Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора

В.Ф.Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра онкологии и лучевой терапии с курсом ПО

Зав.кафедрой: дмн, професор Зуков Р.А.

Реферат

Тема: Рак губы

Выполнил:

Клинический ординатор 2 года обучения

кафедры онкологии и лучевой терапии с курсом ПО

Коваленко А.А.

Красноярск 2023г.

**Содержание:**

1. Введение

2. Эпидемиология

3. Патогенез

4. Классификация

5. Клиническая картина

6. Диагностика

7. Лечение

8. Заключение

9. Список литературы

**Введение**

Рак губы – злокачественная опухоль из многослойного плоского эпителия красной каймы нижней или верхней губы. Поражение кожи и слизистой оболочки обусловлено дальнейшим распространением опухолевого процесса.Рак губы и полости рта, включающий в себя рак губы, языка и рта, в совокупности представляет собой 16-е по распространенности новообразование в мире: в 2018 году было зарегистрировано почти 355 000 новых диагнозов и более 177 000 случаев смерти. Опухоли начинаются на красной кайме губ и распространяются на слизистую оболочку щек по всему языку, рту, дну и небу; они возникают преимущественно из эпителиальных клеток и почти 90% по происхождению представляют собой плоскоклеточный рак; 90% всех опухолей встречается в центральной части нижней губы. Данное злокачественное новообразование можно предотвратить либо путем снижения воздействия факторов риска, либо путем скрининга потенциально злокачественных заболеваний.

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.

Предраковые заболевания:

Для своевременной диагностики и профилактики рака нижней губы очень важно знание предраковых изменений кожи красной каймы губ.

Изменения красной каймы губы принято довольно условно разделять на фоновые заболевания, облигатный и факультативный предрак.

К фоновым заболеваниям (т.е. на фоне которых чаще возникает рак губы, однако их малигнизация происходит крайне редко) можно отнести:

хронические трещины нижней губы, хронические язвы губы, плоские диффузные лейкоплакии губы.

К факультативным предраковым заболеваниям губы принято относить такие поражения, которые относительно редко (в 15-25%) перерождаются в рак: папилломы, кератоакантомы, лейкоплакии с изъязвлением.

Облигатным предраком принято называть группу заболеваний, которая относительно часто (70-100%) малигнизируется: болезнь Боуэна, хейлит Манганотти, ограниченный предраковый гиперкератоз.

Очаговые поражения губы чаще малигнизируются, чем диффузные. Тактика при обнаружении фонового или предракового заболевания заключается в своевременном лечении у стоматолога при диффузном поражении, или иссечении (криодеструкции) очага поражения. Учитывая, что эти заболевания возникают на фоне уже изменённой кожи красной каймы губы, необходим постоянный контроль.

**Эпидемиология**

Мужчины заболевают раком губы чаще женщин; соотношение 3 : 1. Так, в 2017 г. стандартизованный показатель заболеваемости среди мужчин составил 1,65 случая, а среди женщин – 0,27 случая на 100 тыс. населения. В 2017 г. абсолютное число впервые в жизни установленных диагнозов составило 1686 и 616 случаев соответственно. Максимальное число заболевших приходится на возрастную группу 55−75 лет и старше.

**Патогенез**

Рак губы появляется в начале в виде небольшого плотного образования, несколько возвышающегося над поверхностью красной каймы, ярко-красного или белесого цвета, как правило, вскоре изъязвляющегося. Очень часто присоединяется инфекция, образуя вокруг опухоли плотный, ярко красный инфильтрат. Иногда, при распаде, происходит постоянная мацерация кожи истекающей слюной, что поддерживает воспаление и затрудняет хирургическое лечение. Локализация образования - несколько в стороне от средней линии и углов рта. Рост опухоли довольно медленный, однако практически всегда сопровождается распадом. Опухоль в далеко зашедших случаях распространяется на нижнюю челюсть, угол рта , дно полости рта, щеку. Распространение происходит в подавляющем большинстве случаев лимфогенно, первым этапом являются подчелюстные лимфатические узлы, затем лимфоузлы шеи. Гистологически, как правило,

это плоскоклеточный рак с ороговением, реже - без ороговения.

**Классификация**

Клиническая классификация

Символ Т содержит следующие градации:

ТХ Недостаточно данных для оценки первичной опухоли

Tis Карцинома in situ

Т1 Опухоль до 2 см в наибольшем измерении

Т2 Опухоль ≤2 см, ГИ >5 мм и ≤10 мм или опухоль ≤4 см и ГИ ≤10 мм

Т3 Опухоль >4 см или ГИ >10 мм, но ≤20 мм

Т4a 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

Т4b Местно-распространенный рак. Опухоль распространяется на жевательный аппарат, крыловидные отростки основной кости или основания черепа и/или охватывает сонную артерию.

Символ сN указывает на наличие или отсутствие метастазов в регионарных лимфатических узлах (ЛУ) по данным клинико-инструментальных исследований:

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, экстраэкстранодальное распространение опухоли (ENE) отсутствует

N2 Метастазы в одном ЛУ на стороне поражения >3 см, но не более 6 см в наибольшем измерении и ENE отсутствует, или метастазы в нескольких ЛУ шеи на стороне поражения, до 6 см в наибольшем измерении и ENE отсутствует; или с обеих сторон либо с противоположной стороны до 6 см в наибольшем измерении и ENE отсутствует

N2a Метастазы в одном ЛУ на стороне поражения >3 см, но не более 6 см в наибольшем измерении

N2b Метастазы в нескольких ЛУ на стороне поражения до 6 см в наибольшем измерении

N2c Метастазы в ЛУ с обеих сторон или с противоположной стороны до 6 см в наибольшем измерении и ENE отсутствует

N3 Метастазы в ЛУ >6 см в наибольшем измерении и ENE отсутствует; или метастазы любого размера и ENE+

N3a Метастазы в ЛУ >6 см в наибольшем измерении и ENE отсутствует

N3b Метастазы любого размера и ENE+

Символ М характеризует наличие или отсутствие отдаленных метастазов

М0 – отдаленных метастазов нет.

