

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ТОШНОТЫ И РВОТЫ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Коллектив авторов: Снеговой А. В., Абрамов М. Е., Бяхов М. Ю., Владимирова Л. Ю., Возный Э. К., Гладков О. А., Когония Л. М., Кононенко И. Б., Копп М. В., Королева И. А., Ларионова В. Б., Личиницер М. Р., Поддубная И. В., Птушкин В. В.

DOI: 10.18027/2224-5057-2016-4s2-378-389

Ключевые слова: поддерживающая терапия, антиэметики, тошнота и рвота при химиотерапии, профилактика тошноты и рвоты.

Тошнота и рвота являются одним из наиболее частых побочных эффектов химиотерапии (ХТ) и существенно ухудшают качество жизни больных. В настоящее время действуют различные рекомендации по профилактике и лечению эметических реакций при проведении цитотоксической терапии. Группа российских экспертов разработала данные рекомендации с учетом рекомендаций Международной ассоциации по поддерживающей терапии при раке (MASCC), Европейского общества по медицинской онкологии (ESMO), Национальной сети по распространению подробных знаний о раке (NCCN), Американского общества по клинической онкологии (ASCO) и с учетом зарегистрированных на территории Российской Федерации антиэметических препаратов.

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. Классификация противоопухолевых препаратов в зависимости от уровня эметогенности по рекомендациям MASCC/ESMO представлена в табл. 1.

Цитирование: Снеговой А.В., Абрамов М.Е., Бяхов М.Ю., Владимирова Л.Ю., Возный Э.К., Гладков О.А. и соавт. ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ТОШНОТЫ И РВОТЫ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ // Злокачественные опухоли. – 2016. – № 4. Спецвыпуск 2. – С. 378–389

Таблица 1. Эметогенный потенциал противоопухолевых препаратов (в монотерапии), схем и режимов. Рекомендации MASCC/ESMO 2016 г.

| Уровень эметогенности | Противоопухолевые препараты для внутривенного введения | Противоопухолевые препараты для приема per os |
|---------------------------------------|--|---|
| Высокий (рвота у 90% больных и более) | Цисплатин Мехлорэтамин Стрептозоцин Циклофосфан ≥ 1500 мг/м ² Кармустин (BCNU) Дакарбазин 1) Схема «АС»: • эпирубицин 100 мг/м ² или • доксорубицин 60 мг/м ² + – циклофосфамид 600 мг/м ² . 2) Режимы на основе карбоплатина. | Гексаметилмеламин Прокарбазин |
| Умеренный (рвота у 30–90% больных) | Оксалиплатин Цитарабин > 1 г/м ² Карбоплатин Ифосфамид Циклофосфамид < 1500 мг/м ² Доксорубицин Даунорубицин Эпирубицин Идарубицин Иринотекан Азацитидин Бендамустин Клофарабин <i>Алемузумаб</i> | Циклофосфамид Темозоломид Винорельбин Иматиниб |
| Низкий (рвота у 10–30%) | <i>(Nab-) Паклитаксел</i> Доцетаксел Митоксантрон Доксорубицин липосомальный Иксабепилон Топотекан Этопозид Пеметрексед Метотрексат Митомицин Гемцитабин Цитарабин ≤ 1000 мг/м ² 5-фторурацил Винфлунин <i>Темсиролимус</i> <i>Бортезомиб</i> <i>Цетуксимаб</i> <i>Трастузумаб (-эманзин)</i> <i>Панитумумаб</i> <i>Катумаксумаб</i> <i>Пертузумаб</i> | Капецитабин Тегафур Флюдарабин Этопозид <i>Сунитиниб</i> <i>Эверолимус</i> <i>Лапатиниб</i> Леналидомид Талидомид |

| Уровень эметогенности | Противоопухолевые препараты для внутривенного введения | Противоопухолевые препараты для приема per os |
|-----------------------------|--|--|
| Минимальный (< 10% больных) | Блеомидин Бусульфан 2-хлордеоксиаденозин Флюдарабин Винбластин Винкрестин Винорельбин <i>Бевацизумаб</i> <i>Офатумумаб</i> | Хлорамбуцил Гидроксиуреа L-фенилаланин мустард 6-тиогуанин Метотрексат <i>Гефитиниб</i> <i>Эрлотиниб</i> <i>Сорафениб</i> |

Курсивом выделены таргетные препараты.

