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

Заведующий кафедрой:

Д.м.н, профессор, Зуков Руслан Александрович

РЕФЕРАТ

на тему:

Злокачественные новообразования губы. Основные принципы хирургического лечения. Реабилитация пациентов.

Выполнила:

клинический ординатор 2 года специальности ОНКОЛОГИЯ

Комарова Вера Сергеевна

Проверил:

кафедральный руководитель ординатора

к.м.н., доцент, Гаврилюк Дмитрий Владимирович

Красноярск

2024

Оглавление

[1.Определение 3](#_Toc136936317)

[2. Этиология и патогенез заболевания, эпидемиология заболевания 3](#_Toc136936318)

[3. ТNM классификация 4-5](#_Toc136936320)

[4.Клиническая картина и диагностика 6-7](#_Toc136936321)

[5.Основные принципы хирургичексого лечения 7-11](#_Toc136936322)

[6. Реабилитация при хирургическом лечении 12-13](#_Toc136936323)

7. Профилактика, диспансерное наблюдение ………………………………………………………...14

8. Список литературы………………………………………………………………………………….15

#

# 1.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.





# 2. Этиология и патогенез заболевания, эпидемиология заболевания

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

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

# 3. ТNM классификация

Степень распространенности эпителиальных злокачественных опухолей полости рта представлена в классификации TNM (международная классификация стадий развития раковых опухолей) 8-е издание в редакции Американского объединенного комитета по изучению злокачественных опухолей (American Joint Committee on Cancer ).

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

Наличия только поверхностных эрозий кости/зубной лунки первичной опухолью десны недостаточно для ее классифицирования как стадии Т4

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 pN указывает на наличие или отсутствие метастазов в регионарных ЛУ по данным планового патолого-анатомическом исследовании операционного материала

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 и < 6 см в наибольшем измерении и ENE отсутствует, или метастазы в нескольких ЛУ шеи на стороне поражения, ≤ 6 см в наибольшем измерении и ENE отсутствует, или с обеих сторон либо с противоположной стороны ≤6 см в наибольшем измерении и ENE отсутствует

N2a Метастазы в одном ЛУ на стороне поражения ≤3 см и ENE+; или >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

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

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 отсутствует

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+

Символ М характеризует наличие или отсутствие отдаленных метастазов

М0 – отдаленных метастазов нет.

М1 – наличие отдаленных метастазов

Группировка по стадиям



# 4. Клиническая картина и диагностика

# 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

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

4.1 Жалобы, анамнез, физикальный осмотр, лабораторные исследования

Тщательный сбор жалоб и анамнеза у пациента с целью выявления факторов, которые могут повлиять на выбор тактики лечения

Рекомендуется всем пациентам проводить тщательный физикальный осмотр, включающий осмотр и пальпацию (бимануальную) очага поражения и регионарных ЛУ, оценку нутритивного статуса с целью определения распространенности опухолевого процесса и принятия решения о необходимости коррекции нутритивного статуса

Всем пациентам выполнять: развернутые клинический и биохимический анализы крови, исследование коагулограммы, общий анализ мочи в целях выявления факторов, которые могут повлиять на выбор тактики лечения

4.2 Инструментальные методы обследования

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

УЗИ ЛУ шеи с пункцией пальпаторно неизмененных ЛУ с целью исключения или подтверждения вовлечения регионарных лимфоколлекторов в опухолевый процесс

УЗИ первичного очага для определения толщины опухоли и дальнейшего планирования объема операции на лимфоколлекторах шеи

Глубина инвазии по УЗИ определяется при технической возможности ультразвукового датчика и наличии ультразвукового отображения

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

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

Остеосцинтиграфия при подозрении на метастатическое поражение костей скелета

Рекомендуется выполнить позитронно-эмиссионную томографию с фтордезоксиглюкозой, совмещенную 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

# 5. Основные принципы хирургического лечения

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 аблация, электрохимический лизис, плазменная коагуляция, фотодинамическая терапия)

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

Дистанционная лучевая терапия по радикальной программе также является радикальном методом лечения при отказе пациента от хирургического вмешательства или наличия противопоказаний к хирургическому лечению

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). При определении положительного края резекции рекомендовано повторное оперативное вмешательство (при положительных краях резекции) или ЛТ

# T3,T4 , N0, любое T1−4a N1−3 Рекомендуется выполнение оперативного вмешательства на первичном очаге с шейной лимфодиссекцией

При N0-статусе выполняется селективная лимфодиссекция на стороне поражения (уровни 1−3).

