МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

КАФЕДРА ОНКОЛОГИИ

Н.И. Крутилина

РАК ГУБЫ

Методические рекомендации

Минск БелМАПО
2013

УДК 616.317-006.6(075.9)
ББК 55.6+56.6я73
К 84

Рекомендовано в качестве методических рекомендаций
УМС Белорусской медицинской академии последипломного образования
протокол №7 от 11.12. 2013 г.

Автор:

доктор медицинских наук, профессор *Н.И. Крутилина*

Рецензенты:

главный научный сотрудник отдела реконструктивно-восстановительной хирургии с группой онкопатологии головы и шеи РНПЦО и МР им. Н.Н. Александрова д.м.н. Ваккер А.В.,

кафедра онкологии БГМУ

Крутилина Н.И.

К 84 Рак губы: метод. рекомендации /Н.И. Крутилина – Минск.: БелМАПО, 2013. – 22с.

ISBN 978-985-499-700-1

В издании описаны этиология, клиника, диагностика и лечение рака губы. Большое внимание уделено вопросам предраковых заболеваний губы, которые мало освещены в отечественной литературе.

Предназначено для слушателей кафедр онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии, проходящих переподготовку и повышение квалификации по специальности «Радиология», «Онкология» и «Онкохирургия».

УДК 616.317-006.6(075.9)
ББК 55.6+56.6я73

ISBN 978-985-499-700-1

© Крутилина Н.И., 2013
© Оформление БелМАПО, 2013

Тема занятия: злокачественные опухоли губы.

Общее время занятия: 2 академических часа.

Мотивационная характеристика темы.

Заболеваемость раком нижней губы имеет тенденцию к снижению. Однако, несмотря на то, что в преобладающем большинстве случаев злокачественные новообразования нижней губы выявляются в I-II стадиях (91,8%), у каждого десятого пациента диагностируются местно-распространенные формы рака с вовлечением в опухолевый процесс регионарных лимфатических узлов, что требует применения комплекса современных антибластомных методов лечения и существенно снижает их эффективность.

Цель занятия:

- ознакомить слушателей с эпидемиологией, этиологией, классификацией, клиникой, диагностикой и методами лечения больных раком губы;
- обучить методикам клинического обследования больных раком губы, интерпретации данных клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования.

Задачи занятия: в результате изучения учебного материала каждый слушатель должен **знать:**

- основные этиологические факторы рака губы;
- предопухолевые заболевания губы;
- клиническую картину и особенности течения рака губы;
- методы диагностики и объем обследования больных;
- дифференциальную диагностику;
- основные методы лечения в зависимости от стадии заболевания.

К концу практического занятия слушатель должен **уметь:**

- целенаправленно изучить анамнез болезни;
- провести осмотр больного;

- осуществлять пальпацию опухоли и регионарных лимфатических узлов;
- определить объем диагностических процедур;
- провести дифференциальную диагностику;
- правильно формулировать диагноз;
- определить показания к хирургическому, комбинированному, лучевому и химиолучевому лечению больных раком губы.

Требования к исходному уровню знаний

Для полноценного усвоения темы слушателю необходимо повторить:

- анатомию органов головы и шеи;
- особенности лимфатического оттока от различных отделов нижней губы;
- уровни лимфатических узлов шеи;
- основные заболевания и предопухолевые изменения нижней губы;

Контрольные вопросы:

1. Этиология рака нижней губы.
2. Где преимущественно локализуется рак губы?
3. Какие патологические изменения на слизистой красной каймы относятся к факультативному и облигатному прекарциноматозу?
4. Какие особенности локализованного дискератоза?
5. Признаки малигнизации папилломы красной каймы нижней губы.
6. Клинические формы рака нижней губы.
7. Основные методы диагностики рака нижней губы.
8. Особенности метастазирования рака нижней губы.
9. Уровни регионарных лимфатических узлов шеи.
10. Дифференциальная диагностика рака нижней губы с сифилисом и туберкулезом.
11. Клинические признаки актиномикоза нижней губы.

12.Основные методы лечения рака нижней губы.

13.Лечение рака нижней губы I и II стадий.

14.Лечение местно-распространенного рака нижней губы.

15.Лечение регионарных метастазов рака нижней губы.

16.Эффективность лечения рака нижней губы.

Содержание занятия

Теоретическая часть будет проходить в лекционном зале, и включать рассмотрение следующих вопросов:

1. Этиология.
2. Анатомические области и части.
3. Факторы, способствующие возникновению рака нижней губы.
4. Классификация прекарциноматозов нижней губы.
5. Формы роста.
6. Клинические формы рака губы.
7. Метастазирование.
8. TNM клиническая классификация, pTNM патологическая классификация.
9. Клиника.
10. Диагностика.
11. Дифференциальная диагностика.
12. Лечение.