Эметогенный потенциал препаратов для внутривенного введения определяется, как правило, для режима однодневного введения, то есть определяют эметогенность разовой дозы. В основу эметогенной классификации таблетированных препаратов положен учет эметогенности полного курса лечения.

Эметогенность комбинированного режима химиотерапии определяется, как правило, препаратом, обладающим наибольшим эметогенным потенциалом. Это положение является абсолютно верным для режимов, включающих высокоэметогенные цитостатики. Комбинация среднеэметогенных цитостатиков может повышать эметогенность режима в целом. Современные рекомендации MASCC/ESMO и NCCN относят комбинацию антрациклинов с циклофосфаном к высокоэметогенной химиотерапии (ВЭХТ).

ТИПЫ ТОШНОТЫ И РВОТЫ

По срокам и механизму развития выделяют 3 основных типа тошноты и рвоты, вызванной цитостатиками: острую, отсроченную и условно-рефлекторную (anticipatory – переводят также как «предшествующую», «преждевременную», «рвоту ожидания»), дополнительно выделяют неконтролируемую (breakthrough – «прорывную») и рефрактерную.

Острая рвота развивается в первые 24 ч после химиотерапии, отличается высокой интенсивностью, редко сопровождается тошнотой.

Отсроченная рвота развивается на 2-е–5-е сутки после начала химиотерапии, менее интенсивна, чем острая, и, как правило, сопровождается постоянной тошнотой. Механизмы развития остаются неясными. Ведущая роль отводится субстанции P, серотонин имеет меньшее значение.

Условно-рефлекторная рвота представляет собой классический условный рефлекс на химиотерапию и/или сопутствующие ей манипуляции и окружающую обстановку. 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. Ведущую роль в формировании условного рефлекса

играет многодневная умеренная или тяжелая тошнота. Лучшим методом профилактики условно-рефлекторной тошноты и рвоты является адекватная антиэметическая защита пациента уже с первого курса химиотерапии.

Неконтролируемая (breakthrough – «прорывная») тошнота и рвота развивается на фоне адекватной антиэметической профилактики и требует дополнительной коррекции.

Рефрактерная рвота возникает на последующих циклах химиотерапии при неэффективности противорвотной профилактики и/или препаратов резерва на предыдущих курсах лечения.

ПРОТИВОРВОТНЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Антагонисты 5-НТЗ-рецепторов являются эффективными антиэметиками для профилактики острой тошноты и рвоты. Препараты обладают низкой токсичностью, включающей в себя, главным образом, головную боль, запоры, реже наблюдаются диарея, головокружение, гипо- или гипертензия, преходящее нарушение зрения, слабость. В России зарегистрированы и успешно используются 4 представителя данной группы: ондансетрон, гранисетрон, трописетрон, палонсетрон.

У пациентов с врожденным долгорочным QT-синдромом следует избегать применения препаратов первого поколения 5-НТЗ-антагонистов, за исключением палонсетрона, который не оказывает влияния на параметры ЭКГ (интервал QTc). Рекомендуется мониторинг ЭКГ у больных с признаками кардиальных нарушений, включая сердечную недостаточность, брадиаритмию. Также необходимо оценить показатели калия и магния и провести симптоматическую терапию в случае клинически значимых отклонений.

В настоящее время результаты проведенных сравнительных исследований позволяют рекомендовать внутривенный или пероральный прием 5-НТЗ-антагонистов за 30 мин до введения цитостатиков для профилактики тошноты и рвоты как при высокоэметогенной химиотерапии (ВЭХТ), так и при умеренноэметогенной химиотерапии (УЭХТ).

Кортикостероиды

Механизм противорвотного действия кортикостероидов неизвестен, хотя они давно и эффективно используются для профилактики острых и отсроченных эметических реакций.

Дексаметазон не назначают дополнительно при проведении режимов ХТ, уже содержащих дексаметазон. Дексаметазон противопоказан при терапии интерлейкином-2 и интерферонами.

Антагонисты нейрокининовых рецепторов-I (NK1)

Первым представителем нового класса антиэметиков, внедренным в клиническую практику, является селективный блокатор рецепторов NK1 апрепитант. Препарат выпускается в форме желатиновых капсул, биодоступность которых составляет 60–65%, не зависит от приема пищи, максимальная концентрация в плазме наблюдается через 4 часа, период полувыведения – 9–13 часов.

