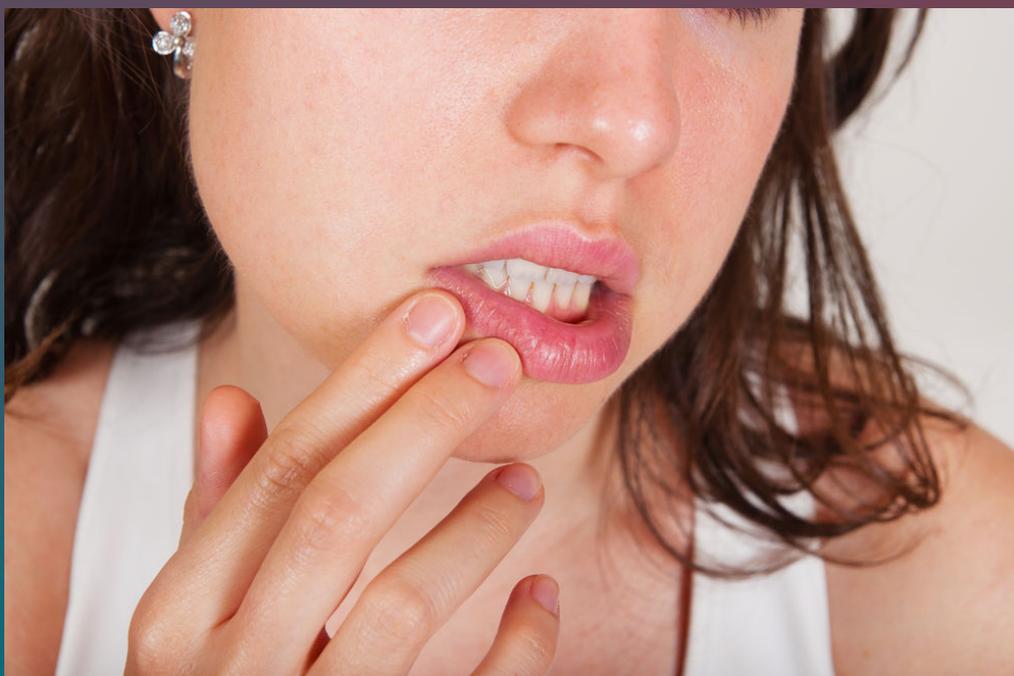




ФГБОУ ВО «Тульский государственный
университет»
Кафедра «Онкология»

РАК ГУБЫ



ВЫПОЛНИЛА: Клинический
ординатор 1-го года по
специальности «Онкология»
ЧИЖОВА В.В.

РУКОВОДИТЕЛЬ: д.м.н., профессор,
заведующий кафедрой «онкология»
ГУСЕЙНОВ А.З.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- ▶ Рак губы – злокачественная опухоль из многослойного плоского эпителия красной каймы нижней или верхней губы. Поражение кожи и слизистой оболочки обусловлено дальнейшим распространением опухолевого процесса.
- ▶ Красная кайма губ – это широкая переходная зона между слизистой оболочкой полости рта и кожей, покрытая многослойным плоским эпителием с тонким слоем ороговения.
- ▶ Верхняя губа поражается раком редко. Это объясняется атомо-физиологическими особенностями губ (недостаточная смазка жиром) и неодинаковой подверженностью канцерогенными факторами.



ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- ▶ Мужчины заболевают раком губы чаще женщин; соотношение 3:1.
- ▶ В 83,5% заболевание выявляется на ранних (I–II) стадиях
- ▶ Максимальное число заболевших приходится на возрастную группу 55-75 лет и старше.



ЭПИДЕМИОЛОГИЯ: ДАННЫЕ ПО РОССИИ ЗА 2022 ГОД

- ▶ В 2022 г. зарегистрировано больных с диагнозом рака губы – **1823**, из них имели I ст. – 53,2%, II ст. – 30,7%, III ст. – 11,0%, IV ст. – 4,8%, не установлена стадия – 0,3%.
- ▶ Распространенность в России составила 20,8 на 100 тыс. населения.
- ▶ Диагноз подтвержден морфологически – 98,8 %.
- ▶ Летальность на 1-м году с момента установления диагноза – 4,1%.

ЭТИОЛОГИЯ

Среди этиологических факторов развития рака губы необходимо выделить следующие:

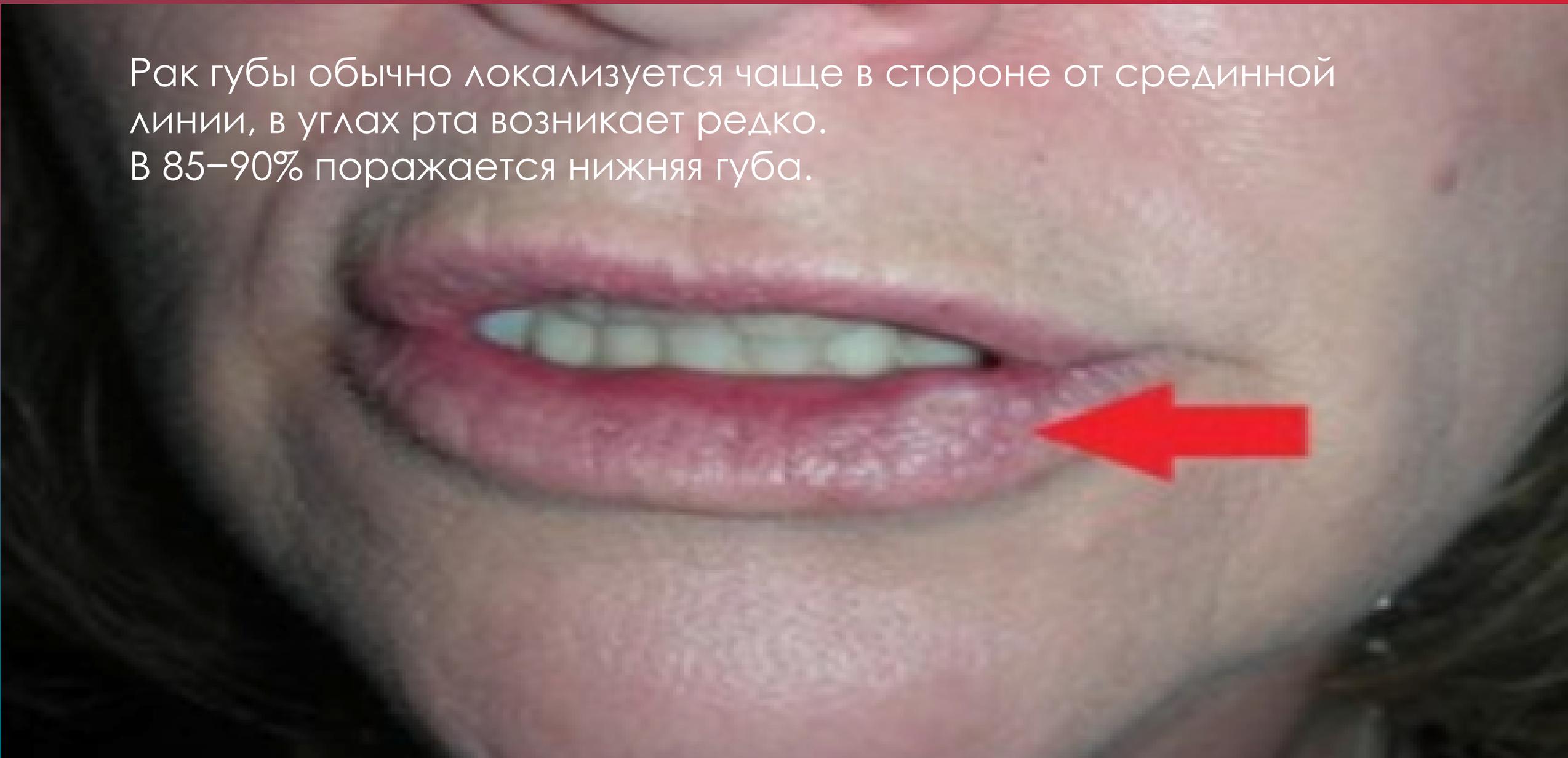
- неблагоприятные метеорологические факторы (длительная солнечная инсоляция, резкие колебания температуры);
- вредные привычки: курение, особенно в сочетании с употреблением крепкого алкоголя, жевание различных смесей (нас, орех бетель и т.д.);
- фоновые процессы: плоские лейкоплакии, эритроплакии, хронические язвы и трещины губ, хейлиты.



