

**Міністерство охорони здоров'я України  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Українська медична стоматологічна академія»**



**«Затверджено»**  
на засіданні кафедри онкології  
завідувач кафедри  
д.мед.н., професор Баштан В.П.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2018р.

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ  
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ  
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ**

<i>Навчальна дисципліна</i>	<i>Онкологія</i>
<i>Модуль №</i>	<i>I</i>
<i>Змістовний модуль №</i>	<i>I</i>
<i>Тема заняття</i>	<b>Рак слизової ротової порожнини</b>
<i>Курс</i>	<i>IV</i>
<i>Факультет</i>	<i>Стоматологічний</i>

**Полтава - 2018**

## **Тема заняття: Злоякісні пухлини слизової оболонки ротової порожнини та язика**

### **1. Актуальність теми.**

В останній час спостерігається безперервне зростання захворюваності на рак язика та слизової оболонки порожнини рота. Клінічний перебіг злоякісних пухлин цих локалізацій характеризується особливою агресивністю. Несприятлива ситуація ускладнюється також тими обставинами, що близько 75% хворих потрапляють в онкологічні заклади в III - IV стадії пухлинного процесу, тобто з далеко розповсюдженими формами новоутворень. Це зумовлено недостатнім знанням клініки пухлинних процесів лікарями загально-лікувальної мережі, особливо стоматологами, відсутністю у них онкологічної сторожкості. Лікування хворих на злоякісні новоутворення язика та слизової оболонки порожнини рота до теперішнього часу є одним з найбільш актуальних і складних завдань онкології, а віддалені результати залишаються невтішними. В зв'язку з цим дуже перспективним напрямком у вирішенні проблеми підвищення ефективності лікування хворих на рак язика та слизової оболонки порожнини рота є поліпшення діагностики. Приймаючи до уваги візуальну локалізацію процесу, стоматологи повинні зробити все від них залежне, щоб виявляти в абсолютній більшості хворих це грізне захворювання на стадії місцево-обмеженого пухлинного росту T1N0M0, згідно Міжнародної класифікації за системою TNM.

### **2. Навчальні цілі заняття.**

#### **Знати :**

1. Епідеміологію рака слизової оболонки порожнини рота та язика.
2. Передракові захворювання порожнини рота та язика.
3. Патогістологічну структуру рака слизової оболонки ротової порожнини та язика.
4. Сучасні методи діагностики злоякісних пухлин.
5. Сучасні методи лікування.
6. Принципи диспансеризації і хворих злоякісними пухлинами.

#### **Вміти:**

1. Проводити диференційну діагностику з іншими захворюваннями.
2. Проводити клінічне обстеження хворого з підозрою на рак слизової оболонки порожнини рота та язика.
3. Брати матеріал для цитологічного та гістологічного дослідження.
4. Робити оцінку результатів обстеження хворих.
5. Обґрунтувати клінічний діагноз.
6. Скласти план лікування хворого.
7. Заповнювати медичну документацію.
8. Проводити санітарно-освітню роботу.

### 3. Матеріали до аудиторної самостійної роботи.

#### Практичні навички по темі:

1. Стоматоскопія.
2. Пальпаторне (бімануальне) дослідження слизової оболонки порожнини рота та язика.
3. Пальпаторне обстеження регіонарних лімфатичних вузлів.
4. Взяття матеріалу для цитологічного дослідження.
5. Біопсія пухлини.
6. Вміти формулювати діагноз злоякісного новоутворення з визначенням стадії захворювання та клінічної групи.
7. Скласти план лікування хворого, та диспансерного спостереження в залежності від клінічної групи.
8. Проводити санітарно-просвітню роботу з населенням.