Фосапрепитант (для внутривенного введения) – лиофилизат для приготовления раствора для инфузий 150 мг. Активным метаболитом фосапрепитанта является апрепитант.

Апрепитант, как и другие представители этого класса препаратов, является умеренным ингибитором и индуктором CYP3A4, что необходимо учитывать при одновременном использовании препаратов, метаболизирующихся этой же системой (например, апрепитант снижает эффективность гормональных контрацептивов, в связи с чем необходимо использование альтернативных методов контрацепции). Апрепитант практически не влияет на фармакокинетику 5-HT₃-антагонистов, но повышает концентрацию кортикостероидов. В комбинации с апрепитантом доза дексаметазона должна быть снижена приблизительно на 50%.

При назначении апрепитанта/фосапрепитанта у пациентов, поручающих анти-витамины К (варфарин), необходимо дополнительно, до 2 раз в неделю, контролировать уровень МНО (международного нормализованного отношения) в связи с влиянием апрепитанта/фосапрепитанта на активность цитохромов.

Апрепитант назначается в дозе 125 мг в 1-й день за 1 час до введения цитостатиков (в сочетании с антагонистом 5-HT₃-рецепторов и дексаметазоном) и в дозе 80 мг во 2-й и 3-й дни цикла ВЭХТ.

Фосапрепитант назначают в дозе 150 мг и применяют в 1-й день химиотерапии в виде внутривенной инфузии продолжительностью от 20–30 минут примерно за 30 минут до введения цитостатиков.

Блокаторы рецепторов допамина

Подразделяются на замещенные бензамиды (метоклопрамид, итоприд), фенотиазины (хлорпромазин или аминазин, прометазин, метопемазин), бутирофеноны (дроперидол, галоперидол).

Бензамиды используются как антиэметики при отсроченной тошноте, рвоте и как препараты резерва для купирования неконтролируемой и рефрактерной рвоты.

Бензодиазепины (диазепам, лоразепам, альпразолам) используются в комбинированных режимах для усиления противорвотного эффекта других препаратов, профилактики условно-рефлекторной рвоты благодаря их седативным и анксиолитическим свойствам, а также в комплексной терапии неконтролируемой и рефрактерной рвоты.

ПРИНЦИПЫ СОВРЕМЕННОЙ ПРОТИВОРВОТНОЙ ТЕРАПИИ

1. Обязательность проведения, начиная с первого курса химиотерапии.
2. Введение антиэметиков до начала введения первого цитостатика.
3. Применение наиболее эффективных стандартных противорвотных комбинаций.
4. Применение каждого антиэметика, входящего в комбинацию, в адекватных дозах.
5. Соблюдение адекватной продолжительности противорвотной терапии.
6. Соблюдение необходимых для сохранения эффективной концентрации интервалов между приемами антиэметиков.

Критерием эффективности противорвотной терапии является полное отсутствие (полный контроль) рвоты и тошноты в течение 24 часов (период развития острой рвоты) с момента введения противоопухолевых препаратов.

Алгоритм профилактики и терапии тошноты и рвоты

1. Определить эметогенный потенциал назначенного режима ХТ.
2. Назначить профилактическую терапию, исходя из эметогенности режима ХТ.
3. Назначить лечение в случае развития тошноты и рвоты на фоне профилактической терапии.
4. Внести изменения в профилактическую терапию тошноты/рвоты на последующих циклах ХТ.

Профилактика острой и отсроченной тошноты и рвоты при высокоэметогенной однодневной химиотерапии

В настоящее время наиболее эффективной антиэметической комбинацией является комбинация противорвотных препаратов, включающая: **антагонист NK1-рецепторов + антагонист рецепторов серотонина (5-HT₃) + дексаметазон.**

Добавление бензодиазепинов и блокаторов H₂-рецепторов гистамина или ингибиторов протонной помпы проводится по показаниям на усмотрение лечащего врача (см. табл. 2).

