



Российское общество онкомаммологов (РООМ)
www.breastcancersociety.ru

Рекомендации по профилактике и лечению тошноты и рвоты у онкологических больных

**Г.М. Телетаева, С.А. Проценко,
Т.Ю. Семиглазова, Н.С. Бесова**

**ФГБУ НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова
Санкт-Петербург**

© Общероссийская общественная организация «Российское общество онкомаммологов».

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме и какими бы то ни было средствами без письменного разрешения правообладателя.

Рекомендации по профилактике и лечению тошноты и рвоты у онкологических больных



**Телетаева Гульфия
Мидхатовна**
*К.м.н., член РООМ, ФГБУ
«НИИ онкологии
им. Н.Н. Петрова» Минздрава
России, Санкт-Петербург*



**Семиглазова Татьяна
Юрьевна**
*Старший научный сотрудник
отдела терапевтической
онкологии ФГБУ «НИИ онко-
логии им. Н.Н. Петрова»
Минздравоохранения, доцент
кафедры Северо-Западного
государственного медицинского
университета им. И.И. Мечни-
кова, врач высшей категории,
кандидат медицинских наук.
Член правления Российского
общества онкомаммологов*



**Проценко Светлана
Анатольевна**
*Ведущий научный сотрудник,
заведующий отделением,
врач-онколог, член Российского
общества онкомаммологов*



Бесова Наталья Сергеевна
*Кандидат медицинских наук,
старший научный сотрудник
отделения химиотерапии
ФГБУ Российского
онкологического центра
им. Н. Н. Блохина МЗ РФ.
Член Российского общества
онкомаммологов*

Совет Экспертов ROOM



Семиглазов Владимир Федорович
Академик РАЕН, Член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор. Президент **Российского общества онкоматологов**



Высоцкая Ирина Викторовна
Профессор, кафедры онкологии ГБОУ ВПО 1МГМУ им. И.М.Сеченова. Член **Российского общества онкоматологов**



Манихас Георгий Моисеевич
Главный врач Санкт-Петербургского Государственного Учреждения Здравоохранения «Городской клинический онкологический диспансер». Доктор медицинских наук. Заслуженный врач РФ. Зав. кафедрой онкологии факультета последипломного образования ГМУ им. акад. И.П. Павлова. Вице-президент **Российского общества онкоматологов**



Горбунова Вера Андреевна
Заведующая отделением химиотерапии ГУ Российский онкологический научный центр им. академика Н.Н. Блохина МЗ РФ, доктор медицинских наук, профессор. Член **Российского общества онкоматологов**



Палтуев Руслан Маликович
Старший научный сотрудник ФГБУ НИИ Онкологии им. Н.Н. Петрова. Исполнительный директор **Российского общества онкоматологов**



Дашян Гарик Альбертович
Ведущий научный сотрудник отделения опухолей молочной железы ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава, доктор медицинских наук. Член правления **Российского общества онкоматологов**



Апанасевич Владимир Иосифович
Главный врач Санкт-Петербургского Государственного Учреждения Здравоохранения «Городской клинический онкологический диспансер». Доктор медицинских наук. Заслуженный врач РФ. Зав. кафедрой онкологии факультета последипломного образования ГМУ им. акад. И.П. Павлова. Председатель регионального отделения **Российского общества онкоматологов** Приморского края



Демидов Сергей Михайлович
Доктор медицинских наук, заведующим кафедрой онкологии и медицинской радиологии. Член **Российского общества онкоматологов**



Артамонова Елена Владимировна
Доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения изучения новых противоопухолевых лекарств РОНЦ им. Н.Н.Блохина МЗ РФ. Член **Российского общества онкоматологов**



Ермошenkova Мария Владимировна
К.м.н, научный сотрудник Московского научно-исследовательского онкологического института имени П.А. Герцена. Член **Российского общества онкоматологов**



Бесова Наталия Сергеевна
Кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения химиотерапии ФГБУ Российского онкологического центра им. Н. Н. Блохина МЗ РФ. Член **Российского общества онкоматологов**



Зикирходжаев Азиз Дильшодович
Доктор медицинских наук, заведующий отделением опухолей молочной железы, ведущий научный сотрудник ФГБУ "НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова" МЗ РФ, профессор кафедры онкологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова. Член **Российского общества онкоматологов**



Божок Алла Александровна (Ученый секретарь ROOM)
Доктор медицинских наук, онколог высшей квалификационной категории, пластический хирург. Ученый секретарь **Российского общества онкоматологов**



