Рак ротоглотки

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: C01, C02.4, C05.1, C05.2, C09, C10, D37.0 · Ассоциация онкологов России, Общероссийская общественная организация "Российское общество специалистов по опухолям головы и шеи", Общероссийская общественная организация «Российское общество клинической онкологии»

Рак ротоглотки — злокачественная опухоль неороговевающего эпителия ротоглотки. Главное в рекомендации: ранняя морфологическая верификация, обязательная оценка ВПЧ/p16-статуса, стадирование по TNM с учетом p16 и выбор между хирургией, ЛТ, ХЛТ и лекарственной терапией по стадии и общему состоянию.

Главное

- Основные факторы риска: курение, особенно вместе с крепким алкоголем, жевательные смеси и ВПЧ, прежде всего 16-го и 18-го типов.
- Ранние жалобы часто похожи на «ангину»: дискомфорт или боль при глотании; метастазы на шее могут появиться раньше симптомов первичной опухоли. Регионарные ЛУ поражены у 77–80% пациентов.
- Новообразование ротоглотки, не отвечающее на консервативное лечение 2–3 недели, — основание для онкологической диагностики.
- Всем пациентам нужен ВПЧ-статус опухоли: ВПЧ высокого канцерогенного риска 16/18 методами ПЦР, ИГХ и/или гибридизации in situ; p16 по ИГХ — обязательный суррогатный маркер для стадирования. УУР С, УДД 5.
- Базовое стадирование включает эндоскопию с биопсией, УЗИ шеи с пункцией подозрительных ЛУ, МРТ/КТ лица и шеи с контрастированием, КТ грудной клетки; при стадии ≥III и N+ — ПЭТ-КТ с 18F-ФДГ или КТ грудной и брюшной полостей с контрастированием. Для ПЭТ-КТ/КТ при ≥III и N+: УУР В, УДД 1.
- При ранних стадиях T1–2N0M0 предпочтителен один метод лечения — ЛТ или операция; заранее планируемая комбинация нежелательна из-за суммирования токсичности.
- После лечения осмотр/при необходимости фиброларингоскопия и УЗИ ЛУ шеи: 1-й год каждые 1–3 месяца, 2-й — каждые 2–6 месяцев, 3–5-й — каждые 4–8 месяцев, далее ежегодно. УУР С, УДД 5.

Диагностика

1. Собрать жалобы и анамнез, отдельно уточнить курение, алкоголь, профвредности, хронические инфекции, ВПЧ; стаж курения оценивать в пачка-лет. УУР С, УДД 5.
2. Провести осмотр с непрямой фарингоскопией, бимануальную пальпацию первичного очага и регионарных ЛУ, оценить нутритивный статус и состояние зубов у стоматолога. УУР С, УДД 5.
3. Выполнить фиброларингоскопию и эзофагоскопию; взять биопсию из эрозий/изъязвлений и/или материал для цитологии, чтобы подтвердить тип опухоли и исключить вторые опухоли. УУР С, УДД 5.
4. В патоморфологическом заключении указать размер и глубину инвазии, гистологический тип и дифференцировку, лимфоваскулярную/периневральную инвазию, pT, pN с числом исследованных и пораженных ЛУ и ENE, края резекции и ВПЧ 16/18. УУР С, УДД 5.
5. Определить ВПЧ высокого канцерогенного риска 16/18 методами ПЦР, ИГХ и/или гибридизации in situ; p16 оценивать ИГХ как суррогатный маркер ВПЧ-ассоциации. Методы выявления ВПЧ можно сочетать из-за различий чувствительности и специфичности. УУР С, УДД 5.
6. Сделать УЗИ ЛУ шеи с двух сторон; подозрительные по структуре ЛУ пунктировать под контролем УЗИ. УУР С, УДД 5.
7. Для распространенности процесса выполнить МРТ лица и шеи с контрастированием и/или КТ от основания черепа до верхней апертуры грудной клетки с контрастом, плюс КТ грудной клетки; при симптомах поражения ЧМН предпочтительна МРТ, для костной деструкции информативнее КТ. УУР С, УДД 5.

Лечение

- Тактику выбирают с учетом стадии, оснащенности и опыта клиники, предпочтений пациента, ожидаемой выживаемости и качества жизни; при распространенном и рецидивном процессе приоритет — выживаемость и сохранение качества жизни.