Таблица 2. Профилактика рвоты и тошноты при однодневной высокоэметогенной химиотерапии

| Группа | Препарат | День 1 | День 2 | День 3 | День 4 |
|--|---------------------------|--|-----------------------------------|-----------------------------------|--|
| Блокаторы NK1-рецепторов | Апрепитант или | 125 мг внутрь 1 раз в день за 60 мин до ХТ | 80 мг внутрь 1 раз утром | 80 мг внутрь 1 раз утром | — |
| | Фосапрепитант | 150 мг в/в, капельно (однократно), за 30 минут до химиотерапии | — | — | — |
| Блокатор 5-HT ₃ -рецепторов | Палонсетрон ³ | 0,25 мг в/в или 0,5 мг внутрь за 30–60 минут до ХТ | — | — | — |
| | Ондансетрон* | 8 мг в/в или 8–16 мг ¹ внутрь за 30–60 минут до ХТ | — | — | — |
| | Гранисетрон | 1–3 мг в/в или 2 мг внутрь за 30–60 минут до ХТ | — | — | — |
| | Трописетрон | 5 мг в/в или внутрь за 30–60 минут до ХТ | — | — | — |
| Глюкокортикоид | Дексаметазон ² | 12 мг внутривенно 1 раз за 30–60 минут до ХТ | 8 мг внутрь или в/м 2 раза в день | 8 мг внутрь или в/м 2 раза в день | 8 мг внутрь или в/м 2 раза в день, до 5 дней |
| ± Бензодиазепины | Лорезапам | 0,5–2,0 мг внутрь или внутривенно каждые 4–6 ч. | | | |
| ± H ₂ -блокаторы или ингибиторы протонной помпы | | | | | |

¹ Рекомендованной дозой ондансетрона для пациентов моложе 60 лет является 8 мг внутривенно и 16 мг перорально (в контролируемых исследованиях 8 мг п/о 2 раза в сутки). Для пациентов старше 60 лет рекомендованная доза ондансетрона – 8 мг внутривенно и 8 мг перорально.

² При использовании фосапрепитанта в 1-й день, дексаметазон на 2-й–5-й дни может не назначаться или использоваться в дозе 8 мг 1 раз в день.

³ Рандомизированные исследования показали, что на фоне применения палонсетрона доза дексаметазона может быть уменьшена до 8 мг в 1-й день профилактики и не использоваться на 2-й и 3-й дни.

Профилактика острой и отсроченной тошноты и рвоты при умеренно эметогенной однодневной химиотерапии

Профилактика тошноты и рвоты, возникающей при проведении химиотерапии с умеренно эметогенным потенциалом, должна начинаться до начала химиотерапии и проводиться не менее 3 дней после проведения химиотерапии. В настоящее время наиболее эффективной антиэметической комбинацией является комбинация противорвотных препаратов, включающая (см. табл. 3): **антагонист рецепторов серотонина (5-НТЗ) + дексаметазон.**

При использовании комбинации на основе антрациклинов и циклофосфана (режим АС) для предотвращения острой и отсроченной рвоты должна быть использована терапия, включающая антагонист NK1-рецепторов + антагонист рецепторов серотонина (5-НТЗ) + дексаметазон, как при высокоэметогенной химиотерапии (см. табл. 2). При отсутствии антагонистов NK1-рецепторов антиэметическая профилактика должна проводиться комбинацией палонсетрона с дексаметазоном.

При некоторых умеренно эметогенных режимах (БЕР – блеомицин, этопозид и цисплатин, XELOX – оксалиплатин, кселода и режимы, включающие карбоплатин) рекомендовано назначение апрепитанта/фосапрепитанта в комбинации с 5-НТЗ-антагонистом и дексаметазоном для профилактики острой и отсроченной тошноты и рвоты (см. табл. 2).

Таблица 3. Профилактика рвоты и тошноты при умеренно эметогенной однодневной химиотерапии

| Группа | Препарат | День 1 | День 2 | День 3 |
|---|--------------------------|---|----------------------------------|----------------------------------|
| Блокатор 5-НТЗ-рецепторов | Палонсетрон ² | 0,25 мг в/в или 0,5 мг внутрь за 30–60 минут до ХТ | — | — |
| | Ондансетрон | 8 мг в/в или 8–16 мг ¹ внутрь за 30–60 минут до ХТ | — | — |
| | Гранисетрон | 1 мг в/в или 2 мг внутрь за 30–60 минут до ХТ | — | — |
| | Трописетрон | 5 мг в/в или внутрь за 30–60 минут до ХТ | — | — |
| Глюкокортикоид | Дексаметазон | 8 ² –12 мг внутривенно или внутрь за 30–60 минут до ХТ | 8 мг внутрь или в/м ³ | 8 мг внутрь или в/м ³ |
| ± Бензодиазепины | Лорезапам | 0,5–2,0 мг внутрь или внутривенно каждые 4–6 ч. | | |
| ± H2-блокаторы или ингибиторы протонной помпы | | | | |

¹ Рекомендованной дозой ондансетрона для пациентов моложе 60 лет является 8 мг внутривенно или 16 мг перорально (в контролируемых исследованиях – 8 мг п/о 2 раза в сутки). У пациентов старше 60 лет рекомендованная доза ондансетрона – 8 мг внутривенно или 8 мг перорально.