#### Термінологія

Українська мова	Російська мова	Латинська мова
Пухлина, новоутворення	Опухоль	Tumor
Злоякісна пухлина	Злокачественная опухоль	Tumor malignum
Перша стадія	Первая стадия	Gradus prima
Рак на місці	Рак на месте	Cancer in situ
Метастаз	Метастаз	Metastasis
Піднижньощелепний лімфовузол	Поднижнечелюстной лимфоузел	Limphonodulus submandibularis
Метастаз в підборідний лімфовузол	Метастаз в подбородочный лимфоузел	Metastasis in L. n. submentalis
Продовження захворювання	Продолжение заболевания	Prolongatio morbi

#### Міждисциплінарна інтеграція (базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми)

Дисципліни	Знати	Вміти
Анатомія	Анатомію, кровопостачання та лімфатичну систему язика та слизової порожнини рота.	Оцінювати результати цитологічного та гістологічного досліджень біоптатів. Оцінювати результати функціональних проб, радіонуклідного дослідження, показників біохімічних та загальноклінічних аналізів крові й сечі. Проводити фізикальне та клінічне обстеження хворих на пухлини слинних залоз. Виконувати біопсію периферичних
Гістологія	Гістологічну структуру язика та слизової порожнини рота.	
Хірургія	Загальні принципи хірургічного втручання.	
Патологічна анатомія	Гістологічну структуру пухлин язика та слизової порожнини рота.	
Загальна фізіологія	Норми функціонування язика та слизової порожнини рота.	
Патологічна фізіологія	Патологія функцій язика та слизової порожнини рота.	

Терапія	Методи загального обстеження хворих на пухлини язика та слизової порожнини рота.	метастатичних лімфатичних лімфовузлів.
---------	--	--

### Зміст теми заняття.

#### Епідеміологія.

Захворюваність на рак слизової оболонки порожнини рота, язика в 1999 році в Україні становила 5,2 на 100 тис. населення. Чоловіки хворіють в 5-7 разів частіше ніж жінки. Так, рак слизової оболонки порожнини рота в Україні у чоловіків складав 4,4 % всіх злоякісних пухлин, а у жінок – 0,8%.

В структурі злоякісних пухлин слизової оболонки порожнини рота рак язика становить близько 60%, рак слизової оболонки дна порожнини рота біля 20%, рак слизової оболонки щік – близько 10%, далі йде рак піднебіння та слизової оболонки альвеолярних відростків. Найчастіше хворіють люди у віці 50-70 років, але нерідко трапляються і значно молодші хворі.

В географічному плані найвища захворюваність спостерігається в республіках Центральної Азії, Пакистані, Індії, що пов'язано із побутовими звичками та характером харчування.

#### Етіологія.

Початок раку слизової оболонки порожнини рота та язика можна пояснити з позицій поліетіологічної теорії походження раку. Механічні подразнення, температурні, хімічні, біологічні чинники не будучи специфічними, при незадовільному гігієнічному стані ротової порожнини ініціюють розвиток як передракових станів, так потім і самого раку. Каріозні зуби з гострими краями виявляються близько у 50%, а недосконалі ортопедичні конструкції – у 10% хворих на рак язика. Факторами, які сприяють збільшенню захворюваності, належать також паління тютюну, закладання під язик насу, жування бетелю, опіки етиловим алкоголем та ін. Внаслідок дії цих чинників слизова оболонка язика та ротової порожнини грубішає, втрачає еластичність, надмірно роговіє – проявляється дискератоз в тій чи іншій формі.

#### Передракові захворювання.

Згідно з сучасними класифікаціями (А.Л. Машкіллейсон) до передракових захворювань, які передують розвитку раку слизової оболонки ротової порожнини належить:

- **хвороба Боуена** (облігатний передрак)
- **група факультативних передраків із більшою потенційною злоякісністю**
  - лейкоплакія ерозивна та верукозна
  - папілома та папіломатоз піднебіння
- **група факультативних передраків із меншою потенційною злоякісністю**
  - лейкоплакія плоска
  - хронічні виразки слизової оболонки порожнини рота
  - ерозивні та гіперкератотичні форми червоного плоского лишая
  - та червоного вовчака

- пострентгенівський стоматит та ін.

