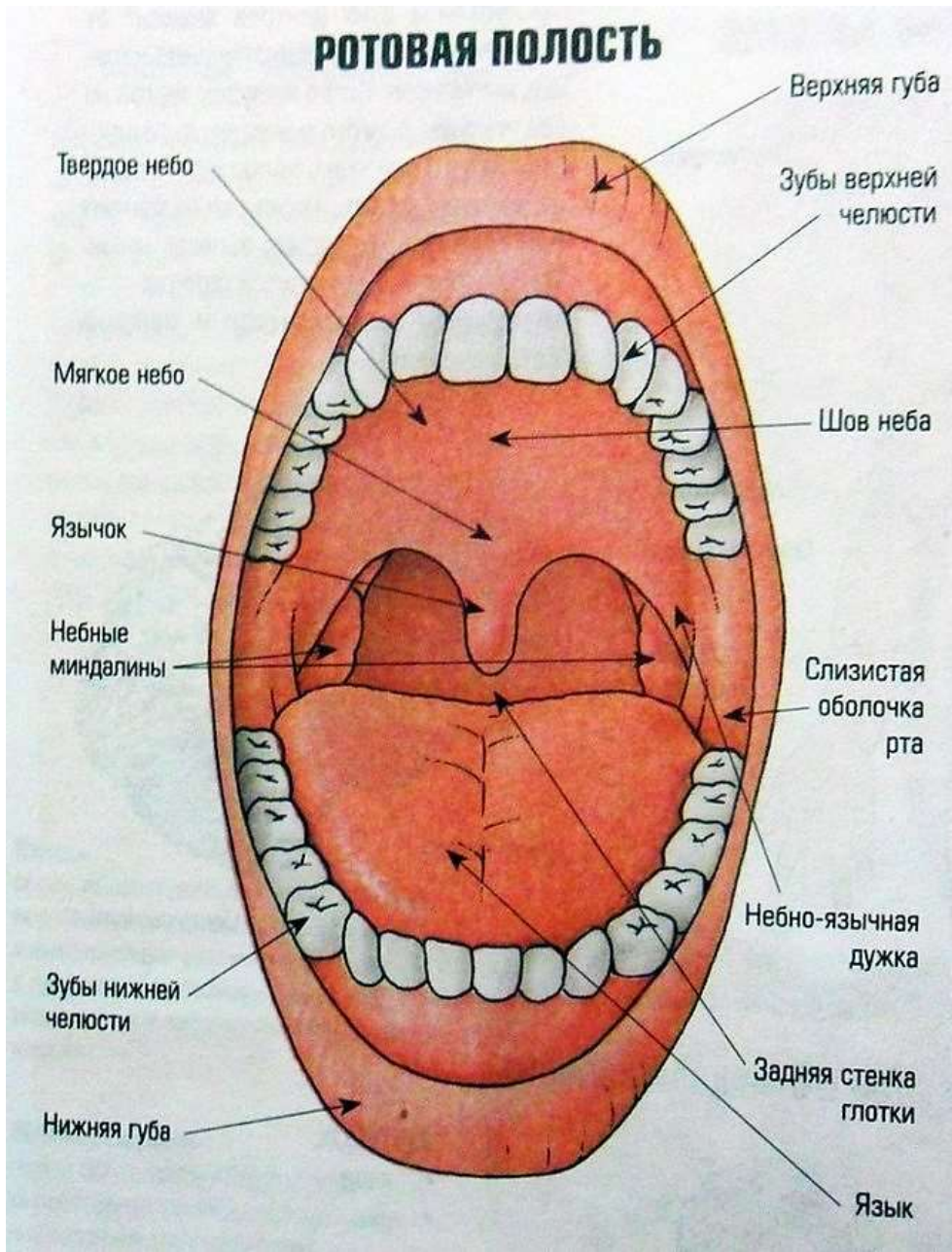


# Злокачественные новообразования полости рта (C02.0, C02.1, C02.2, C02.3, C02.8, C02.9, C03, C04, C05.0, C06)

Образовательные семинары для врачей общей лечебной сети



# I. Анатомическое строение полости рта

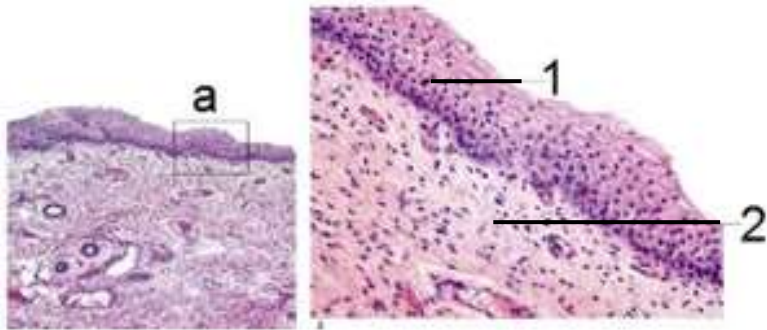


**Полость рта** – это начальный отдел пищеварительного тракта, в котором пережевывается пища, вырабатывается слюна для переваривания пищи. Он задействован в процессе дыхания, глотания, артикуляции и речи.

## **В состав ротовой полости входит:**

- преддверие (губы, передняя сторона зубов, внутренняя поверхность щек);
- десны;
- дно, на котором лежит язык;
- две трети языка;
- зубы;
- позадиомолярный треугольник – пространство на нижней челюсти позади третьего моляра;
- твердое и мягкое небо.

# 1. Определение заболевания



**Слизистая оболочка передней поверхности (а):**

**1** – Многослойный плоский неороговевающий эпителий;

**2** – Собственная пластинка слизистой оболочки.

**Рак слизистой оболочки полости рта – злокачественная опухоль, развивающаяся из элементов неороговевающего эпителия слизистой оболочки щек, нёба, десен, дна ротовой полости, языка.**

Злокачественные опухоли полости рта составляют около **6%** от всех онкозаболеваний в целом.

**По гистологическому строению (типу образующих опухоль клеток) выделяют следующие типы:**

- Опухоль из клеток эпителия — рак
- Опухоль из клеток соединительной ткани — саркома
- Меланома

Каждый из типов включает в себя несколько разновидностей.

## 2. Этиология и патогенез заболевания

### Этиологические факторы развития рака полости рта

- ❑ вредные привычки: курение, особенно в сочетании с употреблением крепкого алкоголя, жевание различных смесей (орех бетель и т.д.).
- ❑ фоновые процессы: лейкоплакия, эритроплакия, хронические язвы и трещины губ, хейлиты.
- ❑ хроническая инфекция в полости рта;
- ❑ хроническая травматизация слизистой оболочки полости рта (разрушенными зубами и их корнями, некачественно изготовленными протезами).



