Злокачественные новообразования губы

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: C00 · Ассоциация онкологов России, Общероссийская общественная организация "Российское общество специалистов по опухолям головы и шеи", Общероссийская общественная организация «Российское общество клинической онкологии»

Рак губы — злокачественная опухоль многослойного плоского эпителия красной каймы, чаще нижней губы. Рекомендация посвящена диагностике, стадированию, хирургическому, лучевому и лекарственному лечению, реабилитации и наблюдению пациентов с ЗНО губы.

Главное

- Основные факторы риска: длительная солнечная инсоляция и резкие перепады температуры, курение в сочетании с крепким алкоголем, жевание смесей, а также лейкоплакия, эритроплакия, хронические язвы, трещины и хейлиты.
- В 85–90% случаев поражается нижняя губа; опухоль может быть экзофитной папиллярно-бородавчатой или эндофитной — в виде уплотнения, трещины, эрозии либо язвы.
- Достоверное установление диагноза требует морфологической верификации; клинические данные и визуализация используются для оценки распространенности и стадии.
- При хирургическом лечении удаление первичной опухоли по возможности выполняют единым блоком; рекомендуется достигать края резекции R0.
- При глубине инвазии менее 2 мм у пациентов T1–T2N0 операция ограничивается первичным очагом; при глубине более 4 мм добавляют селективную шейную лимфодиссекцию уровней 1–3. При глубине 2–4 мм решение принимают индивидуально.
- Неблагоприятные признаки после операции — положительный край, экстранодальное распространение, pT3–4, N2–3, периневральная, периваскулярная или лимфатическая инвазия — служат основанием для послеоперационной лучевой терапии или химиолучевого лечения.
- После лечения наблюдение включает осмотр, оценку жалоб, УЗИ шеи, а по показаниям КТ головы и шеи; рентгенографию или КТ грудной клетки проводят каждые 12 месяцев, а после облучения шеи контролируют ТТГ каждые 6–12 месяцев.

Диагностика

1. Собрать жалобы и анамнез, включая сведения о курении, алкоголе, солнечной инсоляции, фоновых заболеваниях губ и факторах, влияющих на выбор лечения (УУР С, УДД 5).
2. Осмотреть и пальпировать очаг, выполнить бимануальное обследование и оценить регионарные лимфоузлы; одновременно определить нутритивный статус (УУР С, УДД 5).
3. Выполнить общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи и коагулограмму (УУР С, УДД 5).
4. Получить материал для морфологической верификации: биоптат, пункционный материал или соскоб с эрозии, язвы, раны либо свища с последующим цитологическим исследованием (УУР А, УДД 1).
5. При неясной цитологии провести патолого-анатомическое исследование биопсийного или операционного материала, при необходимости — с гистобактериоскопией и иммуногистохимией (УУР А, УДД 1).
6. Для стадирования выполнить УЗИ лимфоузлов шеи с пункцией даже пальпаторно неизмененных узлов, УЗИ первичного очага, а также КТ и/или МРТ пораженной области с внутривенным контрастированием (УУР С, УДД 5; УУР В, УДД 2).
7. При распространенном процессе с поражением регионарных лимфоузлов выполнить КТ грудной клетки; при стадиях III–IV — ПЭТ/КТ для поиска отдаленных метастазов, а при подозрении на костное поражение — сцинтиграфию костей (УУР С, УДД 5; УУР А, УДД 2).

Лечение

- При хирургическом лечении удаление первичной опухоли по возможности выполняют единым блоком; рекомендуется достигать края резекции R0 (УУР С, УДД 4).

