

Влияние кислородотерапии на тошноту цитостатического генеза при лечении злокачественных новообразований репродуктивных органов у женщин.

Дзасохов А. С.*

* - Московский областной онкологический диспансер

Одним из наиболее часто встречающихся осложнений химиотерапии, конкурирующих по частоте с цитостатическим угнетением гемопоэза, является развитие диспепсического синдрома. Диспепсический синдром включает анорексию, тошноту, рвоту, стоматит, реже - диарею, эзофагит, иногда атонию кишечника и язвенные поражения желудочно-кишечного тракта.

Влияние проявлений диспепсического синдрома на качество жизни больных настолько велико, что даже минимальные его проявления зачастую побуждают пациенток отказываться от проведения химиотерапии.

В нашем исследовании случаев тяжёлого диспепсического синдрома не наблюдалось, но симптомы диспепсии в виде тошноты и рвоты в различном сочетании были зарегистрированы во всех группах исследования.

Таких проявлений мукозита как стоматит, эзофагит, язвенные поражения ЖКТ, а также диареи и анорексии, в нашем исследовании зарегистрировано не было.

В Московском областном онкологическом диспансере проведено масштабное исследование влияния оксигенотерапии на эффективность стандартной сопроводительной противорвотной терапии.

Объектом исследования были 753 пациентки 5 онкологического (гинекологического) отделения. Набор больных в группы исследования был начат в 1999г. У всех пациенток диагноз, как первично выявленного заболевания, так и рецидива заболевания был верифицирован гистологически и (или) цитологически. Рак яичников был у 431 (57%) пациентки, рак эндометрия у 146 (20%) пациенток и рак шейки матки у 176 (23%) больных. В массиве данных при каждой нозологии были сформированы по две контрольных группы, одна из которых, состояла из больных с впервые выявленным злокачественным новообразованием (первичные больные), вторая контрольная группа состояла из больных с верифицированным рецидивом заболевания. Группы сравнения в каждой нозологии были представлены также попарно, а именно: группа первичных больных, получавших в дополнение к основному противоопухолевому лечению гипербарическую оксигенацию (ГБО) или нормобарическую оксигенацию (НБО). Аналогичное разделение было и в подгруппах рецидивных больных.

В исследовании использовались следующие схемы полихимиотерапии (ПХТ): СР (*циклофосфан, цисплатин*), ТС (*наклитаксел, карбоплатин*), РА (*цисплатин, доксорубицин*), СВВ (*цисплатин, винкристин, блеомицин*) в стандартных дозировках.

Способ лечения тканевой гипоксии осуществляют в соответствии с патентом на изобретение № 2184553 за счёт неинвазивного воздействия на микроциркуляцию крови и лимфы парами перекиси водорода через дыхательные пути. Посредством двухкамерного парового ингалятора электродного типа, бесконтактного, с одновременной самодезинфекцией выходных каналов, работающий от бытовой электросети 220 V 50 Гц.

Ингаляцию осуществляли на расстоянии 8–12 см от ингалятора 4 раза в день по 20–25 минут, за пять дней до введения химиопрепаратов при проведении второго курса ПХТ, в день введения цитостатиков и далее в течение 4 дней (суммарно – 10 дней).

В нашем исследовании ГБО проводилась в барокамере ОКА-1 при режиме 0,5 ати (атмосфер избыточных), проводилось 10 сеансов (1 сеанс в день) по 40 минут, начиная за 5 дней до второго курса химиотерапии, 1 сеанс в день химиотерапии и 4 сеанса после введения цитостатиков. При трёхдневной схеме ПХТ (СВВ) начиналась ГБО также за 5

дней до первого введения цитостатиков, затем 3 дня на фоне химиотерапии и далее ещё 2 сеанса.

Все первичные пациентки и пациентки с рецидивами заболевания, включённые в исследование, в процессе цитостатической терапии получали противорвотное лечение по схеме: в первые сутки (с момента начала химиотерапии) 8 мг зофрана (ондансетрон) внутримышечно 3 раза в сутки с интервалом 8 часов. Со вторых по пятые сутки от начала лечения зофран 8 мг внутримышечно 2 раза в сутки с интервалом 12 часов.

Оценка критерия «тошнота» производилась после второго курса ПХТ, данные о наличии или отсутствии тошноты пациентки заносили в анкету, составленную для оценки исследователем качества жизни больных в процессе лечения.

Распределение встречаемости тошноты после 2-х курсов химиотерапии в подгруппах первичного противоопухолевого лечения представлено в табл. 1.

Таблица 1

Тошнота цитостатического генеза при первичном лечении

Тошнота	Контрольная группа		ГБО		НБО	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
да	156	82,1	58	50,4	58	67,4
нет	34	17,9	57	49,6	28	32,6
Всего	190	100,0	115	100,0	86	100,0

Представленные данные достоверно свидетельствуют о том, что в группах кислородотерапии частота встречаемости тошноты была ниже, чем в контрольной группе, при этом в группе ГБО тошнота беспокоила меньшее количество больных, чем в группе НБО. Так в контрольной группе тошнота цитостатического генеза на фоне стандартной противорвотной терапии не была зарегистрирована в 34 случаях (17,9%), в группе ГБО в 57 случаях (49,6%), в группе НБО в 28 случаях (32,6%).

Распределение встречаемости тошноты после 2-х курсов химиотерапии в подгруппах противорецидивного противоопухолевого лечения представлено в табл. 2.

Таблица 2

Тошнота цитостатического генеза при противорецидивном лечении

Тошнота	Контрольная группа		ГБО		НБО	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
да	158	88,8	72	71,3	70	85,4
нет	20	11,2	29	28,7	12	14,6
Всего	178	100,0	101	100,0	82	100,0

Выводы:

Данные полученные при исследовании частоты встречаемости тошноты при противорецидивном цитостатическом лечении достоверно демонстрируют две тенденции. Во-первых, частота встречаемости тошноты при лечении рецидивов заболевания выше, чем при первичной химиотерапии: в контрольной группе тошнота при лечении цитостатиками в случае рецидива составила 88,8% (158 человек) против 82,1% (также 158 пациенток) при первичном лечении. В группе ГБО соотношение было 71,3% (72 пациентки) в группе рецидива против 50,4% (58 пациенток) первичного лечения. В группе НБО анализируемое соотношение составило 85,4% (70 пациенток) против 67,4% (58 пациенток), в группе рецидивов и первичной соответственно.

Во-вторых, стало очевидно, что выявленное ранее протективное действие кислородотерапии в отношении тошноты цитостатического генеза при первичном противоопухолевом лечении, сохраняет влияние и лечении рецидивов заболеваний. При этом также остаётся в силе более выраженное усиление действия противорвотных препаратов при помощи ГБО (по сравнению с НБО).

Достоверно различается встречаемость тошноты после двух курсов противорецидивной ПХТ в группах исследования: в контрольной группе тошноту испытывали 158 пациенток (88,8%), в группе ГБО – 71,3% (72 пациентки), в группе НБО – 85,4% (70 пациенток).