### **Патологічна анатомія.**

Макроскопічно рак слизової оболонки ротової порожнини зустрічається у вигляді:

#### **А. Екзофітних форм**, до яких належать:

- папілярні
- бородавчасті (верукозні) пухлини

#### **Б. Ендофітних форм**, серед яких слід розрізняти:

- виразкові
- інфільтративні
- виразково-інфільтративні пухлини

- **Екзофітні форми** раку трапляються у 20% - 30% хворих і мають вигляд сосочкових, бородавчастих або грибоподібних утворень на широкій основі.
- **Ендофітні форми** - серед них частіше спостерігаються **виразкові** (30% - 40%), для яких характерна наявність виразки з валикоподібними підвищеними краями, інфільтрованими стінками і основою. **Інфільтративні** форми найчастіше спостерігаються в ділянці задньої третини язика (біля 5%) і характеризуються наявністю щільного інфільтрату під незміненою слизовою оболонкою. Внаслідок подальшого розвитку процесу початкові форми раку набувають характеру **виразково-інфільтративних**.

Гістологічно 90% злоякісних епітеліальних пухлин слизової порожнини рота є **плоскоклітинні раки з ороговінням**, інколи зустрічаються **раки без ороговіння** та **недиференційовані**. За гістологічною будовою рак передніх відділів язика переважно є плоскоклітинним з ороговінням, тобто високодиференційованим. Ближче до кореня язика зустрічається рак плоскоклітинний без ороговіння, який є менш диференційованим, та перехідні форми. Низькодиференційований рак (головним чином кореню язика) складає біля 2% - 3%. В ділянці кореню язика та піднебіння зустрічаються також **залозистий рак, мукоепідермоїдний рак та аденокістозні карциноми (циліндроми)**, які виникають із малих слинних залоз.

### **Шляхи метастазування:**

Метастазування майже завжди носить **лімфогенний характер**. Метастазами уражаються переважно регіонарні лімфатичні вузли. **Гематогенні метастази** у віддалені органи спостерігаються досить рідко.

### **Регіонарними лімфовузлами для слизової оболонки порожнини рота та язика вважаються:**

- підпідборідні
- піднижньощелепні
- заглоткові
- верхні глибокі шийні

Найпостійнішою та самою чисельною групою первинних лімфатичних вузлів є ланцюжок глибоких шийних лімфатичних вузлів. Особливо часто спостерігається ураження цих регіонарних лімфатичних вузлів у хворих на рак кореню язика (до 70%).

#### **Перший етап метастазування.**

- для раку **переднього відділу порожнини рота і язика** є лімфовузли:
  - а) піднижньощелепні
  - б) підпідборідні
- для раку **задніх відділів порожнини рота і задньої третини язика** є глибокі шийні лімфовузли:
  - а) верхні
  - б) середні
  - в) навкологлоткові

#### **Другий етап метастазування.**

- метастазування в шийні лімфовузли

#### **Третій етап метастазування.**

- метастазування в надключичні лімфовузли.

У хворих на рак язика і дна порожнини рота метастазування спостерігається значно раніше і часто має двобічний або перехресний характер, агресивний перебіг.

### **Класифікація раку язика за стадіями розвитку:**

#### **А. Міжнародна класифікація TNM.**

Класифікація за стадіями та за символами TNM при раку язика аналогічна, як і для інших відділів порожнини рота (дивись ст. № 64)

#### **Б. Вітчизняна:**

- I стадія** – пухлина до 1 см в найбільшому вимірі, що розповсюджується лише на глибину слизової оболонки та підслизового шару. Метастази відсутні.
- Па стадія** – пухлина або виразка більшого розміру, що вростає в товщу підлеглої м'язової тканини, але не виходить за середню лінію язика. Метастази відсутні.
- Пб стадія** – пухлина такого ж розміру або менша з наявністю однобічних поодиноких рухомих регіонарних метастазів.
- Ша стадія** – пухлина або виразка, що розповсюджується за середню лінію язика або на дно порожнини рота. Метастази відсутні.
- Шб стадія** – пухлина того ж розміру або менша, але при наявності множинних рухомих регіонарних метастазів або обмежено рухомих поодиноких метастазів.
- IV стадія** – пухлина, яка вражає більшу частину язика і розповсюджується не тільки на сусідні м'які тканини, але і на кістки лицьового скелету. Пухлини менших розмірів з нерухомими регіонарними метастазами або віддаленими метастазами.