**лейкоплакия**



**эритроплакия**



**хейлиты**



**хронические язвы и трещины губ**



**хроническая инфекция в полости рта**



**Разрушенные зубы**



### 3. Эпидемиология заболевания

#### Онкологические показатели рака полости рта в Краснодарском крае

Показатель	КК
Летальность на первом году с момента уст. диагноза, %	25,2
Пятилетняя выживаемость, %	46,6
Ранняя выявляемость (1-2 ст.,%)	36,6
Запущенность (3-4 ст.,%)	63,4
Заболеваемость (на 100 тыс.) / в структуре (%)	6,7/1,6
Смертность (на 100 тыс.) / в структуре (%)	3,2/1,8

# 4. Кодирование по МКБ 10

## **С02 Злокачественное новообразование других и неуточненных частей языка**

- С02.0 спинки языка (передних 2/3 спинки языка)
- С02.1 боковой поверхности языка; кончика языка
- С02.2 нижней поверхности языка (передних 2/3 языка нижней поверхности)
- С02.3 передних 2/3 языка неуточненной части
- С02.8 поражение языка, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций
- С02.9 языка неуточненной части

## **С03 Злокачественное новообразование десны**

- С03.0 десны верхней челюсти
- С03.1 десны нижней челюсти
- С03.9 десны неуточненной

## **С04 Злокачественное новообразование дна полости рта**

- С04.0 передней части дна полости рта (передней части до контактного пункта клык - премоляр)
- С04.1 боковой части дна полости рта
- С04.8 поражение дна полости рта, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций
- С04.9 дна полости рта неуточненное

## **С05 Злокачественное новообразование нёба**

- С05.0 твердого неба

## **С06 Злокачественное новообразование других и неуточненных отделов рта**

- С06.0 слизистой оболочки щеки
- С06.1 преддверия рта
- С06.2 ретромолярной области
- С06.8 поражение рта, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций
- С06.9 Рта неуточненное

# Кодирование по МКБ-0, 4-е издание, 2010 г.

## Злокачественные эпителиальные опухоли

- **8070/3** Плоскоклеточный рак, без дополнительного уточнения
- **8051/3** Бородавчатый рак, без дополнительного уточнения
- **8083/3** Базалоидный плоскоклеточный рак
- **8052/3** Папиллярный плоскоклеточный рак
- **8074/3** Плоскоклеточный рак, веретенклеточный
- **8075/3** Плоскоклеточный рак, аденоидный
- **8560/3** Железисто-плоскоклеточный рак
- **8082/3** Лимфоэпителиальный рак

В **97%** случаев злокачественные опухоли слизистой оболочки полости рта представлены **плоскоклеточным раком**, реже аденокарциномой (из малых слюнных желез) и саркомами.



# 5. Клиническая классификация

Символ T содержит следующие градации

<b>TX</b>	Недостаточно данных для оценки первичной опухоли
<b>Tis</b>	Карцинома in situ
<b>T1</b>	Опухоль до 2 см в наибольшем измерении
<b>T2</b>	Опухоль $\leq 2$ см, ГИ $> 5$ мм и $\leq 10$ мм или опухоль $\leq 4$ см и ГИ $\leq 10$ мм
<b>T3</b>	Опухоль $> 4$ см или ГИ $> 10$ мм, но $\leq 20$ мм
<b>T4a</b>	Умеренно местно-распространенный рак*.
	Опухоль прорастает только прилежащие ткани (например, кортикальный слой кости, гайморову пазуху или кожу лица)* или большая опухоль с двусторонним поражением языка и/или ГИ $> 20$ мм
<b>T4b</b>	Местно-распространенный рак.
	Опухоль распространяется на жевательный аппарат, крыловидные отростки основной кости или основания черепа и/или охватывает сонную артерию

\*Наличие только поверхностных эрозий кости/зубной лунки первичной опухолью десны недостаточно для ее классифицирования как стадии T4.

**Символ cN указывает на наличие или отсутствие метастазов в регионарных лимфатических узлах (ЛУ) по данным клинико-инструментальных исследований**

<b>NX</b>	Недостаточно данных для оценки состояния регионарных ЛУ
<b>N0</b>	Нет признаков метастатического поражения регионарных ЛУ
<b>N1</b>	Метастазы в одном ЛУ на стороне поражения $\leq 3$ см в наибольшем измерении, экстракапсулярная инвазия (ENE) отсутствует
<b>N2</b>	Метастазы в одном ЛУ на стороне поражения $> 3$ см, но не более 6 см в наибольшем измерении и ENE отсутствует, или метастазы в нескольких ЛУ шеи на стороне поражения, до 6 см в наибольшем измерении и ENE отсутствует, или с обеих сторон либо с противоположной стороны до 6 см в наибольшем измерении и ENE отсутствует
<b>N2a</b>	Метастазы в одном ЛУ на стороне поражения $> 3$ см, но не более 6 см в наибольшем измерении
<b>N2b</b>	Метастазы в нескольких ЛУ на стороне поражения до 6 см в наибольшем измерении
<b>N2c</b>	Метастазы в ЛУ с обеих сторон или с противоположной стороны до 6 см в наибольшем измерении и ENE отсутствует
<b>N3</b>	Метастазы в ЛУ $> 6$ см в наибольшем измерении и ENE отсутствует, или метастазы любого размера и ENE+
<b>N3a</b>	Метастазы в ЛУ $> 6$ см в наибольшем измерении и ENE отсутствует
<b>N3b</b>	Метастазы любого размера и ENE+

**Символ pN указывает на наличие или отсутствие метастазов в регионарных ЛУ по данным патолого-анатомического исследование операционного материала**

<b>NX</b>	Недостаточно данных для оценки состояния регионарных ЛУ
<b>N0</b>	Нет признаков метастатического поражения регионарных ЛУ
<b>N1</b>	Метастазы в одном ЛУ на стороне поражения $\leq 3$ см в наибольшем измерении, ENE отсутствует
<b>N2</b>	Метастазы в одном ЛУ на стороне поражения $\leq 3$ см и ENE+, $> 3$ см и $< 6$ см в наибольшем измерении и ENE отсутствует, или метастазы в нескольких ЛУ шеи на стороне поражения, до 6 см в наибольшем измерении и ENE отсутствует, или с обеих сторон либо с противоположной стороны до 6 см в наибольшем измерении и ENE отсутствует
<b>N2a</b>	Метастазы в одном ЛУ на стороне поражения $\leq 3$ см и ENE+, или $> 3$ см, но $< 6$ см в наибольшем измерении, ENE отсутствует
<b>N2b</b>	Метастазы в нескольких ЛУ на стороне поражения $< 6$ см в наибольшем измерении и ENE отсутствует
<b>N2c</b>	Метастазы в ЛУ с обеих сторон или с противоположной стороны $< 6$ см в наибольшем измерении и ENE отсутствует
<b>N3</b>	Метастазы в ЛУ $> 6$ см в наибольшем измерении и ENE отсутствует, или в одном ипсилатеральном ЛУ и ENE+, или множественные ипсилатеральные, контралатеральные или билатеральные метастазы с ENE+, или единственный контралатеральный метастаз любых размеров и ENE+
<b>N3a</b>	Метастазы в ЛУ $> 6$ см в наибольшем измерении и ENE отсутствует
<b>N3b</b>	Метастаз в одном ипсилатеральном ЛУ и ENE+, или множественные ипсилатеральные, контралатеральные или билатеральные метастазы с ENE+, или единственный контралатеральный метастаз любых размеров и ENE+

**Символ М** характеризует наличие или отсутствие отдаленных метастазов

**M0** Отдаленных метастазов нет

**M1** Наличие отдаленных метастазов

**Таблица 1. Группировка по стадиям**

Стадия	0	I	II	III				IVA					
T	<i>In situ</i>	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T4a	T4a	T4a
N	N0	N0	N0	N0	N1	N1	N1	N2	N2	N2	N0	N1	N2
M	M0	M0	N0	M0	M0	M0	M0	M0	M0	M0	M0	M0	M0

Стадия	IVB		IVC
T	любое T	T4b	любое T
N	N3	любое N	любое N
M	M0	M0	M1

**Гистопатологическая дифференцировка**

**GX** Степень дифференцировки не может быть установлена

**G1** Высокая степень дифференцировки

**G2** Средняя степень дифференцировки

**G3** Низкая степень дифференцировки

# 6.Предраковые заболевания

## Болезнь Боуэна

- высыпания узелково - пятнистого характера;
- локация очага преимущественно в задних частях полости рта;
- поверхность поражённого участка слизистой бархатистая;
- с течением времени появляется атрофия слизистой рта;
- образование эрозий на поверхности очага.



