolei receptor KIR (Killer Cell Inhibitory Receptor) zmniejsza aktywność komórek NK, jeśli rozpoznają one prawidłowe komórki organizmu [4]. Z wiekiem aktywność komórek NK spada (ze względu na zwiększoną liczbę receptorów KIR [5]), co zwiększa ryzyko umieralności z powodu ciężkich infekcji. Niekorzystnymi czynnikami mającymi wpływ na komórki NK są: stres, niska aktywność fizyczna oraz dieta wysokotłuszczowa [4]. Silna aktywność cytotoksyczna komórek NK może być uznana za oznakę dobrego zdrowia [5].

2.2.3 Interferony

Interferony należą do humoralnych mechanizmów obronnych odporności nieswoistej. Ich funkcją jest, między innymi hamowanie replikacji wirusów w komórce i proliferacji

komórek (w szczególności nowotworowych), aktywowanie syntezy enzymów (rybonukleazy, syntetazy, kinazy białkowej) i cytotoksyczności makrofagów oraz limfocytów T, a także wzmożenie aktywności komórek cytotoksycznych [7].

2.2.4 Interleukiny

Interleukiny są jedną z grup cytokin, która służy, między innymi do komunikacji pomiędzy komórkami układu odpornościowego, stanowiącymi elementy odporności wrodzonej i nabytej. Mają one charakter białkowy i są produkowane głównie przez leukocyty. Ze względu na cechy biologiczne, w tym różnice w budowie molekularnej i strukturze, interleukiny zostały zgrupowane w trzy rodziny:

- pierwszą – podzieloną na podrodzinę interleukiny-2 i podrodzinę interferonów (reprezentowaną przez interferon- α i interferon- β),
- drugą – rodzinę interleukiny-1,
- trzecią – zawierającą interleukinę 17A, B, C, D, F oraz IL-8, 25 i 27, a także IL-31, 32 i 33 [8].

2.3 Sposoby leczenia nowotworów

2.3.1 Immunoterapia

Podczas immunoterapii dochodzi do ingerencji w układ odpornościowy, co ma na celu wzmocnienie lub modyfikację mechanizmów obronnych walczących z nowotworem. Immunoterapię można podzielić na bierną i czynną o charakterze swoistym albo nieswoistym.

Nieswoista bierna immunoterapia

Immunoterapia tego typu ma za zadanie wywołać nieswoistą aktywację układu immunologicznego, a w konsekwencji działanie przeciwnowotworowe na skutek podawania czynników lub aktywowanych komórek efektorowych. Wykorzystuje się tu, na przykład cytokiny czy komórki LAK (ang. Lymphokine Activated Killers). Aby wywołać efekt biologiczny konieczne jest połączenie cytokiny ze swoistym receptorem na komórkach docelowych (limfocyty T i B, komórki NK, monocyty, makrofagi i granulocyty). Efektami przeciwnowotworowymi cytokin są:

- bezpośredni efekt cytotoksyczny,
- modyfikacja migracji limfocytów,
- wzrost wrażliwości komórek nowotworowych na efekty cytotoksyczne różnych czynników biologicznych lub chemicznych,
- hamowanie proliferacji komórek nowotworowych (m. in. INF- α),

- aktywacja komórek NK (m. in. IL-2).

INF- α to pierwsza rekombinowana cytokina zarejestrowana do stosowania klinicznego.

Swoista bierna immunoterapia

Swoista bierna immunoterapia to metoda, która polega na podawaniu czynników lub komórek efektorowych swoście skierowanych przeciwko danej komórce nowotworowej. Są to, na przykład:

- przeciwciała podawane przeciwko antygenom, które występują na komórkach nowotworowych,
- terapie komórkowe, które wykorzystują limfocyty naciekające guz (TIL); są one izolowane, następnie namnożone i aktywowane, po czym ponownie przetaczane,
- limfocyty krwi obwodowej stymulowane in vitro komórkami prezentującymi antygen.