Разделы темы занятия в определенной мере освещены в учебной литературе (см. список литературы). В данном пособии будут изложены вопросы, требующие дополнения и комментариев.

Практические занятия будут иметь следующую форму:

1. Опрос слушателей с уточнением и разъяснением сложных для понимания вопросов.
2. Осмотр больных раком нижней губы, находящихся на амбулаторном и стационарном лечении.

3. Разбор наиболее сложных случаев заболевания и причин поздней диагностики.

Половина учебного времени будет отведена для работы в отделениях для участия в предлучевой подготовке и облучении больных. Часть слушателей может участвовать в выполнении хирургических вмешательств. В конце занятия будут подведены итоги работы и оценен уровень подготовки по данной теме.

УЧЕБНЫЙ МАТЕРИАЛ

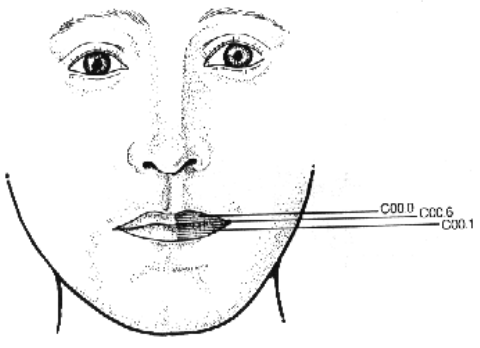
I. Этиология

Рак нижней губы встречается не часто. В структуре всех злокачественных новообразований он составил 2,1% в 1999 г; 1,5% – в 2003 г. и 0,4% – в 2012 г. Среди вновь заболевших мужчин в 2012 г. доля рака губы составила 0,6%, а среди женщин – 0,3%. Заболеваемость раком губы в Беларуси имеет тенденцию к снижению. У мужчин рак нижней губы встречается в 3-4 раза чаще, чем у женщин, у сельских жителей – в 2 раза чаще, чем у городского населения. Заболевают раком нижней губы преимущественно лица пожилого и старческого возраста.

II. АНАТОМИЧЕСКИЕ ОБЛАСТИ И ЧАСТИ

ГУБА

1. Верхняя губа, красная кайма (C00.0)
2. Нижняя губа, красная кайма (C00.1)
3. Углы рта (комиссуры) (C00.6)



III. ФАКТОРЫ СПОСОБСТВУЮЩИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЮ РАКА НИЖНЕЙ ГУБЫ

- многократная механическая, термическая, химическая травма (курение, алкоголь, горячая пища, острые края кариозных зубов и корней, неправильно сделанные зубные протезы, соединения мышьяка, висмута, ртути);
- неблагоприятные метеорологические условия (ветер, низкая температура воздуха, длительная инсоляция);
- врожденный прагматизм (часть нижней губы остается неприкрытой верхней);
- вирусная инфекция;
- профессиональные вредности.

IV. КЛАССИФИКАЦИЯ ПРЕКАРЦИМАТОЗОВ НИЖНЕЙ ГУБЫ

ДИФФУЗНЫЙ ДИСКЕРАТОЗ - ***дегенеративно-пролиферативный процесс*** - своеобразное изменение мальпиевого слоя с увеличением объема клеток, частичной их дискомплексацией, учащением митозов. В результате нарушается нормальный физиологический процесс ороговения. Красная кайма теряет свой блеск, становится матовой, тусклой, сухой. Эпителиальный покров ее грубеет, утолщается, шелушится, легкого трескается.

ЛОКАЛИЗОВАННЫЙ ДИСКЕРАТОЗ

Продуктивная форма: клинически выражается в появлении на красной кайме то более плоского, то шиповидного рогового выступа, иногда достигающего стенки кожного рога. *Морфологически* имеет место сочетание избыточного ороговения (лейкоплакия, гиперкератоз) с одновременной пролиферацией эпителия и явлениями акантоза.

Акантоз - погружение эпителиального слоя в глубину.

Деструктивная форма: на измененной красной кайме появляются ограниченные дефекты эпителиального покрова губы в виде эрозии, язвы или

щелевидного углубления. *Гистологически* выявляется резкое истончение эпителиального покрова до 2-3 слоев клеток, лежащих на слегка гиалинизированной соединительной ткани. К этим процессам относят эритроплакию, незаживающие трещины, неспецифические хронически протекающие язвенные процессы.

Хейлит Манганотти – проявляется одной или несколькими эрозиями ярко красного цвета. Эрозии спонтанно эпителизируются, но спустя некоторое время появляются вновь. Иногда эрозии сохраняются в течение многих месяцев, без склонности к кровоточивости. Окружающие ткани красной каймы воспалены.