## Лейкоплакия

- лёгкое жжение;
- стягивание слизистой, что создаёт дискомфорт при разговоре и приёме пищи;
- зуд;
- образование бляшек белого или серого цвета (диаметр 2-4 мм).



## Папиллома

- образование на слизистой рта округлых папиллом на ножке с бородавчатой, зернистой или складчатой поверхностью (размеры 0,2-2 см);
- локализация преимущественно на твёрдом и мягком нёбе, языке;
- боль, кровоточивость, ухудшение физического состояния человека не отмечается.



## Эрозийно-язвенная форма красной волчанки и красного плоского лишая

- появление множества красных пятен, которые трансформируются в эрозии и язвы;
- ощущения сухости и шероховатости во рту;
- в зоне очагов поверхность покрывается фибринозным очагом.



# Постлучевой стоматит

- головокружение, физическая слабость;
- матовость лица;
- сухость во рту;
- бледность слизистой;
- образование белых пятен во рту;
- расшатывание зубов.



## Симптомы

- онемение дёсен, нескольких зубов;
- утолщение языка, что доставляет дискомфорт при употреблении пищи и разговоре;
- онемение языка;
- увеличение параметров лимфатических узлов, расположенных в зоне шеи;
- отёчность на челюсти;
- резкая потеря веса;
- деформация голоса;
- болевые ощущения во рту;
- выпадение зубов без веских причин;
- появление на слизистой рта образований,  
(красные и белые пятна, язвочки, уплотнения, наросты).

## Фазы развития

Новообразования даже доброкачественного происхождения спустя какое-то время перерождаются в злокачественную опухоль, которая при прогрессировании проходит **три этапа развития:**

**1. Начальная форма** характеризуется непривычными явлениями для больного в виде болезненных ощущений, язвочек, уплотнений в полости рта.

**2. Развитая форма болезни** – язвочки приобретают вид щелей, появляются боли, отдающие из полости рта в разные части головы. Есть случаи, когда больной на данном этапе не ощущает боли.

**3. Запущенная форма** – активная фаза онкологического заболевания, когда очаги распространяются быстро. Отмечается и сопутствующая симптоматика: боли во рту, трудности с проглатыванием пищи, резкое снижение массы тела, изменение голоса.

---

Опухоль характеризуется тремя **формами роста:** экзофитной, эндофитной (язвенная, инфильтративная или язвенно-инфильтративная) или смешанной.

*При экзофитной форме* отмечаются грибовидные, бляшкообразные наросты на слизистой оболочке с четкими границами.

*При эндофитной форме* язва может быть ограничена опухолевым валиком, а также опухоль может распространяться вглубь тканей в виде инфильтрата без четких границ.

*В запущенном периоде* отмечается массивное разрушение окружающих тканей с вовлечением костных структур, преддверия рта, кожи, мышц.

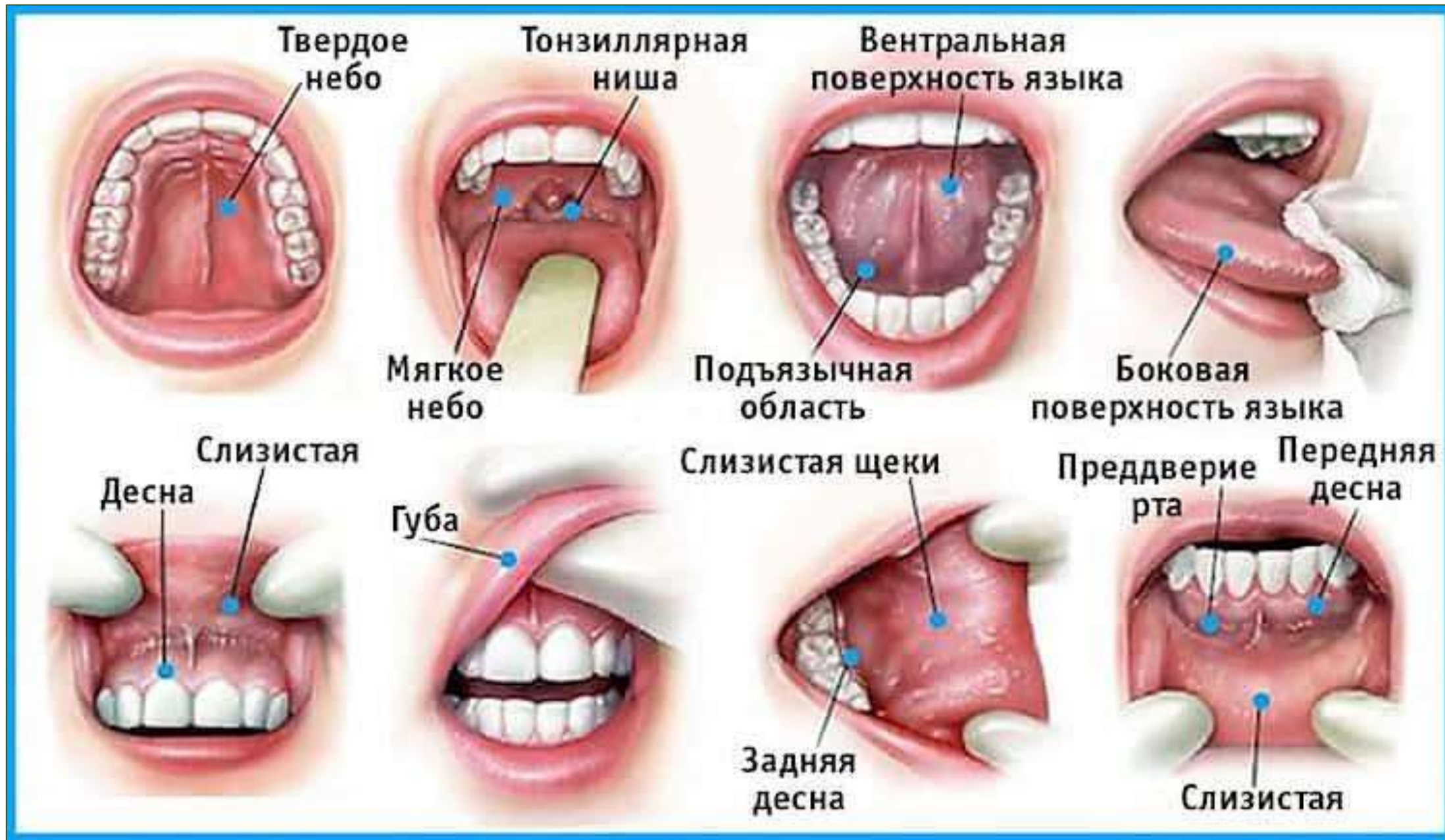


# 7. Клиническая картина рака полости рта

## Формы рака слизистой рта

Название	Описание
Узловатая	На тканях наблюдаются уплотнения с чёткими краями. Слизистая либо имеет белёсые пятна, либо остаётся неизменной. Новообразования при узловатой форме рака быстро увеличиваются в размерах.
Язвенная	Новообразования имеют вид язв, они долго не заживают, чем доставляют сильный дискомфорт больному. Патология при язвенной форме быстропрогрессирующая. В сравнении с другими видами поражает слизистую намного чаще.
Папиллярная	Новообразование имеет плотную структуру. Не заметить невозможно, так как опухоль буквально провисает в ротовую полость. Цвет и структура слизистой остаются почти неизменными.

# Локализация



## **Рак щёк**

Очаги обнаруживаются зачастую чаще на линии рта примерно на уровне уголков. На начальном этапе развития напоминает язву.

Позже больной ощущает некоторые ограничения при смыкании и размыкании челюсти. Дискомфорт отмечается также при пережёвывании пищи и разговоре.