- Для T1–T2N0 при глубине инвазии менее 2 мм шейную диссекцию не выполняют (УУР B, УДД 2). При глубине более 4 мм выполняют операцию на первичном очаге и селективную лимфодиссекцию уровней 1–3 (УУР B, УДД 2); при глубине 2–4 мм тактику выбирают индивидуально.
- При T3–T4aN0 или любом T1–4aN1–3 проводят операцию на первичном очаге с шейной лимфаденэктомией. При N0 обычно выполняют селективную диссекцию уровней 1–3, при N1, N2a–b и N3 — радикальную диссекцию уровней 1–5; при N2c выполняют радикальную диссекцию с обеих сторон. При срединной опухоли или переходе через среднюю линию учитывают обе стороны шеи (УУР C, УДД 5).
- При отказе от операции или противопоказаниях возможны дистанционная лучевая терапия, внутритканевая лучевая терапия или фотодинамическая терапия; при небольших опухолях T1–T3 фотодинамическую терапию применяют самостоятельно либо в комбинации с ДЛТ/ХЛТ (для фотодинамической терапии УУР C, УДД 4).
- Самостоятельную ДЛТ проводят на первичный очаг и клинически определяемые метастазы в дозе 66–70 Гр по 1,8–2,2 Гр за фракцию ежедневно 5 дней в неделю в течение 6–7 недель; на локорегионарную область с регионарными лимфоузлами — 44–54 Гр (УУР C, УДД 5).
- После операции лучевая терапия предпочтительно начинается не позднее 6 недель и не должна откладываться более чем на 3 месяца. При R0 на область первичной опухоли и регионарных метастазов подводят 60 Гр, при R+ — 66 Гр (УУР C, УДД 5).
- При положительном крае резекции или экстранодальном распространении послеоперационная ХЛТ включает цисплатин 100 мг/м² каждые 3 недели и ЛТ; при нерезектабельной опухоли возможна схема цисплатин 100 мг/м² в 1-й, 22-й и 43-й дни ЛТ, на первичный очаг и клинически пораженные узлы — 70 Гр (УУР C, УДД 5; УУР C, УДД 2).
- При T4b, нерезектабельных регионарных метастазах или невозможности операции тактику выбирают по ECOG: при ECOG 0–1 — ХЛТ или индукционная ХТ с последующей ДЛТ/ХЛТ; при ECOG 2 — ДЛТ с возможной ХТ; при ECOG 3 — паллиативная ДЛТ, монохимиотерапия, иммунотерапия или наилучшая поддерживающая терапия (УУР C, УДД 5).

Когда направить и как наблюдать

- При подозрении или выявлении опухоли направить пациента на консультацию в центр амбулаторной онкологической помощи или первичный онкологический кабинет; консультация должна состояться не позднее 5 рабочих дней с даты направления.
- Если биопсию или необходимые исследования невозможно выполнить на амбулаторном онкологическом этапе, пациента направляют в онкологический диспансер или другую специализированную онкологическую организацию.
- Госпитализация в экстренном или неотложном порядке показана при осложнениях опухоли либо осложнениях хирургического, лучевого или лекарственного лечения, требующих специализированной помощи.
- Плановая госпитализация нужна для сложных интервенционных диагностических вмешательств и противоопухолевого лечения, требующего наблюдения в круглосуточном или дневном стационаре.
- Начало специализированной помощи должно быть обеспечено не позднее 14 календарных дней после гистологической верификации или установления предварительного диагноза, если патолого-анатомическое исследование амбулаторно не показано.

Частые вопросы

Что является обязательным критерием диагноза рака губы?

Морфологическая верификация опухоли. Для ее получения используют биопсию, пункцию или соскоб с последующим цитологическим или патолого-анатомическим исследованием.

Когда при раннем раке губы нужна шейная лимфодиссекция?

При T1–T2N0 и глубине инвазии менее 2 мм диссекцию не выполняют. При глубине более 4 мм показана селективная лимфодиссекция уровней 1–3; при 2–4 мм решение индивидуальное.

Какие признаки после операции требуют дополнительной лучевой или химиолучевой терапии?

К ним относятся положительный край резекции, экстранодальное распространение, pT3–4, N2–3, перинервальная, периваскулярная или лимфатическая инвазия, а также множественные регионарные метастазы.

Как наблюдать пациента после лечения?

В первый год осмотр проводят каждые 1–3 месяца, во второй — каждые 2–6 месяцев, на 3–5-м годах — один раз в 4–8 месяцев; после 5 лет — ежегодно или при появлении жалоб. Обследование включает осмотр, УЗИ шеи и исследования по показаниям.

Какая нутритивная поддержка нужна во время противоопухолевого лечения?

При лечении целевой калораж составляет 25–30 ккал/кг в сутки, белок — 1,2–2 г/кг в сутки. Предпочтителен энтеральный путь; парентеральное питание используют при полной утрате функции ЖКТ или невозможности покрыть потребности энтерально.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/553-zlokachestvennye-novoobrazovaniya-guby. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/553_2