

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



«Утверждено»
на заседании кафедры онкологии №2
Заведующий кафедры онкологии
д.мед.н., профессор Баштан В.П.

«1» сентября 2018 г.

**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 слизистой ротовой полости
<i>Курс</i>	<i>V</i>
<i>Факультет</i>	<i>Медицинский</i>

Полтава – 2018

ТЕМА : Злокачественные опухоли слизистой оболочки ротовой полости и языка

1. Актуальность темы.

В последнее время наблюдается непрерывный рост заболеваемости раком языка и слизистой оболочки полости рта. Клиническое течение злокачественных опухолей этих локализаций характеризуется особенной агрессивностью. Неблагоприятная ситуация осложняется также теми обстоятельствами, что около 75% больных попадают в онкологические заведения в III - IV стадии опухолевого процесса, то есть с далеко распространенными формами новообразований. Это предопределено недостаточным знанием клиники опухолевых процессов врачами общелечебной сети, особенно стоматологами, отсутствием у них онкологической настороженности. Лечение больных злокачественными новообразованиями языка и слизистой оболочки полости рта до настоящего времени является одним из наиболее актуальных и сложных заданий онкологии, а отдаленные результаты остаются неутешительными. В этой связи очень перспективным направлением в решении проблемы повышения эффективности лечения больных раком языка и слизистой оболочки полости рта является улучшение диагностики. Принимая во внимание визуальную локализацию процесса, стоматологи должны сделать все от них зависимое, чтобы обнаруживать у абсолютного большинства больных это грозное заболевание на стадии местно-ограниченного опухолевого роста T1N0M0, согласно Международной классификации по системе TNM.

2. Конкретные учебные цели.

Знать :

1. Эпидемиологию рака слизистой оболочки полости рта и языка.
2. Предраковые заболевания полости рта и языка.
3. Патогистологическую структуру рака слизистой оболочки ротовой полости и языка.
4. Современные методы диагностики злокачественных опухолей.
5. Современные методы лечения.
6. Принципы диспансеризации и больных злокачественными опухолями.

Уметь:

1. Проводить дифференциальную диагностику с другими заболеваниями.
2. Проводить клиническое обследование больного с подозрением на рак слизистой оболочки полости рта и языка.
3. Брать материал для цитологического и гистологического исследования.
4. Делать оценку результатов обследования больных.
5. Обосновывать клинический диагноз.
6. Составить план лечения больного.
7. Заполнять медицинскую документацию.

8. Проводить санитарно-просветительную работу.

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

Дисциплины	Знать	Уметь
Анатомия	Анатомию, кровоснабжение и лимфатическую систему языка и слизистой полости рта.	Оценивать результаты цитологического и гистологического исследований биоптатов. Оценивать результаты функциональных проб, радионуклидного исследования, показателей биохимических и обще-клинических анализов крови и мочи. Проводить физикальное и клиническое обследование больных опухолями слизистой полости рта. Выполнять биопсию периферических метастатических лимфатических лимфоузлов.
Гистология	Гистологическую структуру языка и слизистой полости рта.	
Хирургия	Общие принципы хирургического вмешательства.	
Патологическая анатомия	Гистологическую структуру опухолей языка и слизистой полости рта.	
Общая физиология	Нормы функционирования языка и слизистой полости рта.	
Патологическая физиология	Патология функции языка и слизистой полости рта.	
Терапия	Методы общего обследования больных опухолями языка и слизистой полости рта.	

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
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:

Стоматоскопия.

1. Пальпаторное (бимануальное) исследование слизистой оболочки полости рта и языка.

2. Пальпаторное обследование регионарных лимфатических узлов.
3. Взятие материала для цитологического исследования.
4. Биопсия опухоли.
5. Уметь формулировать диагноз злокачественного новообразования с определением стадии заболевания и клинической группы.
6. Составлять план лечения больного и диспансерного наблюдения в зависимости от клинической группы.
7. Проводить санитарно-просветительную работу с населением.

