# Злокачественные новообразования полости рта

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: C02.0, C02.1, C02.2, C02.3, C02.8, C02.9, C03, C04 · Ассоциация онкологов России, Общероссийская общественная организация "Российское общество специалистов по опухолям головы и шеи", Общероссийская общественная организация «Российское общество клинической онкологии»

Злокачественные опухоли слизистой оболочки полости рта более чем в 90% случаев представлены плоскоклеточным раком и могут поражать язык, десны, нёбо, дно рта и слизистую щек. Рекомендация описывает подтверждение диагноза и стадирование, выбор хирургического, лучевого и лекарственного лечения, нутритивную поддержку и диспансерное наблюдение.

## Главное

- Новообразование, язва, уплотнение или трещина в полости рта, сохраняющиеся несмотря на консервативное лечение 2–3 недели, являются основанием для онкологического обследования.
- К основным факторам риска относятся курение, особенно вместе с крепким алкоголем, жевание ореха бетеля и других смесей, лейкоплакия, эритроплакия, хронические язвы и трещины, хроническая инфекция и хроническая травматизация слизистой.
- До лечения пациента должен осмотреть онколог, специализирующийся на опухолях головы и шеи; хирургическое вмешательство планируют только при возможности удалить опухоль с достижением R0 и заранее определить объем лимфодиссекции и реконструктивно-пластического этапа.
- Патоморфологическое заключение после операции должно включать глубину инвазии, дифференцировку, периневральную, периваскулярную и перилимфатическую инвазию, статус лимфоузлов и ENE, а также края резекции; чистым считается край не менее 5 мм, положительным — наличие опухолевых клеток по краю препарата.
- При послеоперационной оценке неблагоприятные факторы определяют необходимость ДЛТ или ХЛТ: к ним относятся pT3–4, pN2–3a, периневральная, периваскулярная и перилимфатическая инвазия, R1 и ENE+.
- После лечения физикальный осмотр и сбор жалоб проводят в первый год каждые 1–3 месяца, во второй год — каждые 2–6 месяцев, с третьего по пятый год — каждые 4–8 месяцев. После 5 лет визиты проводят ежегодно или при появлении жалоб; если проводилось облучение шеи, тиреотропный гормон исследуют каждые 6–12 месяцев.

## Диагностика

1. Соберите жалобы и анамнез перед началом лечения для выявления факторов, способных повлиять на выбор тактики лечения. УУР C, УДД 5.
2. Проведите тщательный осмотр и бимануальную пальпацию очага, прилежащих тканей и регионарных лимфоузлов, одновременно оценив нутритивный статус. УУР C, УДД 5.
3. До лечения выполните общий анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмму и общий анализ мочи. УУР C, УДД 5.
4. Получите материал для цитологии или биопсии: соскоб, мазок-отпечаток, пункцию уплотнения либо биопсию слизистой. При неясном результате цитологического исследования необходима биопсия с патологоанатомическим, при необходимости иммуногистохимическим, исследованием; при сомнительном результате патологоанатомического исследования выполняют повторную биопсию в достаточном объеме.
5. После верификации выполните КТ или МРТ лицевого отдела черепа и шеи с внутривенным контрастированием, КТ грудной полости и УЗИ лимфоузлов шеи. МРТ предпочтительнее при подозрении на периневральную инвазию, КТ информативнее для оценки костной деструкции. УУР C.
6. При подозрительных лимфоузлах проведите биопсию под контролем УЗИ. При III–IV стадии или T1–T2 с N1 и выше для поиска отдаленных метастазов выполните ПЭТ-КТ с [18F]-фтордезоксиглюкозой либо КТ грудной и брюшной полостей с контрастированием. УУР B, УДД 2.