При срединном расположении опухолевого процесса или переходе опухоли за среднюю линию выполняется селективная лимфодиссекция с двух сторон (уровни 1−3).

При N1, N2a-b, N3 выполняется радикальная лимфодиссекция на стороне поражения (уровни 1−5).

При срединном расположении опухолевого процесса или переходе опухоли за среднюю линию выполняются радикальная лимфодиссекция со стороны поражения (уровни 1−5) и селективная лимфодиссекция с контралатеральной стороны (уровни 1−3).

При N2c выполняется радикальная лимфодиссекция с двух сторон (уровни 1−5). При невозможности оперативного вмешательства (отказ пациента и/или наличие абсолютных противопоказаний) возможно проведение ДЛТ/ химиолучевой терапиии (ХЛТ)

При невозможности оперативного вмешательства (отказ пациента и/или наличие абсолютных противопоказаний) возможно проведение брахитерапии на первичном очаге в комбинации с ДЛТ/ХЛТ

При невозможности оперативного вмешательства (отказ пациента и/или наличие абсолютных противопоказаний) при небольших опухолевых процессах (T1−T3) возможно выполнение фотодинамической терапии в самостоятельном варианте или в комбинации с ДЛТ/ ХЛТ

Рекомендуется при отсутствии абсолютных противопоказаний на I этапе проведение хирургического лечения, объем операции определяется локализацией и местным распространением опухоли. Одновременно с операцией на первичном очаге выполняется оперативное вмешательство на лимфатическом коллекторе шеи в объеме шейной a лимфодиссекции на стороне поражения или с двух сторон в случае центральной локализации опухоли или наличия двусторонних метастазов.

В случае выявления при плановом патологоанатомическом исследовании операционного материала таких неблагоприятных гистологических признаков, как положительные края резекции либо экстракапсулярное распространение метастаза/зов, показано проведение послеоперационной одновременной ХЛТ. При положительном крае резекции в качестве альтернативы может быть рекомендовано повторное оперативное вмешательство. При выявлении таких неблагоприятных гистологических признаков, как периневральная/периваскулярная/лимфатическая инвазия, pT3/pT4, множественные регионарные метастазы, показана послеоперационная ЛТ или одновременная ХЛТ. При невозможности оперативного вмешательства проводится одновременная ХЛТ/ЛТ


При T4bN0−3 или нерезектабильных 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 монохимиотерапия или наилучшая поддерживающая терапия

При локальном рецидиве или остаточной опухоли после хирургического лечения без предшествующей лучевой терапии рекомендовано хирургическое вмешательство с достижением свободного от опухоли края резекции (R0) или одновременная ХЛТ, или проведение полихимиотерапии с последующей ДЛТ/ХЛТ

В случае выявления после хирургического вмешательства при плановом патолого-анатомическом исследовании операционного материала таких неблагоприятных гистологических признаков, как положительные края резекции либо экстракапсулярное распространение метастаза/зов, показано проведение послеоперационной одновременной ХЛТ. При положительном крае резекции в качестве альтернативы может быть рекомендовано повторное оперативное вмешательство. При выявлении таких неблагоприятных гистологических признаков, как периневральная/периваскулярная/лимфатическая инвазия, pT3/pT4, множественные регионарные метастазы, показана послеоперационная ЛТ либо одновременная ХЛТ

Локальный рецидив или остаточная опухоль после лучевой терапии. При резектабельности опухоли рекомендовано хирургическое вмешательство с обсуждением вопроса о повторной лучевой или одновременной ХЛТ. При нерезектабельности опухоли рекомендована повторная лучевая терапия/одновременная ХЛТ либо лекарственная терапия, либо симптоматическое лечение

Отдаленные метастазы

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

При ECOG 3 пациентам с раком губы рекомендуется наилучшая поддерживающая терапия

Принципы хирургического лечения

Оценка.