## **Клініка.**

Клінічна картина раку слизової оболонки порожнини рота і язика в значній мірі визначається як локалізацією процесу, так і характером росту пухлини та стадією її розвитку. Виділяють три клінічних періоди розвитку раку порожнини рота (за **А.С. Пачесом**):

- I – початковий період (бідний симптомами):** на слизовій оболонці з'являються безболісні вузлики, тріщини, виразки, білі плями. Невдовзі з'являються біль, гіперсалівація, неприємний запах із рота.
- II – розвинений період:** внаслідок вторинних супутніх запальних змін у хворих виникають сильні болі з іррадіацією, утруднюється мова, хворі відмовляються від їжі, порушується сон, посилюється іхорозний запах із рота.
- III – період занедбаності захворювання:** рак швидко розповсюджується, процес є виключно агресивним. Пухлинний інфільтрат укривається виразками, піддається розпаду, що ще збільшує страждання хворого. З'являється постійна кровоточивість з пухлинної тканини. Внаслідок росту пухлини зменшується рухомість язика; проростання пухлини в ділянку жувальних м'язів приводить до контрактури (тризм). Постійно прогресують явища некрозу. Внаслідок обмеження рухомості язика можлива аспірація інфікованої слини та харчових мас, що сприяє розвитку супутніх захворювань органів дихання. Досить швидко наростає виснаження хворого.

В найближчі 2 – 3 місяці після перших ознак захворювання у хворого виникають збільшені регіонарні лімфатичні вузли, віддалені метастази спостерігаються досить рідко. Найбільш несприятливими локалізаціями в порожнині рота вважаються рак язика, дна ротової порожнини (особливо задніх відділів), слизової оболонки ретромолярної ділянки. Для цих локалізацій характерним є більш раннє, часто двобічне або перехресне метастазування і злоякісніший перебіг захворювання.

## **Діагностика.**

Проведення кваліфікованих профілактичних оглядів лікарями-стоматологами, ретельне обстеження, диспансеризація та лікування хворих з передпухлинними захворюваннями сприяє профілактиці та ранній діагностиці раку слизової оболонки порожнини рота.

**До обов'язкових методів обстеження належать:**

- огляд;
- пальпація пухлини та регіонарних лімфовузлів;
- рентгенографія легенів для визначення в них віддалених метастазів;
- морфологічна верифікація процесу.

Правильний ранній діагноз раку слизової оболонки ротової порожнини можна встановити на основі аналізу анамнестичних даних, детального огляду. Огляд ділянки ураження слід проводити з допомогою дзеркал, шпателя, гачка **Фарабефа**. Застосування стоматоскопії покращує результативність обстеження.

Для уточнення характеру патологічного осередку на слизовій оболонці доцільно застосувати прижиттєве фарбування толуїдиновим синім. Зона злоякісної пухлини утримує яскраво-синє забарвлення, нормальна тканина та зона лейкоплакії не забарвлюється.

Під час огляду та пальпації ретромолярної ділянки, дна порожнини рота, язика необхідно язик обережно захопити марлевою салфеткою за кінчик і максимально витягти останній вперед і вбік, протилежний розташуванню пухлини. Пальпацію дна порожнини рота, щоки, язика завжди слід проводити бімануально. Якщо пухлина локалізується в корені язика, необхідно зробити ларингоскопію, під час якої можна встановити характер розповсюдження процесу на ротоглотку та надгортанник. При підозрі на проростання злоякісної пухлини на прилеглі кісткові тканини необхідно рентгенологічне дослідження.

Вирішальна роль у встановленні діагнозу раку належить морфологічним дослідженням – цитологічному (дослідження мазків-відбитків, пунктатів лімфовузлів) та біопсії на фоні початої променевої терапії.

#### **Диференційна діагностика проводиться із:**

- передраковими захворюваннями
- неспецифічними запальними процесами
- хронічними виразками
- сифілісом
- туберкульозом
- актиномікозом
- аберантним зобом кореню язика
- доброякісними пухлинами.

