

**Министерство здравоохранения Украины
Высшее государственное учебное заведение Украины
«Украинская медицинская стоматологическая академия»**



«Утверждено»
на заседании №1 кафедры онкологии
Заведующий кафедры онкологии
д.мед.н., профессор Баштан
В.П. «
»_____2018г.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ
ВО ВРЕМЯ ПОДГОТОВКИ К ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ**

<i>Учебная дисциплина</i>	<i>Онкология</i>
<i>Модуль №</i>	<i>I</i>
<i>Содержательный модуль №</i>	<i>I</i>
<i>Тема занятия</i>	Рак губы
<i>Курс</i>	<i>V</i>
<i>Факультет</i>	<i>Медицинский №1, №2</i>

Полтава – 2018

ТЕМА: «РАК ГУБЫ» (РГ)

1. Актуальность темы.

Рак нижней губы чаще возникает у лиц, которые испытывают длительное влияние атмосферных факторов, таких, как изменение влажности, температуры, длительная инсоляция, курение табака, особенно трубки, хроническая травматизация губ. Рак губы- это заболевание, которое поражает красное обрамление губы, распространяясь на другие анатомические структуры и органы лица и полости рта. Одно из самых распространенных заболеваний головы и шеи, поражает людей как преклонного, так и возраста.

Большинство опухолей губы развиваются из покровного эпителия красного обрамления губ и выводных сальных и слюнных желез, которые находятся в их толще. Среди доброкачественных опухолей губы чаще всего встречаются папиллома и кератоакантома.

Врач – стоматолог, в первую очередь, может эту патологию когда больные обращаются к нему по поводу заболевания зубов, поэтому знание этого раздела обязательно для изучения студентами стоматологических факультетов.

2. Учебные цели занятия.

Знать:

- эпидемиологию, этиологию и патогенез рака губы;
- предраковые заболевания губы;
- методы диагностики рака губы;
- классификацию рака губы отечественную и по системе TNM;
- клиническую картину заболевания;
- принципы лечения:
 - а)лучевого;
 - б)хирургического;
 - в)комбинированного;
- сроки диспансерного наблюдения больных после радикального лечения рака губы;
- профилактика рака губы;
- факторы риска.

Уметь:

- диагностировать и лечить предраковые заболевания губы;
- проводить дифференциальную диагностику;
- брать материал для морфологического исследования:
 - а) цитологического;
 - б) проведение биопсии;
- оценить возможные осложнения, уметь их предотвращать;
- установить трудовой прогноз, уровень потери работоспособности;

3. Базовые знания, умения, навыки необходимые для изучения темы (междисциплинарная интеграция).

Дисциплины	Знать	Уметь
Анатомия	Анатомию, кровоснабжение и лимфатическую систему губы.	Оценивать результаты цитологического и гистологического исследований биоптатов. Оценивать результаты функциональных проб, радионуклидного исследования, показателей биохимических и общеклинических анализов крови и мочи. Проводить физикальное и клиническое обследование больных раком губы. Выполнять биопсию периферических метастатических лимфатических лимфоузлов.
Гистология	Структуру эпителия губы (количество слоев, их внешний вид, базальная мембрана)	
Хирургия	Общие принципы хирургического вмешательства.	
Патологическая анатомия	Гистологическую структуру опухолей губы.	
Общая физиология	Физиологическая значимость губы, как органа.	
Терапия	Методы общего обследования больных.	
Стоматология	Специальные методы обследования больных.	

4. Задание для самостоятельной работы во время подготовки к занятию.

4.1.Перечень основных сроков, параметров, характеристик, которые должен знать студент.

Терминология

Русский язык	Латинский язык
Опухоль	Tumor
Злокачественная опухоль	Tumor malignum
Рак нижней губы	Cancer labii inferior
Первая стадия	Gradus prima
Рак на месте	Cancer in situ
Метастаз	Metastasis
Поднижнечелюстной лимфоузел	Lymphonodulus submandibularis
Метастаз в подбородочный лимфоузел	Metastasis in L. n. submentalis
Продолжение заболевания	Prolongatio morbi

4.2. Теоретические вопросы к занятию.