Рис. 17. Плоская форма лейкоплакии, поражение нижней губы

ЛОКАЛИЗАЦИЯ

Рак губы обычно локализуется чаще в стороне от срединной линии, в углах рта возникает редко.
В 85–90% поражается нижняя губа.



КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ РАКА ГУБЫ

Язвенная форма.

Имеет самую высокую степень злокачественности. Опухоль быстро растет и при увеличении поражает эпителий, мышечную и костную ткань челюсти.



Бородавчатая форма

Развивается в подслизистом слое губы на фоне дискератоза.
Поражается кайма губы.
Опухоль имеет вид небольшого полушаровидного узла.

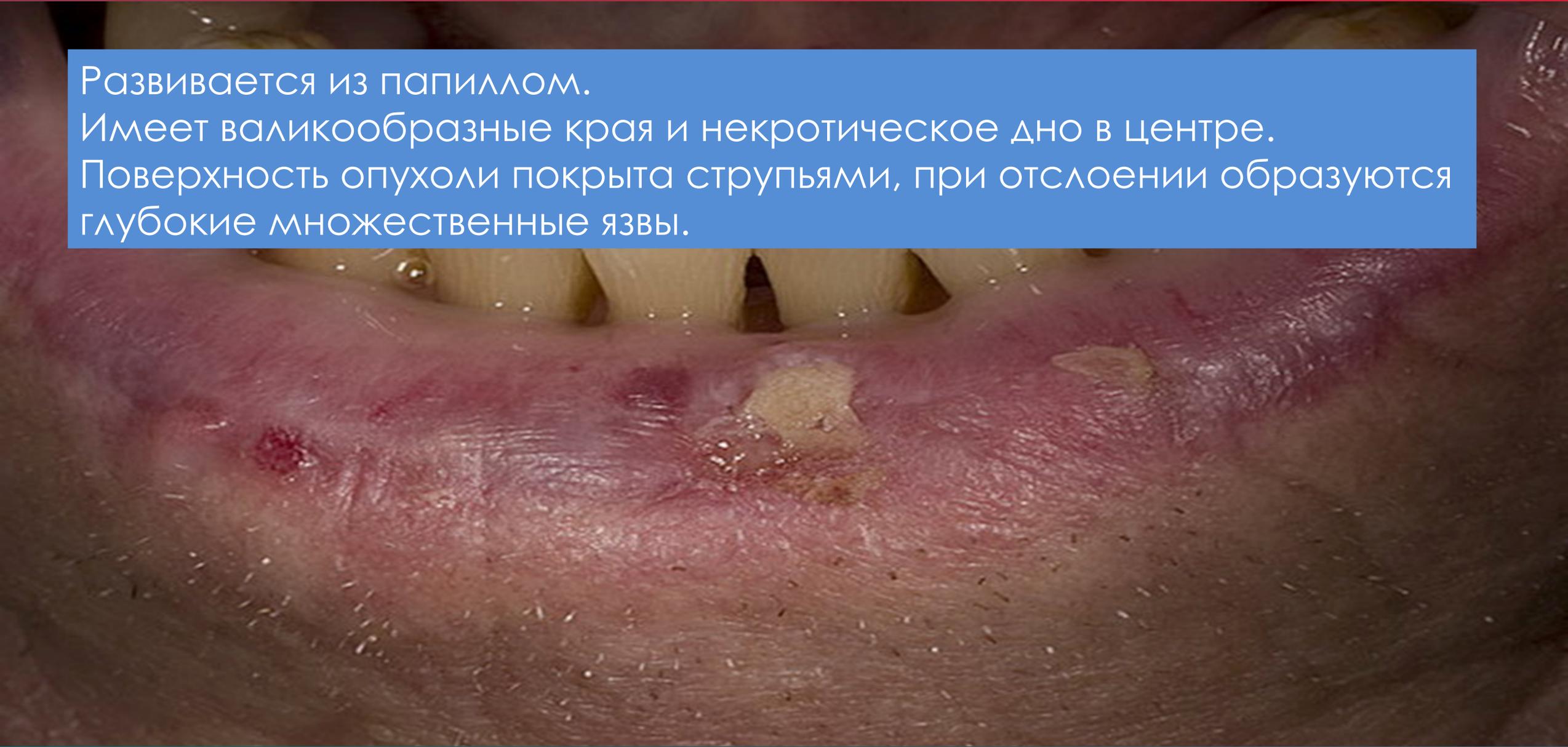


Папиллярная форма

Развивается из папиллом.

Имеет валикообразные края и некротическое дно в центре.

Поверхность опухоли покрыта струпьями, при отслоении образуются глубокие множественные язвы.