Захарова Наталья Александровна
Доктор медицинских наук, профессор кафедры онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии Ханты-Мансийской государственной медицинской академии. Член **Российского общества онкоматологов**



Владимиров Владимир Иванович
Доктор медицинских наук, профессор. Член **Российского общества онкоматологов**



Исмагилов Артур Халитович
Доктор медицинских наук, профессор кафедры онкологии и хирургии КГМА, ведущий научный сотрудник отдела реконструктивной хирургии Приволжского филиала ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» МЗ РФ. Член **Российского общества онкоматологов**



Возный Эдуард Кузьмич
Заведующий отделением химиотерапии ГКБ №57, президент московского общества химиотерапевтов. Член **Российского общества онкоматологов**



Константинова Мария Михайловна
доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по лечебной работе, главный врач ФГБУ «Институт хирургии имени А.В. Вишневского». Член **Российского общества онкоматологов**

**Корытова Луиза Ибрагимовна**

Заслуженный деятель науки, доктор медицинских наук, профессор.
Член правления **Российского общества онкомаммологов**

**Переводчикова Наталия Иннокентьевна**

Профессор, доктор медицинских наук – является ведущим научным сотрудником отделения химиотерапии ФГБУ «Российский онкологический центр им. Н.Н. Блохина». Член **Российского общества онкомаммологов**

**Криворотко Петр Владимирович**

доктор медицинских наук, заведующий отделением опухолей молочной железы, ведущий научный сотрудник ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» МЗ РФ, профессор кафедры онкологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова. Член **Российского общества онкомаммологов**

**Пожарисский Казимир Марианович**

Зав. лабораторией, профессор, доктор медицинских наук, академик РАЕН, член международной академии патологий. Член правления **Российского общества онкомаммологов**

**Кудайбергенова Асель Галимовна**

К.м.н., старший научный сотрудник лаборатории клинической цитологии ФГБУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина» МЗ РФ, врач-патологоанатом патологоанатомического отделения ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» МЗ РФ. Член **Российского общества онкомаммологов**

**Портной Сергей Михайлович**

Ведущий научный сотрудник Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина МЗ РФ

**Лазарев Александр Федорович**

Главный врач КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер», директор Алтайского филиала ФГБУ РОНЦ им.Н.Н. Блохина МЗ РФ, заведующий кафедрой онкологии ГОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет». Член **Российского общества онкомаммологов**

**Савёлов Никита Александрович**

К.м.н., ведущий специалист по ИГХ и ISH диагностике патологоанатомического отделения ГАУЗ «Московская городская онкологическая больница № 62» ДЗМ. Член **Российского общества онкомаммологов**

**Летягин Виктор Павлович**

Профессор, главный научный сотрудник этого хирургическим отделением опухолей молочных желез. Член **Российского общества онкомаммологов**

**Семиглазов Владислав Владимирович**

Доктор медицинских наук, заведующий кафедрой онкологии Санкт-Петербургского Государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлова, ведущий научный сотрудник отделения общей онкологии НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова. Член **Российского общества онкомаммологов**

**Манзюк Людмила Валентиновна**

Доктор медицинских наук, профессор. Член **Российского общества онкомаммологов**

**Семиглазова Татьяна Юрьевна**

Старший научный сотрудник отдела терапевтической онкологии ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздравсоцразвития, доцент кафедры Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, врач высшей категории, кандидат медицинских наук. Член правления **Российского общества онкомаммологов**

**Манихас Алексей Георгиевич**

Доктор медицинских наук, врач первой категории, хирург, онколог, заведующего 1 хирургическим (маммологическим) отделением СПб ГУЗ ГКОД. Член правления Санкт-Петербургского регионального отделения **Российского общества онкомаммологов**

**Слонимская Елена Михайловна**

Доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения общей онкологии НИИ онкологии СО РАМН, профессор кафедры онкологии Сибирского Государственного медицинского университета, Заслуженный врач РФ. Член правления Томского регионального отделения **Российского общества онкомаммологов**

**Маслюкова Елизавета Александровна**

К.м.н., научный сотрудник отделения лучевой терапии онкологических заболеваний ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий», врач-радиотерапевт. Член **Российского общества онкомаммологов**

**Строяковский Даниил Львович**

К.м.н., зав. химиотерапевтическим отделением МГОБ №62. Член **Российского общества онкомаммологов**