4.3. Перечень учебных практических заданий, которые необходимо усвоить на практическом занятии:

1. Хейлоскопия.
2. Пальпаторное исследование губы и региональных лимфоузлов.
3. Взятие материала для цитологического исследования.
4. Пункция лимфоузлов.
5. Уметь формулировать диагноз злокачественного новообразования губы.
6. Составить план лечения.
7. Оформить медицинскую документацию.

Профессиональные алгоритмы относительно овладения навыками и умениями

Содержание темы.

Эпидемиология.

Рак губы возникает в участке красной каймы губы. У 90 – 95 % больных опухоль поражает нижнюю губу (90% больных – мужчины). Рак губы встречается преимущественно у людей 40 – 60 лет, однако может наблюдаться и у более молодых и более старших больных. Заболеваемость раком нижней губы в Украине составляет 4,1 на 100 тыс. населения.

Этиология.

Рак нижней губы чаще возникает у лиц, которые испытывают длительное влияние атмосферных факторов и хронической травматизации:

- длительная инсоляция;
- обветривание;
- повышенная влажность и температура;
- хроническая травматизация губ кариозными зубами и неправильно изготовленными протезами;
- микроожоги;
- хроническая травма в результате курения табака;
- вирусная инфекция и др.

Патогенез.

Вследствие дегенеративно-пролиферативных изменений клеток мальпигиевого слоя эпителия губы нарушаются процессы ороговения, что приводит к возникновению предракового состояния.

Согласно классификации Машкиллейсона облигатными предраками губы являются:

- предканцерозный абразивный хейлит Манганотти
- очаговый гиперкератоз красной каймы губы
- бородавчатый предрак красной каймы губы
- болезнь Боуэна.

Среди факультативных предраков наибольшую вероятность малигнизации имеют:

- папиллома
- эрозивная и бородавчатая формы лейкоплакии
- кожный рог, кератоакантома и др.
- хронический хейлит
- эрозивная и гиперкератотическая форма красной волчанки и плоского лишая
- хронические язвы и трещины губы при длительном существовании и отсутствии адекватного лечения также могут стать причиной возникновения рака.

Патологическая анатомия.

Рак нижней губы развивается из многослойного плоского эпителия красной каймы и в дальнейшем может распространяться на слизистую оболочку и кожу. Подавляющее большинство опухолей губы (80% - 95%) – это плоскоклеточный рак с ороговением, около 4% - 18% наблюдений приходится на формы без ороговения, очень редко – базальноклеточный и недифференцированный рак. Более злокачественное течение болезни наблюдается при плоскоклеточной форме рак без ороговения. Наиболее агрессивный – у недифференцированных форм.

Для рака губы характерным является лимфогенное метастазирование, отдаленные метастазы наблюдаются редко. Первым этапом метастазирования рака губы является подподбородочные и поднижнечелюстные лимфоузлы, вторым этапом – глубокие шейные лимфоузлы (позадичелюстные, вдоль внутренней яремной вены и сонной артерии), III этапом – надключичные.

Классификация.

В зависимости от распространенности опухолевого процесса отечественная классификация предусматривает рака губы на 4 стадии:

- I – ограниченная опухоль или язва размером до 1,5 см, ограниченная слизистой оболочкой или подслизистым слоем красной каймы, без метастазов;
- IIa – опухоль или язва, ограниченная слизистой оболочкой или подслизистым слоем красной каймы более чем 1,5 см, но не более половины губы, без метастазов;
- IIb – опухоль или язва таких же или меньших размеров, но при наличии метастазов в 1-2 подвижных регионарных лимфоузлах;
- IIIa – опухоль или язва, занимающая большую часть губы, с прорастанием в ее толщину или распространением на угол рта, щеку, мягкие ткани подбородка, без метастазов;
- IIIб – опухоль или язва таких же размеров или меньшего распространения, однако с наличием ограниченно подвижных регионарных метастазов;

IV – опухоль занимает большую часть губы с прорастанием всей толщи и распространением на костную ткань челюсти, с метастазами в неподвижных регионарных лимфоузлах, или любых размеров опухоль с отдаленными метастазами.

