

РАК СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

В 2004 г. в Российской Федерации выявлено 5315 случаев рака языка, что составляет 3,71 (у мужчин 6,31, у женщин 1,44) на 100 000 населения. Это составляет 1,17 % всех злокачественных новообразований.

Отношение мужчин/женщин равно 3:1.

Возраст заболевших в среднем 60 лет, но рак языка может возникать и у больных моложе 30 лет.

ПРОФИЛАКТИКА

Исключение курения и употребления алкоголя.

СКРИНИНГ

Ежегодная диспансеризация.

I. РАК ЯЗЫКА

КЛАССИФИКАЦИЯ

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, кожу.
- T4b – опухоль прорастает в боковую стенку глотки или внутреннюю сонную артерию.

N – регионарные лимфатические узлы

Регионарными являются подбородочно-подчелюстные, поверхностные и глубокие шейные, а также надключичные лимфатические узлы.

- NX – недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов.
- N0 – нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов.
- N1 – одиночный лимфатический узел на стороне поражения размером менее 3 см.
- N2a – одиночный лимфатический узел на стороне поражения размером от 3 до 6 см.
- N2b – множественные лимфатические узлы на стороне поражения размером менее 6 см.
- N2c – двусторонние или контралатеральные лимфатические узлы размером менее 6 см.
- N3 – лимфатические узлы размером более 6 см.

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 – недифференцированные опухоли.

R-классификация

Наличие или отсутствие остаточной опухоли после лечения обозначают символом R.

- RX – остаточная опухоль не определяется.
- R0 – остаточной опухоли нет.
- R1 – микроскопическая остаточная опухоль.
- R2 – макроскопическая остаточная опухоль.

Группировка по стадиям

- 0 стадия – TisN0M0.
- I стадия – T1N0M0.
- II стадия – T2N0M0.

- III стадия:
 - ◇ T3N0M0;
 - ◇ T1N1M0;
 - ◇ T2N1M0;
 - ◇ T3N1M0.
- IVA стадия:
 - ◇ T1N2M0;
 - ◇ T2N2M0;
 - ◇ T3N2M0;
 - ◇ T4aN0M0;
 - ◇ T4aN1M0;
 - ◇ T4aN2M0.
- IVB стадия:
 - ◇ T4b любая NM0;
 - ◇ T любая N3M0.
- IVC стадия — любая T любая N M1.

ДИАГНОСТИКА

Анамнез

Жалобы на появление на языке безболезненного узелка, поверхностной язвы или трещины, постепенно увеличивающегося, не поддающего медикаментозному лечению изъязвления. Наиболее частые симптомы у больных раком языка — боль, затруднение при глотании. Злокачественные опухоли языка растут обычно инфильтративно и быстро. В запущенных стадиях возникают кровотечения, саливация, неприятный запах изо рта^А.

Физикальное обследование

- Осмотр и пальцевое исследование языка, дна полости рта, миндалин.
- Пальпация подчелюстной области и шеи с обеих сторон.
- УЗИ языка, шеи, органов брюшной полости.
- Рентгенологическое обследование органов грудной клетки.
- Рентгенография нижней челюсти.
- Биопсия опухоли и взятие мазков-отпечатков 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.
- Общий анализ мочи.
- Биохимический анализ крови.
- Электрокоагулография (по показаниям).
- 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

- Лейкоплакия.
- Эритроплакия.
- Дисплазия эпителия.
- Рак слизистой оболочки дна полости рта.
- Рак ротоглотки.

КОНСУЛЬТАЦИЯ ДРУГИХ СПЕЦИАЛИСТОВ

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

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ

Наиболее частая локализация рака языка – средняя треть (65%) и корень языка (25%); на нижней и дорсальной поверхностях и кончике языка опухоли возникают реже (10%). Экзофитная форма представлена папиллярными выростами, расположенными поверхностно, с чёткими границами. Эндофитная форма роста характеризуется глубокой инфильтрацией без чётких границ, в центре кото-

рой возникает изъязвление. При прогрессировании процесса язвы принимают вид глубоких щелей или кратера^А.