**Орлова Рашида Вахидовна**

Доктора медицинских наук, профессор кафедры онкологии Медицинской Академии последипломного образования, профессор кафедры госпитальной хирургии с курсом клинической онкологии медицинского факультета СПбГУ, ведущий научный сотрудник ФГУ Российского научного центра радиологии и хирургических технологий. Член **Российского общества онкомаммологов**

**Топузов Эльдар Эскендерович**

доктора медицинских наук, заведующий кафедрой госпитальной хирургии ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова. Член **Российского общества онкомаммологов**



Трофимова Оксана Петровна

Доктор медицинских наук, профессор, ведущий научный сотрудник ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н.Блохина» МЗ РФ. Член **Российского общества онкомаммологов**



Шатова Юлиана Сергеевна

Ведущий научный сотрудник ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» МЗ РФ, отделение опухолей костей, кожи, мягких тканей и молочной железы №1, Председатель регионального отделения **Российского общества онкомаммологов** Ростовской области



Хайленко Виктор Алексеевич

Доктор медицинских наук, профессор, академик РАЕН, заведующий кафедрой онкологии Факультета усовершенствования врачей Российского национального исследовательского медицинского университета. Член **Российского общества онкомаммологов**



Шинкарев Сергей Алексеевич

Доктор медицинских наук. Член **Российского общества онкомаммологов**



Чагунава Олег Леонтьевич

Главный врач Федерального государственного бюджетного учреждения здравоохранения Санкт-Петербургской клинической больницы Российской академии наук, кандидат медицинских наук, врач-хирург, онколог-маммолог. Член **Российского общества онкомаммологов**

Гастроинтестинальные побочные эффекты составляют не менее 80–90 % всех осложнений химиотерапии. Их развитие значительно ухудшает качество жизни больного и нередко представляет угрозу для жизни, что требует тщательного контроля состояния пациента на всём протяжении лечения, профилактики возможных осложнений, а при необходимости — осуществления модификации доз препаратов и проведения своевременной коррекции развившихся побочных реакций (1).

Тошнота и рвота

Определение «тошнота» используется для описания неприятного субъективного ощущения приближающейся рвоты, сопровождающееся появлением слюнотечения и мышечной слабости. Рвота — это активный процесс выброса содержимого желудка через пищевод и ротовую полость, в котором принимает участие центральная нервная система и вызывается резким сокращением мускулатуры диафрагмы и брюшной стенки.

Основными причинами развития тошноты и рвоты являются:

- эметогенная системная лекарственная терапия;
- полная или частичная кишечная непроходимость;
- метастатическое поражение головного мозга;
- электролитные нарушения: гиперкальциемия, гипонатриемия, гипергликемия;
- обезболивающая терапия препаратами опиия;
- почечная недостаточность (уремия);
- парез стенки желудка, вызванный ростом опухоли или химиотерапией (винкристин..)
- психологический фактор (страх, ожидание развития тошноты и рвоты);

Для оценки степени тяжести и угрозы для жизнедеятельности больного развившейся тошноты и рвоты применяется шкала токсичности (СТС), разработанная Национальным раковым институтом США (NCI) (4). Согласно данной шкале для тошноты и рвоты используются следующие критерии:

Большинство пациентов относят тошноту и рвоту к наиболее тягостным проявлениям токсичности противоопухолевого лечения. Развитие этих осложнений наблюдается у 70–80 % больных, получающих современные режимы противоопухолевой терапии.

Изучение закономерностей развития эметических побочных реакций, связанных с противоопухолевой терапией, привело к выделению факторов, прогнозирующих их развитие:

- характер цитостатической терапии: назначаемые цитостатики и их комбинации, дозы и режимы введения, путь введения;
- переносимость предыдущих курсов химиотерапии. Наличие тошноты или рвоты во время предшествующей терапии является фактором высокого риска развития рвоты во время проведения последующих циклов лечения.
- высокая эмоциональная напряженность больного;
- индивидуальные факторы: пол, возраст, количество употребляемого алкоголя, вестибулопатии в анамнезе. Отмечено, что риск развития тошноты и рвоты выше у женщин, чем у мужчин, у лиц, моложе 50 лет. Пациенты, употребляющие в повседневной жизни средние и высокие дозы алкоголя менее подвержены рвоте.