Nieswoista czynna immunoterapia

W metodzie tej pobudzany jest układ odpornościowy, a zwłaszcza odpowiedź komórkowa. Wykorzystywane są do tego antygeny, niewystępujące w komórkach nowotworu. Substancjami stymulującymi procesy odpornościowe są nieswoiste immunostymulatory (np. całe mikroorganizmy, elementy ściany komórkowej) i immunomodulatory (m. in. wyciągi z grasicy, syntetyczne hormony grasicy, tuftsynę, enkefalinę, endorfinę, wyciągi z limfocytów).

Swoista czynna immunoterapia

Ostatni rodzaj leczenia metodą immunoterapii polega na pobudzaniu odporności na antygeny swoiste dla danego typu nowotworu. Wykorzystuje się w niej immunizację przy użyciu tzw. terapeutycznych szczepionek nowotworowych. Są to szczepionki:

- niekomórkowe – peptydowe, HSP (ang. Heat Shock Protein – szczepionki na bazie białek szoku cieplnego), szczepionki DNA oraz wirusowe,
- komórkowe – niemodyfikowane i modyfikowane genetycznie oraz komórki DC „karmione” antygenami nowotworowymi [10].

2.3.2 Chemioterapia

Chemioterapia to metoda leczenia, która polega na niszczeniu komórek nowotworowych, drobnoustrojów, bakterii za pomocą środków chemicznych. W przypadku nowotworów, stosuje się różne grupy leków, tzw. cytostatyków. Zależnie od indywidualnych cech pacjenta ma ona ściśle określony przebieg. Leki stosowane są w monoterapii – stosowanie jednego leku cytostatycznego lub polichemioterapii – stosowanie kilku leków w

określonym schemacie. Leki podaje się w pewnych sekwencjach – co kilka dni, tygodni czy bez stosowania przerwy w leczeniu. Leki cytostatyczne działają w określonych fazach podziału komórek nowotworowych – zmniejszają lub spowalniają ich namnażanie się. Najczęściej podawane są w postaci dożylnych wlewów, lecz niektóre z nich mają formę tabletek. Skutki uboczne chemioterapii mogą być liczne i zauważalne już po kilku dniach terapii, a czasem nawet po kilku godzinach [9].

2.3.3 Leczenie skojarzone

Leczenie skojarzone, polega na połączeniu kilku metod leczniczych u pacjenta. Ten sposób terapii posiada wiele zalet: umożliwia wykonanie zabiegu operacyjnego w wielu przypadkach pierwotnie nieoperacyjnych, pozwala zastąpić okaleczające zabiegi chirurgiczne równie skutecznym leczeniem zachowawczym, zmniejsza ryzyko wznowy miejscowej choroby i rozwoju odległych przerzutów, wpływa na wydłużenie czasu przeżycia chorych. Sposób ten ma również pewne wady: znacznie większa toksyczność w porównaniu z monoterapią, brak współpracy między specjalistami – trudności w przeprowadzeniu optymalnego w danym przypadku leczenia skojarzonego. Można wyróżnić:

- leczenie sekwencyjne – poszczególne metody lecznicze stosowane są po kolei, np.:
 - leczenie wstępne (neoadiuwantowe, indukcyjne) — poprzedza leczenie radykalne. Jego celem jest wczesne oddziaływanie na mikroprzerzuty lub zmniejszenie masy guza u chorych z miejscowo zaawansowanym nowotworem i umożliwienie tym samym przeprowadzenia leczenia radykalnego;
 - uzupełniające (adiuwantowe) — stosowane jest po leczeniu radykalnym, czyli u osób bez cech choroby nowotworowej, u których ryzyko uogólnienia jest duże. Jego celem jest zniszczenie potencjalnie istniejących mikroprzerzutów i zmniejszenie tym samym prawdopodobieństwa nawrotu nowotworu;
- leczenie równoczesne — kojarzenie różnych metod leczenia w tym samym czasie, na przykład równoczesna chemioradioterapia, napromienianie śródoperacyjne;
- leczenie naprzemienne — dotyczy kojarzenia radioterapii i chemioterapii [11].