ПАПИЛЛОМА – четко ограниченный очаг пролиферации эпителия с образованием характерного шиповидного, вдающегося в толщу губы выступа с шероховатой ворсинчатой поверхностью, иногда закрытый слоистыми роговыми массами (папиллома с ороговением, кератопапиллома). В папилломе особенно выражена тенденция к погружению эпителия вглубь. Папиллома - это строго локализованный, вполне оформившийся необратимый процесс с прогрессивным развитием.

V. ФОРМЫ РОСТА

Рак нижней губы - злокачественная опухоль из многослойного плоского эпителия красной каймы с вторичным поражением кожи и слизистой оболочки губы. Имеет строение плоскоклеточного *орговевающего* или *неороговевающего* рака (Рис. 1).

Рис. 1 Рак нижней губы

- **Плоскоклеточный ороговевающий рак.** Характерны экзофитная форма роста, медленный рост, незначительная инфильтрация окружающих тканей, редкое метастазирование, позднее изъязвление.
- **Плоскоклеточный неороговевающий рак.** Характерны эндофитная форма роста, раннее изъязвление, выраженная инфильтрация окружающих тканей, частое метастазирование, быстрый рост.

VI. КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ РАКА ГУБЫ

1. **Экзофитные опухоли:** папиллярная форма, бородавчатая (фунгозная) форма.
2. **Эндофитные опухоли:** язвенная форма, язвенно-инфильтративная форма

Папиллярная форма развивается чаще всего из папилломы, последняя округляется, на ее поверхности появляется изъязвление, основание становится инфильтрированным, плотным и безболезненным. Постепенно папилома размягчается и отпадает, инфильтрация губы увеличивается и образуется язвенная поверхность.

Рис. 2 Рак нижней губы, инфильтративно-язвенная форма

Бородавчатая (фунгозная) форма развивается на фоне диффузного продуктивного дискератоза, когда возникают множественные мелкие выросты на губе. В дальнейшем эти выросты сливаются между собой, напоминая цветную капусту. Процесс длится долго, постепенно увеличивается инфильтрация подлежащих тканей, распад опухоли.

Язвенная форма рака губы развивается на фоне эритроплакии и других видов деструктивного дискератоза. Язва углубляется, принимает неправильную форму с неровным дном. Края язвы приподняты над уровнем губы, вывернуты и инфильтрированы. При ощупывании язва безболезненна, края и основание ее плотные и границы инфильтрации теряются в прилежащих тканях. При появлении воспалительных явлений появляется болезненность.

Язвенно-инфильтративная форма рака губы характеризуется быстрым течением инфильтративных процессов в мягких тканях. При ней область опухолевой инфильтрации значительно больше размеров язвы, имеющей неправильную форму и изрытые края. Зона инфильтрации имеет деревянистую консистенцию (Рис.2).

Эндофитные раки губы протекают более злокачественно. Между экзофитными и эндофитными формами рака имеются переходные формы, которые выявляются в поздних стадиях развития процесса. Язва при раке губы, оставленном без лечения, своим дном достигает мышечного слоя, разрастается на кожу и слизистую оболочку, разрушая их. Затем процесс распространяется на нижнюю челюсть и щеки. Появляются метастазы в подбородочных и подчелюстных областях спаиваются с нижней челюстью, прорастают кожу, образуются распадающиеся и кровоточащие узлы.

VII. МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ

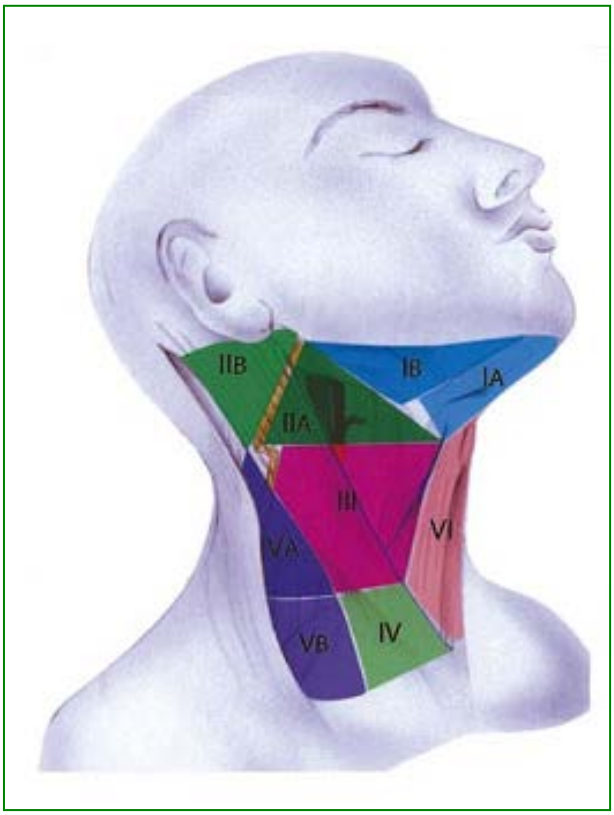
Метастазирование рака нижней губы происходит преимущественно *лимфогенным* путем.