Основным фактором риска является эметогенный потенциал противоопухолевого препарата. Под уровнем эметогенности понимается риск развития рвоты у больных, получающих тот или иной цитостатик в монорежиме без противорвотной терапии. Например, высокий уровень эметогенности означает, что после введения препарата рвота будет развиваться более, чем у 90 % больных. Введение цитостатика с умеренно эметогенным потенциалом осложнится рвотой у 30–90 % пациентов.

В соответствии с современной классификацией выделяют четыре вида тошноты и рвоты:

Острая тошнота и рвота развивается в течение первых 24 часов после введения химиопрепаратов.

Для отсроченной тошноты и рвоты характерно развитие их в течение последующих 2–6 суток от на-

Степень тяжести	Тошнота	Рвота
0	тошнота отсутствует	рвота отсутствует
I	незначительное снижение возможности приёма пищи	один эпизод рвоты в течение 24 часов
II	значительное снижение возможности приёма пищи, но больной ест	2–5 эпизодов рвоты в течение 24 часов
III	приём пищи невозможен	6 и более эпизодов рвоты в течение 24 часов; необходимость в/в гидратации
IV		необходимость парентерального питания или наличие осложнений, требующих проведения интенсивной терапии

чала проведения лечения. Чаще всего отсроченное развитие регистрируется при назначении препаратов платины, антрациклиновых антибиотиков и циклофосфамида. Основным прогностическим фактором является наличие острой рвоты или тошноты. Отсроченная тошнота или рвота в 2 раза чаще регистрируются у больных, имевших эметические осложнения в остром периоде

Преждевременная (или психогенная, условно-рефлекторная) тошнота и рвота возникают в пределах нескольких часов до введения цитостатиков. Частота развития колеблется в пределах 18 %–57 %. Формируется в тех случаях, когда противоопухолевая терапия сопровождается тошнотой и рвотой. Риск ее развития увеличивается пропорционально числу проведенных курсов и может сохраняться в течение длительного времени после окончания химиотерапии. При наличии эметических осложнений на фоне химиотерапии у 30 % больных уже к началу 4 курса регистрируется условно-рефлекторная тошнота и рвота.

Ведущую роль в формировании условного рефлекса играет многодневная умеренная или тяжелая тошнота. Другими прогностическими факторами являются возраст моложе 50 лет, склонность к вестибулопатиям, вегетативные реакции (чувство жара или потливость) или генерализованная слабость на фоне предшествующей химиотерапии, психоэмоциональная лабильность.

Рефрактерная тошнота и рвота характеризуется отсутствием эффекта от адекватной антиэметической терапии (1).

Таким образом, острая рвота значительно повышает риск развития отсроченной тошноты и рвоты, что в свою очередь способствует быстрому формированию условно-рефлекторного компонента. Порочный круг замыкается.

До недавнего времени основным медиатором постцитостатической рвоты считался допамин. Антиэметическим агентом, блокирующим рецепторы допамина, является метоклопромид (церукал). Данный препарат достаточно эффективно купирует как острую, так и отсроченную тошноту и рвоту, особенно в комбинации с кортикостероидами. Известно, что метоклопрамид, назначаемый в высоких дозах, обладает значительно большей эффективностью благодаря способности неселективно инактивировать рецепторы серотонина, однако применение высоких доз препарата ограничивается возможностью развития экстрапирамидных расстройств, особенно у пациентов молодого возраста.

К широко применяемым антиэметическим препаратам относятся кортикостероиды, в первую очередь дексаметазон, однако точный механизм действия его не известен. Кроме этого, дексаметазон усиливает эффект антагонистов рецепторов серотонина и допамина, повышая в результате частоту полного контроля

тошноты и рвоты с 50 % до 80 %–85 %. Результаты проведенных рандомизированных клинических исследований показали, что максимальный антиэметический эффект антагонистов 5-НТЗ рецепторов достигается при однократном введении 20 мг дексаметазона непосредственно перед назначением цитостатиков. Согласно современным стандартам считается обязательным включение кортикостероидов, а именно дексаметазона в комбинированные схемы антиэметической терапии.

Важнейшим достижением противорвотной терапии последних 15 лет является применение антагонистов рецепторов серотонина (ондансетрона, гранисетрона, трописетрона, палонсетрона, доласетрона), эффективно купирующих острую тошноту и рвоту в 70 %–80 % случаев. Особенностью препаратов этой группы, в отличие от метоклопромида, является малая токсичность, представленная в основном головными болями, кратковременным повышением уровня трансаминаз, запорами, проходящей кардиотоксичностью, преимущественно у пожилых больных, и отсутствие развития экстрапирамидных нарушений. Все известные антагонисты 5-НТЗ-рецепторов в эквивалентных дозах и независимо от способа введения (парентерально или перорально) обладают одинаковой эффективностью. При этом пероральная лекарственная форма является более предпочтительной из-за удобства применения. Общепринятой является рекомендация однократного приёма одного из антагонистов рецепторов серотонина за 30 минут до введения цитостатиков.