3. Model

3.1 Opis modelu

Model matematyczny wykorzystany w pracy oparto na modelu de Pillis'a oraz modelu Isaeva i Osiopov'a [1]. W pierwszym etapie obejmuje on tempo rozwoju czterech populacji komórek:

- $T(t)$ – liczba komórek nowotworowych w chwili czasowej t ,
- $N(t)$ – liczba komórek NK w chwili czasowej t ,
- $L(t)$ – liczba limfocytów T_{CD8+} w chwili czasowej t ,
- $C(t)$ – liczba limfocytów krążących w chwili czasowej t ,

gdzie jednostką czasu t jest dzień.

W drugim etapie model zostaje poddany modyfikacji i dodatkowo badane są zmiany stężenia trzech podawanych leków:

- $I(t)$ – interleukin-2,
- $I_\alpha(t)$ – interferonów- α ,
- $M(t)$ – cytostatyku użytego w chemioterapii.

W równaniach modelu uwzględniono takie czynniki, jak:

- naturalny rozwój i śmierć komórek,
- śmierć komórek nowotworowych pod wpływem komórek NK, limfocytów T_{CD8+} i leków chemioterapeutycznych,
- wytwarzanie komórek NK i limfocytów T_{CD8+} ,
- dezaktywację komórek NK i limfocytów T_{CD8+} ,
- ilość podawanych leków i czas, w którym zostały podane.

3.2 Założenia modelu

1. W przypadku braku odpowiedzi układu immunologicznego liczba komórek nowotworowych wzrasta logistycznie.
2. Limfocyty NK i T_{CD8+} są zdolne zniszczyć komórki nowotworu.
3. Pod wpływem komórek nowotworowych limfocyty NK i T_{CD8+} ulegają rozszerzeniu się oraz wzrasta ich aktywność cytolityczna.
4. Limfocyty NK są zawsze obecne w organizmie, także w przypadku braku występowania komórek nowotworowych.
5. Jako część specyficznej odpowiedzi immunologicznej aktywne limfocyty T_{CD8+} są obecne w dużej liczbie tylko w przypadku obecności komórek nowotworowych.
6. Limfocyty NK i T_{CD8+} ulegają całkowitej dezaktywacji po pewnej ilości interakcji z komórkami nowotworowymi.
7. Komórki nowotworowe dezaktywują się pod wpływem interferonów α .
8. Poziom krążących limfocytów może służyć do oceny zdrowia pacjenta.
9. Odsetek komórek nowotworowych zabitych w wyniku chemioterapii zależy od ilości leku obecnego w organizmie. Maksymalny odsetek zabitych komórek wynosi mniej niż 1 – pokonanie komórek nowotworowych wskutek chemioterapii jest możliwe tylko na niektórych etapach ich rozwoju.
10. Część limfocytów NK, T_{CD8+} i krążących jest również zabijana podczas chemioterapii, zgodnie z krzywą zabijania.
11. Limfocyty NK i T_{CD8+} uczestniczą w procesie stymulacji i eliminacji aktywowanych komórek (efektorów); uproszczony model ma odzwierciedlać samoregulujący charakter układu immunologicznego.

3.3 Równania modelu

$$\left\{ \begin{array}{l} \frac{dT}{dt} = aT(1 - bT) - cNT - DT - K_T(1 - e^{-M})T - c'TL, \\ \frac{dN}{dt} = eC - fN + g\frac{T^2}{h + T^2}N - pNT - K_N(1 - e^{-M})N, \\ \frac{dL}{dt} = -mL + j\frac{D^2T^2}{k + D^2T^2}L - qLT + (r_1N + r_2C)T - uNL^2 - K_L(1 - e^{-M})L + \frac{p_iLI}{g_i} + \nu_L(t), \\ \frac{dC}{dt} = \alpha - \beta C - K_C(1 - e^{-M})C, \\ \frac{dM}{dt} = -\gamma M + \nu_M(t), \\ \frac{dI}{dt} = -\mu_i L - j'LI - k'TI + \nu_I(t), \\ \frac{dI_\alpha}{dt} = V_\alpha(t) - gI_\alpha, \end{array} \right. \quad (3.1)$$

$$\text{gdzie: } D = d\frac{(\frac{L}{T})^l}{s + (\frac{L}{T})^l} \text{ i } c' = c_{CTL}(2 - e^{\frac{I_\alpha}{I_{\alpha 0}}}).$$

3.4 Składowe równań modelu

3.5 Parametry modelu

W celu przeprowadzenia symulacji dobrano parametry modelu, jak w tabeli 3.1.