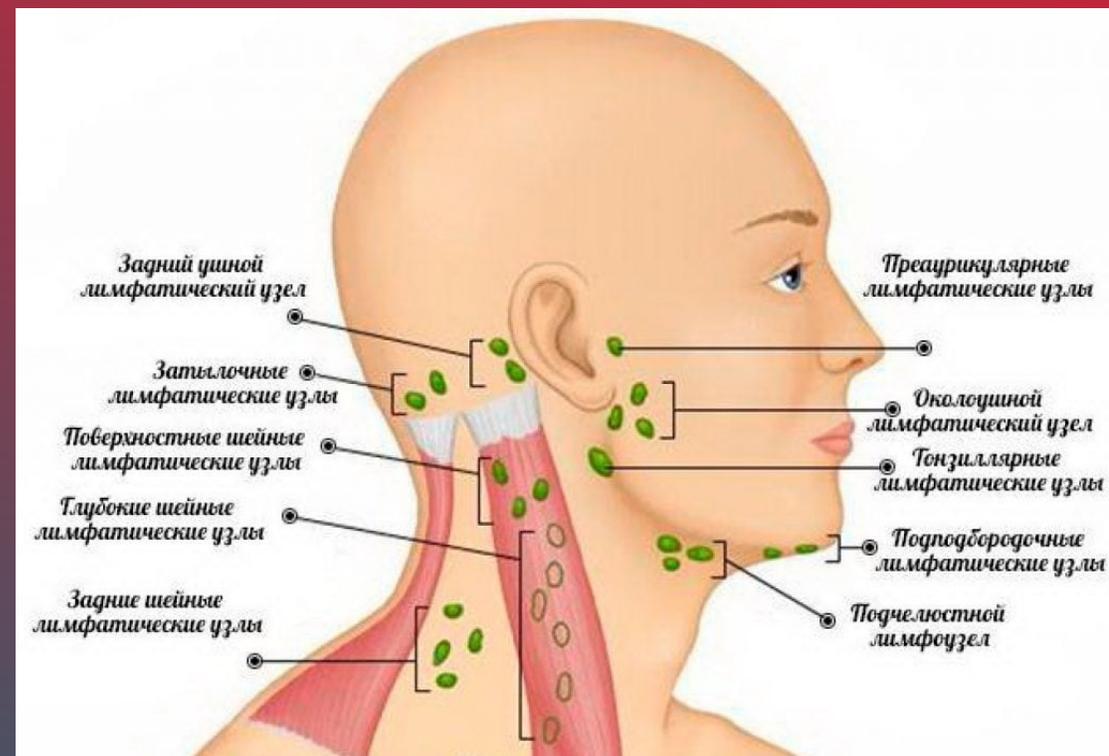
РОСТ, РАСПРОСТРАНЕНИЕ

- ◆ Кожа и слизистая оболочка поражаются вторично при дальнейшем распространении опухоли.
- ◆ Возможно прорастание нижней челюсти.



МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ

- ▶ Рак губы метастазирует преимущественно лимфогенно в регионарные лимфатические узлы – подбородочные, подчелюстные.



МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ

Гематогенное метастазирование наблюдается значительно реже – в 2 % случаев, обычно – в лёгкие.



КОДИРОВАНИЕ ПО МКБ 10

Злокачественное новообразование губы (C00):

- ▶ C00.0 Злокачественное новообразование наружной поверхности верхней губы
- ▶ C00.1 Злокачественное новообразование наружной поверхности нижней губы
- ▶ C00.2 Злокачественное новообразование наружной поверхности губы неуточненной
- ▶ C00.3 Злокачественное новообразование внутренней поверхности верхней губы
- ▶ C00.4 Злокачественное новообразование внутренней поверхности нижней губы
- ▶ C00.5 Злокачественное новообразование внутренней поверхности губы неуточненной
- ▶ C00.6 Злокачественное новообразование спайки губы
- ▶ C00.8 Поражение, выходящее за пределы одной или более вышеуказанных локализаций губы
- ▶ C00.9 Злокачественное новообразование губы неуточненной части

КЛАССИФИКАЦИЯ TNM: СИМВОЛ T

Символ T содержит следующие градации:

- ▶ TX - Недостаточно данных для оценки первичной опухоли
- ▶ Tis - Карцинома in situ
- ▶ T1 - Опухоль до 2 см в наибольшем измерении
- ▶ T2 - Опухоль ≤ 2 см, ГИ > 5 мм и ≤ 10 мм или опухоль ≤ 4 см и ГИ ≤ 10 мм
- ▶ T3 - Опухоль > 4 см или ГИ > 10 мм, но ≤ 20 мм
- ▶ T4a - Умеренно местно-распространенный рак*. Опухоль прорастает только прилежащие ткани (например, кортикальный слой кости, гайморову пазуху или кожу лица)* или большая опухоль с двусторонним поражением языка и/или ГИ > 20 мм
- ▶ T4b - Местно-распространенный рак. Опухоль распространяется на жевательный аппарат, крыловидные отростки основной кости или основания черепа и/или охватывает сонную артерию
- ▶ *Наличия только поверхностных эрозий кости/зубной лунки первичной опухолью десны недостаточно для ее классифицирования как стадии T4.

Классификация TNM: символ N

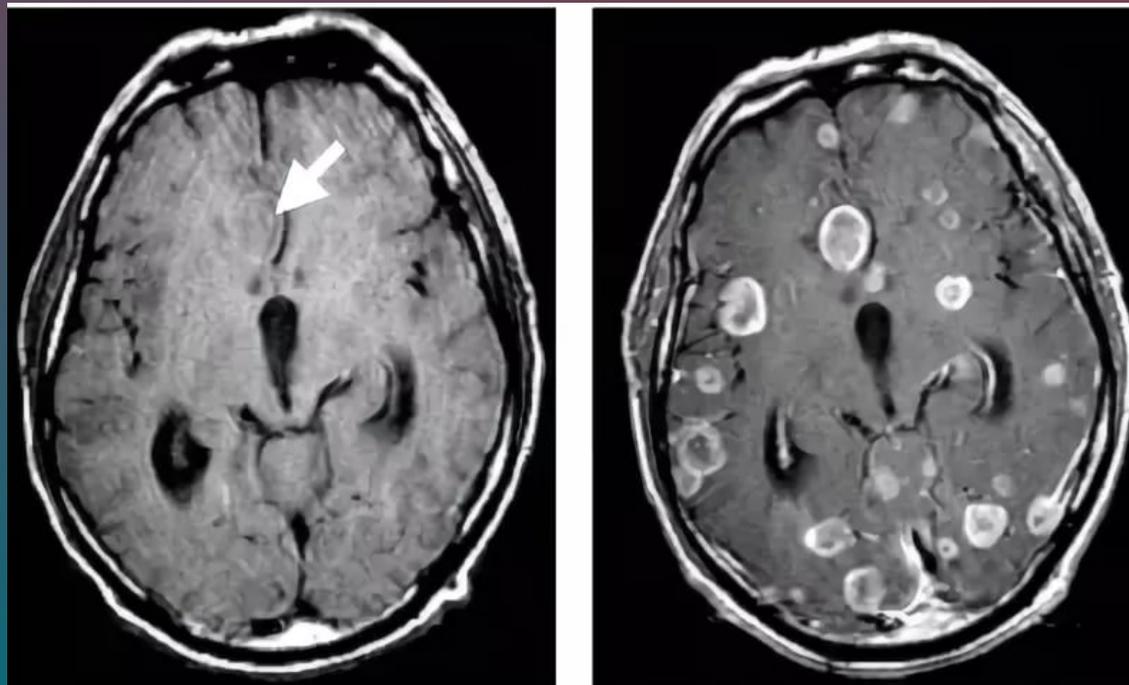
- ▶ NX - Недостаточно данных для оценки состояния регионарных ЛУ
- ▶ N0 - Нет признаков метастатического поражения регионарных ЛУ
- ▶ N1 - Метастазы в одном ЛУ на стороне поражения ≤ 3 см в наибольшем измерении, ENE отсутствует
- ▶ N2 - Метастазы в одном ЛУ на стороне поражения ≤ 3 см и ENE+, >3 см и 3 см, но не более 6 см в наибольшем измерении, ENE отсутствует
- ▶ N2b - Метастазы в нескольких ЛУ на стороне поражения ≤ 6 см в наибольшем измерении и ENE отсутствует 11
- ▶ N2c - Метастазы в ЛУ с обеих сторон или с противоположной стороны ≤ 6 см в наибольшем измерении и ENE отсутствует