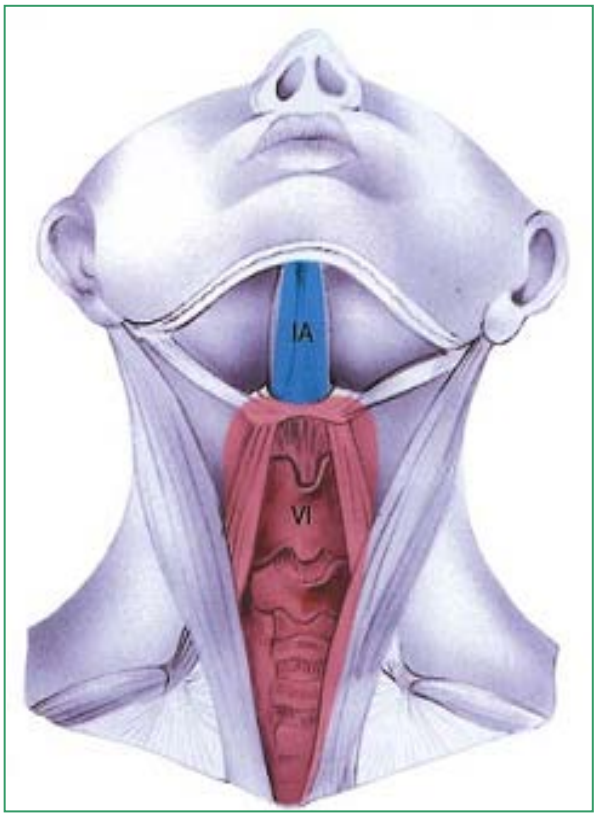
Лимфатическая система нижней губы состоит из раздельных подкожной и подслизистой сетей, лишь частично соединяющихся. Подкожная сеть л/с средней части нижней губы вливается в подбородочные л/у и подчелюстные (1-2 сос.). С боковых частей губы сосуды направляются к подчелюстным л/у соответствующей стороны. Подслизистая л/с с большей части середины и боковых частей губы несут лимфу к узлам подчелюстной области и только 1 или 2 сосуда впадает в подбородочные л/у.

Таким образом, каждая группа л/у собирает лимфу не только с определенной части, а со всей губы и может быть вовлечена в процесс метастазирования независимо от месторасположения опухоли на губе.

Л/системы широко анастамозируют как между собой, так и с сосудами противоположной стороны, что делает возможным двустороннее метастатическое поражение л/у.

УРОВНИ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ШЕИ





Подбородочные лимфатические узлы IA:

Верхняя - нижняя челюсть

Боковые - передние брюшки двубрюшных мышц с обеих сторон

Нижняя - подъязычная кость

Поднижнечелюстные лимфатические узлы IB:

Верхняя - тело нижней челюсти

Передняя - переднее брюшко двубрюшной мышцы

Задняя - шилоподъязычная мышца

Нижняя - тело подъязычной кости

Верхняя яремная группа (делится на 2 подуровня, границей между которыми является добавочный нерв)

IIA:

Верхняя - основание черепа

Передняя - шилоподъязычная мышца

Задняя - добавочный нерв

Нижняя - горизонтальная линия, проведенная вдоль нижнего края тела подъязычной кости

IIB:

Верхняя - основание черепа

Передняя - добавочный нерв

Задняя - задний край грудинно-ключично-сосцевидной мышцы, чувствительные ветви шейного сплетения

Нижняя - горизонтальная линия, проведенная вдоль нижнего края тела подъязычной кости

Передняя - шилоподъязычная мышца

Верхняя - основание черепа

Задняя - задний край грудинно-ключично-сосцевидной мышцы, чувствительные ветви шейного сплетения

Нижняя - горизонтальная линия, проведенная вдоль нижнего края тела подъязычной кости

Средняя яремная группа III:

Верхняя - горизонтальная линия, проведенная вдоль нижнего края тела подъязычной кости

Передняя - передний край грудино-ключично-сосцевидной мышцы

Задняя - задний край грудино-ключично-сосцевидной мышцы, чувствительные ветви шейного сплетения

Нижняя - горизонтальная линия, проведенная вдоль нижнего края перстневидного хряща

Средняя яремная группа IV:

Верхняя - горизонтальная линия, проведенная вдоль нижнего края перстневидного хряща

Передняя - передний край грудиноподъязычной мышцы

Задняя - задний край грудино-ключично-сосцевидной мышцы, чувствительные ветви шейного сплетения

Нижняя - ключица

Лимфатические узлы бокового треугольника шеи (делится на 2 подуровня, границей между которыми служит условная горизонтальная линия, проведенная на уровне нижней границы переднего выступа перстневидного хряща)

VA:

Верхняя - угол в месте пересечения грудино-ключично-сосцевидной и трапециевидной мышцы

Передняя - задний край грудино-ключично-сосцевидной мышцы, чувствительные ветви шейного сплетения

Задняя - трапециевидная мышца

Нижняя - горизонтальная линия, проведенная на уровне нижнего края перстневидного хряща

VB:

Верхняя - горизонтальная линия, проведенная на уровне нижнего края перстневидного хряща

Передняя - задний край грудино-ключично-сосцевидной мышцы, чувствительные ветви шейного сплетения

Задняя - трапециевидная мышца

Нижняя - ключица

Передние шейные лимфатические узлы VI:

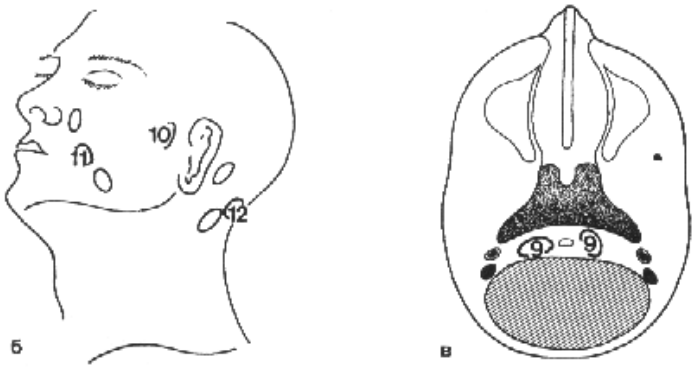
Верхняя - подъязычная кость

Боковые - общие сонные артерии с обеих сторон

Нижняя - яремная вырезка грудины

ГРУППЫ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ, не входящие в классификацию

1. Лимфатические узлы заушной области
2. Подзатылочные лимфатические узлы
3. Околоушные лимфатические узлы (внутри и вне околоушной слюнной железы)
4. Латеральные и медиальные ретрофарингеальные лимфатические узлы (их поражение имеет значение при раке носоглотки и ротоглотки)
5. Лицевые лимфатические узлы
6. Верхние медиастинальные лимфатические узлы (не относятся к лимфатическим узлам шеи)



ОБРАЗОВАНИЕ МЕТАСТАЗОВ при раке нижней губы имеет некоторые особенности, свойственные многим опухолям головы: регионарность распространения; ограниченность метастазирования, выражающаяся почти полным отсутствием отдаленных метастазов.

Этапное расположение многочисленных л/у на шее, связанных между собой густо разветвленной сетью лимфососудов, создает ряд последовательных фильтров, задерживающих опухолевые элементы, с последующим развитием из них метастазов. Проявление барьерной функции лимфатических узлов определяет регионарный характер метастазирования при раке нижней губы. Этим объясняется исключительная редкость отдаленного метастазирования.

ЧАСТОТА ЛИМФОГЕННОГО МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ рака нижней губы зависит от: длительности заболевания, формы роста опухоли, степени дифференцировки опухолевых клеток, возраста больного.

Лимфогенное метастазирование происходит в 26-35% случаев, в регионарные л/у - подчелюстные, подбородочные, глубокие яремные.

Гематогенное метастазирование происходит в 2% случаев, преимущественно в легкие.

VIII. TNM клиническая классификация

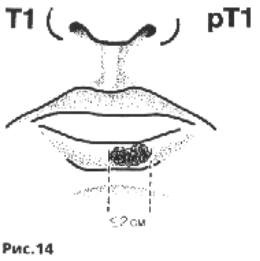


Рис.14

T первичная опухоль
TX недостаточно данных для оценки первичной опухол
T0 первичная опухоль не определяется
Tis преинвазивная карцинома (carcinoma in situ)

T1 опухоль до 2 см в наибольшем измерении
T2 опухоль до 4 см в наибольшем измерении

