Рак гортани

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: C32, D38.0 · Ассоциация онкологов России, Общероссийская общественная организация "Российское общество специалистов по опухолям головы и шеи", Общероссийская общественная организация «Российское общество клинической онкологии»

Рак гортани — злокачественная опухоль из элементов неороговевающего эпителия гортани.

Главное

- Основные факторы риска — длительное курение, алкоголь, профессиональная запыленность, контакт с канцерогенами, ВПЧ, папилломатоз, пахидермия, дискератоз и хронический ларингит.
- Диагноз подтверждают морфологически: необходимы фиброларингоскопия с биопсией и патолого-анатомическое исследование материала; при подозрительных шейных лимфоузлах выполняют УЗИ с пункцией.
- Стадию определяют по TNM 8-го издания AJCC. Стадия I соответствует T1N0M0, II — T2N0M0, III включает T1–3N1M0 или T3N0M0, IVA — T1–3N2M0 или T4N0–2M0, IVB — T4b или любая T при N3 и M0, IVC — любой T, любой N и M1.
- Тактику лечения устанавливает онкологический консилиум с участием онколога и радиотерапевта; при сложных случаях используют референсное патоморфологическое и лучевое консультирование.
- При распространенных стадиях, когда недостаточно локального лечения, исследуют PD-L1 в опухолевых и иммунных клетках с расчетом TPS и CPS.
- После лечения наблюдение проводят: в первый год каждые 1–3 месяца, во второй — каждые 2–6 месяцев, на 3–5-м году — каждые 4–8 месяцев, после 5 лет — ежегодно или при появлении жалоб.
- При ЛТ/ХЛТ рекомендуется регулярный мониторинг нутритивного статуса с применением шкал MUST и NRS 2002, коррекция питания и стоматологическое сопровождение; при болевом синдроме рекомендуется консультация альголога.

Диагностика

1. Собрать анамнез и оценить стойкое нарушение голосовой функции в виде осиплости, кашель, боль в горле, затруднение дыхания, увеличение шейных лимфоузлов и наличие новообразования на шее.
2. Провести физикальный осмотр: оценить контуры шеи, регионарные лимфоузлы, подвижность и ширину остова гортани.
3. Выполнить фиброларингоскопию с биопсией и направить биопсийный материал на патолого-анатомическое исследование; дополнительно возможны цитологические отпечатки и мазки. При повторных неинформативных биопсиях показана видеофиброларингоскопия с биопсией под общей анестезией.
4. Провести УЗИ лимфоузлов шеи с пункцией подозрительных узлов для уточнения распространенности и планирования лечения.
5. Для стадирования при распространенном процессе с поражением регионарных лимфоузлов выполнить КТ органов грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием или без него. При III–IV стадиях выполнить ПЭТ/КТ с [18F]фтордезоксиглюкозой для исключения отдаленных метастазов; исследование также применяют для оценки эффекта лечения.
6. При подозрении на прорастание хрящей гортани, основания черепа или магистральных сосудов выполнить КТ или МРТ мягких тканей шеи и головного мозга с внутривенным контрастированием. Если предполагается переход на гортаноглотку или пищевод и планируется ЛТ/ХЛТ, целесообразна МРТ шеи с контрастированием.
7. После операции исследовать удаленный препарат: определить размер и глубину инвазии, гистологический тип и степень дифференцировки, лимфоваскулярную и периневральную инвазию, pT, pN, экстранодальное распространение и состояние краев резекции.