Рекомендована оценка всех пациентов до лечения хирургом-онкологом, специализирующимся на опухолях головы и шеи, которому следует предпринять следующие действия: рассмотреть адекватность биопсийного материала, стадирования и визуализации опухолевого процесса (КТ, МРТ) для определения степени распространения опухоли, исключить наличие синхронной первичной опухоли, оценить текущий функциональный статус и возможность назначения потенциального хирургического лечения; если первичное лечение было нехирургическим, разработать проспективный план наблюдения, который будет включать адекватное обследование зубов, питания и здорового образа жизни, а также вмешательства и любые другие дополнительные исследования, которые необходимы для полной реабилитации

Для пациентов, которым выполняют плановые операции, необходимо проработать хирургическое вмешательство, края и план устранения дефекта после резекции клинически определяемой опухоли со свободными от опухоли хирургическими краями. Хирургическое вмешательство не следует модифицировать на основании клинического ответа, полученного до лечения, при настоящем осмотре (регрессии опухоли), за исключением случаев прогрессии опухоли, которая вынуждает проводить более обширную операцию для охвата всей опухоли во время окончательной резекции

Оценка операбельности.

Рекомендована оценка наличия поражения опухолью структур, при котором отмечается плохой прогноз или процесс классифицируется как стадия Т4b (например, неоперабельность, ассоциированная с технической невозможностью получить чистые края резекции): значительное поражение крыловидно-небной ямки, тяжелые тризмы из-за инфильтрации опухолью крыловидных мышц; макроскопическое распространение опухоли на основание черепа (например, эрозия крыловидных пластинок или основной кости, расширение овального отверстия и др.); возможная инвазия (охват) стенки общей или внутренней сонной артерии

Охват обычно оценивается радиологически (по данным КТ и МРТ) и диагностируется, если опухоль окружает ≥270° окружности сонной артерии; непосредственное распространение опухоли из регионарных ЛУ с поражением кожи, прямое распространение на структуры средостения, предпозвоночную фасцию или шейные позвонки

Удаление первичного очага. По возможности рекомендовано выполнять удаление первичной опухоли единым блоком

Необходимо планировать хирургическое удаление в зависимости от степени распространения первичной опухоли, установленной при клиническом исследовании, и тщательной интерпретации соответствующих радиографических снимков. В случае если опухоль прилежит к двигательному или сенсорному нерву, не исключено наличие периневральной инвазии. В данной ситуации следует выделить нерв в проксимальном и дистальном направлениях и выполнить его резекцию для получения чистого края резекции. Адекватное вмешательство может потребовать выполнения краевой, плоскостной или сагиттальной резекции нижней челюсти при опухолях, поражающих надкостницу или прилежащих к ней. Сегментарная резекция показана при массивной инфильтрации опухолью надкостницы нижней челюсти (что определяется при фиксации к ней опухоли) или при обнаружении во время операции либо при полном дооперационном обследовании признаков прямого прорастания кости опухолью. Степень резекции нижней челюсти будет зависеть от степени поражения, оцениваемой клинически и во время операции

Рекомендовано достигать статуса R0 при хирургическом лечении

Адекватное удаление определяется как расстояние от края резекции до макроскопически видимой опухоли ≥2 см или отрицательный край замороженного среза. В целом оценку замороженных срезов обычно проводят интраоперационно, если зона, макроскопически свободная от опухоли, по краю резекции составляет < 2 см, невозможно определить линию резекции в связи с нечеткой границей опухоли или имеется подозрение на наличие резидуальной опухоли. Необходимо включать подробное описание края резекции в операционный журнал. Края можно оценить по удаленному препарату или, как альтернатива, из ложа опухоли с правильным ориентированием. Чистый край определяется как расстояние от инвазивного края опухоли, который составляет ≥ 5 мм от края резекции. Близкий край определяется как расстояние от инвазивного края опухоли до края резекции, равное < 5 мм. Первичную опухоль следует помечать таким образом, чтобы патологоанатом мог адекватно оценить ориентацию препарата.

Шейную диссекцию необходимо ориентировать или выполнять срезы по порядку для определения уровня ЛУ, включенных в зону диссекции. Устранение хирургических дефектов нужно проводить с использованием конвенциальной техники по усмотрению хирурга. По возможности рекомендуется первичное ушивание, но при этом не следует пренебрегать широкими краями резекции, свободными от опухоли. По усмотрению хирурга выполняется пластическое ушивание с применением местных/ регионарных лоскутов, свободных лоскутов, расщепленного кожного лоскута или других лоскутов с/без реконструкции нижней челюсти

