Рак гортаноглотки

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: C12, C13 · Ассоциация онкологов России, Общероссийская общественная организация "Российское общество специалистов по опухолям головы и шеи", Общероссийская общественная организация «Российское общество клинической онкологии»

Рак гортаноглотки — злокачественная опухоль из элементов неороговевающего эпителия гортаноглотки. Рекомендация описывает подтверждение диагноза, стадирование по TNM, выбор органосохраняющего или хирургического лечения, лекарственную и лучевую терапию, а также последующее наблюдение.

Главное

- На ранних стадиях заболевание может протекать без симптомов. Настораживают дисфагия или боль при глотании с иррадиацией в ухо, осиплость, постоянный кашель, не проходящая боль в горле, увеличение шейных лимфоузлов и затруднение дыхания.
- К основным факторам риска относятся длительное курение, алкоголь, профессиональная запылённость, контакт с нефтью и продуктами её перегонки, бензолом, фенольными смолами и асбестом; риск также повышают папилломы, рецидивирующий папилломатоз, пахидермия, дискератоз и хронический ларингит.
- Стадию определяют по TNM: T1 — опухоль ограничена одним отделом гортаноглотки и/или имеет размер не более 2 см; T2 — опухоль поражает более одного отдела гортаноглотки или прилежащие анатомические зоны либо имеет размер более 2 и не более 4 см без ограничения подвижности голосовой связки; T3 — опухоль более 4 см, ограничивает подвижность голосовой связки или распространяется на пищевод; T4a — умеренно распространённый локальный процесс, T4b — распространённый локальный процесс.
- Для подтверждения опухоли необходима морфологическая верификация: биопсия слизистой гортаноглотки с патолого-анатомическим исследованием; увеличенные шейные лимфоузлы дополнительно исследуют цитологически после пункции.
- При T1–2N0M0 возможны органосохраняющая операция, самостоятельная радикальная лучевая терапия или, при T2N0M0, одновременная химиолучевая терапия. Органосохраняющее хирургическое лечение имеет УУР А, УДД 2; лучевая терапия или ХЛТ — УУР С, УДД 4.
- После операции тактику определяют по pT, pN, краям резекции, ENE и другим неблагоприятным признакам. При отсутствии неблагоприятных факторов и pN0 дополнительное лечение не требуется; при R1 выполняют ререзекцию, если она возможна, иначе проводят одновременную ХЛТ.
- После завершения лечения онкологическое наблюдение проводят в первый год каждые 1–3 месяца, во второй год — каждые 2–6 месяцев, на 3–5-м году — каждые 4–8 месяцев, затем ежегодно или при появлении жалоб.

Диагностика

1. Заподозрить опухоль следует при наличии новообразования, не поддающегося консервативному лечению в течение 2–3 нед.; диагноз устанавливают с учётом анамнеза, физикального, цитологического, морфологического и инструментального исследований.
2. Провести осмотр и бимануальную пальпацию очага поражения и регионарных лимфоузлов, оценить подвижность и изменения остова гортани, состояние шеи, нарушения речи и глотания, а также нутритивный статус. Уровень рекомендации: УУР С, УДД 5.
3. Выполнить фиброларингоскопию всем пациентам для оценки распространённости процесса. Уровень рекомендации: УУР С, УДД 5.
4. При увеличенных лимфоузлах II–V уровней провести пункцию под контролем УЗИ с последующим цитологическим исследованием. Уровень рекомендации: УУР С, УДД 5.
5. Взять биоптат опухоли при фиброларингоскопии, непрямой или прямой ларингоскопии и направить на морфологическое исследование; гистологическая верификация является основным методом дифференциальной диагностики. Уровень рекомендации: УУР С, УДД 5.
6. Для стадирования выполнить КТ с контрастированием или МРТ головы и шеи при подозрении на поражение хрящей гортани, основания черепа или магистральных сосудов; при распространённом процессе с поражением шейных лимфоузлов — рентгенографию или КТ органов грудной клетки. ПЭТ выполняют через

2–3 месяца после ЛТ/ХЛТ при решении вопроса об отказе от лимфаденэктомии и по индивидуальным показаниям; УУР А, УДД 2.