ЛЕЧЕНИЕ

Обычно лечение рака языка заключается в предоперационной лучевой терапии, включающей первичный очаг и зоны регионарного метастазирования, СОД 40–50 Гр с последующей операцией. При этом нужно учитывать, что опухолевая инвазия распространяется значительно дальше, чем это может быть оценено визуально.

Лучевую терапию (дистанционная, брахи- или сочетанная) в СОД 70 Гр в качестве единственного метода лечения проводят при небольших поверхностных опухолях, соответствующих степени Т1–2. При больших инфильтративно растущих раках (Т3–4) используют комбинированное лечение (лучевую или химиолучевую терапию и операцию). При опухолях, врастающих в ткани дна полости рта или в нижнюю челюсть, производят сложное хирургическое вмешательство, включающее частичное или полное удаление языка, резекцию тканей дна полости рта и частичную резекцию нижней челюсти. После таких операций многим больным придется замещать удалённые ткани или формировать оростому. При наличии пальпируемых шейных метастазов после лучевой терапии необходима радикальная шейная диссекция. При двустороннем поражении лимфатических узлов шеи хирургическое лечение 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^В.

Лечение рака языка в зависимости от стадии заболевания

- I–II стадия – дистанционная, брахи- или сочетанная лучевая терапия в СОД 40–70 Гр, включающая подчелюстную зону регионарного метастазирования. При недостаточной эффективности лечения после 40 Гр выполняют резекцию языка, гемиглоссэктомию. Возможна крио- и лазерная деструкция.
- III стадия – на первом этапе проводят химиолучевое лечение. В случае радиорезистентности опухоли после 40 Гр выполняют операцию. При наличии регионарных метастазов удаляют лимфатические узлы и клетчатку шеи.
- IV стадия – комплексное лечение: неоадьювантная химиотерапия, предоперационная лучевая терапия, при наличии показа-

ний оперативное вмешательство с реконструкцией дефекта. Обязательное облучение зоны регионарного метастазирования шеи в СОД 40–50 Гр с обеих сторон. Дальнейшая тактика в отношении метастазов в лимфатических узлах шеи зависит от эффективности проведённого лечения. При невозможности хирургического вмешательства проводят паллиативную химиолучевую терапию^В.

Дальнейшее ведение

Срок 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

Частота излеченности после лучевой терапии или хирургического вмешательства примерно одинакова при опухолях стадии T1 (80%) и T2 (60%), а при стадии T3–4 после комбинированного и комплексного лечения она составляет 15–35%. Наличие метастазов в лимфатических узлах уменьшает выживаемость на 50%.

II. РАК СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ДНА ПОЛОСТИ РТА

Рак слизистой оболочки дна полости рта составляет 20–25% всех случаев плоскоклеточного рака полости рта.

КЛАССИФИКАЦИЯ

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, кожу.
- T4b – опухоль прорастает в крылонёбную ямку, боковую стенку глотки, или основание черепа, или внутреннюю сонную артерию.

N – регионарные лимфатические узлы

Регионарными являются подбородочно-подчелюстные, поверхностные и глубокие шейные, а также надключичные лимфатические узлы.

- NX – недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов.
- N0 – нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов.
- N1 – одиночный лимфатический узел на стороне поражения размером менее 3 см.
- N2a – одиночный лимфатический узел на стороне поражения размером от 3 до 6 см.
- N2b – множественные лимфатические узлы на стороне поражения размером менее 6 см.
- N2c – двусторонние или контралатеральные лимфатические узлы размером менее 6 см.
- N3 – лимфатические узлы размером более 6 см.

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 – недифференцированные опухоли.

R-классификация

Наличие или отсутствие остаточной опухоли после лечения обозначают символом R.

- RX – наличие остаточной опухоли не определяется.
- R0 – остаточной опухоли нет.
- R1 – микроскопическая остаточная опухоль.
- R2 – макроскопическая остаточная опухоль.

Группировка по стадиям

- 0 стадия – TisN0M0.
- I стадия – T1N0M0.

