

Коррекция цитостатической миелосупрессии при помощи оксигенотерапии в процессе первичного и противорецидивного лечения злокачественных новообразований репродуктивных органов у женщин.

Дзасохов А. С.*

* - Московский областной онкологический диспансер

Одним из наиболее часто встречающихся осложнений химиотерапии является миелосупрессия цитостатического генеза.

Автором обследованы более 700 пациенток Московского областного онкологического диспансера с морфологически верифицированными злокачественными заболеваниями: раком эндометрия, раком шейки матки и раком яичников. Рак яичников был у 431 (57%) пациентки, рак эндометрия у 146 (20%) пациенток и рак шейки матки у 176 (23%) больных.

Впервые выявленное заболевание было зарегистрировано у 391 пациентки (51,9%). В 362 случаях обследованы и пролечены пациентки с рецидивом онкогинекологической патологии (48,1%). Обследование больных в обеих группах производилось три раза: в начале лечения, на 3-м курсе ПХТ и перед окончанием лечения на 6-м курсе ПХТ. Оценка критериев субъективной и объективной токсичности проводилась после каждого курса ПХТ, в исследовании использованы данные, полученные после 2-го курса ПХТ (этапное обследование перед 3-м курсом текущей линии ПХТ). Оксигенотерапию в группах НБО и ГБО больные получали на 2-м курсе ПХТ в соответствующих группах, за исключением контрольных. Все обследованные пациентки получали цитостатическую терапию на момент обследования. В группах первичного лечения цитостатическая терапия начиналась по окончании раннего послеоперационного периода (строго при морфологической верификации процесса). В группах противорецидивного лечения химиотерапия проводилась после установления диагноза рецидива при помощи клинического обследования в сочетании с применением объективных методов обследования (КТ, МРТ, УЗИ) и при возможности получить биологический материал при помощи цитологического и (или) морфологического исследования. В исследовании использовались следующие схемы полихимиотерапии (ПХТ): СР (*циклофосфан, цисплатин*), ТС (*наклитаксел, карбоплатин*), РА (*цисплатин, доксорубицин*), СВВ (*цисплатин, винкристин, блеомицин*) в стандартных дозировках, а также стандартная сопроводительная терапия. Для оценки интенсивности побочного действия цитостатической терапии в исследовании была использована шкала оценки токсичности CTC-NCIC, рекомендованная ВОЗ для применения в практической онкологии.

Способ лечения тканевой гипоксии при помощи нормобарической оксигенации (НБО) осуществлялся 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.

Лечение тканевой гипоксии при помощи гипербарической оксигенации (ГБО) осуществлялся при помощи барокамеры ОКА-1.

При сравнительном анализе гемограмм исследуемой выборки больных достоверно установлено, что влияние кислородотерапии на гематологическую токсичность цитостатической терапии имеет ряд универсальных проявлений.

Во всех группах исследования зарегистрировано угнетение кроветворения под действием цитостатиков. Наименее выраженным было побочное действие цитостатической терапии в отношении уровня тромбоцитоза и частоты встречаемости тромбоцитопении.

При включении в исследование больных в подгруппах рака шейки матки, рака эндометрия и рака яичников как при первичном, так и при противорецидивном лечении тромбоцитопении и лейкопении не зарегистрировано.

После 2-х курсов ПХТ при лечении рака шейки матки частота встречаемости тромбоцитопении в подгруппах первичного лечения и противорецидивной терапии не имела значительных различий и находилась в интервале от 19,0% до 23,5%. При этом, проведение кислородотерапии не оказало влияния на встречаемость тромбоцитопении после 2-х курсов ПХТ.

Частота встречаемости лейкопении после ПХТ по поводу рака шейки матки достоверно различалась. Чаще лейкопения встречалась в контрольных подгруппах: 36,1% (13 случаев) у первичных и 31,6% (12 случаев) у больных с рецидивом, против 16,1% (5 случаев) и 18,2% (6 случаев) в подгруппе ГБО соответственно. При проведении лечения с использованием НБО лейкопения была у 23,5% первичных пациенток (4 случая) и у 19,0% пациенток (4 случая) с рецидивом рака шейки матки.

При первичном лечении рака эндометрия частота встречаемости тромбоцитопении значительных различий в группах сравнения не имела и составила от 14,3% до 18,2% независимо от проведения кислородотерапии.

При противорецидивном лечении цитостатическая тромбоцитопения выявлена в подгруппе ГБО в 9,5% случаев, в контрольной подгруппе и подгруппе НБО в 15,0% и 16,7% случаев соответственно.

После проведения 2-х курсов цитостатической терапии при первичном лечении рака эндометрия лейкопения отмечена в группе ГБО в 10,7% случаев, в контрольной группе и группе НБО 17,6% случаев и 18,2% случаев соответственно.

При проведении цитостатической терапии в группе рецидивов рака эндометрия в подгруппах кислородотерапии лейкопении не выявлено, при том, что в контрольной подгруппе частота встречаемости лейкопении составила 12,5%.

После двух курсов ПХТ в подгруппах первичного лечения рака яичников в контрольной подгруппе лейкопения зарегистрирована в 14,2% случаев, в подгруппе ГБО в 5,4% случаев, в подгруппе НБО в 8,6% случаев. В подгруппах противорецидивного лечения различий в отношении встречаемости лейкопении не отмечено.

Наиболее выраженным было угнетение эритропоэза, при этом было отмечено, что максимальным было проявление миелосупрессии в контрольных группах, то есть без кислородотерапии. Проведённое исследование позволило достоверно установить, что наибольшей эффективностью в отношении профилактики анемии обладает ГБО, однако и НБО оказывает отчётливое миелопротективное действие при проведении химиотерапии.

Среди выявленных закономерностей обращает на себя внимание факт меньшей выраженности миелопротекции путём кислородотерапии при лечении больных с рецидивными формами рака шейки матки, эндометрия и рака яичников. На наш взгляд это объясняется исходным уровнем миелосупрессии и истощения костного мозга после проведённого первичного лечения с использованием лучевой терапии на зону малого таза и системной химиотерапии.

Выводы: 1) оксигенотерапия осуществляемая при помощи ГБО и НБО представляет собой эффективную методику миелопротекции при проведении цитостатической терапии; 2) наиболее выраженным миелопротективным действием обладает ГБО.