## **Рак дна полости рта**

Локация очаговой зоны наблюдается на мышцах дна полости рта с возможным захватом близлежащих участков слизистой оболочки (нижняя часть языка с переходом в слюнные железы). Больной испытывает сильные боли и обильное выделение слюны.



## **Рак языка**

Опухоль локализуется на боковых поверхностях языка. Ощутимый дискомфорт отмечается при разговоре и пережёвывании пищи. Встречается такая разновидность чаще, нежели локация очагов на верхних и нижних тканях языка с захватом кончика и корня.



### **Рак в зоне альвеолярных отростков**

Очаги могут образовываться на верхней и нижней части полости рта с поражением зубов. Это вызывает кровотечение десен и боли при лёгком надавливании на зубной ряд.



### **Рак нёба**

Нёбо состоит из мягких и твёрдых тканей. В зависимости от того, какие из них были поражены, диагностируется разновидность рака.

Плоскоклеточный рак образуется на мягких тканях, а при локации очагов на твёрдом нёбе идентифицируют: цилиндрому, аденокарциному, плоскоклеточный вид. Возникающие боли и дискомфорт при жевательной деятельности и разговоре должны насторожить.



## II. Диагностика заболевания

**Диагноз устанавливается на основании:**

- 1) анамнестических данных**, а именно наличие новообразования, не поддающегося консервативному лечению в течение 2–3 нед.;
- 2) физикального обследования**, включающего тщательный клинический осмотр, пальпацию образования и прилежащих тканей и регионарных лимфатических узлов (ЛУ);
- 3) цитологического исследования** соскоба, мазков, пунктата из первичной опухоли, пунктата из увеличенных или подозрительных ЛУ;
- 4) патологоанатомического исследования** биопсийного (операционного) материала;
- 5) инструментального обследований**, включая ультразвуковое исследование (УЗИ) тканей полости рта, УЗИ шеи, компьютерную томографию (КТ)/ магнитнорезонансную томографию (МРТ), позитронно-эмиссионную компьютерную томографию (ПЭТ-КТ), фиброларингоскопию (ФЛС) по показаниям.



## 1. Жалобы и анамнез

- **Рекомендуется** сбор жалоб и анамнеза перед началом лечения в целях выявления факторов, которые могут повлиять на выбор тактики лечения.

## 2. Физикальное обследование

- **Рекомендуется** всем пациентам проводить **физикальный осмотр**, включающий осмотр и пальпацию (бимануальную) очага поражения и регионарных ЛУ, оценку нутритивного статуса в целях определения распространенности опухолевого процесса и принятия решения о необходимости коррекции нутритивного статуса.



**Бимануальная пальпация  
дна полости рта**



**Пальпация наружной крыловидной (а),  
собственно жевательной (б) и  
внутренней крыловидной (в) мышц**

### 3. Лабораторные диагностические исследования

➤ **Рекомендуется** перед началом лечения выполнять развернутые **клинический и биохимический анализы крови, коагулограмму, общий анализ мочи**, с целью выявления факторов, которые могут повлиять на тактику лечения.



➤ **Рекомендуется** проводить **патологоанатомическое исследование** операционного материала хирургически удаленного опухолевого препарата с целью оценки прогностических факторов и планирования дальнейшей тактики лечения и наблюдения.



*В морфологическом заключении рекомендуется отразить следующие параметры:*

- 1. размер и распространенность первичной опухоли;*
- 2. глубину инвазии первичной опухоли;*
- 3. гистологическое строение опухоли;*
- 4. степень дифференцировки опухоли;*
- 5. наличие периваскулярной, перилимфатической, периневральной **инвазии** (отрицательный результат также должен быть констатирован);*
- 6. статус регионарных ЛУ (pN) с указанием общего числа исследованных и пораженных ЛУ, признаков экстранодального распространения опухоли (ENE+/-);*
- 7. микроскопическую оценку краев резекции (статус) R0–I (R0 – чистый край резекции, R1 – опухоль по краю резекции) с указанием расстояния до ближайшего края резекции в миллиметрах (мм);*
- 8. степень лечебного патоморфоза опухоли (TRG) (при ранее проведенном лечении).*

### **Степени резекции в онкологии:**

**R0** – удаление злокачественной ткани в чистом отделении от здоровой

**R1** – микроскопические остатки злокачественной ткани в здоровой после удаления

**R2** – макроскопические остатки злокачественной ткани в здоровой после удаления

**en-bloc-Resektion** – удаление «в блоке», с окружающими фрагментами здоровой ткани



## 4. Инструментальные диагностические исследования

➤ **Рекомендуются** до начала лечения мазки-отпечатки, соскобы **или** биопсии с поверхности эрозий, изъязвлений, трещин, **аспирация** содержимого при тонкоигольной аспирационной биопсии уплотнений мягких тканей полости рта без признаков изъязвлений и увеличенных шейных ЛУ под контролем УЗИ в целях верификации процесса. **При неясности** цитологического исследования **необходима биопсия** для патологоанатомического исследования (в том числе иммуногистохимического) для подтверждения диагноза.

***При положительном результате** патолого-анатомического исследования биопсийного материала (злокачественная опухоль верифицирована) необходимо определить гистологический тип опухоли, при этом целесообразно установить степень дифференцировки опухоли.*

***При сомнительном результате** патологоанатомического исследования биопсийного материала (диагноз новообразования не верифицирован) необходимо в обязательном порядке выполнить повторную биопсию новообразования в достаточном объеме для проведения дополнительных специальных методов прижизненного патолого-анатомического исследования (иммуногистохимическое типирование).*

***При отрицательном результате** патологоанатомического исследования биопсийного материала повторная биопсия целесообразна при наличии убедительных клинических и/или рентгенологических признаков злокачественного новообразования.*

- **Рекомендуется** выполнить **УЗИ ЛУ шеи** с пункцией пальпаторно не измененных ЛУ в целях исключения или подтверждения вовлечения регионарных лимфоколлекторов в опухолевый процесс.



- **Рекомендуется** выполнение **УЗИ тканей дна полости рта** для предоперационного определения глубины инвазии первичной опухоли. Глубина инвазии по данным УЗИ определяется при технической возможности ультразвукового (УЗ) датчика и наличии УЗ отображения.

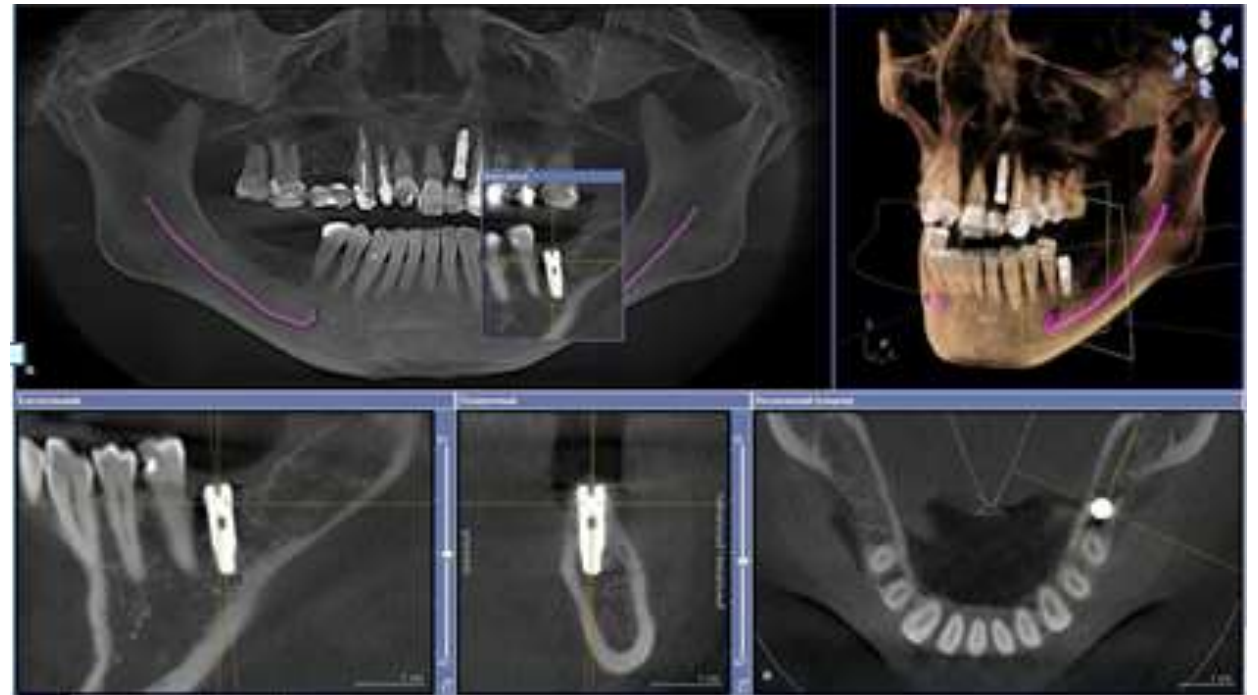
- **Рекомендуется** выполнить **УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства** при распространенных стадиях ЗНО полости рта и подозрении на возможный метастатический процесс с целью исключения отдаленных проявлений болезни.