- II стадия – T2N0M0.
- III стадия:
 - ◇ T3N0M0;
 - ◇ T1N1M0;
 - ◇ T2N1M0;
 - ◇ T3N1M0.
- IVA стадия:
 - ◇ T1N2M0;
 - ◇ T2N2M0;
 - ◇ T3N2M0;
 - ◇ T4aN0M0;
 - ◇ T4aN1M0;
 - ◇ T4aN2M0.
- IVB стадия:
 - ◇ T4b любая N M0;
 - ◇ T любая N3 M0.
- IVC стадия – любая T любая N M1.

ДИАГНОСТИКА

Анамнез

Начало заболевания обычно бывает бессимптомным, поэтому к врачу обращаются с болезненным образованием под языком. После присоединения инфекции появляются боли, кровотечение, неприятный запах изо рта, неуклонное нарастание симптомов.

Физикальное обследование

- Осмотр и пальцевое исследование дна полости рта, языка.
- Пальпация подчелюстной области и шеи с обеих сторон.
- УЗИ языка, шеи, органов брюшной полости.
- Рентгенологическое обследование органов грудной клетки.
- Рентгенография нижней челюсти.
- Биопсия опухоли и взятие мазков-отпечатков 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.
- Общий анализ мочи.
- Биохимический анализ крови.
- Электрокоагулография (по показаниям).
- 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

- Лейкоплакия.
- Эритроплакия.
- Дисплазия эпителия.
- Рак слизистой оболочки альвеолярного отростка нижней челюсти.
- Рак языка.

КОНСУЛЬТАЦИЯ ДРУГИХ СПЕЦИАЛИСТОВ

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

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ

Вначале появляется безболезненное уплотнение, вызывающее чувство инородного тела; в дальнейшем симптомы заболевания связаны с изъязвлением (боль, ограничение подвижности языка, кровоточивость). Следует различать вторичные поражения дна полости рта опухолью языка или нижней челюсти.

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение рака полости рта в зависимости от стадии заболевания

- I–II стадия – дистанционная, брахи- или сочетанная лучевая терапия в СОД 40–70 Гр, включающая подчелюстную зону регионарного метастазирования. При недостаточной эффективности лечения после 40 Гр выполняют резекцию мягких тканей полости рта.
- III стадия – на первом этапе проводят химиолучевое лечение. На следующем этапе в случае радиорезистентности опухоли производят операцию (по показаниям – резекцию дна полости рта, глубоких мышц языка, нижней челюсти). При наличии регионарных метастазов одновременно выполняют радикальную шейную диссекцию.
- IV стадия – комплексное лечение: неоадьювантная химиотерапия, лучевая терапия, при отсутствии противопоказаний операция. Зоны регионарного метастазирования включают в поле облучения, СОД на эти зоны составляет 40–50 Гр. При отдалённых метастазах проводят паллиативное химиолучевое лечение^В.

ДАЛЬНЕЙШЕЕ ВЕДЕНИЕ

Срок 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

При T1 5-летняя выживаемость составляет 85%, при T2 – 75%, при T3 – 60% и при T4 – 30%. К показателям неблагоприятного прогноза следует отнести прорастание опухоли в язык, нижнюю челюсть, мышцы дна полости рта.

III. РАК СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ

КЛАССИФИКАЦИЯ

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, гайморову пазуху, кожу.
- T4b – опухоль прорастает в крылонёбную ямку, боковую стенку глотки, или основание черепа, или внутреннюю сонную артерию.

N – регионарные лимфатические узлы

Регионарными являются подбородочно-подчелюстные, поверхностные и глубокие шейные, а также надключичные лимфатические узлы.

- NX – недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов.
- N0 – нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов.
- N1 – одиночный лимфатический узел на стороне поражения размером менее 3 см.
- N2a – одиночный лимфатический узел на стороне поражения размером от 3 до 6 см.
- N2b – множественные лимфатические узлы на стороне поражения размером менее 6 см.
- N2c – двусторонние или контралатеральные лимфатические узлы размером менее 6 см.
- N3 – лимфатические узлы размером более 6 см.
- 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 – недифференцированные опухоли.