Рекомендовано с целью радикального хирургического лечения при высокой вероятности или наличии метастазов в ЛУ шеи выполнять всем пациентам профилактическую ипсилатеральную шейную лимфодиссекцию. При локализации опухоли на срединной линии или переходе опухоли за срединную линию рекомендована двусторонняя шейная лимфодиссекция

Встречаемость метастазирования в ЛУ, особенно при ранних стадиях рака губы, низкая, в среднем <10 %. Риск опухолевого поражения ЛУ зависит от локализации, размера и степени дифференцировки первичной опухоли. У пациентов с ранними стадиями процесса и отсутствием клинических признаков регионарных метастазов можно избежать проведения элективной шейной диссекции или облучения шеи

Показанием к выполнению профилактической шейной лимфодиссекции при T1−2 является глубина инвазии опухоли (по данным УЗИ/КТ ≥ 4 мм), при локализации опухоли на срединной линии или переходе опухоли за срединную линию рекомендована двусторонняя шейная лимфодиссекция.

# 6. Реабилитация при хирургическом лечении

I ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ

Рекомендовано использование протоколов fast track rehabilitation (быстрый путь) и ERAS (Enhanced recovery after surgery – ускоренное восстановление после операции), включающих комплексное обезболивание, раннее начало энтерального питания, отказ от рутинного использования катетеров и дренажей, ранняя мобилизация пациентов с 1−2-х послеоперационных суток (активизация и вертикализация), так как является безопасным, уменьшает длительность пребывания в стационаре, снижает число нехирургических осложнений и не увеличивает общее количество послеоперационных осложнений

Дыхательная гимнастика в совокупности с ранней активизацией, так как снижает длительность пребывания в стационаре и число послеоперационных осложнений

Ранняя мобилизация (вертикализация, выполнение комплекса ЛФК и аэробной нагрузки, упражнений на сопротивление под контролем инструктора), безопасна, не увеличивает число послеоперационных осложнений, улучшает функциональные возможности пациента

Рекомендовано купирование болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде. Сочетание обезболивающей терапии и физиотерапии, ЛФК, лечения положением, методами психологической коррекции, чрескожной электростимуляции и применением акупунктуры дает хорошие результаты

Восстановление функции глотания возможно за счет восстановления двигательной функции сохранных анатомических структур, а также подвижности пересаженных тканей при адекватно выполненной пластике. Для восстановления функции глотания рекомендованы упражнения на увеличение объема движения и силы мышц и усиление произвольного контроля над временем и координацией глотка.

Важна и постуральная поддержка, т. е. следует найти подходящую позу во время глотка. Дополнительно используются фонопедические техники (например, соскальзывание на фальцет), глотательные маневры (например, глоток с усилием), подбор текстур для глотания

Для создания компенсаторных механизмов речепроизводства рекомендованы артикуляционные упражнения в динамике и статике с постепенным увеличением нагрузки. Начинают с упражнений, активизирующих движения губ, затем переходят к упражнениям для нижней челюсти и к артикуляционной гимнастике для языка, опираясь на фантомные ощущения утраченного органа

С целью устранения нарушений резонанса и обеспечения максимально возможного небноглоточного смыкания в послеоперационном периоде, проявляющегося в появлении гиперназальности и носовой эмиссии, рекомендованы упражнения, способствующие активизации нёбных занавески и дужек, выработке пластичности и растяжимости тканей мягкого нёба с одновременным напряжением мышц задней стенки глотки и мышц мягкого нёба

II ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ

Рекомендовано выполнение комплексов ЛФК после проведения радикального хирургического лечения по поводу рака головы и шеи, так как оно безопасно, способствует быстрейшему восстановлению физической формы и улучшает качество жизни больного

Поддержание стабильной массы тела и активный образ жизни рекомендованы с целью увеличения сроков общей выживаемости у пациентов, перенесших хирургическое лечение.

