

РАК ГУБЫ

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

В 2004 г. в России выявлено 4652 больных злокачественными опухолями губы, что на 30% меньше, чем в 1993 г. Диагноз подтверждён морфологически в 96,8% случаев. Около 21% новообразований выявлены при профилактических осмотрах, 83% злокачественных опухолей губы диагностированы в I–II стадии. Удельный вес опухолей губы в структуре заболеваемости населения России злокачественными новообразованиями составляет 1%.

Более 75,7% злокачественных новообразований губы диагностированы у мужчин. Грубый (5,3) и стандартизованный (4,2) показатели заболеваемости мужчин выше, чем аналогичные показатели заболеваемости женщин (соответственно 1,5 и 0,7). За период 1993–2004 гг. стандартизованные показатели заболеваемости мужского и женского населения снизились соответственно на 37,7 и 33,9%.

Пик заболеваемости приходится на возраст старше 70 лет (15,7).

Факторы, способствующие развитию рака губы

Курение, алкоголь, канцерогенные вещества, вирусные инфекции (Herpes zoster).

ПРОФИЛАКТИКА

Исключение курения, алкоголя, воздействия канцерогенных веществ.

СКРИНИНГ

Ежегодная диспансеризация.

КЛАССИФИКАЦИЯ РАКА ГУБЫ

TNM-классификация

Анатомические области и части полости рта:

- Слизистая оболочка:
 - ◇ слизистая оболочка верхней и нижней губы;
 - ◇ слизистая оболочка щёк;
 - ◇ ретромолярная часть;
 - ◇ щёчно-альвеолярные складки (борозды) верхняя и нижняя (преддверие рта).
- Верхний альвеолярный отросток и десна.
- Нижний альвеолярный отросток и десна.
- Твёрдое нёбо.
- Язык:
 - ◇ спинка и боковые края спереди от валикообразных сосочков (передние две трети);
 - ◇ нижняя поверхность.
- Дно полости рта.
Примечание. Корень языка относят к глотке.

T – первичная опухоль

- TX – недостаточно данных для оценки первичной опухоли.
 T0 – первичная опухоль не определяется.
 Tis – преинвазивная карцинома (карцинома in situ).
 T1 – опухоль размером до 2 см в наибольшем измерении.
 T2 – опухоль размером до 4 см в наибольшем измерении.
 T3 – опухоль размером более 4 см в наибольшем измерении.
 T4a – опухоль прорастает кортикальную пластинку нижней челюсти, глубокие (наружные) мышцы языка, гайморову пазуху, кожу.
 T4b – опухоль прорастает в крылонёбную ямку, боковую стенку глотки, или основание черепа, или внутреннюю сонную артерию.
- Примечание.
- К глубоким мышцам языка относят подъязычно-язычную, шиловязичную, подбородочно-язычную, нёбно-язычную мышцы.
 - Поверхностной эрозии костно-зубной впадины первичной опухоли десны недостаточно для обозначения процесса как T4.
 - В случаях, когда имеются сомнения в распространённости опухоли на кость, руководствуются параграфом 4 общих правил системы TNM: «Если имеются сомнения в правильности определения категорий T, N или M, то надо выбирать низшую (т.е. менее распространённую) категорию». Если при сцинтиграфии находят очаг патологически повышенного накопления радиофармпрепарата, то опухоль относят к категории T4.

N – регионарные лимфатические узлы

NX – недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов.

N0 – нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов.

N1 – метастазы в одном лимфатическом узле на стороне поражения размером до 3 см и менее в наибольшем измерении.

N2 – метастазы в одном или нескольких лимфатических узлах на стороне поражения размерами до 6 см в наибольшем измерении или метастазы в лимфатических узлах шеи с обеих сторон, или с противоположной стороны размерами до 6 см в наибольшем измерении.

N2a – метастазы в одном лимфатическом узле на стороне поражения размером до 6 см в наибольшем измерении.

N2b – метастазы в нескольких лимфатических узлах на стороне поражения размером до 6 см в наибольшем измерении.

N2c – метастазы в лимфатических узлах с обеих сторон или с противоположной стороны размером до 6 см в наибольшем измерении.

N3 – метастаз в лимфатическом узле размером более 6 см в наибольшем измерении.

M – отдалённые метастазы

MX – недостаточно данных для определения отдалённых метастазов.

M0 – нет признаков отдалённых метастазов.

M1 – имеются отдалённые метастазы.

G – гистопатологическая дифференцировка

GX – степень дифференцировки не может быть установлена.

G1 – высокая степень дифференцировки.

G2 – средняя степень дифференцировки.

G3 – низкая степень дифференцировки.

G4 – недифференцированная опухоль.

R-классификация

Наличие или отсутствие остаточной опухоли после лечения обозначают символом R. Определения R-классификации применимы ко всем локализациям опухолей головы и шеи.

RX – наличие остаточной опухоли не определяется.

R0 – остаточной опухоли нет.

R1 – микроскопическая остаточная опухоль.

R2 – макроскопическая остаточная опухоль.

Группировка по стадиям

Стадия 0 – TisN0M0.

Стадия I – T1N0M0.

Стадия II – T2N0M0.

Стадия III:

◇ T1–2N1M0;

◇ T3N0–1M0.

Стадия IVA:

◇ T1–T3N2M0;

◇ T4aN0–2M0.

Стадия IVB:

◇ T4b любая N M0;

◇ любая T N3 M0.

Стадия IVC – любая T любая N M1.