Классификация раков губы
(коды МКХ – О С00; С02 - 06) по системе TNM (5-ое издание, 1997 год)
Анатомические разделы и подразделы

Губа

- | | |
|---|---------|
| 1. Внешняя поверхность верхней губы (красная кайма) | – С00.0 |
| 2. Внешняя поверхность нижней губы (красная кайма) | – С00.1 |
| 3. Комиссуры губы | – С00.6 |

TNM Клиническая классификация

T — первичная опухоль

Tx — недостаточно данных для оценки первичной опухоли

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

T3 — опухоль свыше 4 см в наибольшем измерении

T4 — Губа: опухоль распространяется на смежные структуры (например, кортикальный слой кости, нижний альвеолярный нерв, дно ротовой полости, кожу лица).

N – регионарные лимфатические узлы

Nx — недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов

N₀ — нет признаков поражения регионарных лимфатических узлов

N₁ — метастазы в одном гомолатеральном лимфатическом узле до 3 см в наибольшем измерении

N₂ — метастазы в одном гомолатеральном лимфатическом узле до 6 см в наибольшем измерении, множественные метастазы в гомолатеральных лимфатических узлах, ни один из которых не превышает 6 см в наибольшем измерении, билатеральные контралатеральные лимфатические узлы размером до 6 см в наибольшем измерении

N_{2a} — метастаз в гомолатеральном лимфатическом узле до 6 см в наибольшем измерении

N_{2b} — множественные метастазы в гомолатеральных лимфатических узлах, ни один из которых не превышает 6 см в наибольшем измерении

N_{2c} — билатеральные, или контралатеральные метастатические лимфатические узлы размером до 6 см в наибольшем измерении

N₃ — метастазы в лимфатических узлах размером свыше 6 см в наибольшем измерении

Примечание: лимфатические узлы по средней линии тела считаются гомолатеральными.

М — отдаленные метастазы

Mx — недостаточно данных для выявления отдаленных метастазов

M0 — отдаленные метастазы не определяются

M1 — имеющиеся отдаленные метастазы

pTNM Патоморфологическая классификация

Категории pT, pN, pM отвечают категориям T, N и G.

pN0 – Материал для гистологического исследования после селективной шейной регионарной лимфаденэктомии должен включать не 6 лимфатических узлов. Материал для гистологического исследования после радикальной или модифицированной радикальной шейной лимфаденэктомии должен включать не 10 лимфатических узлов.

G – Гистопатологическая градация

Gx – Степень дифференциации опухоли не может быть определена

G1 – Высокая степень дифференциации

G2 – Средняя степень дифференциации

G3 – Низкая степень дифференциации

G4 – Недифференцированная опухоль

Группировка по стадиям

Стадия 0	Tis	N ₀	M0
Стадия I	T1	N ₀	M0
Стадия II	T2	N ₀	M0
Стадия III	T3	N ₀	M0
	T1	N ₁	M0
	T2	N ₁	M0
	T3	N ₁	M0
Стадия IVA	T4	N ₀	M0
	T4	N ₁	M0
	любое pT	N ₂	M0
Стадия IVB	любое pT	N ₃	M0
Стадия IVC	любое pT	любое N	M1

Клиника.

Клинические проявления рака губы достаточно многообразны. Различают экзофитные и эндофитные виды роста опухоли. **К экзофитным** принадлежат папиллярная и бородавчатая формы, к эндофитным – язвенная и язвенно-инфильтративная формы. Экзофитные формы возникают на фоне

папиллом, ограниченного очагового гиперкератоза. Эндофитные формы возникают на фоне хейлита Манганотти и другого деструктивного дискератоза. Течение эндофитных форм рака агрессивнее. Язвенная форма характеризуется постепенным углублением язвенной поверхности, дно язвы становится неровным, форма – неправильной, края возвышены, инфильтрированы, благодаря чему язва имеет кратерообразный вид. Сначала язва безболезненна, но в результате присоединения воспалительных явлений появляется боль.

При язвенно-инфильтративных формах рака губы зона инфильтрации значительно превышает зону деструкции и имеет плотную консистенцию.

Следует подчеркнуть, что ранние симптомы рака губы являются малозаметными и они обычно теряются на фоне существующего предракового процесса. Признаком малигнизации может быть усиление деструктивного процесса и появление инфильтрата. Обычно на грани красной каймы и кожи появляется жесткое уплотнение, которое напоминает струп. После снятия роговых масс обнажается розовая поверхность с мелкими сосками, покрытыми лимфой и капельками крови. Струп может отпадать самостоятельно, со временем возобновляясь. Темп роста опухолей от медленного к быстрому распространению на всю губу, более интенсивный при эндофитных формах рака. В более поздних периодах как экзофитные, так и эндофитные формы рака губы, прогрессируя, непременно приводят к возникновению инфильтративно-язвенных форм, что сопровождается образованием больших дефектов губы, угла рта, подбородка с переходом на нижнюю челюсть. На этой стадии развития болезни присоединяются значительные воспалительные явления. Состояние таких больных резко ухудшается и они погибают от истощения, присоединенной пневмонии или от кровотечения из распадающейся опухоли.

