

# Рак нижней губы

*проф. П.М. Иванов*

# Историческая справка

- В древних сочинениях по медицине имеется не только описание этой формы ЗО, но и разумное лечение, сохранившее значение, до наших дней. Так, Цельс (I век нашей эры) при этом зб. применял клиновидное и прямоугольное иссечение губы. В последующие столетия развитие медицинской мысли в этом направлении шло главным образом в совершенствовании оперативных методов лечения, положивших начало современной **хейлопластике**. С появлением рентгеновских лучей и радия за последние десятилетия изменило тактику лечения при этом зб. В настоящее время используется современные комбинированные методы лечения

**Заболеваемость ЗН нижней губы  
в РФ (2010)**

**Мужчины - 2,5 тыс.**

**Женщины - 0,89 тыс.**

**В РС(Я) (2010)**

**Мужчины - 3;**

**Женщины - 1;**

## Заболеваемость раком нижней губы населения РФ (мировой стандарт)

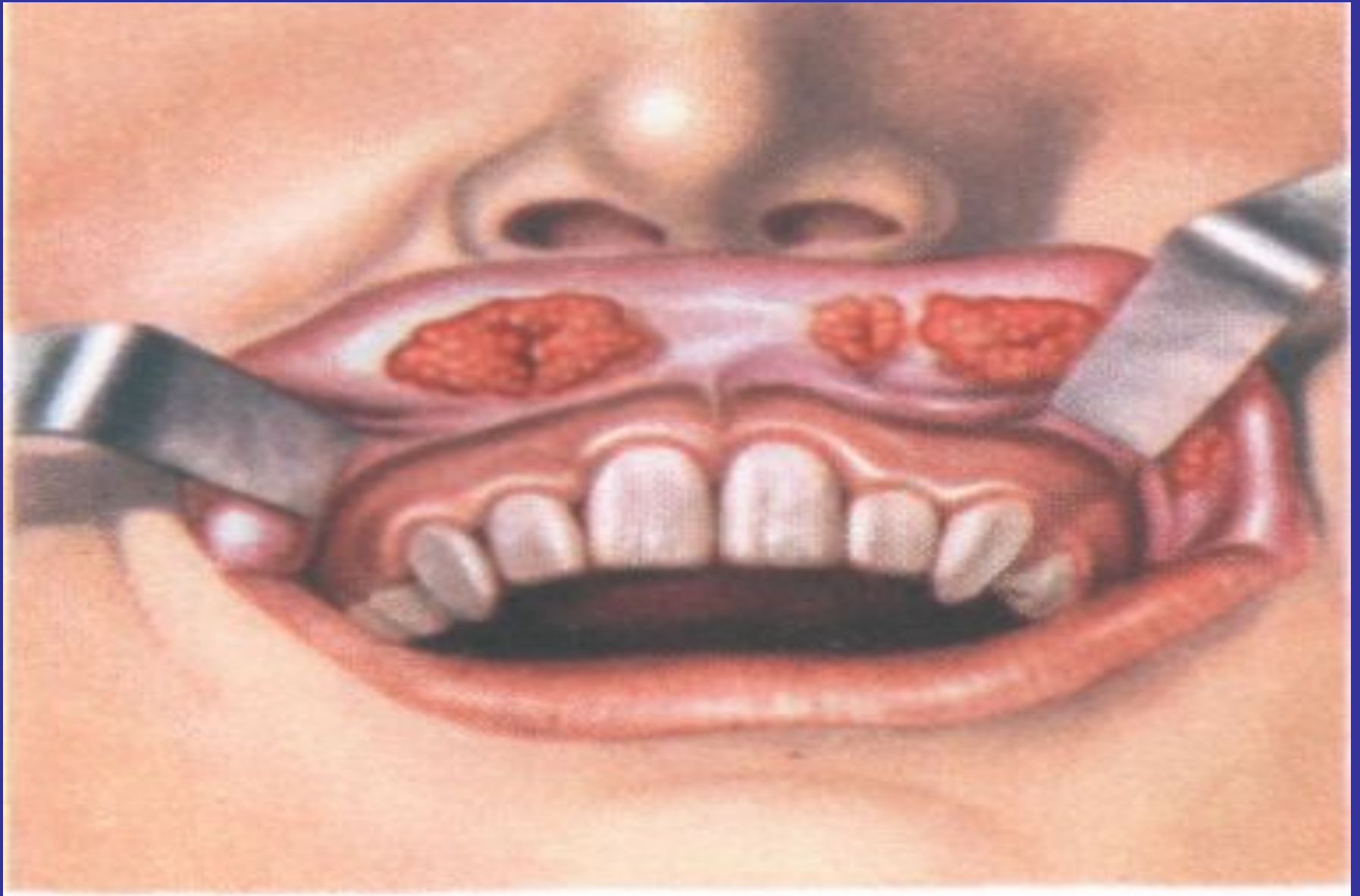
Область	Год	Мужчины	Женщины
По РФ	2010	6,1	1,01
Республика Саха (Я)	2010	1,12	0,24