Профессиональные алгоритмы относительно овладения навыками и умениями

Содержание темы.

Эпидемиология.

Заболеваемость раком слизистой оболочки полости рта, языка в 1999 году в Украине составляла 5,2 на 100 тыс. населения. Мужчины болеют в 5-7 раз чаще чем женщины. Так, рак слизистой оболочки полости рта в Украине у мужчин составлял 4,4 % всех злокачественных опухолей, а у женщин – 0,8%.

В структуре злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта рак языка составляет около 60%, рак слизистой оболочки дна полости рта около 20%, рак слизистой оболочки щек – около 10%, дальше идет рак неба и слизистой оболочки альвеолярных отростков. Чаще всего болеют люди в возрасте 50-70 лет, но нередко встречаются и больные значительно моложе.

В географическом плане наивысшая заболеваемость наблюдается в республиках Центральной Азии, Пакистане, Индии, что связано с бытовыми привычками и характером питания.

Этиология.

Начало рака слизистой оболочки полости рта и языка можно объяснить с позиций полиэтиологической теории происхождения рака. Механические раздражения, температурные, химические, биологические факторы, не будучи специфическими, при неудовлетворительном гигиеническом состоянии ротовой полости инициируют развитие как предраковых состояний, так затем и самого рака. Кариозные зубы с острыми краями выявляются примерно у 50%, а несовершенные ортопедические конструкции – у 10% больных раком языка. Факторами, которые способствуют увеличению заболеваемости, принадлежат также курения табака, закладывание под язык наса, жевания бетеля, ожоги этиловым алкоголем и др. В результате действия этих факторов слизистой оболочка языка и ротовой полости грубеет, теряет эластичность, излишне ороговевает – проявляется дискератоз в той или другой форме.

Передраковые заболевания.

Согласно современным классификациям (А.Л. Машкиллейсон), к предраковым заболеваниям, которые предшествуют развитию рака слизистой оболочки ротовой полости принадлежат:

- **болезнь Боуэна** (облигатный предрак)
- **группа факультативных предраков с большей потенциальной злокачественностью**
 - лейкоплакия эрозивная и веррукозная
 - папиллома и папилломатоз неба
- **группа факультативных предраков с меньшей потенциальной злокачественностью**
 - лейкоплакия плоская
 - хронические язвы слизистой оболочки полости рта

- эрозивные и гиперкератотические формы красного плоского лишая
- красная волчанка
- пострентгеновский стоматит и др.

Патологическая анатомия.

Макроскопически рак слизистой оболочки ротовой полости встречается в виде:

А. Экзофитных форм, к которым принадлежат:

- папиллярные
- бородавчатые (веррукозные) опухоли

Б. Эндофитных форм, среди которых следует различать:

- язвенные
- инфильтративные
- язвенно-инфильтративные опухоли

- **Экзофитные формы** рака встречаются у 20% - 30% больных и имеют вид сосочковых, бородавчатых или грибовидных образований на широком основании.
- **Эндофитные формы** - среди них чаще наблюдаются язвенные (30% - 40%), для которых характерное наличие язвы с валикообразными возвышенными краями, инфильтрованными стенками и основанием. Инфильтративные формы чаще всего наблюдаются в участке задней трети языка (около 5%) и характеризуются наличием плотного инфильтрата под неизменной слизистой оболочкой. В результате последующего развития процесса начальные формы рака приобретают характер язвенно-инфильтративных.

Гистологически 90% злокачественных эпителиальных опухолей слизистой полости рта - это плоскоклеточные раки с ороговением, иногда встречаются раки без ороговения и недифференцированные. По гистологическому строению рак передних отделов языка преимущественно является плоскоклеточным с ороговением, то есть высокодифференцированным. Ближе к корню языка встречается рак плоскоклеточный без ороговения, который является менее дифференцированным, и переходные формы. Низкодифференцированный рак (главным образом корня языка) составляет около 2% - 3%. В области корня языка и неба встречаются также железистый рак, мукоэпидермоидный рак и аденокистозные карциномы (цилиндры), которые возникают из малых слюнных желез.