Диагностика.

Диагноз рака нижней губы основывается на данных осмотра как невооруженным глазом, так и при применении стоматоскопии (хейлоскопии). Эти методы дают возможность обнаружить характер и глубину язвы, увидеть валик инфильтрации вокруг язвенной формы рака, определить состояние окружающей слизистой оболочки, на фоне которой возникла ячейка новообразования. Применения прижизненного окрашивания 1% водным раствором толуидинового синего дают возможность увидеть зоны, подозрительные на малигнизацию (зоны предопухолевых образований остаются незакрашенными, а клетки рака фиксируют синий цвет).

Пальпация губы через всю ее толщину осуществляется большим и указательным пальцами, что дает возможность определить настоящие размеры опухоли. Пальпацию регионарных лимфоузлов следует проводить одновременно с обеих сторон. При подозрении на рак губы обязательно следует проводить цитологическое исследование мазков-отпечатков из опухолевой язвы: патологический участок очищается от корок, некротического налета, после чего берется материал для цитологического

исследования; исследуется также пунктат регионарных лимфоузлов. Биопсию желательно выполнять в условиях онкодиспансера.

Рак губы на начальных стадиях развития необходимо дифференцировать с предканцерозами, герпетическим хейлитом, туберкулезом и сифилисом. Туберкулезная язва очень болезненна, плоская, имеет вокруг себя венчик гиперемии; у сифилитической язвы подрывные края и “сальное” дно. Однако окончательное значение имеют морфологические и бактериологические данные, для сифилиса - серологические реакции.

Лечение.

Перед началом лечения больных следует убедить в необходимости прекратить курение табака и провести санацию полости рта. Для выбора метода лечения учитывается стадия, клиническая и морфологическая форма опухоли.

I стадия – лечение преимущественно лучевое (близкофокусная рентгенотерапия суммарной очаговой дозой к 70Гр). В случае радиорезистентных раков применяют хирургическое лечение: широкое прямоугольное, трапециевидное (но не клинообразное) электроиссечение с пластическим закрытием дефекта. Возможно применение криохирургических методов. Лимфатические узлы в I стадии не удаляют.

II стадия – для лечения первичного очага также применяют близкофокусную рентгенотерапию суммарной очаговой дозой до 70 Гр. При одиночных смещаемых регионарных метастазах (IIb стадия) – выполняется операция Ванаха или ее модификации (верхняя шейная лимфаденэктомия).

III стадия – лечение первичной опухоли лучевое или комбинировано. Дистанционная гамма-терапия как самостоятельный метод проводится к суммарной дозе 60 Гр. В отдельных случаях дистанционная гамма-терапия после достижения 40-45 Гр может быть дополнена близкофокусной рентгенотерапией или внутритканевой терапией гаммы к общей суммарной очаговой дозе 60-65 Гр. При IIIa стадии выполняется операция Ванаха по I или II варианту с профилактической целью. При IIIb стадии лечения регионарных метастазов комбинировано. Дистанционную гамма-терапию суммарной очаговой дозой 40 Гр на зоны регионарного метастазирования выполняют одновременно с проведением лучевой терапии первичного очага. Непосредственно после излечения первичной опухоли выполняется фасциально-футлярное удаление клетчатки шеи или операция Крайля.

IV стадия – при отсутствии отдаленных или множественных несмещаемых регионарных метастазов вполне оправданная попытка комбинированного лечения: проведение предоперационной дистанционной гамма-терапии в сочетании с расширенными и комбинированными операциями с широким удалением нижней губы, фронтального отдела нижней челюсти, дна полости

рта, а также двухстороннее удаление клетчатки с лимфоузлами зон метастазирования. С паллиативной целью возможное проведение телегамматерапии до 40 Гр. При кровотечении показанная перевязка внешних сонных артерий. Иногда значительной регрессии опухоли удастся достичь после проведения внутриартериальной регионарной химиотерапии (метотрексат, блеомицин).