² Рандомизированные исследования показали, что на фоне применения палонсетрона доза дексаметазона может быть уменьшена до 8 мг в 1-й день профилактики и не использоваться на 2-й и 3-й дни.

³ Назначение дексаметазона на 2-й – 3-й дни производится при наличии тошноты, рвоты или на усмо-

трение лечащего врача. Исключение составляют схемы, содержащие карбоплатин, АС, ВЕР, при которых дексаметазон назначается, как при ВЭХ.

Профилактика острой и отсроченной тошноты и рвоты при низкоэметогенной однодневной химиотерапии

| |
|--|
| Дексаметазон 8 мг внутрь или внутривенно в день 1 |
| или |
| Блокатор 5-НТЗ-рецепторов внутрь, в свечах или внутривенно, однократно, за 30–60 мин до ХТ |
| или |
| Метоклопрамид* 10–40 мг внутрь или внутривенно за 30–60 мин до ХТ |

Профилактика тошноты и рвоты при минимально эметогенной однодневной химиотерапии

Профилактика не требуется

Профилактика тошноты и рвоты при многодневной химиотерапии с высоким риском эметогенности

У пациентов, получающих многодневную химиотерапию, граница между острой и отсроченной тошнотой и рвотой стирается, перекрываются острый и отсроченный периоды, при этом имеет значение как индивидуальная эметогенность цитостатиков, так и их сочетания. Риск развития отсроченных эметических реакций зависит как от эметогенности режима, так и от эметогенного потенциала последнего введенного цитостатика. Поэтому профилактика тошноты и рвоты должна проводиться с 1-го дня цикла ХТ и еще в течение 2–3 дней после его окончания. Антиэметики назначают ежедневно на основе эметогенного потенциала цитостатиков, вводимых в тот или иной день. Выбор противорвотной комбинации осуществляется на основе препарата, обладающего наибольшей эметогенностью.

- Антагонист 5-НТЗ-рецепторов должен быть назначен до первого введения умеренно- или высокоэметогенного препарата. По данным клинических исследований, при многодневных курсах химиотерапии возможно введение палоносетрона через день, то есть рекомендуемая доза составляет 0,25 мг в 1-й, 3-й, 5-й дни химиотерапии.
- Дексаметазон должен быть назначен в 1-й день для умеренно и высокоэметогенных препаратов внутрь или внутривенно, затем через 2–3 дня после окончания ХТ. Дексаметазон не добавляют к режимам, уже содержащим дексаметазон.
- Апрепитант может быть назначен при высокоэметогенной многодневной химиотерапии в дозе 125 мг в день 1 и 80 мг в дни 2–5.

Профилактика тошноты и рвоты, возникающей при проведении лучевой терапии

| | | |
|---|--|--|
| Тотальное облучение всего тела, тотальное облучение лимфоузлов | Антагонисты 5-НТЗ-рецепторов | Палонсетрон 0,5 мг внутрь или 0,25 мг внутривенно в день или Ондансетрон 16–24 мг внутрь или внутривенно, или внутримышечно, или ректально или Гранисетрон 2 мг внутрь или 1–3 мг внутривенно или внутримышечно или Трописетрон 5 мг внутрь внутривенно или внутримышечно |
| | Глюкокортикоиды | Дексаметазон 4 мг внутрь внутривенно или внутримышечно. Препараты применяют за 30–60 мин до облучения. |
| Область верхней части живота, верхней части туловища, НВІ | Антагонисты 5-НТЗ-рецепторов | Палонсетрон 0,5 мг внутрь или 0,25 мг внутривенно в день или Ондансетрон 16–24 мг внутрь или внутривенно, или внутримышечно, или ректально или Гранисетрон 2 мг внутрь или 1–3 мг внутривенно или внутримышечно или Трописетрон 5 мг внутрь внутривенно или внутримышечно |
| | Глюкокортикоиды | Дексаметазон 4 мг внутрь внутривенно или внутримышечно. Препараты применяют за 30–60 мин до облучения. |
| 1. Облучение головного мозга, краниоспинальное, области головы – шеи, нижней части грудной клетки, таза. 2. Области молочных желез, конечностей. | У данной группы пациентов проведения профилактики тошноты и рвоты не требуется*. | |

* В случае наличия тошноты и рвоты можно назначить любой препарат из группы антагонистов 5-НТЗ-рецепторов. Препараты применяют за 30–60 мин до облучения.