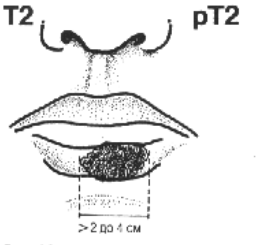
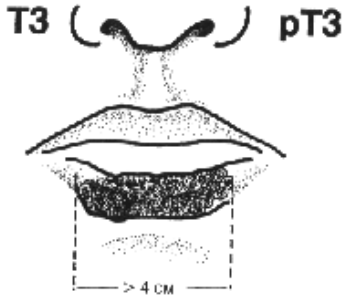
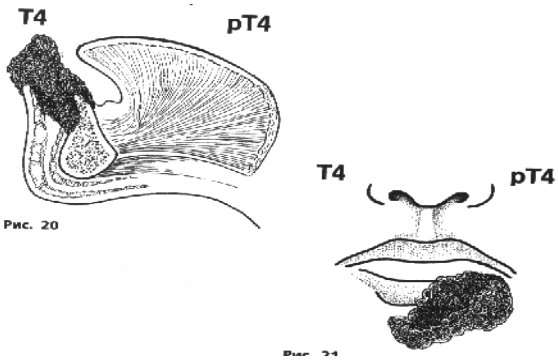


Рис.16

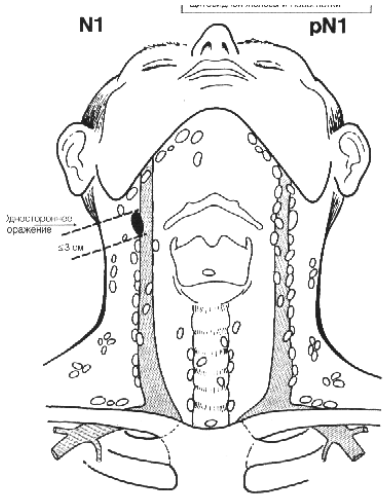
T3 опухоль более 4 см в наибольшем измерении



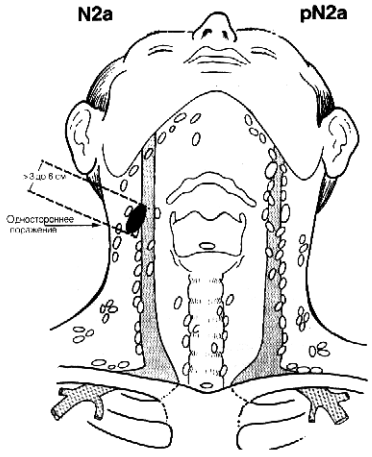
T4 Губа: опухоль распространяется на соседние структуры - кость, язык, кожу лица



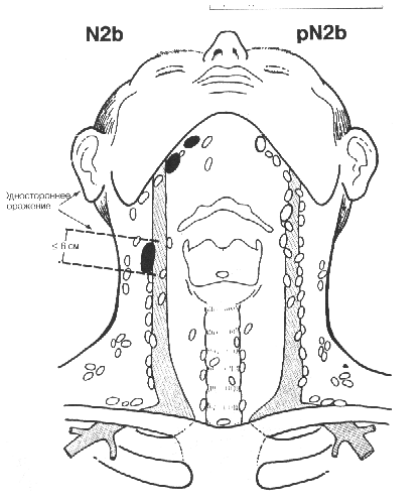
N\pN регионарные лимфатические узлы



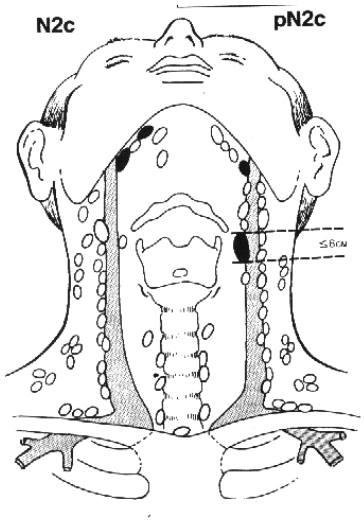
N\pNX недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов
N\pN0 нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов
N\pN1 метастазы в одном лимфатическом узле на стороне поражения, до 3 см и менее в наибольшем измерении



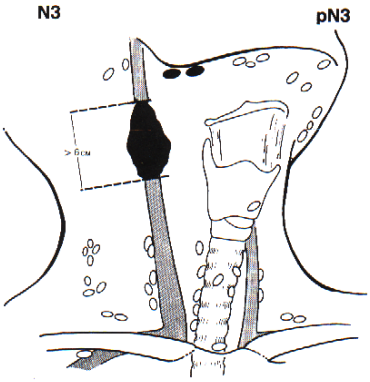
N\pN2 метастазы в одном или нескольких лимфатических узлах на стороне поражения, до 6 см в наибольшем измерении; или метастазы в лимфатических узлах шеи с обеих сторон, или с противоположной стороны, до 6 см в наибольшем измерении