При рецидивах рака губы после лучевой терапии показано широкое – не меньше 2 – 3 см от опухоли – электрохирургическое удаление или криохирургия.

Прогноз.

Прогноз зависит от стадии заболевания, особенностей гистологического строения опухоли, своевременности и адекватности лечения. Стойкое вылечивание при всех стадиях заболевания составляет 50%-70%. При I - II стадиях пятилетнее выживание наблюдается у 90% больных. Менее благоприятное течение наблюдается при формах рака без ороговения и особенно при малодифференцированных раках.

Материалы для самоконтроля.

А. Вопросы для самоконтроля.

1. Частота поражения раком губы.
2. Предраковые заболевания губ.
3. Этиология и патогенез рака губ.
4. Гистологическое строение рака губы.
5. Классификация рака губы по стадиям (отечественная).
6. Клинические стадии рака губы по системе TNM.
7. Принципы лечения больных раком губы в зависимости от стадии заболевания.
8. Отдаленные результаты лечения больных раком губы.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

а) Основная

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.
4. Онкологія. /За ред. В.П.Баштана, А.Л.Одабашьяна, П.В.Шелешка - Тернопіль; Укрмедкнига, 2003.-316с.
5. Онкологія: Підручник — 3-те видання, перероб. і доп Б.Т.Білінський, Н.А.Володько, А.І.Гнатишак, О.О.Галай та ін.; За ред. Б.Т.Білінського - К. Здо-ров'я, 2004. - 528с.
6. 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). Simfero-pol.-2007.- 136p.

б) Дополнительная

1. Выбранные лекции по клинической онкологии. Под ред. проф. Г.В.Бондаря и проф. С.В.Антиповой. Луганск, 2009. — 560 с.
2. Стандарты диагностики и лечения онкологических больных. Утверждено приказом Министерства здравоохранения Украины «Об утверждении протоколов предоставления медицинской помощи за специальностью «Онкология» от 17.09. 2007 № 554. - 199 с.
3. Руководство по химиотерапии опухолевых заболеваний. Под ред. Н.И.Переводчиковой. — Москва: Практическая медицина, 2005. — 704 с.

в) Методическая

- В.Е. Милерян. - Методические основы подготовки проведения учебных занятий в медицинских вузах (методическое пособие).- Киев, Крещатик. — 2003. — 80с.5.

Б. Тести исходного уровня знаний

1. Какие из перечисленных предраков принадлежит к облигатному:
 - а) абразивный преанцерозный хейлит Манганотти;
 - б) простая лейкоплакия;
 - в) хроническая трещина губы;
 - г) красный плоский лишай.
2. Какие гистологические формы рака губы встречаются чаще всего:
 - а) плоскоклеточный неороговевающий рак;
 - б) плоскоклеточный ороговевающий рак;
 - в) базальноклеточный рак;
 - г) недифференцированный рак.
3. Какие стадии рака губы считаются запущенными:
 - а) любая стадия с наличием регионарных метастазов;
 - б) только IV стадия;
 - в) III и IV стадия;
 - г) Только IV стадия с наличием отдаленных метастазов.
4. Укажите оптимальный метод лечения рака губы T1N0M0.
 - а) резекция нижней губы;
 - б) телегамматерапия;
 - в) близкофокусная рентгенотерапия;
 - г) регионарная химиотерапия.
5. Показание для проведения операции Крайля.
 - а) наличие метастазов в поднижнечелюстных лимфоузлах;
 - б) наличие нескольких (до 3) смещаемых, подвижных верхних шейных лимфоузлов;
 - в) наличие нескольких несмещаемых, неподвижных верхних шейных лимфоузлов;
 - г) операция выполняется с профилактической целью всем больным, начиная с II стадии рака губы.
6. К предракам нижней губы относят:
 - а) очаговый и диффузный гиперкератоз;
 - б) абразивный хейлит Манганотти;
 - в) лейкоплакия;
 - г) кожный рог;
 - д) кератоакантома;
 - е) эритроплакия;
 - ё) папиллома;
 - ж) правильно все перечисленное;
 - з) правильно все перечисленное, кроме 5,6;
 - и) правильно все перечисленное, кроме 1,2,6;
 - ї) правильно все перечисленное, кроме 3,5,6;

й) правильно все перечисленное, кроме 2,3,4.