Цель – аэробная нагрузка умеренной интенсивности 3−5 раз в неделю (суммарно 150 минут в неделю) в сочетании с тренировками на сопротивление 2−3 раза в неделю. Упражнения на сопротивление должны вовлекать основные группы мышц (8−10 групп мышц, 8−10 повторений, 2 подхода). Каждый сеанс должен включать в себя разминку и заминку

III ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ

С целью преодоления тризма (тонического спазма группы жевательных мышц), который приводит к ограничению подвижности височно-нижнечелюстного сустава, рекомендованы упражнения, регулирующие степень открытия рта. Это статические, динамические упражнения и упражнения на сопротивление. Движения выполняются не только в плоскости опускания и поднятия челюсти. Для восстановления функции необходимы также другие движения: боковые, передние, задние и круговые

Рекомендовано раннее выявление и начало терапии при лимфедеме области головы и шеи, так как помогает избежать проблем, связанных с речью, дыханием, глотанием. Наибольшая эффективность терапии лимфедемы после комбинированного лечения опухолей головы и шеи отмечается при использовании всего комплекса противозастойной терапии (complete decongestive therapy)

Полная противоотечная терапия (complete decongestive therapy) рекомендовано в качестве «золотого стандарта» в лечении лимфедемы всех локализаций. Она включает ЛФК, компрессионную терапию, массаж волосистой части головы, лица и шеи медицинский и уход за кожей

С целью лечения лимфедемы области головы и шеи рекомендован массаж шеи, волосистой части головы и лица медицинский

Физиотерапия, включая специальный комплекс упражнений и компрессионное воздействие, также рекомендована с целью коррекции лимфедемы

Низкоинтенсивная лазеротерапия в комбинации с полной противозастойной терапией рекомендуется с целью уменьшение отека

7. Профилактика, диспансерное наблюдение

Рекомендуется соблюдать следующие периодичность и методы наблюдения после завершения лечения по поводу рака губы:

В первый год физикальный осмотр и сбор жалоб проводить каждые 1−3 мес, 2-й год – 2−6 мес, на сроке 3−5 лет – 1 раз в 4−8 мес.

После 5 лет с момента операции визиты проводятся ежегодно или при появлении жалоб. У пациентов с высоким риском рецидива перерыв между обследованиями может быть сокращен.

Объем обследования:

-анамнез и физикальное обследование;

-УЗИ ЛУ шеи с двух сторон, органов брюшной полости и малого таза;

-КТ области головы и шеи по показаниям, а также при недоступности зоны адекватному физикальному осмотру;

-рентгенография/КТ органов грудной клетки каждые 12 мес;

-определение уровня тиреотропного гормона каждые 6–12 мес, если проводилось облучение шеи с целью оценки функции щитовидной железы

задачей наблюдения является раннее выявление прогрессирования заболевания с целью своевременного начала химиотерапии или хирургического лечения резектабельных метастатических очагов, рецидивных опухолей, а также выявление метахронных опухолей головы и шеи

Рекомендуется наблюдение у стоматолога до, во время и после специализированного лечения с целью оценки состояния полости рта, риска развития кариеса и пародонтоза, удаления проблемных зубов, профилактики радиоиндуцированного остеонекроза, устранения потенциальных источников инфекции, мотивации пациента к поддержанию гигиены полости рта. Проблемные зубы должны быть удалены не менее чем за 2 нед до начала специализированного лечения

ЛТ на область головы и шеи может являться причиной ксеростомии и дисфункции слюнных желез, что существенно повышает риск развития кариеса и ассоциированных нежелательных последствий, таких как дентоальвеолярная инфекция и остеорадионекроз. ЛТ также воздействует на ткани зуба, в результате чего повышается вероятность деминерализации на фоне ксеростомии, изменения микрофлоры после ЛТ, и возникает приверженность рациону питания, ассоциированному с кариесом. Более того, инфекционные процессы в полости рта ухудшают эффективность процессов репарации после хирургического лечения, требуют усиления режимов антибактериальной терапии. Радиоассоциированный кариес и другие изменения ткани зуба могут развиться в течение первых 3 мес после завершения ЛТ. Рекомендуются всем пациентам после окончания лучевой терапии с целью профилактики кариеса применять ежедневно длительно местные средства с фтором – 0,4% гель с фторидом олова или 1,1 % гель с фторидом натрия (NaF) (эффективность ниже фторида олова), или комбинацию - 0,4% гель с фторидом олова, 0,32% зубной порошок с NaF и препаратызаменители слюны с фосфатом кальция

8. Список литературы

## 1. Автор: Пачес А. И. Издательство: Практическая медицина, Россия «Опухоли головы и шеи»

2. Клинические рекомендации «Злокачественные новообразования губы» 2020 год

3. Хирургия и онкология головы и шеи Джатина Ша (пер. с англ. под ред. академика РАН, д.м.н., профессора И.В. Решетова)-2023