Лечение

- При T1–2N0M0 выбирают органосохраняющую операцию — трансоральную лазерную или эндоскопическую резекцию, частичную ларингофарингоэктомию — с шейной лимфодиссекцией по показаниям; альтернативой служит самостоятельная радикальная ЛТ, а при T2N0M0 — одновременная ХЛТ.
- При T1N+, T2–3, любой N, M0 возможна индукционная ХТ с последующей ХЛТ; при полной регрессии проводят самостоятельную ЛТ или ХЛТ, при частичной — ХЛТ или операцию, а при регрессии менее 50% предпочтительна операция с последующим решением вопроса о ЛТ/ХЛТ. Эффективность оценивают через 2–3 месяца после лечения.
- При T4aN любой M0 применяют ларингофарингоэктомию с одно- или двусторонней шейной лимфодиссекцией, включая VI уровень, и геми- или тиреоидэктомию с последующей ЛТ или ХЛТ; также рекомендуются индукционная ХТ и одновременная ХЛТ. Индукционная ХТ имеет УУР А, УДД 1, одновременная ХЛТ — УУР А, УДД 2.
- Самостоятельную ЛТ проводят на первичный очаг и клинически определяемые метастазы в дозе 66–70 Гр по 2,0–2,2 Гр за фракцию ежедневно с понедельника по пятницу в течение 6–7 недель; при самостоятельной ХЛТ на первичный очаг подводят 70 Гр по 2,0 Гр за фракцию в течение 7 недель.
- Стандартный препарат при ХЛТ — цисплатин 100 мг/м² на 1-й, 22-й и 43-й дни ЛТ, суммарно 300 мг/м². Альтернативы после индукционной ПХТ: карбоплатин AUC 1,5–2 еженедельно или цетуксимаб 400 мг/м² за неделю до ЛТ, затем 250 мг/м² еженедельно во время ЛТ.
- При выборе индукционной ХТ используют доцетаксел 75 мг/м² в 1-й день, цисплатин 75 мг/м² в 1-й день и фторурацил 1000 мг/м² в сутки в 1–4-й дни; проводят 2–3 курса с интервалом 3 недели. Уровень рекомендации: УУР С, УДД 5.
- Послеоперационную ЛТ рекомендуют при pT3, при единственном регионарном метастазе pN1 без ENE или только одном НПФ; в тексте также указаны отдельные пациенты со стадиями pT1–2, N1 при наличии неблагоприятных признаков. При двух и более НПФ, pT4 или ENE+ показана послеоперационная ХЛТ. Интервал между резекцией и послеоперационной ЛТ должен составлять не более 6 недель; на ложе опухоли подводят 60–66 Гр.
- При рецидиве или остаточной опухоли после ЛТ резектабельный процесс лечат хирургически с обсуждением повторной ЛТ/ХЛТ; при нерезектабельном процессе используют лекарственную терапию, рассматривают повторную ЛТ/ХЛТ либо проводят симптоматическое лечение. При отдалённых метастазах тактику выбирают по ECOG: при 0–1 — лекарственная терапия, при 2 — лекарственная или симптоматическая, при 3 — симптоматическая.

Когда направить и как наблюдать

- При подозрении или выявлении онкологического заболевания пациента направляют в центр амбулаторной онкологической помощи или первичный онкологический кабинет; консультация должна состояться не позднее 5 рабочих дней с даты направления.
- Патолого-анатомическое исследование для гистологической верификации должно быть выполнено не более чем за 15 рабочих дней с момента поступления биопсийного или операционного материала.
- Начало специализированного лечения не должно быть позднее 14 календарных дней после гистологической верификации либо после установления предварительного диагноза, если патолого-анатомическое исследование амбулаторно не показано.
- Экстренная или неотложная госпитализация нужна при осложнениях опухоли или лечения, требующих специализированной помощи. Плановая госпитализация показана для сложных интервенционных диагностических вмешательств и противоопухолевого лечения, требующего наблюдения в круглосуточном или дневном стационаре.

Частые вопросы

Какие симптомы должны заставить заподозрить рак гортаноглотки?

Наиболее значимы дисфагия или боль при глотании, особенно с иррадиацией в ухо, осиплость, постоянный кашель, длительная боль в горле, увеличение шейных лимфоузлов и затруднение дыхания. На ранних стадиях симптомов может не быть.

Каким исследованием подтверждают диагноз?

Диагноз подтверждают морфологическим исследованием биоптата опухоли. Пункция увеличенного шейного лимфоузла под контролем УЗИ с цитологией помогает уточнить регионарное распространение.

Как обследовать пациента для определения распространённости опухоли?

Всем выполняют фиброларингоскопию. КТ с контрастированием или МРТ головы и шеи нужны при подозрении на поражение хрящей, основания черепа или магистральных сосудов; при распространённом процессе с поражением шейных лимфоузлов исследуют органы грудной клетки.

Какую дозу цисплатина используют при одновременной ХЛТ?

Стандартный режим — 100 мг/м² на 1-й, 22-й и 43-й дни лучевой терапии; целевая суммарная доза во время ЛТ составляет 300 мг/м². При неприемлемом риске платиносодержащей терапии в тексте указаны карбоплатин AUC 1,5–2 еженедельно или цетуксимаб по нагрузочной и поддерживающей схемам.

Когда после лечения нужно контролировать пациента?

В первый год осмотр и сбор жалоб проводят каждые 1–3 месяца, во второй — каждые 2–6 месяцев, на 3–5-м году — каждые 4–8 месяцев. После 5 лет визиты ежегодные или внеплановые при появлении жалоб; при облучении шеи ТТГ определяют каждые 6–12 месяцев.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/27-rak-gortanoglotki. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/27_2