В последние годы получены новые данные, касающиеся роли субстанции Р в индуцировании тошноты и рвоты. В отличие от серотонина, данный нейротрансмиттер играет ключевую роль в патогенезе как острой, так и отсроченной тошноты и рвоты. Таким образом, антагонисты нейрокининовых рецепторов способны эффективно предупреждать развитие постцитостатической рвоты в течение первых 3–6 суток от момента начала химиотерапии. Наиболее изученным препаратом этой группы антиэметиков является апрепитант, обладающий способностью блокировать до 100 % рецепторов субстанции Р. В комбинации с антагонистами рецепторов серотонина и дексаметазоном, апрепитант обеспечивает достижение полного контроля острой и отсроченной тошноты и рвоты практически у 90 % больных. Однако терапия только апрепитантом не может рассматриваться как альтернатива комбинации антиэметиков разных групп (1).

Современные принципы адекватной противорвотной профилактической терапии включают:

1. Обязательность проведения на каждом курсе, начиная с первого курса химиотерапии.
2. Обеспечение полного контроля тошноты и рвоты наряду с максимальным удобством

в применении как для больных, так и для медицинского персонала.

3. Выбор антиэметика на основе эметогенного потенциала цитостатиков и индивидуальных характеристик больного.
4. Введение антиэметиков перед введением цитостатиков.
5. Применение комбинации антиэметиков.
6. Применение адекватных доз каждого антиэметика, входящего в комбинацию.
7. Соблюдение адекватной продолжительности противорвотной терапии: в день (дни) химиотерапии + 3 дня.
8. Соблюдение режима введения антиэметиков по часам.
9. Включение бензодиазепинов в антиэметический комплекс (транквилизаторы, анксиолитики).
10. Предпочтительно пероральное назначение антиэметических препаратов, учитывая их эквивалентную эффективность парентеральным формам.

Выделяют 4 основных группы цитостатиков в зависимости от их эметогенного потенциала. К высокоэметогенным цитостатикам, вызывающим более, чем в 90 % развитие тошноты и рвоты, относятся цисплатин в дозе, превышающей 75 мг/м², дакарбазин, мелфалан, производные нитрозомочевины, циклофосфамид >1,500 мг/м², комбинации антрациклиновых антибиотиков и циклофосфамида. Умеренной эметогенностью, с частотой развития рвоты и тошноты в 30 %–90 % случаев, обладают цисплатин в дозе 60–75 мг/м², citarabin, стандартные дозы циклофосфамида и доксорубин, карбоплатин, оксалиплатин, иринотекан. А такие цитостатики, как метотрексат, эпозид, доксорубин в малых дозах, 5-фторурацил, гемцитабин, таксаны и другие характеризуются слабой эметогенностью. Частота развития тошноты и рвоты при их применении составляет 10 %–30 %. Минимальным эметогенным риском (менее 10 %) обладают все таргетные препараты (моноклональные антитела, ингибиторы тирозинкиназ) и пероральные формы цитостатиков.

В соответствии с современными алгоритмами противорвотной терапии при проведении высокоэметогенной химиотерапии рекомендуется (2, 3):

- пероральный приём апрепитанта в дозе 125 мг в первый день, далее по 80 мг внутрь ежедневно во 2–3 дни химиотерапии; или однократное в/в введение фосапрепитанта в дозе 150 мг в первый день;
- дексаметазон в дозе 12 мг внутрь или в/в в день 1; по 8 мг внутрь или в/в в дни 2–4;
- один из антагонистов 5-НТЗ-рецепторов: палонсетрон 0,25 мг в/в или доласетрон 100 мг

внутри или гранисетрон 2 мг внутрь или ондансетрон 8–16 мг внутрь или 8 мг в/в в дни 1–4;

- ± лоразепам 0,5–2 мг в/в или внутрь каждые 4–6 часов в дни 1–4;
- ± Н2 блокаторы или ингибиторы протонной помпы.