R-классификация

Наличие или отсутствие остаточной опухоли после лечения обозначают символом R.

- RX – остаточная опухоль не определяется.
- R0 – остаточной опухоли нет.
- R1 – микроскопическая остаточная опухоль.
- R2 – макроскопическая остаточная опухоль.

Группировка по стадиям

- 0 стадия – TisN0M0.
- I стадия – T1N0M0.
- II стадия – T2 N0M0.
- III стадия:
 - ◇ T3N0M0;
 - ◇ T1N1M0;
 - ◇ T2N1M0;
 - ◇ T3N1M0.
- IVA стадия:
 - ◇ T1N2M0;
 - ◇ T2N2M0;
 - ◇ T3N2M0;
 - ◇ T4aN0M0;
 - ◇ T4aN1M0;
 - ◇ T4aN2M0.
- IVB стадия:
 - ◇ T4b любая NM0
 - ◇ T любая N3M0
- IVC стадия – любая T любая N M1.

ДИАГНОСТИКА

Анамнез

Жалобы на появление на слизистой оболочке альвеолярного отростка нижней челюсти безболезненного, постепенно увеличивающегося, не поддающего медикаментозному лечению изъязвления, кровоточивость, боль в зубах, расшатывание зубов. Клинические

проявления ранние, так как появляется зубная боль. Нередко ошибочно удаляют зубы, что способствует распространению опухоли.

Физикальное обследование

- Осмотр и пальцевое исследование языка, дна полости рта, миндалин.
- Пальпация подчелюстной области и шеи с обеих сторон.
- УЗИ языка, шеи, органов брюшной полости.
- Рентгенологическое обследование органов грудной клетки.
- Рентгенография нижней и верхней челюстей.
- Биопсия опухоли и взятие мазков-отпечатков 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.
- Общий анализ мочи.
- Биохимический анализ крови.
- Электрокоагулография (по показаниям).
- Цитологическое исследование отпечатка с опухоли.
- 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

- Лейкоплакия.
- Эритроплакия.
- Дисплазия эпителия.

КОНСУЛЬТАЦИЯ ДРУГИХ СПЕЦИАЛИСТОВ

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

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ

Сначала опухоль чётко ограничена, кровоточит при дотрагивании. В дальнейшем появляется инфильтрация. Степень поражения костной ткани определяется рентгенологически. В дальнейшем опухоль распространяется на нёбо, слизистую оболочку щеки, щёчно-десневой карман, дно полости рта, регионарные метастазы возникают часто (20–25%)^А.

ЛЕЧЕНИЕ

- I–II стадия (T1–2N0M0) – дистанционная, брахи- или сочетанная лучевая терапия в СОД 40–70 Гр, включающая подчелюстную зону регионарного метастазирования. При недостаточной эффективности лечения после 40 Гр выполняют резекцию альвеолярного отростка нижней челюсти.
- III стадия – комбинированное лечение: предоперационная лучевая терапия с последующей операцией. Объём хирургического вмешательства должен соответствовать степени распространения первичной опухоли, форме роста и гистологической структуре. При наличии регионарных метастазов удаляют лимфатические узлы и клетчатку шеи на стороне поражения.
- IV стадия – комплексное лечение: неоадьювантная химиотерапия, предоперационная лучевая терапия или брахитерапия, при отсутствии противопоказаний оперативное вмешательство с резекцией альвеолярных отростков и прилежащих анатомических структур. При наличии регионарных метастазов удаляют лимфатические узлы и клетчатку шеи на стороне поражения. При неоперабельных опухолях проводят паллиативное химиолучевое лечение^В.

ДАЛЬНЕЙШЕЕ ВЕДЕНИЕ

Срок 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

При T1 5-летняя выживаемость составляет 85%, при T2 – 75%, при T3 – 60% и при T4 – 30%. К показателям неблагоприятного прогноза следует отнести прорастание опухоли в язык, нижнюю челюсть, мышцы дна полости рта.

Для индивидуального
использования,
© «ГЭОТАР-Медиа»