# Предрасполагающие факторы:

- Воздействие ультрафиолетовых лучей, ветра, морской воды;
- Определенная роль отводится и курению;

# Предопухоловые заболевания губ

- К **факультативным** предопухоловым заболеваниям относят **диффузный дискератоз** - красная кайма теряет свой обычный блеск, становится тусклой, сухой, эпителиальный покров шелушится, трескается, грубеет. К **облигатным** предопухоловым процессам относятся очаговые дискератозы и папилломы.
- **Очаговый дискератоз** - проявляется в виде продуктивной и деструктивной форм. *Первая форма* характеризуется избыточным ороговением, когда на участке лейкоплакии образуются плоские выступы - на красной кайме или роговые разрастания. *Вторая форма* - на красной кайме появляются ограниченные эрозии, трещины и язвы.
- **Папилломы** - представляют четко ограниченные образования, вдающиеся в толщу губы. Поверхность их ворсинчатая и шероховатая, иногда покрыта роговыми массами (папиллома с ороговением). Последнюю форму иногда называют кератомой.



Папилломы верхней губы

# Патологическая анатомия

Рак губы возникает из многослойного плоского эпителия красной каймы и имеет строение плоскоклеточного рака. Чаще (80 – 95%) плоскоклеточный рак бывает ороговевающий и характеризуется медленным ростом и поздним метастазированием.

Неороговевающий плоскоклеточный рак характеризуется быстрым изъязвлением, инфильтративным ростом и ранним развитием метастазов. В 0,5-2% случаях встречается базальноклеточный рак.



# Патологическая анатомия

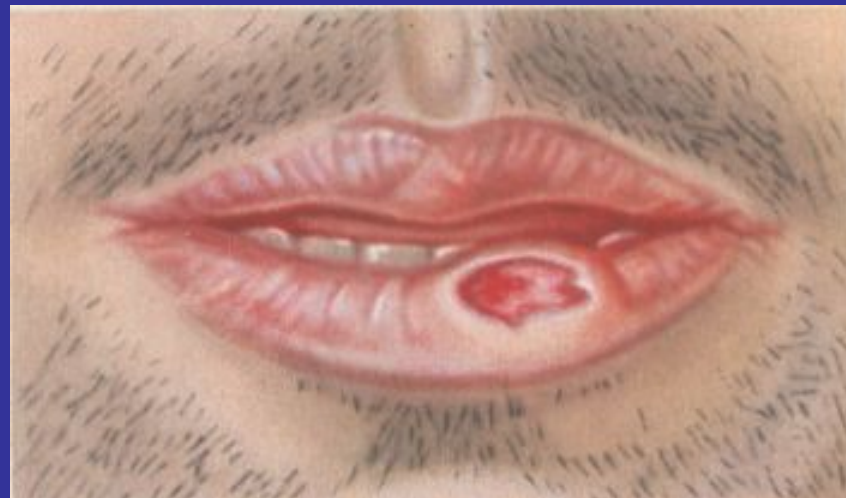


Рис. 1. Рак нижней губы -I ст.