Учитывая возможность развития отсроченной тошноты/рвоты в течение 6 дней после введения производных платины или антрациклинов целесообразно продолжить введение дексаметазона на 5 и 6 дни

При назначении цитостатиков с умеренной эметогенностью профилактика развития тошноты и рвоты включает (2, 3):

День 1 – за 30 минут до начала химиотерапии:

- пероральный приём апрепитанта в дозе 125 мг или в/в введение фосапрепитанта в дозе 150 мг;
- дексаметазон в дозе 8–12 мг внутрь или в/в;
- один из антагонистов 5-НТЗ-рецепторов: палонсетрон 0,25 мг в/в или доласетрон 100 мг внутрь или гранисетрон 1–2 мг внутрь или ондансетрон 8–16 мг внутрь или 8 мг в/в;
- ± лоразепам 0,5–2 мг в/в или внутрь каждые 4–6 часов;
- ± Н2 блокаторы или ингибиторы протонной помпы.

День 2–3:

- пероральный приём апрепитанта в дозе по 80 мг (если назначался в Д1);
- дексаметазон по 8 мг внутрь ежедневно;
- один из антагонистов 5-НТЗ-рецепторов: палонсетрон 0,25 мг в/в или доласетрон 100 мг внутрь или гранисетрон 1–2 мг внутрь или ондансетрон 8–16 мг внутрь или 8 мг в/в ежедневно;
- ± лоразепам 0,5–2 мг в/в или внутрь каждые 4–6 часов;
- ± Н2 блокаторы или ингибиторы протонной помпы.

При использовании препаратов, обладающих низким эметогенным потенциалом, противорвотная терапия должна включать (2, 3):

- дексаметазон 8 мг внутрь или в/в;
 - 5-НТЗ-блокатор внутрь, в свечах или в/в однократно за 30–40 мин до химиотерапии
- или
- метоклопрамид 10–40 мг внутрь или в/в каждые 4–6 часов;
 - ± лоразепам 0,5–2 мг в/в или внутрь каждые 4–6 часов;
 - ± Н2 блокаторы или ингибиторы протонной помпы.

Для цитостатиков с минимальной эметогенной активностью общепринятых профилактических меро-

приятий не существует. Только в случае развития тошноты и рвоты в течение первых суток от начала химиотерапии рекомендуется проведение противорвотной терапии, используемой для препаратов с низким эметогенным потенциалом.

Преждевременные тошнота и рвота: имеют совсем иные механизмы, чем острая и отсроченная, поэтому использование антагонистов рецепторов серотонина и дофамина в этой ситуации будет неэффективным. Самым эффективным методом борьбы с преждевременными тошнотой и рвотой является профилактика острой тошноты и рвоты на предшествующих курсах лечения. Учитывая психогенный характер этого осложнения, целесообразно применение седативных средств (диазепам 5 мг или лоразепам 1–2 мг каждые 6–12 ч должны быть включены в схемы противорвотной терапии).

Эффективность проводимой противорвотной терапии оценивается на протяжении 120 часов следующим образом:

- полный контроль – отсутствие рвоты в течение 24 часов после введения антиэметиков, возможно наличие слабой тошноты;
- частичный контроль – однократный эпизод рвоты в течение 24 часов, развитие умеренной или сильной рвоты;
- отсутствие эффекта – два и более эпизода рвоты в течение 24 часов, сильная тошнота, требующие дополнительного назначения противорвотных препаратов.

В случае недостаточного контроля тошноты и рвоты при последующих циклах химиотерапии необходимо использовать схему терапии, рекомендуемую для более высокого уровня противорвотного лечения.

Сегодня в руках онколога имеется целый набор эффективных противорвотных препаратов, с помощью которых удастся предупредить и купировать развитие этого осложнения у большинства больных, получающих химиотерапию. Задачей каждого химиотерапевта является обеспечение полного отсутствия тошноты и рвоты на каждом лечебном курсе у каждого больного.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Телетаева Г.М. Профилактика и лечение желудочно-кишечных осложнений лекарственной терапии (тошнота и рвота, мукозиты, диарея). Практическая онкология. Т10, № 3, 2009. – С. 158–167.
2. Снеговой А.В., Абрамова М.Е., Булавина И.С. и соавт. Проактические рекомендации по профилактике и лечению тошноты и рвоты у онкологических больных // Злокачественные опухоли. – 2015. – №4, спецвыпуск. – С. 327–337.
3. National Comprehensive Cancer Network. Practice Guidelines in Oncology. Antiemesis. Version – 2016.
4. Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE-3). Version 3.0 12.12.2003.