Tab. 3.1: Parametry modelu.

Nazwa	Wartość	Jednostka	Opis
a	$4,31 \cdot 10^{-1}$	dzień^{-1}	Tempo wzrostu nowotworu
b	$1,02 \cdot 10^{-9}$	komórka^{-1}	$1/b$ – nośność nowotworu
c	$6,41 \cdot 10^{-11}$	$\text{dzień}^{-1} \cdot \text{komórka}^{-1}$	Liczba komórek nowotworu zabita przez komórki NK
d	2,34	dzień^{-1}	Stopień zabijania komórek nowotworu przez limfocyty T_{CD8+}
e	$2,08 \cdot 10^{-7}$	dzień^{-1}	Liczba krążących limfocytów, które stały się komórkami NK
l	2,9	bezwymiarowe	Komórki nowotworowe częściowo zabijane przez limfocyty T_{CD8+} i przez chemioterapię
f	$4,12 \cdot 10^{-2}$	dzień^{-1}	Tempo wymierania komórek NK
g	$1,25 \cdot 10^{-2}$	dzień^{-1}	Maksymalna liczba komórek NK wytwarzanych na skutek obecności komórek nowotworowych
h	$2,02 \cdot 10^7$	komórka^2	Współczynnik stromości krzywej rekrutacji komórek NK
j	$2,49 \cdot 10^{-2}$	dzień^{-1}	Maksymalne tempo rekrutacji limfocytów T_{CD8+}
k	$3,66 \cdot 10^7$	komórka^2	Współczynnik stromości krzywej rekrutacji limfocytów T_{CD8+}

m	$2,04 \cdot 10^{-1}$	dzień ⁻¹	Tempo wymierania limfocytów T_{CD8+}
q	$1,42 \cdot 10^{-6}$	dzień ⁻¹ · komórka ⁻¹	Tempo dezaktywacji limfocytów T_{CD8+} przez komórki nowotworu
p	$3,42 \cdot 10^{-6}$	dzień ⁻¹ · komórka ⁻¹	Tempo dezaktywacji komórek NK przez komórki nowotworu
s	$8,39 \cdot 10^{-2}$	bezwymiarowe	Współczynnik stromości krzywej dezaktywacji nowotworu
r_1	$1,1 \cdot 10^{-7}$	dzień ⁻¹ · komórka ⁻¹	Tempo stymulacji wytwarzania limfocytów T_{CD8+} jako rezultat niszczenia komórek nowotworowych przez komórki NK
r_2	$6,5 \cdot 10^{-11}$	komórka ⁻¹ · dzień ⁻¹	Tempo stymulacji wytwarzania limfocytów T_{CD8+} jako rezultat interakcji komórek nowotworowych z krążącymi limfocytami
u	$3 \cdot 10^{-10}$	komórka ⁻² · dzień ⁻¹	Współczynnik Funkcji regulacyjnej limfocytów T_{CD8+} nadzorowanej przez komórki NK
α	$7,5 \cdot 10^8$	komórka · dzień ⁻¹	Stała liczba krążących limfocytów
β	$1,2 \cdot 10^{-2}$	dzień ⁻¹	Naturalna śmierć i różnicowanie krążących limfocytów
γ	$9 \cdot 10^{-1}$	dzień ⁻¹	Tempo rozpadu leku chemioterapeutycznego
p_i	$1,25 \cdot 10^{-1}$	dzień ⁻¹	Maksymalna krzywa rekrutacji limfocytów T_{CD8+} przez interleukiny-2
g_i	$2 \cdot 10^2$	komórka ²	stała
μ_i	$1 \cdot 10^1$	dzień ⁻¹	Tempo rozpadu interleukiny-2 (leku)
C_{CTL}	$4,4 \cdot 10^{-9}$	komórka ⁻¹ · dzień ⁻¹	Tempo dezaktywacji nowotworu przez limfocyty T_{CD8+}
g'	1,7	dzień ⁻¹	Tempo rozpadu terapeutycznego interferonu- α
j'	$3,3 \cdot 10^{-9}$	komórka ⁻¹ · dzień ⁻¹	Tempo wchłaniania interleukiny-2 przez limfocyty T_{CD8+}
k'	$1,8 \cdot 10^{-8}$	komórka ⁻¹ · dzień ⁻¹	Dezaktywacja molekuł interleukiny-2 przez prostaglandyny
$I_{\alpha 0}$		jednostki	Początkowa ilość interferonu- α