#### **Лікування.**

Перед початком спеціального лікування слід провести санацію порожнини рота. Метод лікування раку слизової оболонки порожнини рота та язика визначається:

- локалізацією;
- ступенем розповсюженості;
- морфологічною формою пухлини;
- загальним станом хворого.

Найкращі результати отримують при застосуванні **комбінованих методів лікування**, що полягають у:

- використанні **передопераційного курсу променевої терапії (I етап)**
- наступним **електрохірургічним видаленням опроміненої пухлини (II етап)** і **лімфаденектомії** - широкого видалення одним блоком регіонарних лімфатичних вузлів, клітковини, що їх оточує та фасцій піднижньощелепної, підпідборідної та шийної ділянок.



## Методика лікування раку язика.

- При лікуванні раку передніх двох третин язика **I та II стадій** спочатку проводять дистанційну гамма-терапію з двох щічно-піднижньощелепних полів (сумарна вогнищева доза 40-45 Гр) в поєднанні з близькофокусною рентгенотерапією (сумарна доза 40-60 Гр). Через 3-4 тижні, після стихання явищ променевого епітеліиту та повної реалізації ефекту променевої терапії, виконують половинну електрорезекцію язика (в II стадії). При наявності регіонарних метастазів виконується верхня шийна ексцизія (у хворих на рак передньої третини язика) або фасціальне-футлярне видалення клітковини ший за **Пачесом**.
- При лікуванні раку язика **III стадії** проводиться дистанційна гамма-терапія сумарною вогнищевою дозою 40-45 Гр, яка може поєднуватись з близькофокусною рентгенотерапією (передні відділи язика) або внутрішньотканинною гамма-терапією. Після стихання променевих реакцій, а також достатньої регресії пухлини проводиться розширена операція з розтином тканин щоки та електрорезекцією всіх уражених тканин. Таким втручанням повинна передувати перев'язка язикових або зовнішніх сонних артерій та одночасна операція **Крайля**.
- Для цитостатичного лікування застосовують метотрексат, блеоміцин, комплексні сполуки платини, адриабластин. Найкраще вживати регіонарну внутрішньоартеріальну хіміотерапію.
- Хворим на рак язика **IV стадії** показане паліативне променеве лікування, в ряді випадків – регіонарна внутрішньоартеріальна хіміотерапія.

**При лікуванні раку кореня язика** внаслідок складного анатомічного розташування пухлини головним чином застосовують дистанційну гамма-терапію з захопленням зон метастазування сумарною вогнищевою дозою до 70 Гр.

**Принцип лікування раку слизової оболонки інших відділів порожнини рота** практично такий же, як і у хворих на рак язика, однак в залежності від анатомічного розташування має деякі особливості. На відміну від хірургії раку язика, показання до котрої розширюються завдяки вдосконаленню оперативної техніки багатьма видатними онкологами, оперативне лікування раку слизової оболонки інших відділів порожнини рота вважається малоперспективним.

Для лікування рецидивів раку язика та слизової оболонки порожнини рота останнім часом все частіше застосовується **метод кріодеструкції**.

## Реабілітація.

Радикальне лікування раку слизової оболонки порожнини рота і язика супроводжується значною травматизацією, що призводить до порушення процесу ковтання та артикуляції (мови). Тому дуже актуальним є питання відновного лікування, адекватної пластики післяопераційних дефектів тканин. Після комбінованого лікування з проведенням операції **Крайля** спостерігається стійка втрата працездатності, хворі підлягають комісуванню з встановленням II групи інвалідності.

## **Прогноз.**

Особливості прогнозу залежать від стадії захворювання, анатомічної форми та гістологічної структури пухлини, виду та своєчасності лікування. Найнесприятливіший прогноз у хворих на рак задньої половини порожнини рота і язика при наявності інфільтративних форм розповсюджених новоутворень. В І-ІІ стадіях при локалізації пухлини в передніх відділах язика виліковується 75%-50% хворих. Кращі результати дає комбінований метод лікування.

