

## ОСОБЛИВІСТЬ ПІДХОДУ ДО ЛІКУВАННЯ РАКУ РОТОГЛОТКИ

**Жукова Т.О., Васько Л.М., Почерняєва В.Ф.**

*Вищий Державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», кафедра онкології та радіології з радіаційною медициною,  
м. Полтава, Україна.*

За останні роки відмічається неухильна тенденція до збільшення кількості хворих на рак ротоглотки. Серед злоякісних пухлин верхніх відділів травного тракту та верхніх дихальних шляхів це новоутворення зустрічається найчастіше (65 – 75%). Так, за період 2010 – 2016рр. цей показник збільшився з 5,1 до 6,6 на 100 тис. населення. Кількість виявлених занедбаних випадків за цей період виросла на 7%. Згідно концепції розвитку охорони здоров'я злоякісні 35 захворювання відносяться до групи найбільш соціально значущих хвороб, що в значній мірі визначає якість трудового потенціалу суспільства, визначає його моральний та психічний стан, генофонд.

Метою даного дослідження було вивчення структури захворюваності та оцінка якості хіміопроменевого лікування хворих на рак ротоглотки.

Проаналізована ефективність хіміопроменевого лікування методом ретроспективного аналізу 360 історій хвороб пацієнтів на злоякісні пухлини ротоглотки, що були проліковані в Полтавському обласному клінічному диспансері за 2010 – 2016рр. Науковою новизною роботи є те, що вперше проведена оцінка якості хіміопроменевого лікування хворих на рак ротоглотки для розширення можливостей органозберігаючого лікування цієї патології.

Аналіз дав змогу отримати дані, що при захворюванні на рак ротоглотки і поширеності пухлинного процесу до T2N0M0 слід віддавати перевагу променевій терапії, де високий відсоток одужання або стійкої ремісії (95%) і збереження всіх функцій ротоглотки.

При розповсюдженості пухлинного процесу до T3N0M0 за даної локалізації показано поєднання методів лікування: хіміотерапевтичного та променевого, т.я. більшість рецидивів (до 80%) після променевого лікування пов'язана з ураженням структур ротоглотки.

Пацієнти, що брали участь у дослідженні (n=108), мали практично однакові вихідні дані, які вірогідно не відрізнялись. При закінченні обстеження було відомо: вік, стать, розповсюдження процесу за TNM та стадією захворювання, верифікація пухлини: ступінь диференціювання пухлини та гістологічна характеристика, локалізація пухлинного процесу, форма росту пухлини, термін розпочатого лікування. Хворі, 36 що були

вибрані для лікування сліпим методом розподілені на дві групи, в залежності від запропонованого виду лікування.

В I групі хворі отримали дистанційну гамма-терапію (ДГТ) за класичною методикою у статичному режимі на пухлину та регіонарні лімфовузли в 2 етапи з тритижневою перервою між етапами разовою вогнищевою дозою (РВД) 2,6 Гр до сумарної вогнищевої дози (СВД) 65 – 70 Гр (106 – 115,5 од. ЧДФ відповідно).

В II групі хворі отримували поліхіміотерапію (ПХТ) у метрономному режимі: цисплатін, 5-ФУ двома повторними курсами з інтервалом у 3 тижні.

За три тижні перерви розпочинали дистанційну гамма-терапію в два етапи у статичному режимі на пухлину та регіонарні лімфовузли з мультифракціюванням РВД 2,6 Гр (1,3 Гр + 1,3 Гр) до СВД 65 – 70 Гр (106 – 115,5 од. ЧДФ відповідно). На першому етапі променевої терапії (де хворий отримує 2/3 сумарної вогнищевої дози) паралельно з опроміненням проводили третій курс ПХТ в метрономному режимі. Витримуючи інтервал у 3 тижні для вщухання променевої реакції розпочинали другий етап дистанційної гамма-терапії (ДГТ) у режимі мультифракціювання РВД 2,6 Гр (1,3 Гр + 1,3 Гр) до СВД 65 – 70 Гр (106 – 115,5 од. ЧДФ відповідно).

Простежена безпосередня виживаність в обох дослідних групах, яка не відмінювалась і протягом 1 року становила 17 (54,84%) у хворих 1 групи проти 18 (72,0%) - 2 групи. Безрецидивний процес протягом 1 року склав 11 (35,48%) хворих 1 групи проти 8 (32,0%) - 2 групи. 3-річна загальна виживаність не склала вірогідної різниці: 5 (16,13%) хворих 1 групи проти 6 (24,0%) - 2 групи, але кількість випадків без рецидиву при цьому відмінювалась: 1 (3,23%) 37 проти 5 (20,0%) 1 та 2 груп відповідно, що в 6,1 разів говорить на користь лікування, запропонованого у 2 групі.

Аналізуючи променеві реакції, можна зазначити, що застосування ДГТ в режимі мультифракціювання РВД вірогідно ( $p=0,05$ ) знижує променеві реакції 3 стадії на шкірі в 4 рази у порівнянні з ДГТ класичним фракціюванням: 16,0% проти 64,51% 2 групи та 1 групи відповідно. Що стосується слизової оболонки ротоглотки, то цей показник виявився ще кращим: 10,34% 2 групи проти 55,56% 1 групи відповідно, тобто у 5 разів променеві реакції 3 стадії у 2 групі нижчі, ніж в 1 групі.

Нами віддана перевага методиці лікування в II групі хворих тому що вона показала себе як максимально органозберігаюча, з найменшим числом променевої реакції епітелітів, з високою виживаністю та стабілізацією процесу, високою безрецидивністю протягом 1 року і при цьому збереженням структур ротоглотки.

Захворюваність на рак ротоглотки невпинно та стабільно зростає, пацієнти з місцевопоширеними та занедбаними пухлинами (III – IV стадій) складають практично

65% всіх онкохворих і тому покращення результатів лікування цієї групи хворих на сьогодні перспективно при поєднанні хіміотерапії з опроміненням в режимі хіміопроменевої терапії і дає змогу досягти збереження ротоглотки, як структурно цілого органу у 80% хворих.