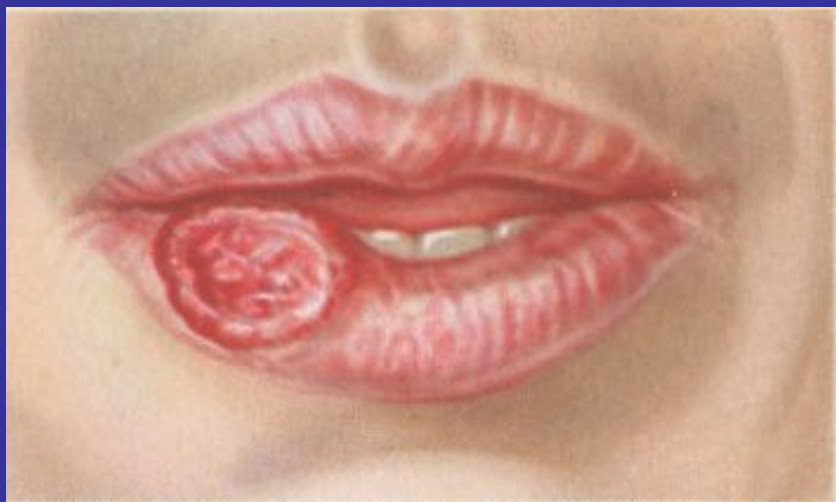


Рис. 2. Рак нижней губы -II ст.



Рис. 3. Рак нижней губы -III ст.