N\pN2a метастазы в одном лимфатическом узле на стороне поражения, до 6 см в наибольшем измерении
N\pN2b метастазы в нескольких лимфатических узлах на стороне поражения, до 6 см в наибольшем измерении



N\pN2c метастазы в лимфатических узлах с обеих сторон или с противоположной стороны, до 6 см в наибольшем измерении



N\pN3 метастаз в лимфатическом узле, более 6 см в наибольшем измерении
Примечание: К лимфатическим узлам на стороне поражения относятся лимфатические узлы, расположенные по срединной линии

ГРУППИРОВКА ПО СТАДИЯМ

Стадия	***T***	***N***	***M***
СТАДИЯ I	T1	N0	M0
СТАДИЯ II	T2	N0	M0
СТАДИЯ III	T3 T1-3	N0 N1	M0 M0
СТАДИЯ IV A	T1-3 T4a	N2 N0-2	M0 M0
СТАДИЯ IV B	T4b *любая* T	любаяN N3	M0 M0
СТАДИЯ IV C	*любая* T	*любая* N	M1

IX. КЛИНИКА РАКА ГУБЫ

Больные предъявляют жалобы на: наличие язвы или уплотнения в области нижней губы, зуд, а в дальнейшем боли различной интенсивности, дефект нижней губы, самопроизвольное истечение слюны, затруднения при приеме пищи.

Рак губы не имеет тенденции к генерализации и проявляется местными и регионарными изменениями. Очень часто раку губы предшествуют предопухолевые заболевания, что в значительной мере определяет его клиническое течение. Обычно на измененной губе в переднем ее крае появляется шероховатое уплотнение по внешнему виду напоминающее струп. Уплотнение постепенно увеличивается. Если поверхностные роговые массы удалить, то обнажаются розовые, кровоточащие, бугристые разрастания на плотном основании. Впоследствии эти разрастания увеличиваются в размерах, сливаются, значительно выступают над поверхностью нижней губы. Приобретают вид плотного, красного или коричневого крупно- бугристого узла на плотном и широком основании, напоминая цветную капусту или бородавку. Поверхность узла местами изъязвлена. Опухолевая бляшка или узел могут подвергнуться некрозу или превратиться в язву. Раковая язва имеет неправильную форму, неровное дно. Края язвы приподняты, вывернуты, при пальпации плотные и безболезненные. В поздних стадиях раковые язвы или узел значительно инфильтрируются. *Инфильтрат* может распространятся на щеку, подбородок, нижнюю челюсть и разрушает их. *Подчелюстные л/у* увеличены, безболезненные, плотные, подвижные. Прорастая в нижнюю челюсть, кожу становятся неподвижными. Позднее превращаются в большие распадающиеся и кровоточащие инфильтраты.

X. ДИАГНОСТИКА РАКА ГУБЫ

При диагностике рака нижней губы используют: данные опроса, осмотра больного, пальпации опухоли и регионарных лимфатических узлов,

данные морфологического исследования *(цитологическое исследование мазков-отпечатков или соскоба с опухолевой язвы, а также пункционного материала из метастатических лимфатических узлов); при отрицательном ответе производят биопсию опухоли).*

Для уточнения распространенности опухоли выполняют: рентгенографию нижней челюсти, рентгенографию органов грудной клетки, УЗ-исследование лимфатических узлов шеи.

XI. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА РАКА ГУБЫ

Проводят с многочисленной группой заболеваний: лейкоплакией, гиперкератозом, хейлитом Манганотти, папилломой, туберкулезной язвой, сифилитической язвой, актиномикозом.

Сифилитическое поражение нижней губы. При I стадии сифилиса (твердый шанкр) имеется поверхностная язва с четкими контурами и характерным сальным дном, располагающаяся на плотном дисковидном инфильтрате, поднимающимся над поверхностью красной каймы. Вокруг язвы постоянно имеется резко выраженная воспалительная реакция (отек, гиперемия).

Короткий анамнез, быстрый рост инфильтрата и раннее одновременное вовлечение регионарных л/у подтверждают диагноз сифилиса.

При вторичном сифилисе папулы располагаются чаще в углах рта и в отличии от рака редко бывают единичными. Почти всегда можно обнаружить высыпание и в других местах.

Туберкулез нижней губы. Туберкулезная гранулема образуется из мелких узелков, распадающихся и сливающихся друг с другом. Туберкулезная язва имеет неправильную форму, мягкая на ощупь, располагается поверхностно, окружена ярко красным венчиком, инфильтрация отсутствует. Регионарные л/у рано вовлекаются в процесс, но

остаются относительно мягкими. У многих больных выявляется туберкулезное поражение легких или других органов.