4. Symulacje

4.1 Brak leczenia

4.1.1 Warunki początkowe

Scenariusz I

$$T(0) = 1 \cdot 10^6$$

$$N(0) = 1 \cdot 10^5$$

$$L(0) = 1 \cdot 10^2$$

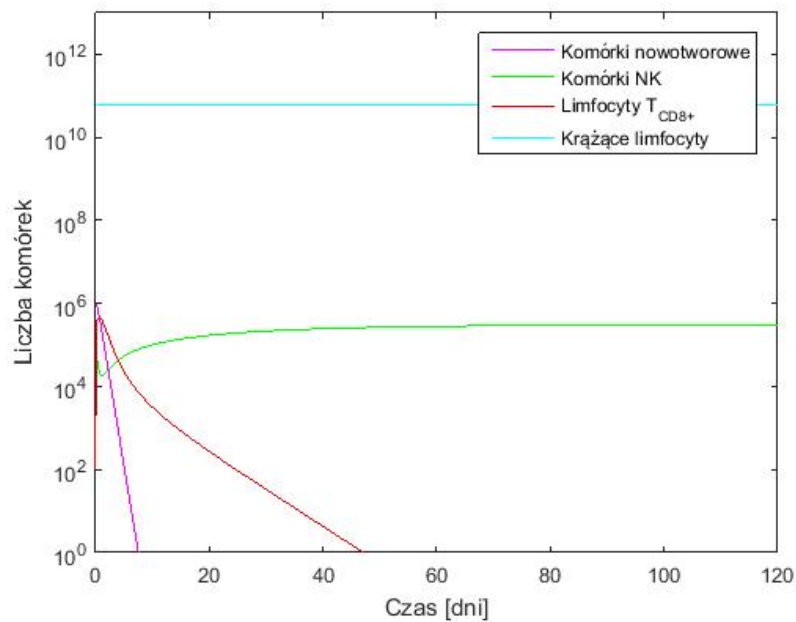
$$C(0) = 6 \cdot 10^{10}$$

$$I(0) = 0$$

$$I_\alpha(0) = 0$$

$$M(0) = 0$$

Wynik symulacji przedstawiono na Rys. 4.1.



Rys. 4.1: Symulacja odpowiedzi układu immunologicznego na nowotwór, dla warunków początkowych: początkowa liczba komórek nowotworowych $T(0) = 1 \cdot 10^6$, początkowa liczba komórek NK $N(0) = 1 \cdot 10^5$, początkowa liczba limfocytów T_{CD8+} $L(0) = 1 \cdot 10^2$, początkowa liczba krążących limfocytów $C(0) = 6 \cdot 10^{10}$.