## **3.5. Матеріали для самоконтролю.**

### **А. Питання для самоконтролю.**

1. Фактори, які сприяють виникненню пухлин органів порожнини рота.
2. Передраки язика та слизової оболонки порожнини рота. Принципи лікування.
3. Епідеміологія раку язика та слизової оболонки порожнини рота.
4. Гістологічна класифікація пухлин органів порожнини рота.
5. Особливості перебігу ракового процесу слизової оболонки порожнини рота.
6. Клінічний перебіг раку язика. Шляхи метастазування.
7. Принципи лікування раку язика та слизової оболонки порожнини рота.
8. Фасціальне – футлярне видалення клітковини шиї за Пачесом.
9. Операція Крайля (покази, основні елементи).

## **РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА:**

### **Список основної літератури.**

1. Алгоритмы современной онкологии. /Под редакцией Щепотина И.Б., Бондаря Г.В., Ганула В.Л. - К.: Книга плюс- 2006.
2. Бондар Г.В., Попович О.Ю., Думанський Ю.В., Яковець Ю.І. та ін. Лекції з клінічної онкології. Том 1-2. — Донецьк, 2006-7.- 442 с.
3. Бондар Г.В., Вітенко І.С., Попович О.Ю. Паліативна медична допомога. Донецьк, Донеччина. - 2004. -150с.
5. Онкологія. /За ред. В.П.Баштана, А.Л.Одабашьяна, П.В.Шелешка - Тернопіль; Укрмедкнига, 2003.-316с.
6. Онкологія: Підручник — 3-те видання, перероб. і допТБ.Т.Білинський, Н.А.Володько, А.І.Гнатишак, О.О.Галай та ін.; За ред. Б.Т.Білинського - К. Здоров'я, 2004. - 528с.
7. Стариков В.И. Общая онкология: Учебное пособие.- Харьков: ХГМУ, 2001.- 72с.
7. Шевченко А.І. Онкологія. Електр. підручник для студентів вищих медичних закладів., Запоріжжя.-2006.
8. Щепотін І.Б., Ганул В.Л., Кліменко І.О. та ін. Онкологія.- К.:Книга плюс. -2006. - 496с.
9. Энциклопедия клинической онкологии. Руководство для практикующих врачей / М.И.Давыдов, Г.Л.Вышковский и др. - М.:РЛС - 2005,2004.-1536 с.
10. Sorkin V.M., Perehod LA. Clinical oncology(Lectures for medical students). Simferopol.-2007.- 136p.

### **Список додаткової літератури.**

1. Атлас онкологічних операцій / Під ред. Б.Е. Петерсона, В. І. Чиссова, А.І. Паче-са- М.: Медицина, 1987. -534с.
2. Гріневич Ю А , Каменець Л.Я. Основи клінічної імунології пухлин. -К.: Здоро-в'я.1986. -180с.
3. Переводчикова Н.И. Руководство по химиотерапии опухолевых заболеваний /Под ред. Н.И. Переводчиковой. - 2-е изд., доп.- М.: Практическая медицина,2005.- С.195-209.

## Б. Тесті вихідного рівня знань

1. Захворюваність раком слизової порожнини рота:
  - а) знижується
  - б) стабільна
  - в) підвищується
2. Найбільша частота раку слизової порожнини рота відзначається:
  - а) у державах Балтії
  - б) у середній смузі Росії
  - в) в Узбекистані
  - г) у Сибіру
3. Найбільш частою морфологічною формою злоякісних пухлин слизової порожнини рота є:
  - а) плоскоклітинний рак
  - б) саркома
  - в) мукоепідермоїдна пухлина
  - г) циліндрома
  - д) недиференційований рак
4. Найбільш частою локалізацією раку слизової порожнини рота є:
  - а) язик
  - б) дно порожнини рота
  - в) слизова щоки
  - г) слизова м'якого піднебіння
  - д) слизова альвеолярного відростка щелепи
5. Найбільше часто рак слизової оболонки порожнини рота метастазує у регіонарні лімфатичні вузли при локалізації:
  - а) у рухливій частині язика
  - б) у корені язика
  - в) у м'якому і твердому піднебінні
6. Превентивне фасціальне-футлярне висічення клітковини шиї виправдано:
  - а) при раку рухливої частини язика Іа стадії
  - б) при раку рухливої частини язика Па стадії
  - в) при раку кореня язика Па стадії
  - г) при раку слизової дна порожнини рота Па стадії
7. При наявності у хворого меланоми слизової оболонки м'якого піднебіння переважніше проводити:
  - а) хірургічне лікування
  - б) променеве лікування
  - в) хіміотерапію