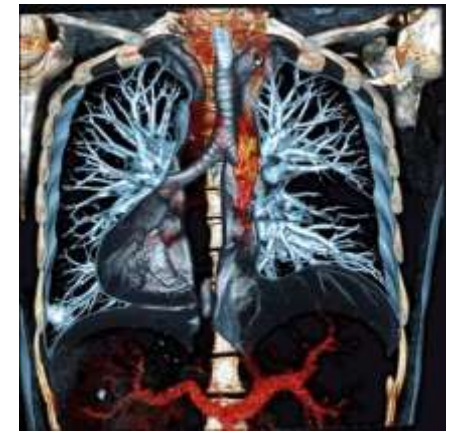


➤ **Рекомендуется** выполнить **рентгенографию органов грудной клетки** с целью выявления факторов, которые могут повлиять на тактику лечения.

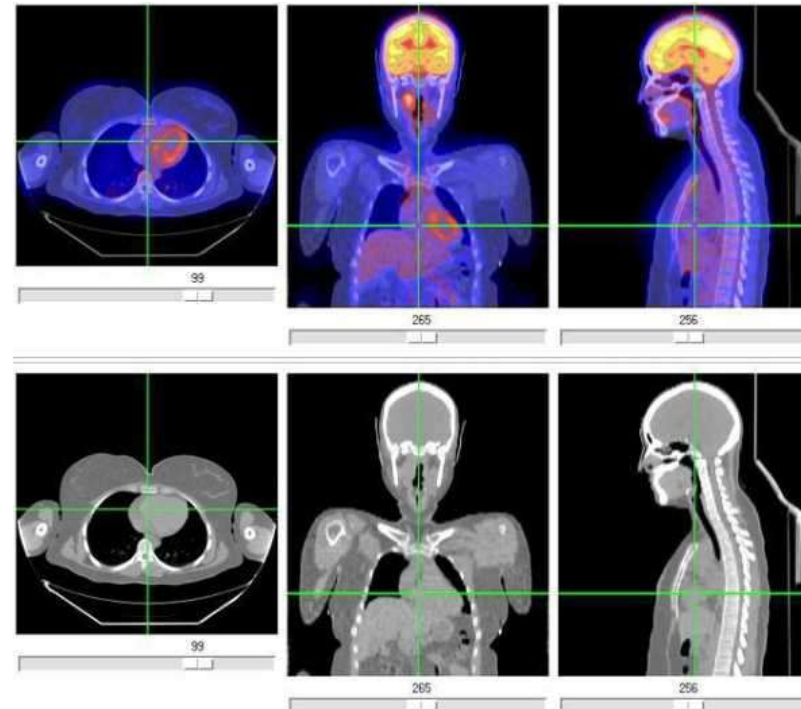
➤ **Рекомендуется** выполнить **КТ и/или МРТ пораженной области** с внутривенным контрастированием для оценки первичной распространенности глубины инвазии опухолевого процесса, наличия костной инвазии на нижнюю/верхнюю челюсть, основание черепа, в окружающие мягкие ткани. В случае отсутствия противопоказаний **МРТ** **рекомендуется** при планировании **ЛТ/химиолучевой терапии (ХЛТ)**.



➤ **Рекомендуется** выполнить **КТ органов грудной клетки** с внутривенным контрастированием или без него при распространенном раке полости рта с поражением регионарных ЛУ в целях выявления отдаленных метастазов.



➤ **Рекомендуется** выполнить **ПЭТ/КТ с флуэзоксиглюкозой [18F]** пациентам со стадиями **III–IV** ЗНО полости рта в целях исключения отдаленных метастазов и по индивидуальным показаниям, в том числе для подтверждения полной резорбции регионарных метастазов после ЛТ/ХЛТ и решения вопроса об отказе от лимфаденэктомии.



# Ш. Лечение ЗНО полости рта



# 1. Принципы хирургического лечения и тактики лечения с учетом стадии заболевания

## Введение:

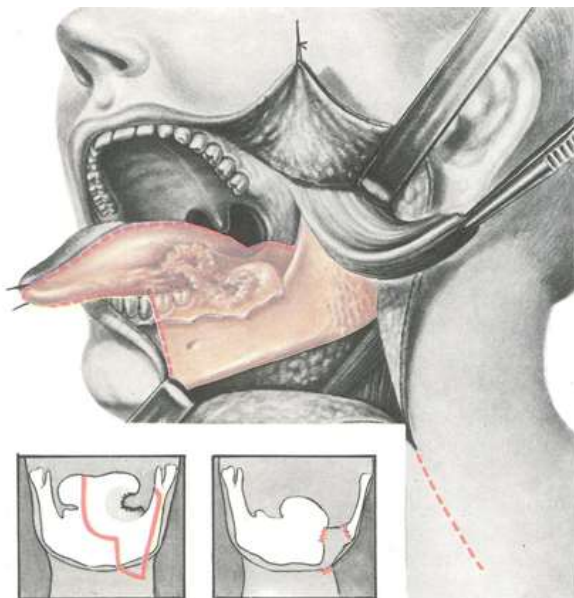
Оценка всех пациентов до лечения должна проводиться **хирургом-онкологом**, специализирующимся на опухолях головы и шеи, которому следует предпринять следующие действия:

- ❑ **рассмотреть** адекватность биопсийного материала, стадирования и визуализации опухолевого процесса (КТ, МРТ) для определения степени распространения опухоли;
- ❑ **исключить** наличие синхронной первичной опухоли,
- ❑ **оценить** текущий функциональный статус и возможность назначения потенциального хирургического лечения, если первичное лечение было нехирургическим;
- ❑ **разработать** проспективный план наблюдения, который будет включать адекватное обследование зубов, питания и здорового образа жизни, а также вмешательства и любые другие дополнительные исследования, которые необходимы для полной реабилитации.