# Патологическая анатомия

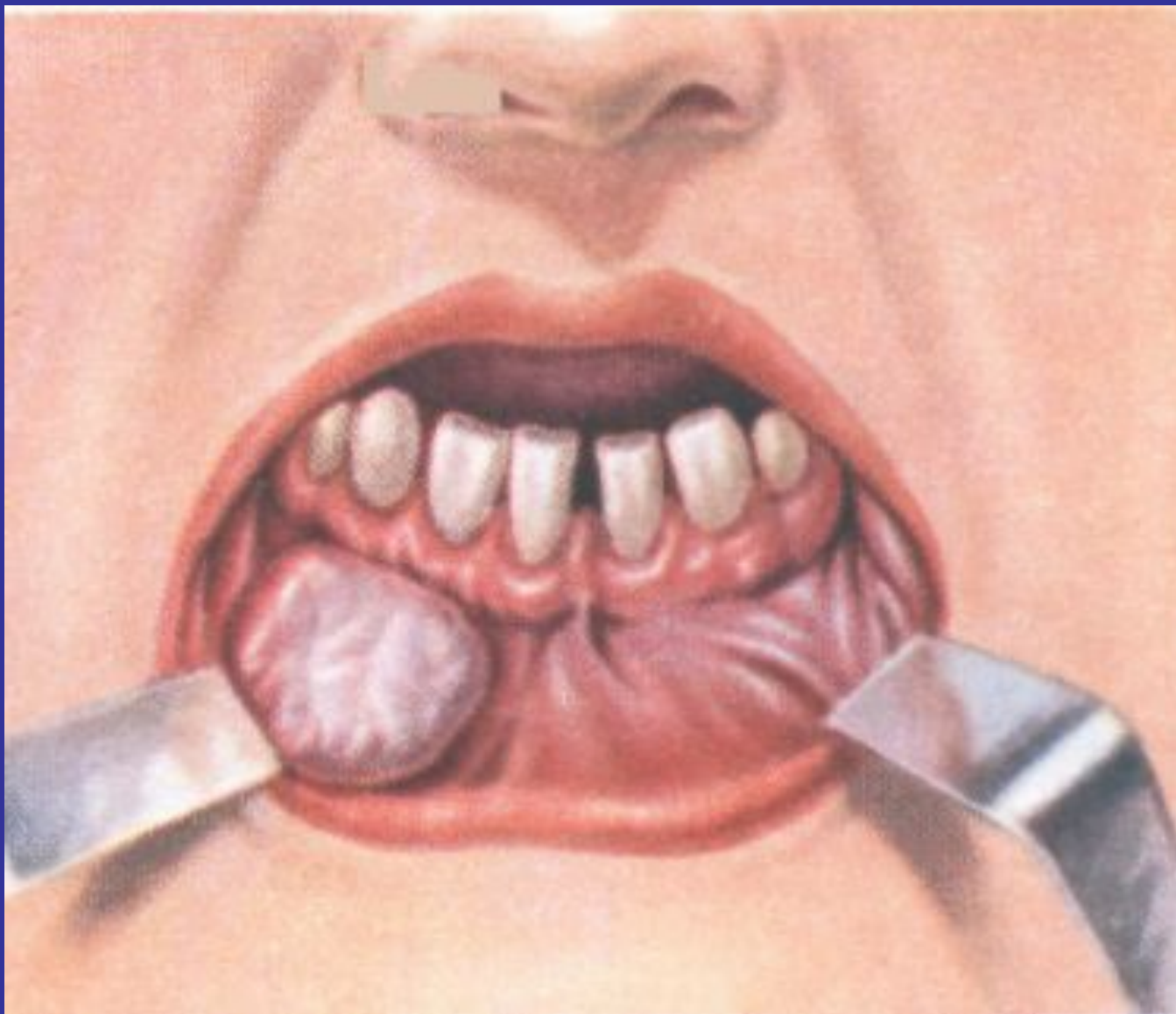


Рис. 4. Смешанная опухоль нижней губы

# Классификация

- По клиническому течению губы, делится на 4 ст:
- **I стадия** - ограниченная оп. или язва диаметром 1- 1,5 см в толще слизистой оболочки и подслизистого слоя красной каймы губы, без MTS .
- **II стадия:** а) оп. или язва размером свыше 1,5 см, но не более половины красной каймы;
- б) оп. или язва той же величины, но при наличии 1-2 подвижных MTS в регионарных л\узлах.
- **III стадия:** а) оп. или язва, занимающая большую часть губы, с прорастанием ее толщи или распространением на угол рта, щеку и мягкие ткани подбородка;
- б) опухоль или язва той же величины или меньшего распространения, но с наличием в подбородочной, подчелюстных областях выраженных, ограничено подвижных метастазов.
- **IV стадия:** Оп., занимающая большую часть губы, с прорастанием всей толщи ее и переходом на костный скелет челюсти с неподвижные MTS в регионарных лимфатических узлах. Оп. любого размера с отд. MTS .

# **TNM - классификация МАИР:**

- **T1- опухоль до 2 см, строго поверхностная или экзофитная;**
- **T2 - опухоль до 2 см с незначительной инфильтрацией подлежащих тканей;**
- **T3- опухоль более 2 см или опухоль с глубокой инфильтрацией независимо от ее величины;**
- **T4 - опухоль, распространяющаяся на кость.**
  
- **Состояние регионарных лимфатических узлов**
- **No -лимфатические узлы не прощупываются;**
- **N1-прощупываются смещаемые лимфатические узлы на стороне поражения;**
- **N2 - прощупываются -смещаемые лимфатические узлы на противоположной стороне или с обеих сторон;**
  
- **Mo - нет отд. метастазов;**
- **M1 - имеются отдаленные метастазы.**

# Группировка по стадиям

Стадия	T	N	M
Стадия I	$T_{1a}$	$N_o$	$M_o$
Стадия IIa	$T_{1b,2,3}$	$N_o$	$M_o$
Стадия IIб	$T_{1b,2,3}$	$N_{1a}$	$M_o$
Стадия IIIa	$T_4$	$N_o$	$M_o$
Стадия IIIб	$T_{1b,2,3}$	$N_{1b}$	$M_o$
	$T_4$	$N_1$	$M_o$
Стадия IV	$T_4$	$N_{0-1}$	$M_o$
	любая T	любая N	$M_1$

# Клиника

В клиническом течении различают несколько форм.

Выделяют **экзофитные** оп.:

**Папиллярная форма.** Развивается чаще из папилломы, последняя округляется, на ее поверхности появляется изъязвление, основание становится инфильтрированным, плотным и безболезненным.

**Бородавчатая (фунгозная) форма.** Развивается на фоне диффузного продуктивного дискератоза, когда возникают множественные мелкие выросты - на губе. В дальнейшем эти выросты сливаются между собой и охватывают всю губу, напоминая цветную капусту. Увеличивается инфильтрация подлежащих тканей, появляется распад оп.