ДИАГНОСТИКА

Анамнез

Жалобы на появление на губе шероховатого уплотнения, бородавки, трещины; эти изменения постепенно увеличиваются в размерах, изъязвляются.

Физикальное обследование

- Осмотр и пальцевое обследование губы, щёчно-десневого кармана, слизистой оболочки альвеолярных отростков челюстей.
- Пальпация подчелюстной области и шеи с обеих сторон.
- УЗИ губы, шеи, органов брюшной полости.
- Рентгенологическое исследование органов грудной клетки.
- Рентгенография нижней челюсти.
- Биопсия опухоли и мазки-отпечатки для цитологического исследования.
- Пункция лимфатических узлов шеи для цитологического исследования.
- КТ лицевого отдела черепа (по показаниям).
- Сканирование костей скелета (по показаниям).
- ЭКГ.

Лабораторные исследования

- Определение группы крови и резус-фактора.
- Реакция Вассермана.
- Определение антител к ВИЧ.

- Исследование крови на австралийский антиген и гепатит С.
- Общий анализ крови.
- Анализ мочи общий.
- Анализ крови биохимический.
- Биохимическая коагулограмма.
- Цитологическое исследование отпечатка с опухоли языка.
- Цитологическое исследование пунктата лимфатического узла шеи.
- Срочное цитологическое исследование отпечатков с операционного материала (по показаниям).
- Консультация, пересмотр стёкол цитологических препаратов.
- Изготовление и патоморфологическое исследование операционного препарата срочное (по показаниям).
- Консультация, пересмотр стёкол или блоков патоморфологических препаратов (у консультативных больных).

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

- Паракератоз и акантоз.
- Лейкоплакия.
- Ограниченный гиперкератоз.
- Хейлит Манганотти.
- Папиллома.
- Кератоакантома.
- Кожный рог.
- Эрозивно-язвенная и гиперкеротическая формы красной волчанки и красного плоского лишая.
- Постлучевой хейлит и стоматит.

КОНСУЛЬТАЦИЯ ДРУГИХ СПЕЦИАЛИСТОВ

- Консилиум с участием хирурга, радиолога и химиотерапевта.
- Консультация терапевта (по показаниям).
- Консультация кардиолога (по показаниям).
- Консультация анестезиолога.

ЛЕЧЕНИЕ

Обычно лечение рака губы заключается в предоперационной лучевой терапии, включающей первичный очаг и зоны регионарного метастазирования, в дозе 40–50 Гр с последующей резекцией губы и шейной лимфаденэктомией. При этом нужно учитывать, что опу-

холевая инвазия распространяется значительно дальше, чем это может быть оценено визуально.

Лучевая терапия (близкофокусная, дистанционная, брахитерапия, аппликационная, сочетанная) до суммарной очаговой дозы (СОД) 70 Гр в качестве единственного метода лечения проводят при небольших поверхностных опухолях, соответствующих стадии Т1–2. При больших инфильтративно растущих опухолях (Т3–4) используют комбинированное лечение (лучевая или химиолучевая терапия и операция). При опухолях, врастающих в ткани дна полости рта или в нижнюю челюсть, производят сложное хирургическое вмешательство, включающее частичное или полное удаление губы, резекцию тканей дна полости рта и резекцию нижней челюсти. После таких операций многие больные нуждаются в замещении удалённых тканей или у них формируют оростому. При наличии пальпируемых шейных метастазов после лучевой терапии необходима радикальная шейная диссекция с обязательным удалением клетчатки подчелюстной и подбородочной областей. При двустороннем поражении лимфатических узлов шеи хирургический этап лечения разбивают на два этапа. Вторым этапом выполняют шейную лимфодиссекцию с противоположной стороны через 2–3 нед после первой операции. Для профилактики затёка слюны в верхние дыхательные пути накладывают трахеостому.

Лечение рака губы в зависимости от стадии заболевания

- I–II стадии – дистанционная, брахи- или сочетанная лучевая терапия в СОД 40–70 Гр, включающая подчелюстную зону регионарного метастазирования. При недостаточной эффективности лечения после достижения дозы 40 Гр выполняют резекцию губы. Возможно использование крио- и лазерной деструкции.
- III стадия – лечение начинают с лучевой терапии; на следующем этапе при радиорезистентной опухоли выполняют резекцию губы. При наличии регионарных метастазов удаляют лимфатические узлы и клетчатку шеи^В.
- IV стадия – лечение комплексное: неоадьювантная полихимиотерапия, предоперационная дистанционная лучевая или брахитерапия, широкое иссечение опухоли, при необходимости с пластикой дефекта. Обязательное облучение зоны регионарного метастазирования шеи и подчелюстной области в СОД 40–50 Гр с обеих сторон. Дальнейшая тактика в отношении метастазов в лимфатических узлах шеи зависит от эффективности проведённого лечения: продолжение лучевой терапии до СОД 70 Гр или

радикальная шейная диссекция. При IVС стадии проводят паллиативную химиолучевую терапию^В.

ДАЛЬНЕЙШЕЕ ВЕДЕНИЕ

Сроки наблюдения:

- 1-й год после лечения — 1 раз в 3 мес;
- 2–3-й год после лечения — 1 раз в 4 мес;
- 4–5-й год после лечения — 1 раз в 6 мес;
- 6-й и последующие годы после лечения — 1 раз в год.

ПРОГНОЗ

Прогноз неблагоприятный: 5-летняя выживаемость после комбинированного лечения составляет не более 50%.