

УДК 616.316 – 006.6(477)

©Л. М. Скакун, І. Й. Галайчук, С. О. Прядко

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського»

## Аналіз результатів лікування хворих на рак слинних залоз у Тернопільській області за останнє десятиріччя

У слинних залозах найчастіше розвиваються пухлини епітеліального походження (90 – 95 %). Поліморфні аденоми або «змішані» пухлини становлять майже 60 %, карциноми – близько 17 % усіх новоутворень слинних залоз.

Переважаю втрачаються раковим процесом привушні залози (54 %), залози твердого та м'якого піднебінь (26 %), піднижньощелепні слинні залози (10 %), дрібні слинні залози щік і язика до 10 % (А. И. Пачес, И. М. Федяев, D. F. Soave).

Клінічна картина і симптоматика злоякісних пухлин слинних залоз є типовою і не викликає особливих труднощів при встановленні діагнозу.

Виявлення хворих на рак слинних залоз, надання спеціалізованого лікування і медична реабілітація є складними завданнями. Значна кількість хворих довгий час не звертається до спеціалістів і госпіталізується з поширеними пухлинами, які нерідко проростають у сусідні тканини. Труднощі адекватного лікування цих хворих зумовлені низьким рівнем санітарної освіти населення, ідентичністю ранніх ознак злоякісного процесу з ознаками хронічного запального процесу, складністю проведення пункційної біопсії і морфологічного трактування отриманого матеріалу.

Застосування різних методів спеціального лікування пухлин голови і шиї ставить перед собою за мету не тільки позбавити хвору людину від хвороби, але і зберегти або відновити якість життя.

У хірургічному відділенні Тернопільського обласного клінічного онкологічного диспансеру в період з 2003 до 2012 року знаходились на обстеженні 95 хворих на рак слинних залоз, зокрема 58 чоловіків віком від 38 до 84 років та 37 жінок віком від 38 до 90 років.

У 20 (21,1 %) хворих рак слинної залози виявлено на I стадії захворювання, у 33 (34,7 %) осіб – на II стадії, у 26 (27,4 %) – на III стадії і у 16 (16,8 %) пацієнтів – на IV стадії, тобто відсоток хворих у пізніх стадіях становив 44,2 %.

Особливі труднощі своєчасної діагностики і лікування у хворих із початковими стадіями захворювання не виникають. Проте у пацієнтів з III – IV стадіями часто виникають проблеми, пов'язані з анатомо-топографічними особливостями даної локалізації, сусідством із життєво важливими структурами, високим ступенем метастазування раку в регіонарні лімфатичні вузли і внутрішні органи.

23 хворих (24,2 %) отримали курс дистанційної гамма-терапії (сумарна вогнищева доза 60,0 – 70,0 Гр), проживши після лікування від 7 до 57 місяців. У 56 (59,0 %) хворих застосовано комбіноване лікування (паротидектомія або видалення підщелепної слинної залози з регіонарною лімфаденектомією), до- або післяопераційний курс дистанційної гамма-терапії сумарною вогнищевою дозою 40,0 Гр. Ці хворі прожили від 3 до 120 місяців. 16 хворих (16,8 %) або відмовились від лікування, або мали протипоказання до нього у зв'язку з супутньою патологією або із значним поширенням захворювання. Вони прожили від 1 до 21 місяця.

Значний відсоток (44,2) виявлених хворих у пізніх стадіях раку слинних залоз не дає змогу провести максимальне лікування і, отже, досягти задовільних результатів.

Отримані результати п'ятирічної виживаності хворих після проведеного спеціального лікування говорять на користь застосування комбінованого лікування, тобто променевої терапії і операційного лікування.

Клінічна стадія раку слинної залози, в якій хворий отримав спеціальне лікування, є основним прогностичним фактором щодо виживаності.

Перспективи подальших досліджень стосуватимуться розробки ефективних скринінгових програм для зменшення відсотка хворих із запущеними стадіями раку слинних залоз, що, у свою чергу, покращить загальну виживаність пацієнтів.