Лечение

- При карциноме in situ проводят эндоларингеальную резекцию, предпочтительно CO2-лазером, либо ЛТ (УУР C, УДД 5). При T1–2N0 складочного отдела выбирают самостоятельную ЛТ или эндоскопическую/открытую резекцию гортани (УУР A, УДД 2).
- При T3N0–3 складочного отдела возможны одномоментная ХЛТ либо индукционная ХТ с последующей оценкой эффекта и выбором ЛТ/ХЛТ для сохранения органа; при остаточной опухоли или метастатических лимфоузлах после консервативного лечения рассматривают операцию, а при полной регрессии проводят динамическое наблюдение (УУР B, УДД 2).
- При раке надскладочного отдела гортани T4a рекомендовано хирургическое лечение в объеме ларингэктомии с тиреоидэктомией и односторонней или двусторонней шейной лимфодиссекцией с проведением послеоперационной конкурентной ХЛТ. Для отдельных пациентов, отказавшихся от операции, возможны одномоментная ХЛТ или индукционная ПХТ с последующей ХЛТ.
- Самостоятельную ЛТ на первичный очаг и клинически определяемые регионарные метастазы проводят в дозе 66–70 Гр по 2,0–2,2 Гр за фракцию, ежедневно с понедельника по пятницу в течение 6–7 недель; на локорегионарную область — 44–63 Гр по 1,8–2,0 Гр за фракцию. При самостоятельной ХЛТ доза на первичный очаг составляет 70 Гр по 2,0 Гр за фракцию в течение 7 недель.
- Стандартный препарат при одновременной ХЛТ — цисплатин 100 мг/м² на фоне гипергидратации в 1-й, 22-й и 43-й дни ЛТ, суммарно 300 мг/м². После индукционной ПХТ альтернативой цисплатину могут быть карбоплатин AUC 1,5–2,0 еженедельно с 1-го дня ЛТ или цетуксимаб 400 мг/м² за неделю до ЛТ, затем 250 мг/м² еженедельно.
- Послеоперационную ЛТ проводят преимущественно при pT3–4 и N0–1, а также у отдельных пациентов с pT1–2N0–1 при наличии неблагоприятных признаков; предпочтительный интервал после операции составляет не более 6 недель и не должен превышать 3 месяцев. При R0 доза на область удаленной первичной опухоли и регионарных метастазов составляет 60 Гр, при R+ — 66 Гр. Послеоперационная ХЛТ показана при прорастании капсулы лимфоузла, положительном крае при отказе от повторной операции и может обсуждаться при сочетании двух и более неблагоприятных факторов.
- При T4b, неоперабельных регионарных метастазах, M1 или невозможности операции выбор зависит от ECOG: при 0–1 рассматривают лекарственную терапию, иногда ХЛТ, либо симптоматическое лечение; при ECOG 2 назначают лекарственную терапию; при ECOG 3 — симптоматическое лечение.
- При плоскоклеточном раке в первой линии пембролизумаб применяют отдельно при CPS ≥1 или в комбинации с платиной и фторурацилом при CPS ≥1; монотерапия составляет 200 мг внутривенно каждые 3 недели или 400 мг каждые 6 недель, не более 2 лет. Ниволумаб во второй и последующих линиях при платино-резистентной опухоли: 3 мг/кг или 240 мг каждые 2 недели либо 480 мг каждые 4 недели, не более 2 лет.

Когда направить и как наблюдать

- При подозрении или выявлении онкологического заболевания направить пациента к онкологу в центр амбулаторной онкологической помощи или онкологический кабинет; консультация должна состояться не позднее 5 рабочих дней с даты направления.
- Плановая госпитализация нужна для сложных интервенционных диагностических вмешательств и проведения специализированного противоопухолевого лечения, требующего наблюдения в круглосуточном или дневном стационаре.
- Экстренная или неотложная госпитализация показана при осложнениях самого заболевания либо осложнениях хирургии, ЛТ или лекарственной терапии, требующих специализированной помощи.
- При местно-распространенной опухоли или угрозе кровотечения из опухолевых узлов оценить риск кровотечения; при его наличии выполнить ангиографию и, если нет противопоказаний, суперселективную внутриартериальную эмболизацию.
- После радикальной ХЛТ оценивать эффект не ранее чем через 2–3 месяца; остаточная опухоль или метастатические лимфоузлы требуют обсуждения хирургического лечения, а полная регрессия — динамического наблюдения.

Частые вопросы

Какие симптомы должны заставить заподозрить рак гортани?

Наиболее типичны стойкая осиплость, кашель, боль в горле, затруднение дыхания, увеличение шейных лимфоузлов и образование на шее.

Можно ли установить диагноз только по КТ или фиброларингоскопии?

Нет. Фиброларингоскопия выявляет и уточняет распространенность очага, но диагноз подтверждают биопсией с последующим патолого-анатомическим исследованием. При подозрительных лимфоузлах дополнительно выполняют УЗИ с пункцией.

Когда нужна ПЭТ/КТ при раке гортани?

При III–IV стадиях ПЭТ/КТ с [18F]фтордезоксиглюкозой используют для исключения отдаленных метастазов. Исследование также применяют для оценки эффекта лечения и подтверждения полной регрессии регионарных метастазов после ЛТ/ХЛТ.

Когда после лечения можно оценивать результат ХЛТ?

После радикальной ХЛТ оценку эффекта проводят не ранее чем через 2–3 месяца. При остаточной опухоли или метастатических лимфоузлах обсуждают хирургическое лечение; при полной регрессии переходят к динамическому наблюдению.

Как часто наблюдать пациента после завершения лечения?

В первый год осмотр и обследования проводят каждые 1–3 месяца, во второй — каждые 2–6 месяцев, с 3-го по 5-й год — каждые 4–8 месяцев. После 5 лет визиты ежегодные или внеплановые при появлении жалоб; в программу входят осмотр, фиброларингоскопия, УЗИ лимфоузлов шеи и исследования по показаниям.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/475-rak-gortani. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/475_3