М1 – наличие отдаленных метастазов.

Группировка по стадиям:

**Клиническая картина**

Злокачественная опухоль губы обычно локализуется несколько в стороне от срединной линии, в углах рта возникает крайне редко. В 85−90 % поражается нижняя губа. 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.

**Диагностика**

Диагноз устанавливается на основании жалоб, анамнеза, физикального и инструментального обледования, при этом морфологическая верификация является обязательным достоверным критерием постановки диагноза.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 подконтролем ультразвукового исследования (УЗИ) для цитологического исследования с целью морфологической верификации процесса. При неясности цитологического исследования необходима биопсия для гистологического подтверждения диагноза.

1. УЗИ первичного очага для определения толщины опухоли и дальнейшего планирования объема операции на лимфоколлекторах шеи.
2. УЗИ ЛУ шеи с пункцией пальпаторно неизмененных ЛУ с целью исключения или подтверждения вовлечения регионарных лимфоколлекторов в опухолевый процесс.
3. Компьютерная томография (КТ) и/или магнитно-резонансная томография (МРТ) пораженной области с внутривенным контрастированием для оценки первичной распространенности и глубины инвазии опухолевого процесса, наличия костной инвазии на нижнюю/верхнюю челюсти, основание черепа.
4. КТ органов грудной клетки с внутривенным контрастированием или без него при распространенном раке с поражением регионарных ЛУ с целью выявления отдаленных метастазов.
5. Позитронно-эмиссионная томография с фтордезоксиглюкозой, совмещенная с КТ, при стадиях III–IV с целью исключения отдаленных метастазов, а также для оценки эффективности лечения (в случае консервативного лечения на I этапе) и по индивидуальным показаниям.

**Лечение**

Хирургическое вмешательство следует рассматривать как основной метод радикального лечения больных раком губы, при этом удаление образования следует выполнять с одномоментной пластикой при необходимости.

Альтернативной методикой радикального лечения рака губы может являться брахитерапия в самостоятельном варианте или в сочетании с дистанционной лучевой терапией (ДЛТ) при отказе пациента от хирургического вмешательства или наличия противопоказаний к хирургическому лечению.

При отказе пациента от хирургического лечения или наличия противопоказаний к нему может быть рекомендована фотодинамическая терапия в самостоятельном варианте.

В случае выявления при плановом патолого-анатомическом исследовании операционного материала неблагоприятных гистологических признаков периневральной/периваскулярной/ лимфатической инвазии показана адьювантная лучевая терапия (ЛТ- на первичный очаг и клинически определяемые регионарные метастазы 66−70 Гр (1,8−2,2 Гр/фракция) ежедневно с понедельника по пятницу в течение 6−7 недель, на локорегионарную область, включая регионарные ЛУ 44−54 Гр (1,8−2,0 Гр/фракция). При определении положительного края резекции рекомендовано повторное оперативное вмешательство (при положительных краях резекции) или ХЛТ.

Методика лечения пациентов с раком губы при наличии отдаленных метастазов выбирается в зависимости от функционального статуса пациента (ECOG)

При ECOG 0–1 пациентам с раком губы рекомендуется комбинация полихимиотерапии или монохимиотерапии. Возможны хирургическое лечение (при возможности достижения всех отдаленных метастазов и резектабельности первичной опухоли с достижением R0) или ДЛТ/ ХЛТ на область отдаленного метастазирования и при отсутствии рецидива/остаточной опухоли в области первичного очага и в зонах регионарного метастазирования. При невозможности – наилучшая поддерживающая терапия .

При ECOG 2 пациентам с раком губы рекомендуется монохимиотерапия или наилучшая поддерживающая терапия .

При ECOG 3 пациентам с раком губы рекомендуется наилучшая поддерживающая терапия.

**Заключение**

При раке губы прогноз благоприятный. В настоящее время больных с I и II

стадией рака губы практически почти полностью излечивают, с III стадией

выздоровление наступает у 30—40 % больных.

По данным Национального института рака США более 80% больных

переживают 5-летний рубеж. Прогноз тем лучше, чем раньше поставлен

диагноз и начато лечение.

**Список литературы**

1. Miranda-Filho A, Bray F. Global patterns and trends in cancers of the lip, tongue and mouth. Oral Oncol. 2020 Mar;102:104551. doi: 10.1016/j.oraloncology.2019.104551. Epub 2020 Jan 25. PMID: 31986342.
2. 1. гл. ред. Чиссов В.И.; науч. ред. Франк Г.А. Онкология: национальное

руководство 2. ред. Касчиато Д. [и др.]; пер. с англ. Моисеев А.А. Онкология Давыдов М.И., Матвеев В.Б. Хирургическое лечение больных раком почки сопухолевым тромбозом почечной и нижней полой вены // Онкоурология —2005. —№2. – С.8-15

1. Давыдов М.И., Вельшер Л.З., Поляков Б.И. [и др.] Онкология: модульный практикум: учебное пособие