- г) химиопроменеве лікування
- д) комбіноване лікування (операція і променева терапія)

8. Променева терапія в лікуванні раку слизової порожнини рота може бути застосована

- а) як самостійний радикальний метод
- б) як паліативний метод
- в) як етап комбінованого лікування
- г) правильні відповіді б) і в)
- д) усі відповіді правильні

9. У хворого 55 років рак Па стадії бічної поверхні мови в середній третині. Серед варіантів променевої терапії найбільш краща

- а) дистанційна у-терапія
- б) внутрішньо-тканинна променева терапія
- в) поєднана променева терапія
- г) правильні відповіді б) і в)
- д) правильні відповіді а) і б)

10. Превентивне опромінення регіонарних зон (лимфовузлів шиї) при раку язика вимагає підведення сумарних доз

- а) 30Гр
- б) 45-50Гр
- в) 60Гр
- г) правильної відповіді немає

### **В. Ситуаційні задачі для самоконтролю.**

1. У хворої З., 46 років, в стоматологічній поліклініці встановлене діагност: варикозна форма лейкоплакії слизової і оболонки лівої щоки. Де повинна лікуватись хвора? До якої клінічної групи вона належить?
2. Хворому Р., 54 років, встановлено попередній клінічний діагност: Рак слизової оболонки правої щоки. З метою уточнення діагнозу проведене цитологічне дослідження. Яка морфологічна картина характерна для даного діагнозу?
3. Хвора З. 60 років, звернулась із скаргами на біль під час ковтання, що виникла біля 3 тижнів тому і поступово посилюється. Під час огляду на боковій поверхні язика зліва виявлена виразка з переходом на слизову оболонку дна порожнини рота, до 2 см діаметром, болісна при пальпації, з кровоточивим дном, спостерігається обмеження рухомості язика. Оточуючі тканини інфільтровані. Поставте попередній діагност та вкажіть, які методи дослідження потрібно провести для уточнення діагнозу.

4. У хворого Д., 65 років, встановлено діагноз: рак бокової поверхні язика, T1-ІІN1M0. Опишіть клінічну картину та визначіть клінічну групу. В якому медично-му закладі повинен лікуватись хворий?
5. У хворого Н., 56 років, після клініко-морфологічного обстеження встановлено діагноз: рак переднього відділу дна ротової порожнини. Які допоміжні методи обстеження потрібно провести для визначення стадії ураження та вирішення питання про обсяг оперативного втручання в плані комбінованого лікування?
6. Хвора Д., 38 років, 4 дні тому виявила болісну язву на боковій поверхні язика відповідно розташуванню 7 зуба, коронка якого частково зруйнована каріозним процесом. Під час огляду визначається неглибока виразка з м'яким дном, вистеленим фібринозним нальотом, розміром до 1 см. З якими виразковими ураженнями слід проводити диференційну діагностику?
7. У хворого Ч., 49 років, встановлено діагноз: плоскоклітинний роговіючий рак передньої третини бокової поверхні язика T2N1M0. Визначить план лікування хворого. До якої клінічної групи в даний час він належить?
8. У хворого Д., 59 років, встановлено діагноз: рак переднього відділу слизової оболонки порожнини рота T2N1M0. Опишіть стан регіональних лімфовузлів. Складіть план лікування хворого.
9. Хворий У., 65 років, направлений в ООД з попереднім діагнозом: рак язика. На основі яких клінічних симптомів та лабораторних даних можна думати про це захворювання. Які відділи язика вражаються найчастіше?
10. У хворої З., 49 років, в щелепно-лицевому відділенні обласної лікарні видалена пухлина язика з клінічним діагнозом: Папілома язика. При патогістологічному дослідженні видаленого препарату встановлено діагноз "Плоскоклітинний роговіючий рак язика". Яка подальша тактика щодо хворого? Яку медичну документи слід оформити?