- p16-отрицательный T1–2N0M0: при консервативном варианте — самостоятельная ЛТ. УУР B, УДД 2. p16-отрицательный T1–2N1M0: одновременная ХЛТ. УУР C, УДД 4.
- При операции на ранних p16-отрицательных T1–2N0–1 удаляют первичную опухоль, предпочтительно трансорально, и выполняют ипсилатеральную лимфодиссекцию при латерализованном процессе или двустороннюю при центральной опухоли/переходе за среднюю линию. УУР B, УДД 2.
- Для p16-отрицательного рака после операции адъювантная ЛТ показана при неблагоприятных признаках: близкий край <5 мм, периневральная/периваскулярная/лимфатическая инвазия, pT3/pT4, pN2/pN3, метастаз в IV/V группе ЛУ; одновременную ХЛТ обсуждают индивидуально при двух и более таких факторах. При ENE показана адъювантная одновременная ХЛТ; при положительном крае — повторная операция, если возможна, или одновременная ХЛТ. УУР B, УДД 2.
- Для местнораспространенных вариантов без отдаленных метастазов применяют одновременную ХЛТ или индукционную ХТ с последующей ЛТ/ХЛТ; при остаточной первичной опухоли или ЛУ после консервативного лечения показана операция, при полной регрессии ЛУ — наблюдение.
- Хирургическое лечение не рекомендовано при T4b, прямом распространении опухоли из регионарных ЛУ на кожу, распространении на структуры средостения, предпозвоночную фасцию или шейные позвонки. УУР C, УДД 5. При операции рекомендуются удаление единым блоком (УУР C, УДД 5) и достижение R0 (УУР C, УДД 4); чистый край — ≥5 мм, близкий — <5 мм.
- При хирургическом лечении ротоглотки выполняют селективную лимфодиссекцию II–IV уровней. Профилактическая лимфодиссекция II–IV обязательна при T3–4 и при опухолях миндалины/миндаликовой ямки уже с T1–2; II–V уровни удаляют при метастазе IV/V уровня, ЛУ >6 см, множественных крупных метастазах >3 см, выраженном ENE с поражением важных структур или рецидиве. УУР C, УДД 4.
- Самостоятельная ЛТ: 66–70 Гр по 2,0–2,2 Гр/фракция 5 раз в неделю 6–7 недель на первичный очаг/клинические метастазы и 44–50 Гр по 2 Гр или 54–63 Гр по 1,6–1,8 Гр на зоны риска. УУР C, УДД 5. При одновременной ХЛТ ЛТ проводят до 70 Гр на область высокого риска и 44–50/54–63 Гр на зоны риска. УУР C, УДД 4. Стандарт сочетания — цисплатин 100 мг/м² в 1, 22 и 43-й дни ЛТ, суммарно 300 мг/м²; также возможно применение карбоплатина 70 мг/м² и фторурацила 600 мг/м² в дни 1–4 каждые 3 недели. После индукционной ПХТ альтернативой цисплатину может быть цетуксимаб 400 мг/м² за неделю до ЛТ, затем 250 мг/м² еженедельно.

Когда направить и как наблюдать

- При подозрении или выявлении онкологического заболевания врач первичного звена направляет пациента в центр амбулаторной онкологической помощи, первичный онкологический кабинет или поликлинику онкодиспансера.
- Консультация онколога должна пройти не позднее 5 рабочих дней от даты направления; гистологическая верификация — не более 15 рабочих дней с даты поступления материала.
- Если на месте нельзя взять биопсию или выполнить нужные исследования, пациента направляют в онкодиспансер, онкологическую больницу или другую организацию, оказывающую помощь онкопациентам.
- Тактику лечения определяет онкологический консилиум с участием онкологов и радиотерапевта, при необходимости — других специалистов; допустим телемедицинский формат.
- Экстренная/неотложная госпитализация показана при осложнениях опухоли или осложнениях лечения; плановая — для сложных интервенционных диагностических процедур или противоопухолевого лечения, требующего наблюдения в круглосуточном или дневном стационаре.

Частые вопросы

Когда «ангина» должна насторожить в отношении рака ротоглотки?

Должны насторожить неловкость или боль при глотании, которые могут ошибочно восприниматься как «ангина» и безуспешно лечиться противовоспалительно, а также плотный бугристый инфильтрат с изъязвлением, иррадиация боли в ухо/голову, гнилостный запах изо рта, тризм или появление метастатических узлов на шее.

Зачем определять p16 и ВПЧ при раке ротоглотки?

TNM-классификация ротоглотки учитывает p16-статус, а p16 по ИГХ указан как обязательный суррогатный маркер ВПЧ-ассоциации. Также исследуют ВПЧ высокого риска 16/18 методами ПЦР, ИГХ и/или гибридизации in situ.

Какие исследования обязательны для первичного стадирования?

Нужны эндоскопия с биопсией/цитологией, УЗИ ЛУ шеи с двух сторон с пункцией подозрительных узлов, МРТ и/или КТ лица и шеи с контрастом, КТ грудной клетки. При стадии ≥III и N+ добавляют ПЭТ-КТ с 18F-ФДГ или КТ грудной и брюшной полостей с контрастированием.

Когда после ЛТ/ХЛТ оценивать эффект?

МРТ лица и шеи с контрастированием выполняют через 2–3 месяца после ЛТ/ХЛТ. ПЭТ-КТ для решения вопроса об отказе от лимфаденэктомии — не раньше чем через 3 месяца; подозрительные ЛУ через 2–3 месяца пунктируют под УЗИ-контролем.

Как наблюдать пациента после завершения лечения?

Осмотр/при необходимости фиброларингоскопия и УЗИ шеи: каждые 1–3 месяца в 1-й год, 2–6 месяцев во 2-й, 4–8 месяцев в 3–5-й годы, затем ежегодно. КТ грудной клетки: при I–II стадиях каждые 12 месяцев, при III–IV или N+ — каждые 6 месяцев до 5 лет, затем ежегодно.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/4-rak-rotoglotki. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/4_2