Классификация TNM: символ N

- ▶ N3 - Метастазы в ЛУ >6 см в наибольшем измерении и ENE отсутствуют, или в одном ипсилатеральном ЛУ и ENE+, или множественные ипсилатеральные, контралатеральные или билатеральные метастазы с ENE+, или единственный контралатеральный метастаз любых размеров и ENE+
- ▶ N3a - Метастазы в ЛУ >6 см в наибольшем измерении и ENE отсутствуют
- ▶ N3b Метастаз в одном ипсилатеральном ЛУ и ENE+ или множественные ипсилатеральные, контралатеральные или билатеральные метастазы с ENE+, или единственный контралатеральный метастаз любых размеров и ENE+

КЛАССИФИКАЦИЯ TNM: СИМВОЛ M

- ▶ Mx - недостаточно данных для оценки состояния регионарных ЛУ
- ▶ M0 – отдаленных метастазов нет.
- ▶ M1 – наличие отдаленных метастазов.



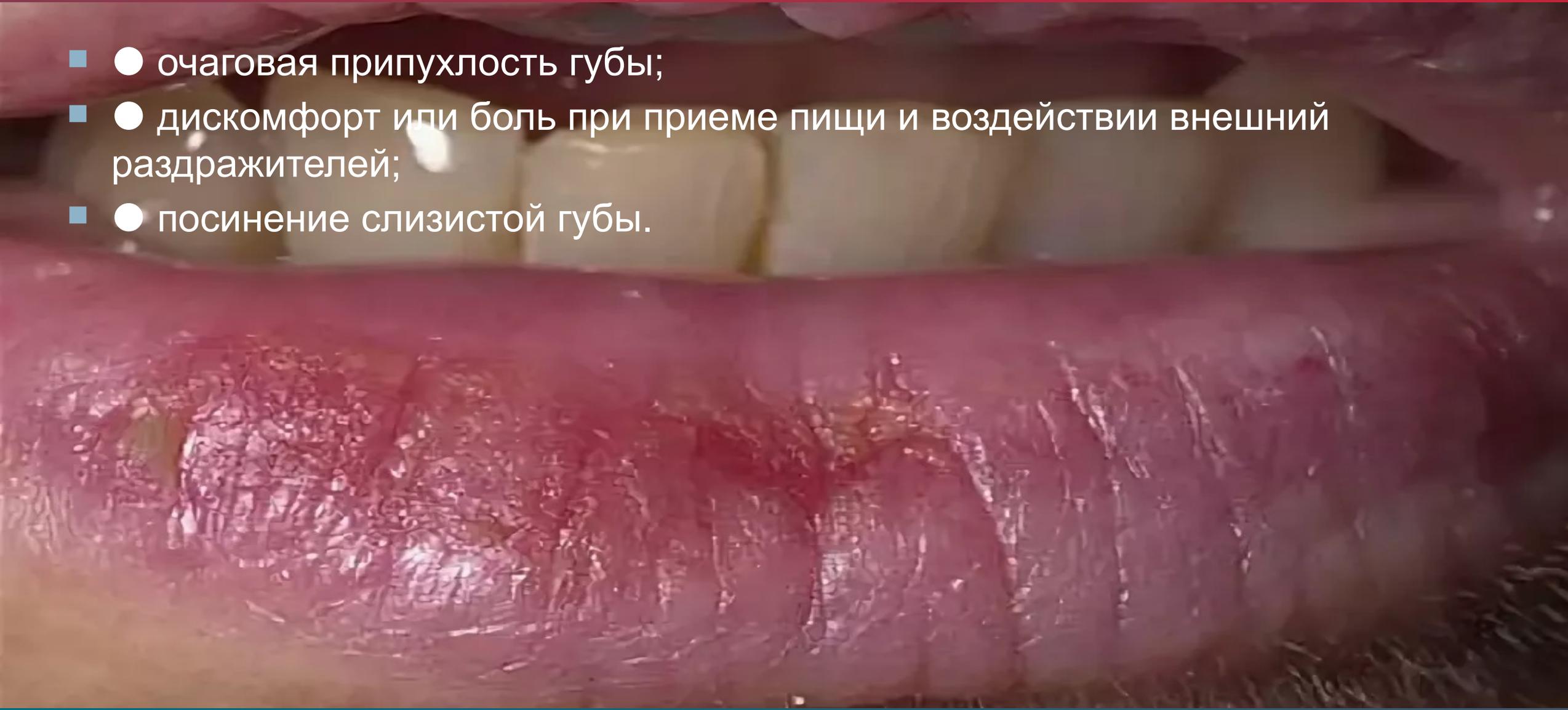
ГРУППИРОВКА ПО СТАДИЯМ

Стадия	0	I	II	III				IVA					
T	In situ	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T4a	T4a	T4a
N	N0	N0	N0	N0	N1	N1	N1	N2	N2	N2	N0	N1	N2
M	M0	M0	N0	M0	M0	M0	M0	M0	M0	M0	M0	M0	M0

Стадия	IVB		IVC	
T	любое T		любое T	
N	N3		любое N	
M	M0		M1	

КЛИНИКА: СИМПТОМЫ НАЧАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ

- ● очаговая припухлость губы;
- ● дискомфорт или боль при приеме пищи и воздействии внешней раздражителей;
- ● посинение слизистой губы.



КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА



- ▶ Экзофитные формы (папиллярная, бородавчатая) развиваются на фоне продуктивного дискератоза. Процесс длится долго, инфильтрация подлежащих тканей увеличивается постепенно, опухоль имеет вид папилломы, множественных мелких выростов, цветной капусты.
- ▶ Эндофитные формы развиваются на фоне деструктивного дискератоза, имеют вид уплотнения, трещины, эрозии или язвы. На ранних стадиях по краям уплотнения или эрозии появляется небольшой валикообразный венчик, свидетельствующий об озлокачествлении. Постепенно инфильтрация распространяется на окружающие ткани, возникают процессы распада и вторичная инфекция.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Клинически рак губы делят на 3
формы:

Бородавчатая
(на почве диффузного
продуктивного дискератоза)

Папиллярная

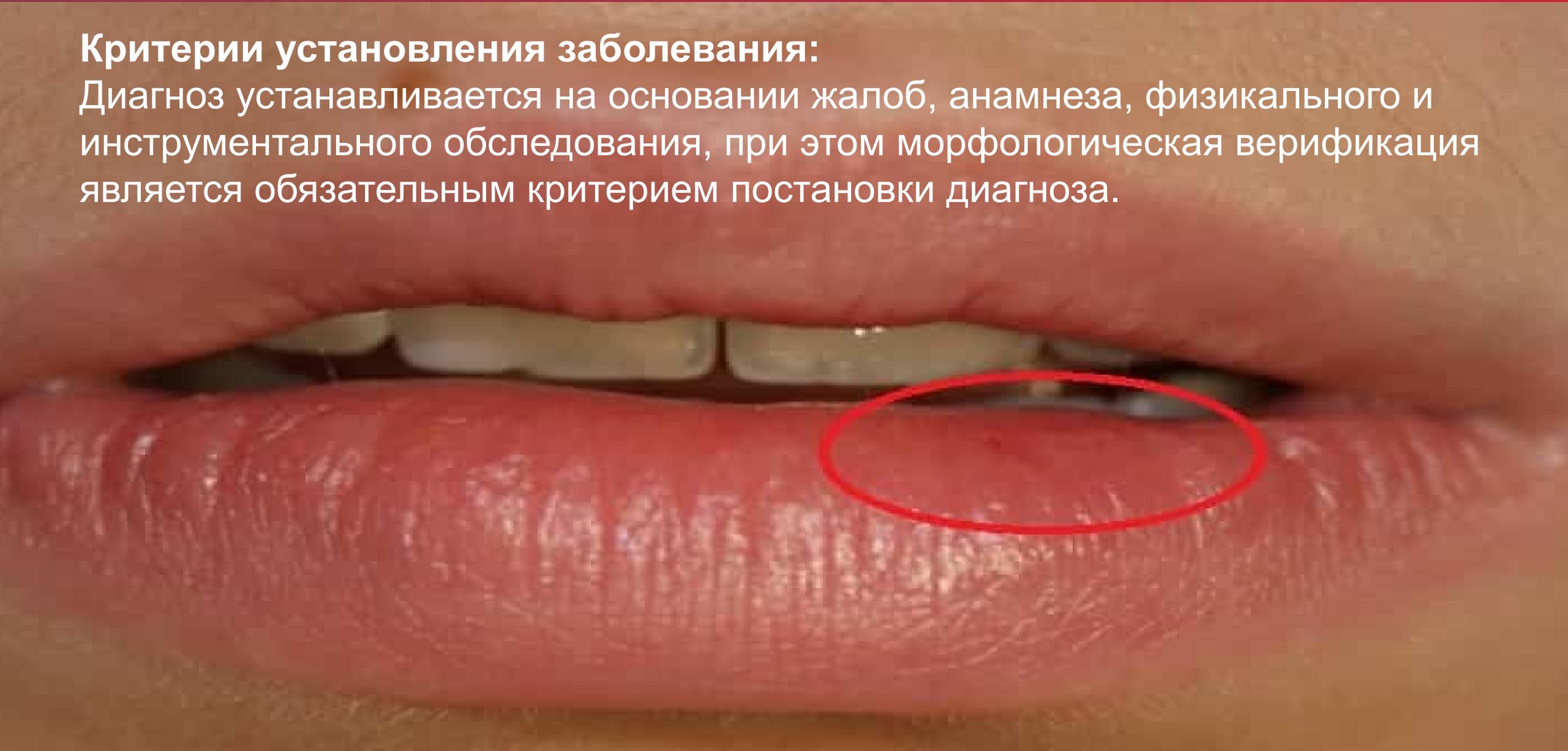
Язвенная и язвенно-
инфильтративная (развивается из
эритроплакии) – наиболее
злокачественная форма



ДИАГНОСТИКА

Критерии установления заболевания:

Диагноз устанавливается на основании жалоб, анамнеза, физикального и инструментального обследования, при этом морфологическая верификация является обязательным критерием постановки диагноза.



ДИАГНОСТИКА



- ▶ Рекомендуются мазки-отпечатки или соскобы с поверхности эрозий, изъязвлений, трещин, аспирация содержимого с использованием тонкоигольной аспирационной биопсии из уплотнений мягких тканей губы без признаков изъязвлений и увеличенных шейных ЛУ под контролем ультразвукового исследования (УЗИ) для цитологического исследования с целью морфологической верификации процесса. При неясности цитологического исследования необходима биопсия для гистологического подтверждения диагноза.