## Лечение

- При T1–2N0 основным методом является операция; альтернативой при абсолютных противопоказаниях или отказе пациента служит самостоятельная ДЛТ или брахитерапия. Для ограниченных T1–T2 при клинически неопределяемом поражении регионарных лимфоузлов биопсия сторожевого узла может заменить селективную лимфодиссекцию; при его поражении выполняют лимфодиссекцию уровней I–V, при отрицательном результате она не показана. Для основного хирургического подхода УУР C, а для биопсии сторожевого лимфатического узла — УУР B, УДД 2.
- При T3–4aN0M0 и T1–4aN1–3M0 первым этапом проводят операцию с ипсилатеральной или билатеральной лимфодиссекцией по показаниям. Опухоль удаляют единым блоком; ориентировочный отступ от края инфильтрата — 1,5 см, если это позволяет анатомическая ситуация. УУР C, УДД 5.
- При самостоятельной ДЛТ облучают первичный очаг и клинически пораженные лимфоузлы до 66–70 Гр по 2,0–2,2 Гр за фракцию; локорегионарную область промежуточного или низкого риска — до 46–54 Гр по 1,8–2,0 Гр за фракцию. Курс проводят 5 дней в неделю в течение 6–7 недель. УУР C, УДД 5.
- При нерезектабельном процессе, противопоказаниях к операции или отказе от нее радикальная ХЛТ проводится по тем же лучевым режимам; предпочтительный препарат — цисплатин 100 мг/м² в 1-й, 22-й и 43-й дни ЛТ либо 40 мг/м² еженедельно, суммарно 300 мг/м². УУР C, УДД 5.
- Если препараты платины противопоказаны из-за почечной, сердечно-сосудистой или другой выраженной сопутствующей патологии, СКФ менее 50–60 мл/мин, возраста старше 65 лет или ECOG выше 1, их заменяют цетуксимабом на фоне ЛТ. УУР A, УДД 2.
- Послеоперационная ДЛТ рекомендуется при pT3–4 и N2–3, а также у части пациентов с pT1–2, N0–1 при наличии неблагоприятных признаков; предпочтительный интервал после операции составляет менее 6 недель и не должен превышать 3 месяцев. При R0 на область удаленной первичной опухоли и регионарных метастазов подводят не менее 60 Гр, при R+ — 66 Гр. Послеоперационная ХЛТ проводится при ENE+ или R1/R2. При ENE− и R0 ХЛТ следует рассмотреть при наличии двух и более неблагоприятных факторов; для этой рекомендации УУР A, УДД 2.
- Индукционная ПХТ возможна при местно-распространенной нерезектабельной опухоли у пациентов с ECOG 0–1. Схема: доцетаксел 75 мг/м² + цисплатин 75 мг/м² в 1-й день и фторурацил 1000 мг/м²/сут в 1–4-й дни, каждые 21 день, всего 3 цикла; локальное лечение начинают через 3–4 недели после ИХТ. УУР C, УДД 5.
- Нутритивная поддержка перед операцией показана при потере массы тела не менее 10% за 6 месяцев, ИМТ менее 20 кг/м², гипопротеинемии менее 60 г/л, альбумине менее 30 г/л или ухудшении питания. Специализированные белковые смеси используют в объеме не менее 400–600 мл/сут; ориентир питания — 25–30 ккал/кг/сут и 1,0–1,5 г белка/кг/сут. УУР C, УДД 5.

## Когда направить и как наблюдать

- При подозрении на опухоль направьте пациента в центр амбулаторной онкологической помощи или первичный онкологический кабинет; консультация должна состояться не позднее 5 рабочих дней от даты направления.
- В онкологический диспансер или специализированную онкологическую организацию направляют пациента, если на амбулаторном этапе невозможно получить биопсию, установить диагноз, определить распространенность или выбрать тактику лечения.
- Экстренная или неотложная госпитализация показана при осложнениях опухоли либо лечения, требующих специализированной помощи.
- Плановая госпитализация нужна для сложных интервенционных диагностических процедур и для хирургического, лучевого или лекарственного лечения, требующего наблюдения в круглосуточном или дневном стационаре.

## Частые вопросы

**Когда язва или уплотнение во рту требуют биопсии?**

Если новообразование не поддается консервативному лечению в течение 2–3 недель, необходимо обследование, включающее цитологическое исследование и/или биопсию с патологоанатомическим исследованием. При неясном результате цитологического исследования выполняют биопсию; при

сомнительном результате патологоанатомического исследования проводят повторную биопсию в достаточном объеме.

**Какова стандартная доза цисплатина при конкурентной ХЛТ?**

Предпочтительны 100 мг/м² в 1-й, 22-й и 43-й дни лучевой терапии либо 40 мг/м² еженедельно. Для трехкратного режима целевая суммарная доза составляет 300 мг/м².

**Когда после операции нужна химиолучевая терапия?**

Послеоперационная ХЛТ проводится при ENE+ или R1/R2. При ENE− и R0 ее обсуждают индивидуально, если присутствуют два и более неблагоприятных фактора, включая pT3–4, N2–3, периневральную инвазию или опухолевые эмболы в лимфатических сосудах.

**Как часто наблюдать пациента после лечения?**

В первый год осмотр и сбор жалоб проводят каждые 1–3 месяца, во второй — каждые 2–6 месяцев, с третьего по пятый год — каждые 4–8 месяцев. После 5 лет визиты ежегодные или внеплановые при появлении жалоб; после облучения шеи ТТГ контролируют каждые 6–12 месяцев.

---

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/164-zlokachestvennye-novoobrazovaniya-polosti-rta. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/164_2