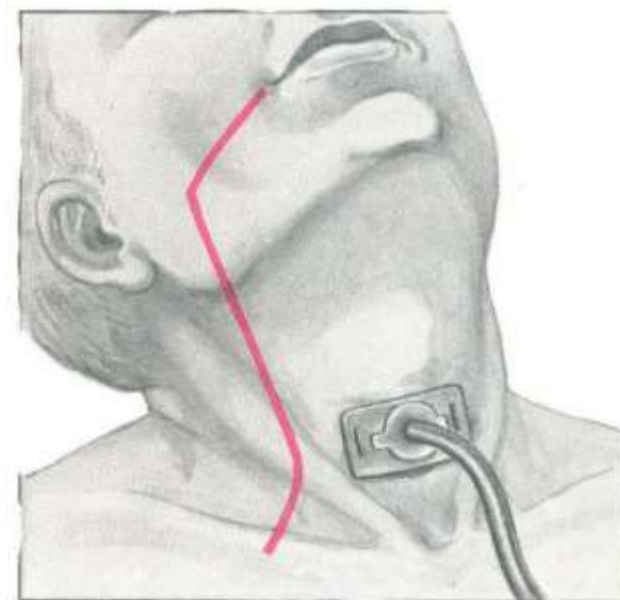
- Хирургическое лечение **не рекомендовано** в следующих случаях: **стадия T4b**, при непосредственном **распространении опухоли из регионарных ЛУ на кожу**, прямое **распространение на структуры средостения предпозвоночную фасцию или шейные позвонки** в связи с нерезектабельностью процесса, интра - и послеоперационными рисками, **низкой эффективностью и низкой вероятностью радикального характера** хирургического лечения.

### Удаление первичного очага

- **Рекомендуется** выполнять удаление первичной опухоли **единым блоком** для снижения риска рецидива опухоли.



**Объем иссекаемых тканей при местнораспространенном раке языка с прорастанием в дно полости рта и нижнюю челюсть**



**Разрез кожи при расширенной операции по поводу рака языка (и др. опухолей слизистой оболочки полости рта) с одномоментным иссечением в едином блоке шейной клетчатки**

## Края резекции

- **Рекомендуется достигать статуса R0** при хирургическом лечении для снижения риска рецидива опухоли.

**Адекватное удаление** определяется как расстояние от края резекции до макроскопически видимой опухоли  $\geq 2$  см **или отрицательный край** замороженного среза.

**Чистый край** определяется как расстояние от инвазивного края опухоли, который составляет  $\geq 5$  мм от края резекции. **Близкий край** определяется как расстояние от инвазивного края опухоли до края резекции, равное  $< 5$  мм.

## Лимфодиссекции

- У пациентов с опухолями полости рта (**стадия cN0**) при проведении профилактических лимфадиссекций рекомендуется удалять **ЛУ 1–3** уровней с целью улучшения результатов лечения и выживаемости.
- У пациентов с ЗНО полости рта при наличии доказанных метастазов на шее **cN+** показано удаление **ЛУ 1–5** уровней с целью улучшения результатов лечения и выживаемости.





- **Рекомендовано** при толщине опухоли (по данным УЗИ/КТ)  $\geq 4$  мм, в особенности при локализации в области языка или дна полости рта, ввиду высокой вероятности микрометастазов в ЛУ шеи всем пациентам, подлежащим хирургическому лечению, выполнять **профилактическую ипсилатеральную шейную лимфодиссекцию** с целью улучшения результатов лечения и выживаемости.

*Ипсилатеральная центральная лимфодиссекция шеи включает удаление узлов с той же стороны, что и рак щитовидной железы, тогда как двусторонняя центральная лимфодиссекция включает удаление всех лимфатических узлов, обнаруженных в центральной зоне.*



**Центральный (VI)  
уровень шейных ЛУ**

- При локализации опухоли на срединной линии или переходе опухоли за срединную линию при выполнении шейной лимфодиссекции, **рекомендована** двусторонняя шейная лимфодиссекция с целью улучшения результатов лечения и выживаемости.
- При N1, N2a–b, N3 пациентам **рекомендуется** выполнение **радикальной лимфодиссекции** на стороне поражения (уровни 1–5) для улучшения результатов лечения и выживаемости пациентов.

- Пациентам с опухолями полости рта при **N2c** **рекомендуется** выполнение **радикальной лимфодиссекции с двух сторон (уровни 1–5)** для улучшения результатов лечения и выживаемости пациентов.
- **При плоскоклеточном раке** полости рта с глубиной инвазии опухоли **≤ 2 мм** у пациентов, подлежащих хирургическому лечению, **выполнение шейной диссекции не рекомендуется** в связи с низким риском метастазирования опухоли в регионарные лимфатические узлы. *При опухолях стадии T1 поражение ЛУ наблюдается в 40–44 % случаев, а при стадии T4 показатель возрастает до 70–85 %. Общепризнанными достоверными факторами, влияющими на риск метастазирования рака слизистой оболочки полости рта, являются **толщина опухоли и глубина инвазии**, при этом критическими значениями являются показатели **5 и 4 мм** соответственно. **Лимфодиссекция может быть заменена биопсией сторожевого ЛУ**, что является адекватной методикой контроля зон регионарного метастазирования и выявления occultных метастазов.*
- У пациентов с **резектабельными** злокачественными новообразованиями полости рта **рекомендуется** рассматривать **хирургическое вмешательство как основной метод** радикального лечения пациентов раком слизистой оболочки полости рта на первом этапе для увеличения выживаемости пациентов.

➤ У пациентов с опухолями полости рта **T1–T2N0** хирургический метод **рекомендуется** в качестве основного метода лечения. В качестве альтернативной методики (при наличии абсолютных противопоказаний к оперативному вмешательству или отказе пациента) **рекомендовано** проведение дистанционной лучевой терапии (**ДЛТ**) **или** брахитерапии (**БТ**) в самостоятельном варианте для увеличения выживаемости пациентов и уменьшения количества осложнений.



Методика внутритканевой брахитерапии



Сеанс облучения

➤ У пациентов с опухолями полости рта **T3-4aN0M0, T1–4aN1-3M0** в качестве основной методики лечения **рекомендуется** оперативное вмешательство на первичном очаге с **шейной лимфодиссекцией** на стороне поражения (при односторонней локализации первичной опухоли) и **двусторонняя лимфодиссекция** (при центральном расположении первичного очага или переходе за среднюю линию) для улучшения результатов лечения и выживаемости пациентов.

- В качестве альтернативной методики лечения пациентам с опухолями полости рта **T3-4aN0M0, T1-4aN1-3M0** (при наличии абсолютных противопоказаний к оперативному вмешательству или отказе пациента) **рекомендуется проведение ХЛТ** для улучшения результатов лечения и выживаемости пациентов.
- У пациентов с опухолями полости рта **T4bN0-3M0** **или нерезектабельные N+**, **или** другие стадии при абсолютных противопоказаниях для хирургического лечения **рекомендуется** выбор метода лечения в зависимости от общего состояния, оцененного по шкале оценки общего состояния пациента, разработанной Восточной Кооперативной Группой Исследования Рака для улучшения результатов лечения и снижения количества осложнений (**ECOG**).

**ECOG 0 –1** Проведение ХЛТ или индукционной полихимиотерапии (ПХТ) с последующей ДЛТ/ХЛТ с последующим рассмотрением вопроса о хирургическом вмешательстве.

**ECOG 2** Проведение ДЛТ +/- конкурентная ХТ (в зависимости от общего состояния)

**ECOG 3** Паллиативная ДЛТ, или монохимиотерапия, или паллиативная помощь.

ECOG	БАЛЛ
Нормальная активность	0
Есть симптомы заболевания, но ближе к нормальному состоянию	1
Более 50% дневного времени проводит не в постели, но иногда нуждается в отдыхе лёжа	2
Нуждается в пребывании в постели более 50% дневного времени	3
Не способен обслуживать себя, прикован к постели	4

➤ В случае **локального рецидива или остаточной опухоли без предшествующей ЛТ** при резектабельности опухоли полости рта **рекомендовано** выполнение хирургического вмешательства с достижением R0-статуса с обсуждением вопроса о повторной ЛТ **либо** конкурентной ХЛТ.