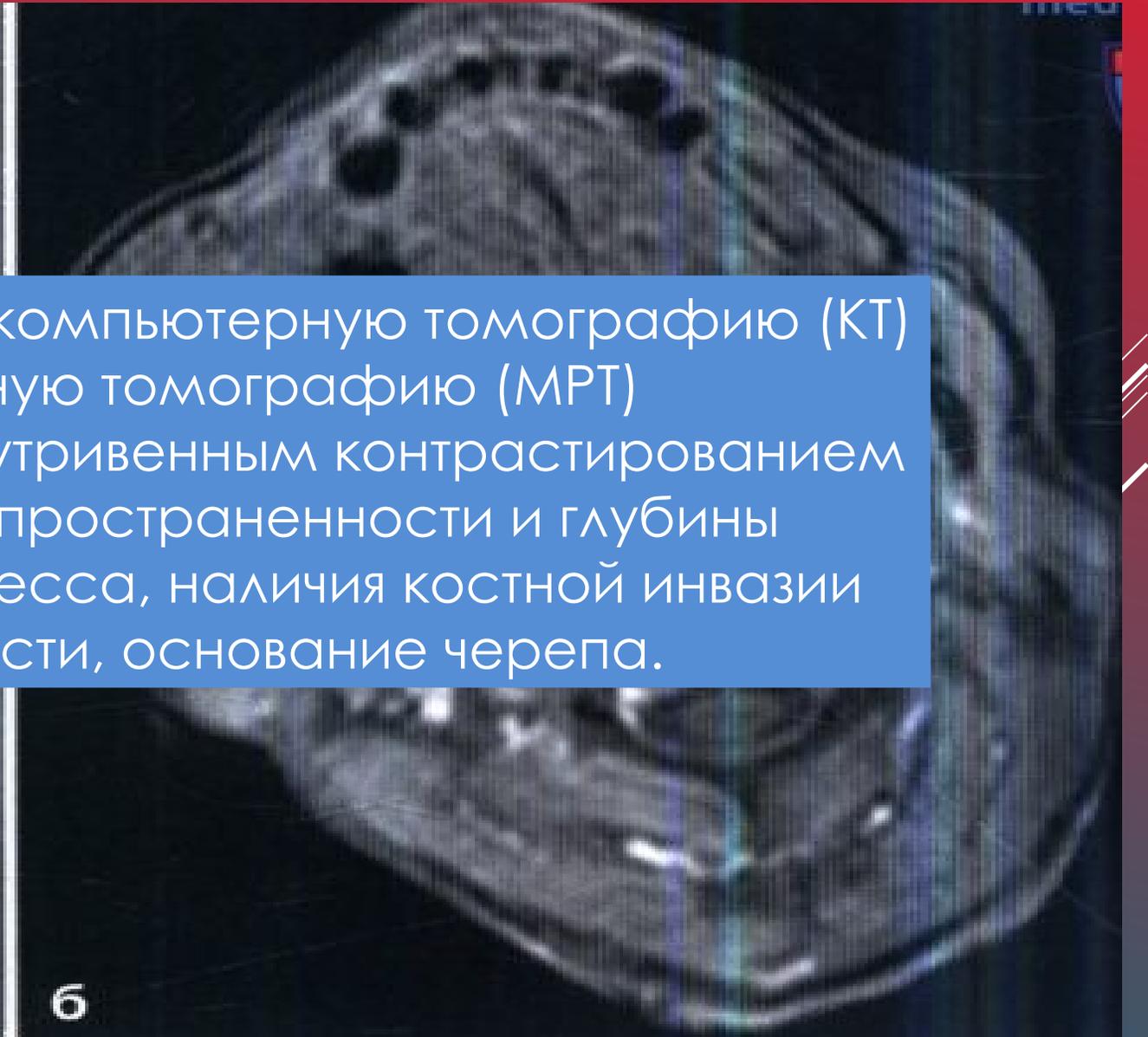
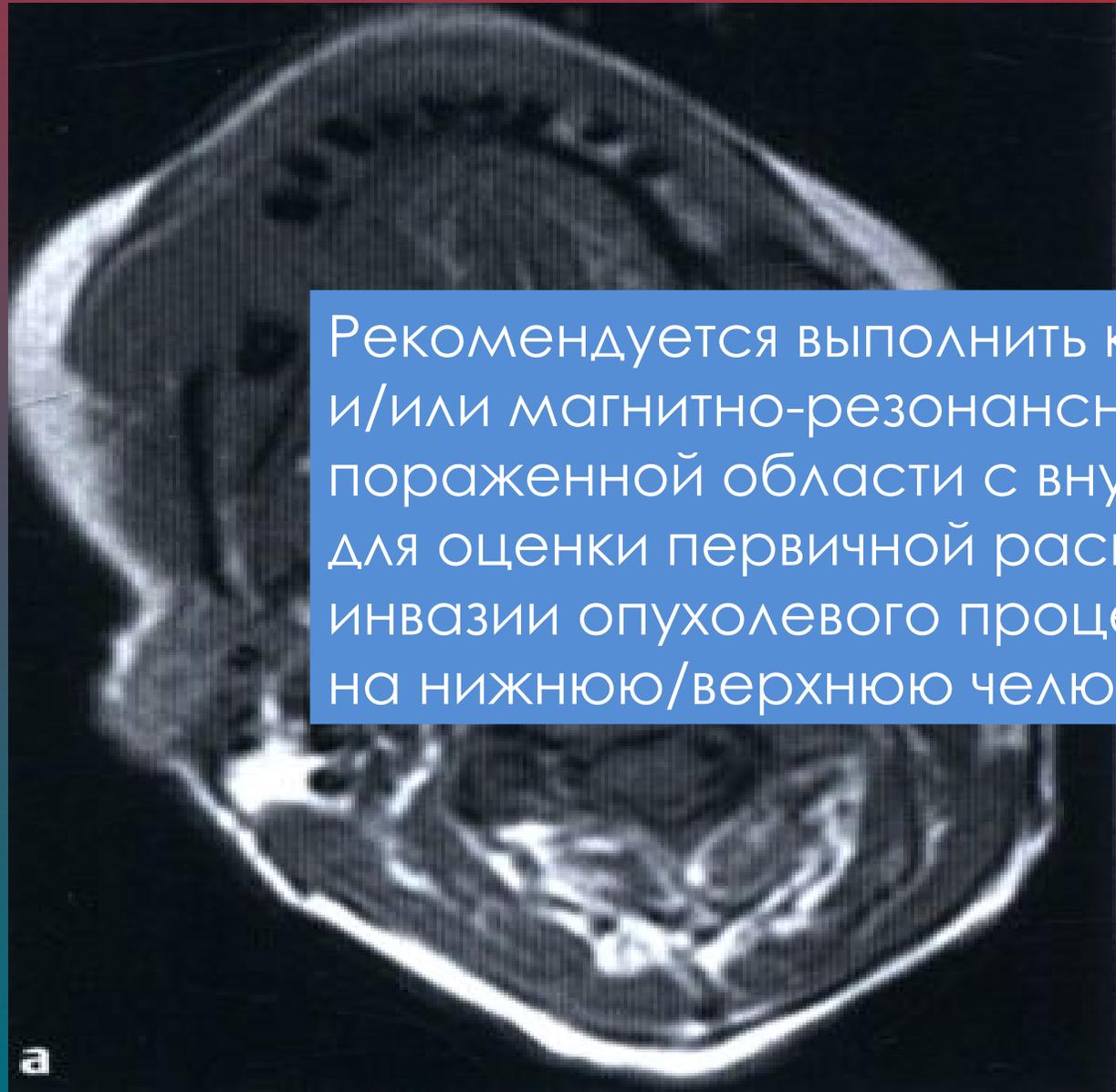
ДИАГНОСТИКА

- ▶ Рекомендуется выполнить УЗИ ЛУ шеи с пункцией пальпаторно неизмененных ЛУ с целью исключения или подтверждения вовлечения регионарных лимфоколлекторов в опухолевый процесс.
- ▶ Рекомендуется выполнение УЗИ первичного очага для определения толщины опухоли и дальнейшего планирования объема операции на лимфоколлекторах шеи.



ДИАГНОСТИКА

Рекомендуется выполнить компьютерную томографию (КТ) и/или магнитно-резонансную томографию (МРТ) пораженной области с внутривенным контрастированием для оценки первичной распространенности и глубины инвазии опухолевого процесса, наличия костной инвазии на нижнюю/верхнюю челюсти, основание черепа.



ДИАГНОСТИКА

- ▶ Рекомендуется выполнить КТ органов грудной клетки с внутривенным контрастированием или без него при распространенном раке с поражением регионарных ЛУ с целью выявления отдаленных метастазов.



ДИАГНОСТИКА



- Выполняют ПЭТ с фтордезоксиглюкозой, совмещенную с КТ, при стадиях **III–IV** с целью исключения отдаленных метастазов, для оценки эффективности лечения и по индив. показаниям.