**К эндофитной группе** относятся:

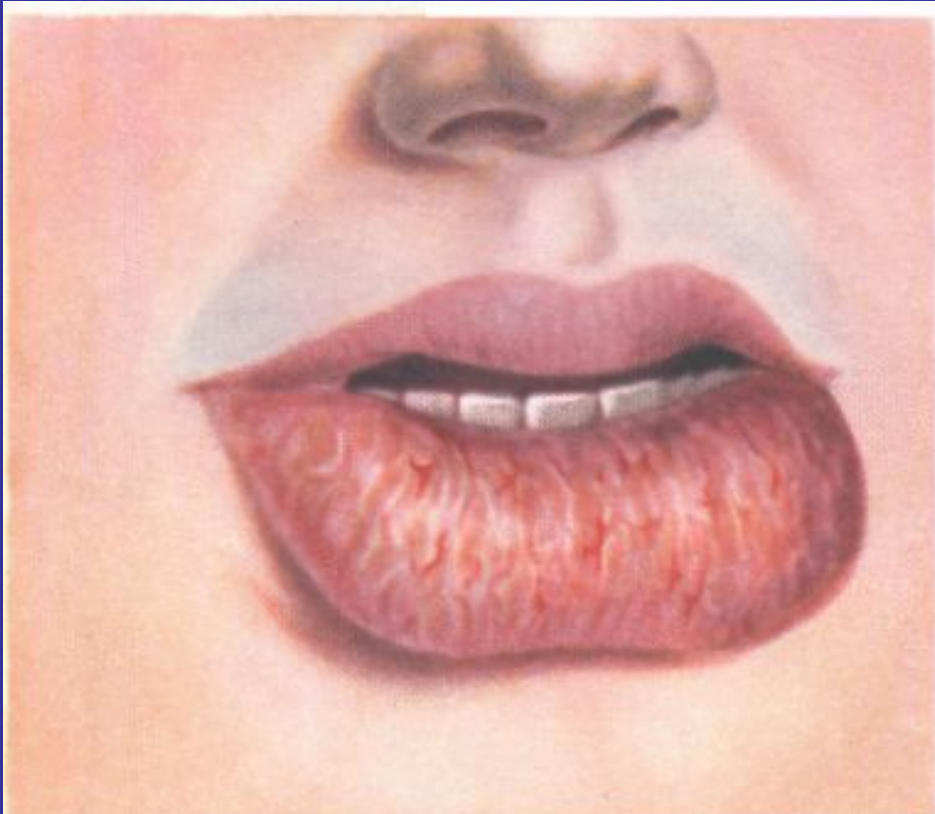
**Язвенная форма.** Развивается на фоне эритроплакии и других видов деструктивного дискератоза. Первоначально небольшая язва углубляется, принимает неправильную форму неровным дном. Края язвы приподняты над уровнем губы, вывернуты и инфильтрированы. Нет четких границ инфильтрации. При ощупывании язва безболезненна, края и основание ее плотные. При присоединении воспалительных явлений по является болезненность.

**Язвенно-инфильтративная форма.** При этой форме инфильтрация тканей происходит быстрее, чем деструкция. Зона инфильтрации имеет деревянистую консистенцию.