При **нерезектабельности** опухоли **рекомендована** повторная ЛТ/конкурентная ХЛТ, **либо** лекарственная терапия, **либо** симптоматическое лечение для снижения риска рецидивов и уменьшении количества осложнений.

➤ При **нерезектабельности** **рекомендуется** выбор метода лечения в зависимости от общего состояния (**ECOG**) для снижения риска рецидива и улучшения результатов лечения.

**ECOG 0–1** Проведение ХЛТ **или** индукционной ПХТ с последующей ДЛТ/ХЛТ с последующим рассмотрением вопроса о хирургическом вмешательстве.

**ECOG 2** Проведение ДЛТ +/- конкурентная ХТ (в зависимости от общего состояния)

**ECOG 3** Паллиативная ДЛТ, **или** монокимиотерапия, **или** паллиативная помощь.

➤ В случае **локального рецидива или остаточной опухоли после ЛТ** при **резектабельности** **рекомендуется** выполнение хирургического вмешательства с достижением R0-статуса, при возможности проведение повторного курса послеоперационной ДЛТ или ХЛТ.

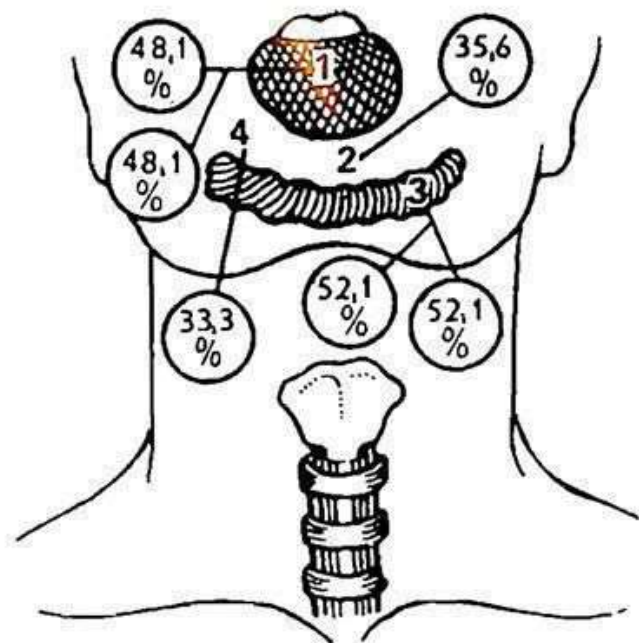
При **нерезектабельности**: проведение повторного курса ДЛТ/ХЛТ **или** ПХТ **или** паллиативная помощь для увеличения выживаемости пациентов и снижения риска осложнений.

- Пациентам с любой T, любой N, M1 или локальным рецидивом/остаточной опухолью с отдаленными метастазами, отсутствием или присутствием рецидива/остаточной опухоли по первичному очагу и зонам регионарного метастазирования при наличии отдаленных метастазов **рекомендуется** выбор метода лечения в зависимости от общего состояния (**ECOG**) для увеличения выживаемости пациентов и снижения риска осложнений.

**ECOG 0–1** Комбинации ПХТ или монокимиотерапии. Возможно хирургическое лечение на отдаленным метастазах при возможности достижение R0 или ДЛТ/ХЛТ на область отдаленного метастазирования и при отсутствии рецидива/остаточной опухоли в области первичного очага и в зонах регионарного метастазирования. При невозможности – паллиативная помощь.

**ECOG 2** Монокимиотерапия или паллиативная помощь.

**ECOG 3** Паллиативная помощь



Рак полости рта носит лимфогенный характер метастазирования в 40 – 70% случаев. Отдаленные метастазы при раке полости рта встречаются редко. По данным онкологов США, они диагностируются у 1- 5% больных. Отдаленные метастазы могут поражать легкие, сердце, печень, мозг, кости скелета.

Топография метастазирования рака слизистой оболочки полости рта:

- 1 — язык;
- 2 — слизистая оболочка дна полости рта;
- 3 — альвеолярный край нижней челюсти;
- 4 — слизистая оболочка шеи

## 2. Принципы лучевой терапии

- При наличии показаний к **ДЛТ** в самостоятельном варианте **рекомендуется** ЛТ на первичный очаг и клинически определяемые регионарные метастазы ежедневно с понедельника по пятницу в течение 6–7 нед.
- **Рекомендуется брахитерапия** в самостоятельном варианте в качестве альтернативы ДЛТ пациентам с раком полости рта **T1-3** и размером опухоли **менее 4 см** с целью повышения показателей выживаемости.

*Расположение источников должно быть параллельным и равноудаленным, на расстоянии **от 1 до 1,5 см**.*



**Брахитерапия – один из способов  
лечения рака полости рта**

Брахитерапия является одной из разновидностей лучевой терапии. Ее смысл заключается в том, что облучение происходит изнутри. Для этого пациенту в саму опухоль вводят специальный стержень, содержащий радиоактивный материал. Больной находится в условиях стационара под наблюдением медицинского персонала. Перед выпиской стержень извлекают.

- Для уменьшения размера опухоли и повышения показателей выживаемости рекомендуется **ХЛТ в самостоятельном варианте** в следующем режиме: **Цисплатин\*\* + ЛТ**: ЛТ на первичный очаг и клинически определяемые регионарные метастазы ежедневно с понедельника по пятницу в течение 7 нед.

В качестве альтернативных вариантов возможно использование **цетуксимаба\*\*** **или карбоплатина\*\*** с учетом переносимости ХЛТ и соматического состояния пациента.

- **Послеоперационная ДЛТ** **рекомендуется** при стадиях **pT3–4 и N2–3** опухолей полости рта, а также у отдельных пациентов со стадиями **pT1–2, N0–1** (при наличии неблагоприятных признаков) для увеличения выживаемости пациентов.

*Предпочтительный интервал после операции составляет  $\leq 6$  нед и не должен превышать 3 мес.*

- **Послеоперационная ХЛТ** **рекомендуется** при прорастании опухолью капсулы ЛУ **и/или** при наличии факторов (**первичная стадия pT3 или pT4; N2 или N3, наличие периневральной инвазии и/или эмболов в лимфатических сосудах**) резекции, а также при сочетании 2 и более неблагоприятных факторов (первичная стадия pT3 или pT4; N2 или N3, наличие периневральной инвазии и/или эмболов в лимфатических сосудах) для увеличения выживаемости пациентов.

- Рекомендуется одновременное проведение ХТ на основе препаратов платины, предпочтительно **цисплатина\*\*** в дозе 100 мг/м<sup>2</sup> каждые 3 нед. При наличии сопутствующей патологии, препятствующей проведению конкурентной ХЛТ с включением препаратов платины (хроническая почечная недостаточность, выраженная кардиопатология и т.д.) предпочтительным является замена препаратов платины на **цетуксимаб\*\*** на фоне проведения ЛТ.





### 3. Принципы химиотерапии

**Выбор ХТ должен быть индивидуализирован в зависимости от характеристик пациента (общее состояние, цели лечения)**

- Пациентам с ЗНО полости рта, ранее не получавшим химиотерапии, не имеющим отдаленных метастазов, для улучшения выживаемости в рамках конкурентной.