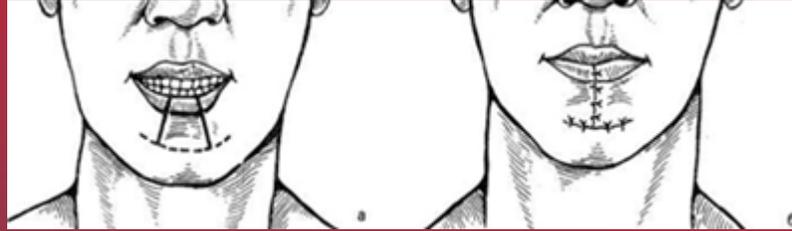


ЛЕЧЕНИЕ

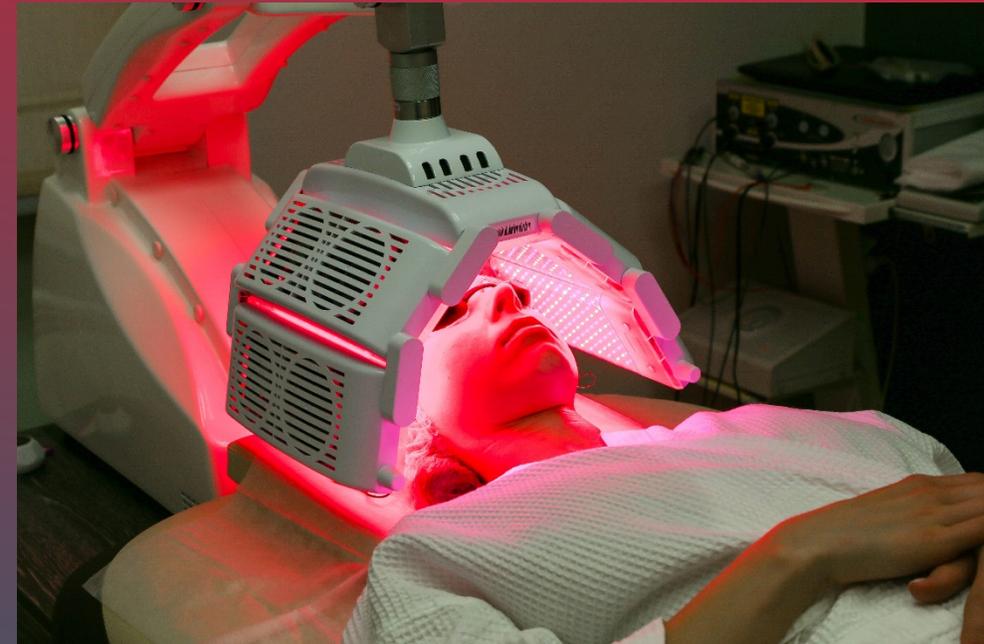
- ▶ Лечение рака губы определяется **стадией заболевания, наличием или отсутствием регионарных и отдаленных метастазов, сопутствующими заболеваниями.**



ЛЕЧЕНИЕ



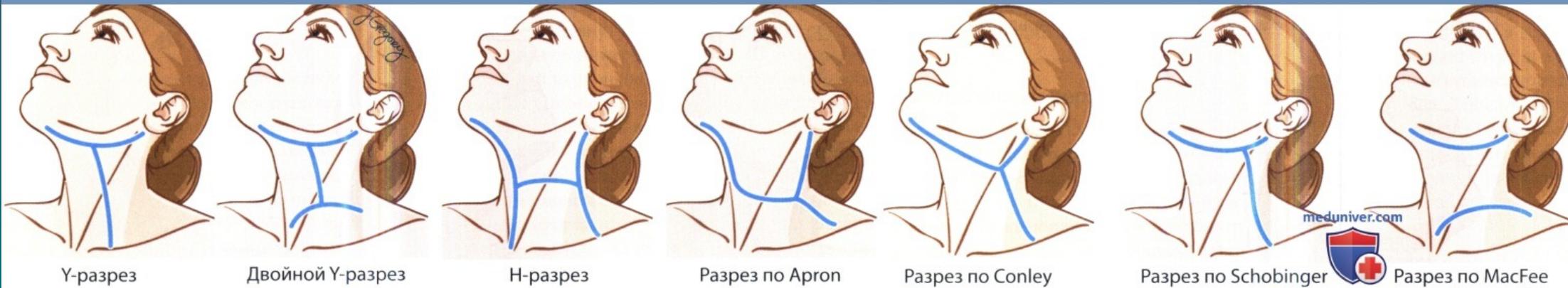
- ▶ Рекомендуется рассматривать хирургическое вмешательство как основной метод радикального лечения больных раком губы, при этом удаление образования следует выполнять с одномоментной пластикой при необходимости
- ▶ При Tis возможно выполнение мукозэктомии с применением методов физического воздействия (лазер, радиочастотная абляция, электрохимический лизис, плазменная коагуляция, фотодинамическая терапия)



ЛЕЧЕНИЕ

- ▶ **T1–T2, N0** Рекомендуется выполнение оперативного вмешательства на первичном очаге. При плоскоклеточном раке и глубине инвазии опухоли 4 мм рекомендовано выполнение селективной лимфодиссекции (минимально уровни 1–3). При глубине инвазии опухоли 2–4 мм решение о выполнении селективной шейной диссекции устанавливается индивидуально (в зависимости от наличия увеличенных ЛУ на шее, распространенности опухолевого процесса). Лимфодиссекция может быть заменена биопсией сторожевого ЛУ, что является адекватной методикой контроля зон регионарного метастазирования и выявления оккультных метастазов