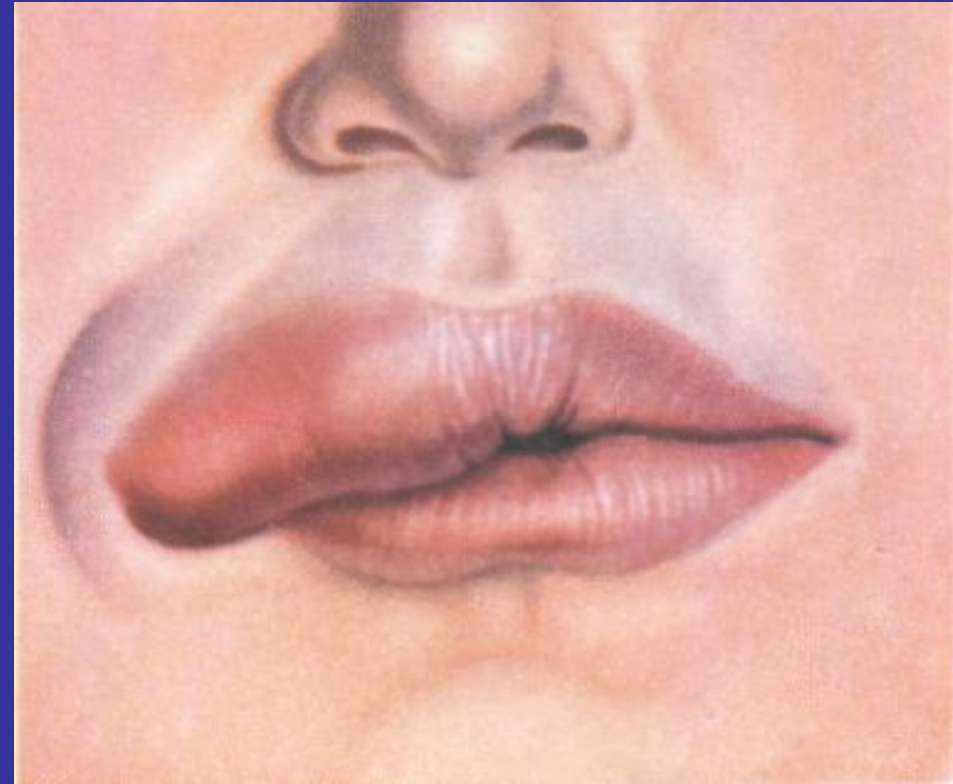
## Диагностика

- Визуальный осмотр первичной опухоли;
- Пальпаторное исследование первичной опухоли и окружающих ее мягких тканей;
- Пальпаторное исследование всех доступных периферических групп лимфатических узлов;
- Забор цитологического материала с поверхности при наличии изъязвления эпидермиса над ней;
- Ультразвуковое исследование первичной опухоли с целью определения ее толщины и глубины инвазии;
- Ультразвуковое исследование лимфатических узлов регионарного лимфатического коллектора;
- Консилиум с участием хирурга и химиотерапевта.