**ХЛТ рекомендуется использовать препараты:**

- **Цисплатин\*\*** 100 мг/м<sup>2</sup> – 1 день, интервал 21 день.
  - **Карбоплатин\*\*** AUC 5–6 – 1 день + инфузия фторурацила\*\* 1000 мг/м<sup>2</sup> /сут. 1–4-й дни, интервал 21 день.
  - **Цисплатин\*\*** 100 мг/м<sup>2</sup> – 1 день + инфузия фторурацила \*\* 1000 мг/м<sup>2</sup> /сут. 1–4-й дни, интервал 21 день.
- Пациентам с ЗНО полости рта **III – IV стадии**, при наличии сопутствующей патологии, препятствующей проведению конкурентной ХЛТ с **цисплатином\*\*** (хроническая почечная недостаточность, выраженная кардиопатология и т.д.) для улучшения выживаемости в рамках конкурентной ХЛТ, **рекомендуется** использовать препараты:
    - **Карбоплатин\*\*** AUC 4–6 – 1 день.
    - **Цетуксимаб\*\*** 400 мг/м<sup>2</sup> за неделю до начала ЛТ и 250 мг/м<sup>2</sup> еженедельно во время проведения ЛТ.

- Пациентам с ЗНО полости рта **III – IV стадии** послеоперационная ХЛТ **рекомендуется** с препаратом **Цисплатин\*\*** 100 мг/м<sup>2</sup> – 1 день .
- Индукционная ПХТ **рекомендована** пациентам с ЗНО полости рта при нерезектабельном опухолевом процессе и ECOG 0-1 с целью уменьшения размеров опухоли, снижения частоты отдаленного метастазирования и повышения выживаемости с препаратами:
  - **Доцетаксел\*\*** 75 мг/м<sup>2</sup> – 1 день + **цисплатин\*\*** 75 мг/м<sup>2</sup> – 1 день + **фторурацил\*\*** 1000 мг/м<sup>2</sup>/сут 1–4-й дни, интервал 21 день.
  - **#Паклитаксел\*\*** 135 мг/м<sup>2</sup> – 1 день + **цисплатин\*\*** 75 мг/м<sup>2</sup> – 1 день + **фторурацил\*\*** 1000 мг/м<sup>2</sup> /сут 1–4-й дни, интервал 21 день.
- Для лечения рецидивных, первично-неоперабельных опухолей или метастатического опухолевого процесса **рекомендуется поли- или монокимиотерапия** для улучшения выживаемости пациентов.
- **При прогрессировании** заболевания на фоне платиносодержащей схемы химиотерапии или после ее окончания **рекомендуется** назначение **ниволумаба\*\*** 3мг/кг в/в кап 1 раз в 2 недели **или** **пембролизумаб\*\*** 200мг в/в кап, 1 раз в 3 недели с целью повышения выживаемости пациентов.
- Пациентам **при прогрессировании** заболевания и наличии метастазов после платиносодержащей терапии **рекомендуется** **#афатиниб\*\*** 40 мг/день энтерально до прогрессирования или неприемлемой токсичности (эффективность при плоскоклеточном раке головы и шеи оценена только по данным зарубежных исследований) для улучшения безрецидивной выживаемости.

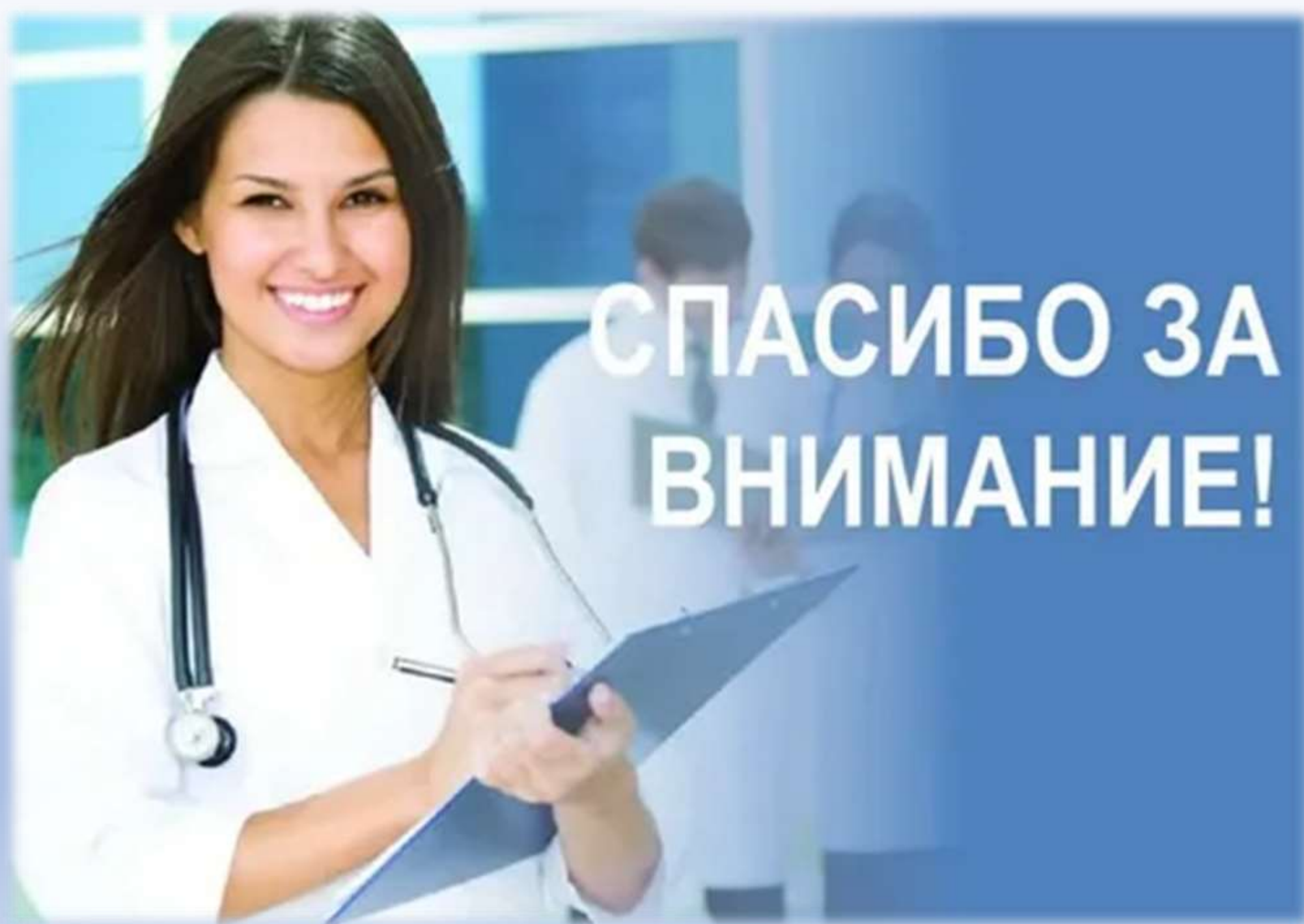
# IV. Профилактика и диспансерное наблюдение

Рекомендуется соблюдать следующую периодичность и методы наблюдения после завершения лечения по поводу ЗНО полости рта для профилактики рецидива заболевания:

- В 1-й год физикальный осмотр и сбор жалоб рекомендуется проводить каждые 1–3 мес, во 2-й год – 2–6 мес., на сроке 3–5 лет – 1 раз в 4–8 мес.
- После 5 лет с момента операции визиты проводятся ежегодно или при появлении жалоб. У пациентов с высоким риском рецидива перерыв между обследованиями может быть сокращен.

## **Объем обследования:**

- Анамнез и физикальное обследование;
- УЗИ ЛУ шеи с 2 сторон, органов брюшной полости;
- КТ/МРТ области головы и шеи по показаниям, а также при недоступности зоны адекватному физикальному осмотру;
- Рентгенография органов грудной клетки каждые 12 мес.;
- Исследование уровня тиреотропного гормона каждые 6–12 мес., если проводилось облучение шеи в целях оценки функции щитовидной железы;
- ПЭТ/КТ не ранее чем через 1 год после окончания ЛТ.



**СПАСИБО ЗА  
ВНИМАНИЕ!**