Актиномикоз нижней губы. Встречается редко. В развитых случаях при этом заболевании имеется язва с множественными свищами, выделяющими серозно-кровянистую жидкость, содержащую желтые зерна, в которых при микроскопическом исследовании находят друзы. Вокруг язвы имеется обширный деревянистый инфильтрат, кожа над которым имеет характерную фиолетово-бронзовую окраску. Регионарные л/у обычно остаются не увеличенными.

XII. ЛЕЧЕНИЕ

Методы лечения: криотерапия, лучевой, хирургический, химиотерапия.

Криодеструкция. Позволяет без применения хирургического, лучевого и химиотерапевтических методов лечения у больных с начальными стадиями заболевания рассчитывать на хорошие результаты лечения данного контингента больных.

В последние 10 лет активно применяется *фотодинамическая терапия,* которая может быть использована при начальных стадиях опухолевого процесса.

Лучевая терапия. Перед лечением больные должны пройти санацию полости рта, удалить металлические протезы. Это уменьшит частоту лучевых осложнений. Лучевую терапию применяют как самостоятельный радикальный метод лечения первичной опухоли I-III стадии. При опухоли I-II стадии можно использовать близкофокусную рентгенотерапию, внутритканевую гамма-терапию, контактную аппликационную гамма-терапию, облучение электронами в суммарной очаговой дозе (СОД) 70 Гр. При опухоли III стадии используют сочетанную лучевую терапию: сначала проводят электронотерапию или дистанционную гамма-терапию, а затем – близкофокусную рентгенотерапию или брахитерапию. При лечении регионарных метастазов рака нижней губы применяют дистанционную

гамма-терапию как этап комбинированного лечения или с паллиативной целью. Лучевое лечение регионарных метастазов проводится параллельно с лучевой терапией первичной опухоли.

Хирургическое лечение. Может применяться у больных со всеми стадиями заболевания в качестве самостоятельного метода лечения и в комбинации с другими видами терапии (лучевое лечение, полихимиотерапия). При остаточных опухолях или рецидивах после лучевой терапии выполняют квадратную или трапециевидную резекцию нижней губы, отступя от края опухоли 1,5-2 см, с пластикой местными тканями. При местно-распространенном раке IV стадии выполняется комбинированная резекция нижней губы. При данной операции резекцию нижней губы дополняют резекцией щеки или нижней челюсти. Для закрытия послеоперационного дефекта выполняют пластику лобно-височным транспозиционным лоскутом. Оперативное лечение регионарных метастазов проводят после полной регрессии первичной опухоли. При наличии подчелюстных метастазов выполняют *операцию Ванаха.* При подвижных, единичных, небольших размеров метастазах в глубоких яремных или надключичных л/у выполняют *фасциально-футлярное иссечение шейной клетчатки с л/у.* При многочисленных или ограничено подвижных, или больших размеров метастазах в глубоких яремных или надключичных л/у выполняют *операцию Крайля.*

Полихимиотерапию применяют при лечении местно-распространенного рака губы.

Прогноз *рака нижней губы* зависит от: стадии заболевания, степени дифференцировки опухоли, чувствительности опухоли к лучевой терапии. *5-летняя выживаемость* при I-II стадии составляет около 70%, при III стадии – 30-40%.

Литература:

1. Клиническая онкология: Справ. пособие / Фрадкин С.З., Залуцкий И.В., Аверкин Ю.И. и др.; Под ред. Фрадкина С.З., Залуцкого И.В. – Мн.: Беларусь, 2003. – 784 с.
2. Комбинированное и комплексное лечение больных со злокачественными опухолями: Руководство для врачей / Под ред. В.И.Чиссова. – М: Медицина. – 1989. – 560 с.
3. Опухоли головы и шеи / Пачес А.И. – М: «Медицина», 2000 – 479 с.
4. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 258 от 11.03.2012 «Алгоритмы диагностики и лечения больных злокачественными новообразованиями».
5. Рудерман А.И. Близкофокусная рентгенотерапия. – М.:Медицина, 1967.
6. Статистика онкологических заболеваний в Республике Беларусь (2003-2012) А.Е. Океанов, П.И. Моисеев, Л.Ф. Левин. Под ред. О.Г. Суконко – Минск: РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова, 2013. – 373 с.

Учебное издание

Крутилина Нина Ивановна

РАК ГУБЫ

Методические рекомендации

Ответственная за выпуск Н.И. Крутилина

Подписано в печать 11. 12. 2013. Формат 60х84/16. Бумага потребительская.
Печать ризография. Гарнитура «Times New Roman».
Печ. л. 1,44. Уч.- изд. л. 1,05. Тираж 100 экз. Заказ 299.
Издатель и полиграфическое исполнение –
Белорусская медицинская академия последипломного образования.
ЛВ № 23 от 27.01.2004. 220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3.