

УДК 619:618.14-002

## ДІАГНОСТИКА І ЛІКУВАННЯ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ ШИЇ БЕЗ ПЕРВИННОГО ОСЕРЕДКУ НА ПРИКЛАДІ ЖИТОМИРСЬКОЇ ОБЛАСТІ В ПІСЛЯЧОРНОБИЛЬСЬКИЙ ПЕРІОД

В.М. Ковальчук,  
Б.М. Гуля,  
В.І. Лучків,  
А.Н. Білошицький

Житомирський ООД МОЗ України

*Отримані результати застосування регіонарної хіміотерапії в комбінації з ПТ і хірургічним методом лікування злоякісних пухлин шиї без первинного осередку.*

Після Чорнобильської катастрофи спостерігається різке поширення злоякісних пухлин шиї без первинного осередку за останні 10 років, що призводить до збільшення показників смертності. Приблизно в 20% випадків у хворих на рак голови та шиї пальпуються шийні лімфатичні вузли без виявленої пухлини. Провівши аналіз статистичних даних на захворюваність злоякісними новоутвореннями шиї без первинного осередку по Житомирській області після аварії на ЧАЕС, можна зробити висновок, що через 5 років після Чорнобильської катастрофи спостерігається ріст захворюваності на злоякісні новоутворення шиї без первинного осередку.

Для покращання результатів лікування в хірургічному відділенні N2 Житомирського ООД в 1990 році розроблено новий метод комбінованого лікування з використанням регіонарної ХТ і ПТ. Проведено нагляд 30 хворих чоловічої статі у віці від 30 до 72-х років. При цитологічному дослідженні у 24(86%) хворих встановлено плоскоклітинний рак, у 3 (10%) – аденокарциному, і у 1 хворого (3,3%) – меланому. Всім хворим для виявлення первинного осередку проводили допоміжні методи досліджень: рентгенографію легень і середостіння, езофагогастроскопію, бронхоскопію, УЗД щитовидної залози і шиї, комп'ютерну томографію голови та шиї. Також проводили комплексний огляд хворих іншими лікарями: ЛОР, окулістом, ендокринологом, невропатологом. У зв'язку з різною методикою лікування хворих було розподілено на 2 групи по 30 чоловік в кожній групі. Перша група отримувала регіональну ХТ і ПТ в сумарній осередковій дозі (СОД) від 45 до 60 Гр. Методика лікування полягала в наступному. Всім хворим проводили катетеризацію загальної сонної артерії на стороні ураження через скроневу артерію під місцевим знеболенням. Внутрішньоартеріальне введення хіміопрепаратів проводили раз на добу за 30 хвилин до проведення ПТ. Регіональну ХТ проводили в різних комбінаціях хіміопрепаратів (5-ФУ, метотрексат, блеоміцин, бластолен) разом з ПТ. Дозу хіміопрепаратів підбирали кожному хворому індивідуально у зв'язку з наявністю різноманітної суміжної патології і враховували вік хворих, гістологічну верифікацію пухлини. У контрольній групі проводилось лікування хворих з використанням променевої терапії в поєднанні з системною хіміотерапією в тих самих дозуваннях, що й в першій групі. ПТ проводилась по загальноприйнятій методиці аналогічно тому, що в першій групі. Доцільність використання регіонарної ХТ оцінювалась відразу після закінчення курсу комбінованого лікування, через 1-2 місяці за даними клінічного нагляду, і робилась оцінка 5-річного виживання в порівнянні з групою хворих, котрим внутрішньоартеріальну ХТ не проводили. У 1-й групі повна регресія пухлин спостерігалась через місяць у 8-ми (26,6%) хворих. У 10 (33,3) хворих проведено повторні курси регіонарної ХТ з використанням метотрексату і блеоміцину, 5-ФУ і платідаму. У 12 (40%) хворих з метастатичним ураженням лімфовузлів було виконано оперативне лікування: видалення новоутворень, операція Крайля. Показник 5-річного виживання складає 50-60%. У контрольній групі хворих повна регресія пухлин спостерігалась через 1 місяць після проведення ПТ у 6-(20%) хворих. Оперативне лікування виконано у 6 (20%) хворих. Показник 5-річного виживання складає 20%, що

відповідає даним, приведеним в роботах (Bachouchi M., Switkowiec E., Gasmi I., 1990). Таким чином, отримані результати показали достатньо високу доцільність регіонарної ХТ цитостатиками 5-ФУ, метотрексатом, блеоміцетином і платидіамом при злоякісних пухлинах щий без первинного осередку. При цьому хороші результати отримані при застосуванні регіонарної хіміотерапії в комбінації з ПТ і хірургічним методом лікування.