Scenariusz II

$$T(0) = 1 \cdot 10^6$$

$$N(0) = 1 \cdot 10^3$$

$$L(0) = 1 \cdot 10^1$$

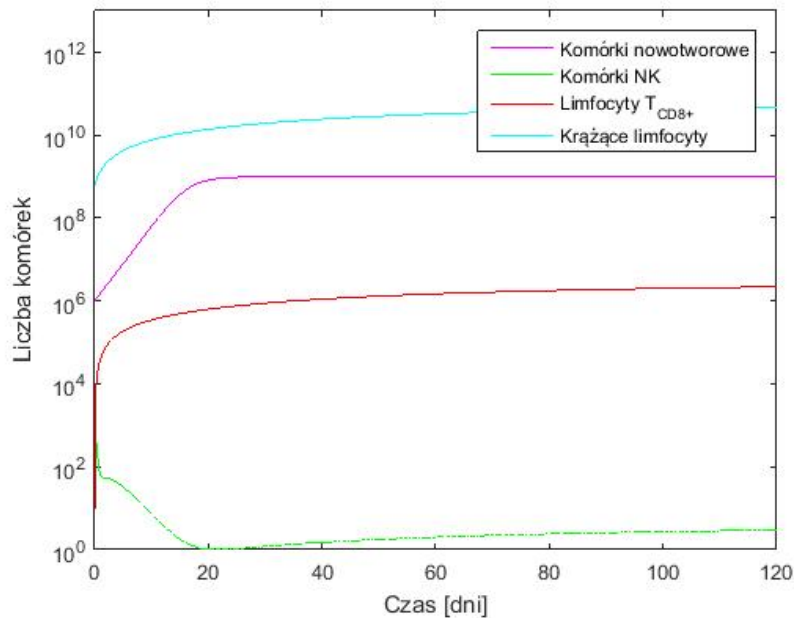
$$C(0) = 6 \cdot 10^8$$

$$I(0) = 0$$

$$I_\alpha(0) = 0$$

$$M(0) = 0$$

Wynik symulacji przedstawiono na Rys. 4.2.



Rys. 4.2: Symulacja odpowiedzi układu immunologicznego na nowotwór, dla warunków początkowych: początkowa liczba komórek nowotworowych $T(0) = 1 \cdot 10^6$, początkowa liczba komórek NK $N(0) = 1 \cdot 10^3$, początkowa liczba limfocytów T_{CD8+} $L(0) = 1 \cdot 10^1$, początkowa liczba krążących limfocytów $C(0) = 6 \cdot 10^8$.

4.2 Leczenie metodą immunoterapii

4.3 Leczenie metodą chemioterapii

4.4 Połączenie metod immunoterapii i chemioterapii

5. Rezultaty

6. Analiza wyników

7. Podsumowanie

Bibliografia

- [1] Mustafa Mamat, Subiyanto i Agus Kartono, „Mathematical Model of Cancer Treatments Using Immunotherapy, Chemotherapy and Biochemotherapy”,
- [2] R. Tadeusiewicz, „Biocybernetyka. Metodologiczne podstawy dla inżynierii biomedycznej.”, PWN, 2013
- [3] Redaktor naukowy dr n. med. Janusz Meder, „Podstawy onkologii klinicznej”, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie, 2011
- [4] Ewelina Dymarska, „Czynniki modulujące układ immunologiczny człowieka”, Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu, Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona w Legnicy nr 19(2)/2016
- [5] Nadzieja Drela, „Immunologiczna teoria starzenia”, Wydział Biologii Uniwersytetu Warszawskiego, Instytut Zoologii, Zakład Immunologii, Warszawa, 23 kwietnia 2014
- [6] Marta Sochocka, Zofia Błach-Olszewska, „Mechanizmy wrodzonej odporności”, Laboratorium Wirusologii Instytutu Immunologii i Terapii Doświadczalnej Polskiej Akademii Nauk im L. Hirszfelda we Wrocławiu, Postępy Hig Med Dośw., 59: 250-258, 2005
- [7] Emilia Kolarzyk, „Wybrane problemy higieny i ekologii człowieka”, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 2008, wyd.1
- [8] Beata Tokarz-Deptuła, Tymoteusz Miller, Wiesław Deptuła, „Cytokiny z rodziny interleukiny-1”, Katedra Mikrobiologii i Immunologii, Wydział Nauk Przyrodniczych, Uniwersytet Szczeciński
- [9] „Chemioterapia, Immunoterapia i Terapia Celowana Informacje dla Pacjenta”, Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli, Lublin, 2011
- [10] Jacek Mackiewicz, Andrzej Mackiewicz, „Immunoterapia nowotworów i perspektywy jej rozwoju”, Zakład Immunologii Nowotworów, Katedra Biotechnologii Medycznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu
- [11] Anna Świeboda-Sadlej, „Skojarzone leczenie nowotworów — współpraca chirurga i onkologa klinicznego w zakresie leczenia raka piersi, jelita grubego i płuca”, Klinika Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych WUM