Варианты разрезов при удалении шейных лимфоузлов - шейной лимфодиссекции



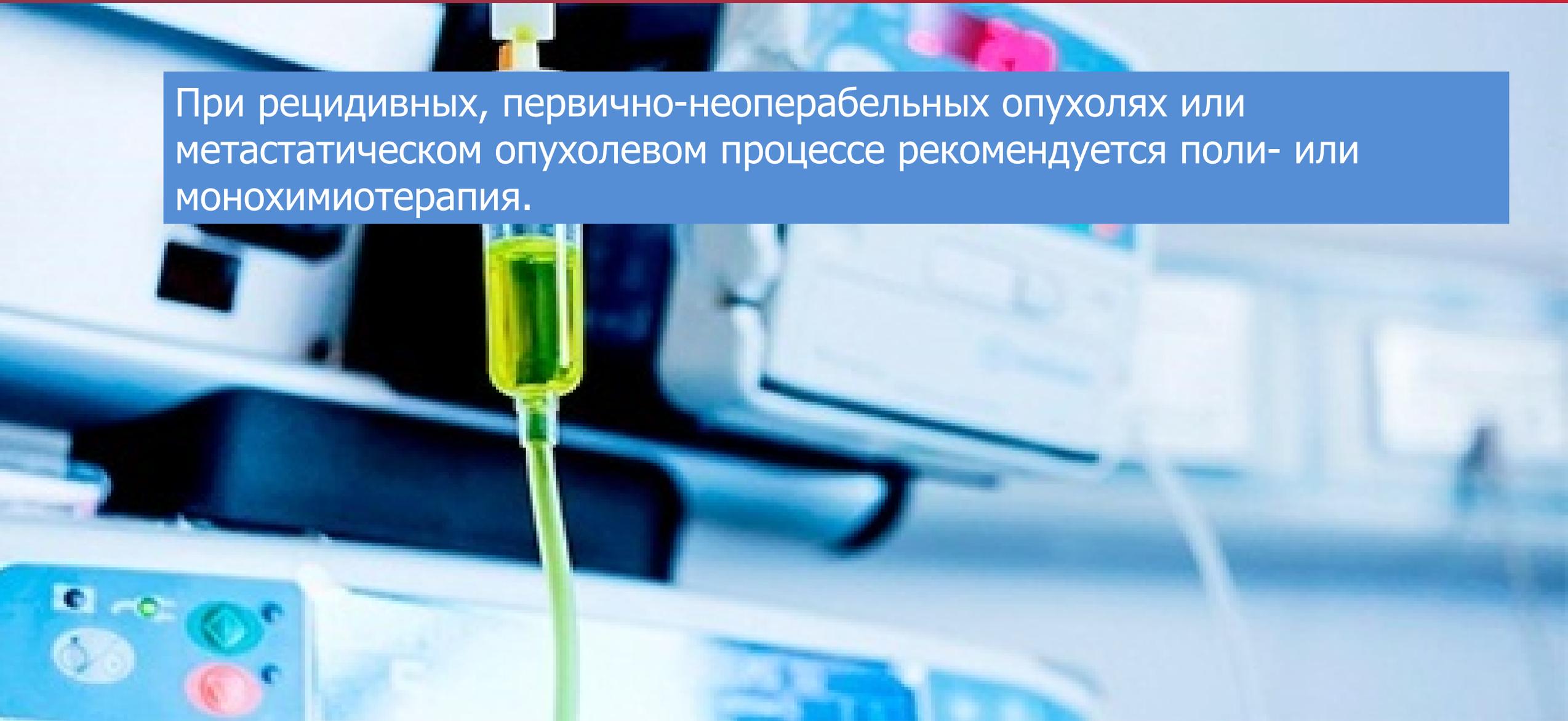
ЛЕЧЕНИЕ

- ▶ **T3,T4a, N0, любое T1–4a N1–3** Рекомендуется выполнение оперативного вмешательства на первичном очаге с шейной лимфодиссекцией.
- ▶ **При T4bN0–3 или нерезектабельных регионарных метастазах, или других стадиях** при абсолютных противопоказаниях для хирургического лечения рекомендуется выбор метода лечения в зависимости от общего состояния по шкале оценки общего состояния онкологического больного по версии Восточной объединенной группы онкологов (**ECOG**):
 - ▶ **ECOG 0–1** Проведение ХЛТ или индукционной ХТ с последующей ДЛТ/ХЛТ.
 - ▶ **ECOG 2** Проведение ДЛТ ± одновременная химиотерапия (в зависимости от общего состояния)
 - ▶ **ECOG 3** Паллиативная ДЛТ или монокимиотерапия или наилучшая поддерживающая терапия.

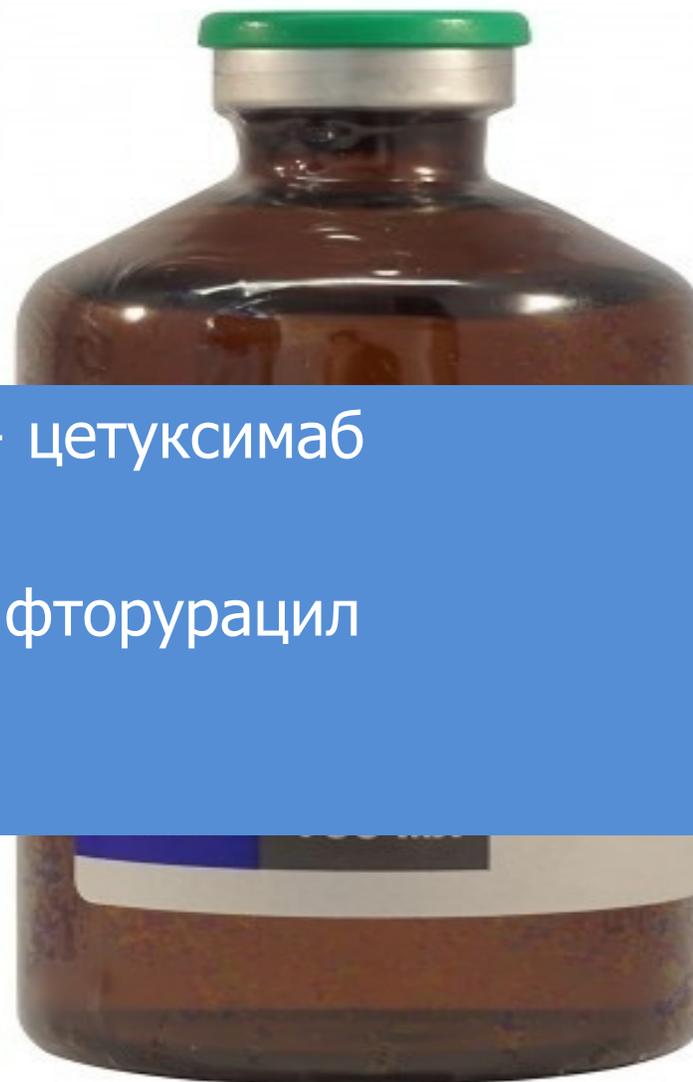


Принципы системной химиотерапии

При рецидивных, первично-неоперабельных опухолях или метастатическом опухолевом процессе рекомендуется поли- или монокимиотерапия.



Рекомендуемые комбинации препаратов:



- Цисплатин + фторурацил + цетуксимаб
- Карбоплатин + цетуксимаб
- Доцетаксел + цисплатин + фторурацил
- Паклитаксел + цисплатин
- Цисплатин + цетуксимаб

Для внутривенного
введения

ТЕВА

Рекомендуемые комбинации препаратов:

- Цисплатин + доцетаксел
- Карбоплатин + паклитаксел
- Цисплатин + фторурацил
- Цисплатин + доцетаксел + цетуксимаб
- Карбоплатин + паклитаксел + цетуксимаб



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

"ВРАЧ ДОЛЖЕН
ОБЛАДАТЬ
ВЗГЛЯДОМ
СОКОЛА, РУКАМИ
ДЕВУШКИ,
МУДРОСТЬЮ ЗМЕИ И
СЕРДЦЕМ ЛЬВА."

АВИЦЕННА

(ИБН СИНА; 980–1037ГГ.) –
СУПЕРУЧЕННЫЙ, ВРАЧ, ФИЛОСОФ,
ЗАНИМАЛСЯ АСТРОНОМИЕЙ,
ХИМИЕЙ, МЕХАНИКОЙ



<https://wellcomecollection.org/works/wh13czac>
([https://commons.wikimedia.org/wiki/File:A_man_of_learning_\(Avicenna?\)_-_Oil_painting_by_a_Ne_Wellcome_V0017691.jpg](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:A_man_of_learning_(Avicenna?)_-_Oil_painting_by_a_Ne_Wellcome_V0017691.jpg)),
resize and cutting,
color, by LLT "LAT",
<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/legalcode>