7. Частота рака нижней губы имеет:

- а) тенденцию к росту;
- б) остается на том же уровне;
- в) тенденцию к уменьшению.

8. К факторам, которые способствуют возникновению рака нижней губы, относят:

- а) курение;
- б) травма;
- в) контакт с соединениями мышьяка;
- г) лучевая энергия;
- д) климатические условия;
- е) эндогенные факторы;
- ё) правильно все перечисленное, кроме 2,3;
- ж) правильно все перечисленное, кроме 5,6;
- з) правильно все перечисленное, кроме 2,4;
- и) правильно все перечисленное, кроме 2,4,6;
- й) правильно все.

9. Криодеструкцию первичной опухоли нижней губы применяют:

- а) при I стадии;
- б) при IIa стадии;
- в) при IIб стадии;
- г) при рецидиве опухоли;
- д) при всех перечисленных стадиях.

10. Операцию Ванаха превентивно есть смысл выполнять при раке нижней губы:

- а) IIб стадия;
- б) IIIб стадия;
- в) IVa стадия;
- г) IVб стадия;
- д) все ответы правильны.

В. Ситуационные задачи для самоконтроля.

1. Больному Ш., 56 лет, клинически установленный диагноз: Рак нижней губы.

1. Какая морфологическая картина характерная для рака данной локализации?
2. Какие облигатные предраковые процессы наблюдаются на красном обрамлении губы?
3. Какие морфологические методы исследования необходимо провести для верификации процесса?

2. Больной К., 45 лет, по специальности монтажник-высотник, обратился для врача-стоматолога с жалобой на наличие трещины нижней губы, существующей около 4 месяцев. Невзирая на применение смягчающих кремов, трещина не заживает. Составьте план обследования и лечения больного.

3. Врач-стоматолог поликлиники обнаружила у больного поражения нижней губы, подозрительное на рак.

1. К какой клинической группе относится больной?
2. Какова последующая тактика врача-стоматолога?

4. У больного плоскоклеточный ороговевающий рак нижней губы T1N0M0. Составьте оптимальный план лечения больного.

5. Больному П., 54л., по поводу преинвазивного хейлита Манганноти безуспешно проводилось лечение аппликациями витамина "А". Где должен лечиться больной и какое лечение нужно применять? К какой клинической группе необходимо отнести больного?

6. Во время профилактического осмотра на предприятии у больного Л., 49л., обнаружено злокачественное новообразование нижней губы III ст. Какие документы следует оформить на обнаруженного больного?

7. У больного П., 55л., в центре нижней губы наблюдается язва 2 см в диаметре с валикообразными краями, наблюдается инфильтрация тканей, окружающих язву. Поставьте предварительный диагноз. В какие лимфатические узлы возможны метастазы? Определите стадию заболевания и план лечения больного.

8. В стоматологическую клинику обратился больной Р., 58л., с жалобами на наличие язвы на нижней губе, которую он обнаружил неделю тому назад. Во время осмотра установлено, что язва на красном обрамлении губы, в пределах слизистой оболочки и подслизистого слоя овальной формы, 1,4 на 0,6 см, с валикообразными краями, малоболлезненная, подлежащие ткани

инфильтрированы. В правой поднижнечелюстной области определяется безболезненный, плотный, подвижный лимфоузел диаметром до 1,5 см. Поставьте предварительный диагноз. В какие лимфатические узлы возможны метастазы? Какие вспомогательные методы обследования нужно провести? Определите стадию заболевания, клиническую группу и план лечения больного.

9. У больного Д., 59л., установлен диагноз: рак нижней губы, Пб ст., Па кл.гр. Через три недели по окончании полного курса близкофокусной рентгенотерапии на первичный очаг отмечается полная регрессия опухоли с эпителизацией зоны облучения. Какой план лечения больного?

10. У больного Д., 57л., после проведенной близкофокусной рентгенотерапии суммарной очаговой дозой 70 Гр по поводу рака нижней губы (Па ст), через 2 месяца по окончании рентгенотерапии на красной кайме нижней губы наблюдается язва до 0.5 см с инфильтрированным дном. Поставьте предварительный диагноз. Определите тактику обследования и лечения больного.