# Дифференциальная диагностика



**Рис. 1. Эксфолиативный  
хейлит**



**Рис. 2. Лимфангиома  
верхней губы**



## Дифференциальная диагностика

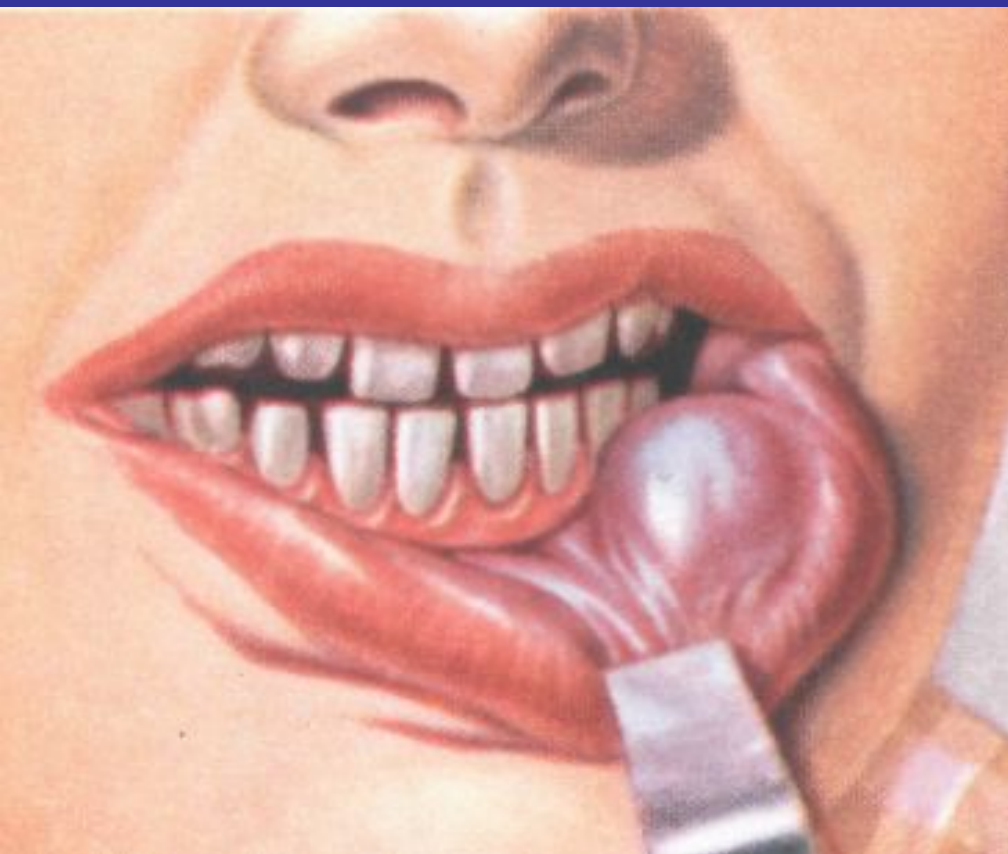


Рис. 3. Ретенционная киста  
нижней губы

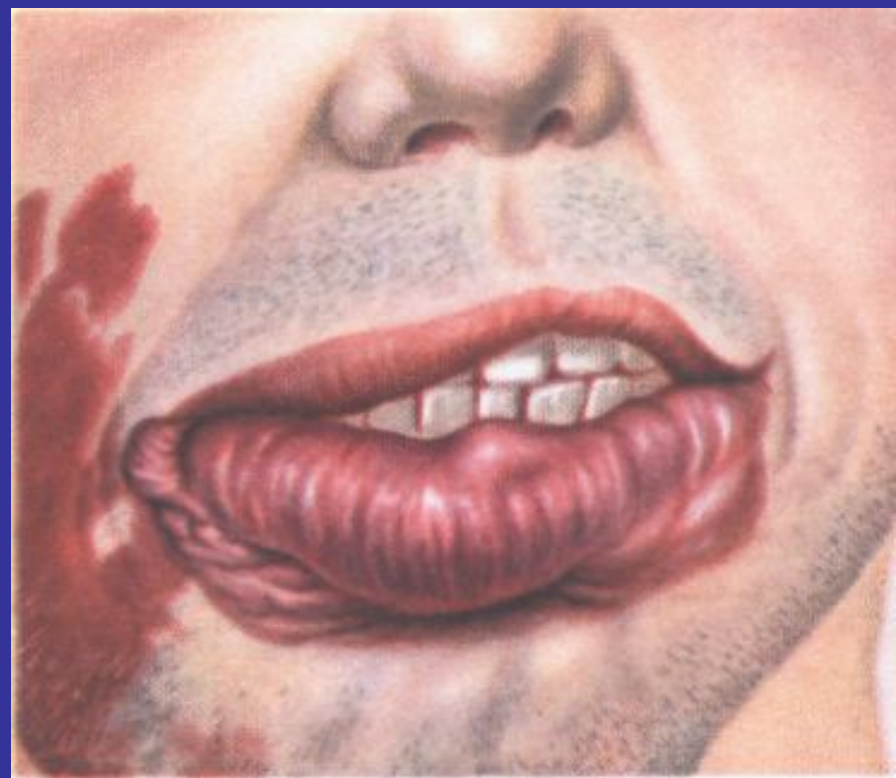


Рис. 4. Кавернозная  
гемангиома нижней губы

# Дифференциальная диагностика

- Для уточнения диагноза применяется цитологическое исследование отпечатков, пунктата опухоли и биоптата.
- **Туберкулезная гранулема.** Туберкулезная язва почти всегда поверхностная, без инфильтрата в основании, болезненная и располагается обычно по заднему краю красной каймы. Регионарные лимфатические узлы остаются относительно мягкими.
- **Сифилитическая язва.** При первой стадии сифилиса (твердый шанкр) имеется поверхностная язва с четкими контурами и характерным сальным дном, располагающаяся на плотном, дисковидном инфильтрате, приподнимающемся над поверхностью красной каймы. Короткий анамнез, быстрый рост инфильтратами раннее одновременное вовлечение регионарных л/у подтверждает диагноз сифилиса. Реакция Вассермана не всегда определяет диагноз.
- **Актиномикоз.** 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 лимфатические узлы обычно остаются не увеличенными.
- Решающую роль в диагностике рака губы имеет биопсия.

# Лечение

## (комбинированное)

**При I ст.** применяется ЛТ - близкофокусная рентгенотерапия или внутритканевая радиевая (50-60 гр.). При лучеворезистентных оп. прибегают к хирургическому.

**При раке нижней губы II ст.** лечение осуществляется лучевыми методами. Затем, спустя 2-3 недели после окончания ЛТ, производится **фасциально-футлярное иссечение шейной клетчатки (операция Ванаха)**:

**При III ст.** лечение первичной опухоли осуществляется сочетанным лучевым или комбинированным методом. (с дистанционной гамма-терапии, дополняя его внутритканевой "радиевой терапией). Если имеются остатки оп. - показано широкое "иссечение губы с обязательным вмешательство в зонах регионарного метастазирования с сторон сторон.

**При IV ст.** может быть проведена поллиативная гамма-терапия, иногда в сочетании с предварительной перевязкой наружных сонных артерий. Паллиативный эффект может дать регионарная ХТ (метотрексат).

# Прогноз

Зависит от стадии и своевременности лечения. В целом он более благоприятен, чем- при 30 полости рта и верхних дыхательных путей. Стойкое излечение достигается в 50-70% (при III стадии в 30-40%) случаев.

Благодарю за внимание!