Химиотерапия + лучевая терапия

При проведении лучевого воздействия на фоне химиотерапии схема антиэметической профилактики рекомендуется:

1. по максимально эметогенному воздействию (по зоне лучевой нагрузки или по цитостатику);
2. но может быть поднята на одну ступень при наличии 3 или более факторов риска (женский пол, малый прием алкоголя, страх перед лечением, возраст моложе 55 лет и тошнота и рвота в анамнезе).

Терапия неконтролируемой тошноты и рвоты

При возникновении неконтролируемой тошноты и рвоты, несмотря на плановое назначение стандартной для эметогенности данного режима химиотерапии анти-эметической схемы, необходимо:

1. Исключить причины, не связанные с непосредственным назначением цитостатиков:

- обструкция или парез (винкристин) кишечника;
- метастазы в головной мозг;
- гиперкальциемия, гипонатриемия, гипергликемия;
- уремия;
- назначение опиатов;
- психофизиологические (рвота ожидания).

В случае их исключения перевести пациента на схему профилактики для более высокоэметогенного потенциала: с низкоэметогенного на умеренно эметогенный и с умеренно эметогенного на высокоэметогенный.

2. При возникновении неконтролируемой тошноты и рвоты на фоне стандартных противорвотных схем (без использования апрепитанта или фосапрепитанта) необходимо при последующих курсах ввести в противорвотный режим апрепитант или фосапрепитант.

3. При возникновении неконтролируемой тошноты и рвоты на фоне трехкомпонентной противорвотной схемы стандартного подхода нет.

Можно:

а. Добавить к назначенному режиму один из препаратов иного класса из резервного списка:

- бензодиазепины (лоразепам по 0,5–2 мг каждые 4–6 ч.);
- D2-блокаторы (метоклопрамид по 20 мг каждые 6 ч.);
- фенотиазины (аминазин 25 мг 4 раза в сутки);
- бутирофеноны (галоперидол 1–2 мг каждые 4–6 ч.).

б. В связи с тем, что антагонисты 5-НТЗ-рецепторов имеют различный метаболизм в печени, у ряда пациентов с так называемым сверхбыстрым метаболическим фенотипом может наблюдаться ускоренное выведение тропisetрона из организма, а следовательно – развитие неконтролируемой или рефрактерной рвоты. В данной ситуации целесообразна смена 5-НТЗ-блокатора другим представителем данного класса препаратов:

- палонсетрон 0,5 мг внутрь или 0,25 мг внутривенно в день;
- ондансетрон 24 мг внутрь или внутривенно в день;
- гранисетрон 2 мг внутрь или 1 мг внутривенно в день.

в. Назначать антиэметики строго по часам, а не при появлении тошноты или рвоты.

г. Предпочтительным является парентеральный путь введения препаратов либо введение в ректальных свечах.

- д. Гидратация, коррекция электролитов.
- е. При диспепсии добавить H₂-блокаторы или блокаторы протонной помпы.
4. Использовать альтернативную комбинацию профилактики тошноты и рвоты:
- оланазапин 5–10 мг в сутки внутрь с 1-ого по 4-й дни;
 - палонсетрон 0,25 мг в/в за 60 минут до х/т в 1-й день;
 - дексаметазон 20 мг в/в за 30 минут до х/т в 1-й день.

Если тошнота/рвота контролируется – продолжать терапию, если не контролируется – проанализировать дозы препаратов и назначить другую комбинацию препаратов.

Профилактика условно-рефлекторной рвоты

1. Применение оптимальной профилактики тошноты и рвоты при каждом цикле ХТ.
2. Лоразепам по 0,5–2 мг на ночь накануне и утром перед химиотерапией.
3. Психотерапия, гипноз, акупунктура, арт-терапия.