Пути метастазирования:

Метастазирование почти всегда носит лимфогенный характер. Метастазами поражаются преимущественно регионарные лимфатические узлы. Гематогенные метастазы в отдаленные органы наблюдаются достаточно редко.

Регионарными лимфоузлами для слизистой оболочки полостей рта и языка считаются:

- подподбородочные
- поднижнечелюстные
- заглочные
- верхние глубокие шейные

Самой постоянной и самой многочисленной группой первичных лимфатических узлов является цепочка глубоких шейных лимфатических узлов. Особенно часто наблюдается поражение этих регионарных лимфатических узлов у больных раком корня языка (до 70%).

Первый этап метастазирования.

- для рака **переднего отдела полости рта и языка** являются лимфоузлы:
 - а) поднижнечелюстные
 - б) подподбородочные
- для рака **задних отделов полости рта и задней трети языка** являются глубокие шейные лимфоузлы:
 - а) верхние
 - б) средние
 - в) окологлоточные

Второй этап метастазирования.

- метастазирование в шейные лимфоузлы

Третий этап метастазирования.

- метастазирование в надключичные лимфоузлы.

У больных раком языка и дна полости рта метастазирования наблюдается значительно раньше и часто имеет двусторонний или перекрестный характер, агрессивный ход.

Классификация рака языка за стадиями развития:

А. Международная классификация TNM.

Классификация по стадиям и по символам TNM при раке языка аналогична, как и для других отделов полости рта

Б. Отечественная:

I стадия – опухоль до 1 см в наибольшем измерении, распространяющаяся лишь на глубину слизистой оболочки и подслизистого слоя. Метастазы отсутствуют.

IIa стадия – опухоль или язва большего размера, врастающая в толщу подлежащей мышечной ткани, но не выходящая за среднюю линию языка. Метастазы отсутствуют.

IIб стадия – опухоль такого же размера или меньше с наличием односторонних одиночных подвижных регионарных метастазов.

IIIa стадия – опухоль или язва, распространяющаяся за среднюю линию языка или на дно полости рта. Метастазы отсутствуют.

IIIb стадия – опухоль того же размера или меньше, но при наличии множественных подвижных регионарных метастазов или ограниченно подвижных одиночных метастазов.

IV стадия – опухоль, которая поражает большую часть языка и распространяется не только на соседние мягкие ткани, но и на кости лицевого скелета. Опухоли меньших размеров с неподвижными регионарными метастазами или отдаленными метастазами.

Клиника.

Клиническая картина рака слизистой оболочки полости рта и языка в значительной степени определяется как локализацией процесса, так и характером роста опухоли и стадией ее развития. Выделяют три клинических периода развития рака полости рта (по **А.С. Пачесу**):

I – начальный период (бедный симптомами): на слизистой оболочке появляются безболезненные узелки, трещины, язвы, белые пятна. Вскоре появляются боль, гиперсаливация, неприятный запах из рта.

II – развитой период: в результате вторичных сопутствующих воспалительных изменений у больных возникают сильные боли с иррадиацией, затрудняется речь, больные отказываются от еды, нарушается сон, усиливается ихорозный запах из рта.

III – период запущенности заболевания: рак быстро распространяется, процесс является исключительно агрессивным. Опухолевый инфильтрат покрывается язвами, поддается распаду, что еще увеличивает страдание больного. Появляется постоянная кровоточивость из опухолевой ткани. В результате роста опухоли уменьшается подвижность языка; прорастание опухоли в участок жевательных мышц приводит к контрактуре (тризм). Постоянно прогрессируют явления некроза. В результате ограничения подвижности языка возможная аспирация инфицированной слюны и пищевых масс, что содействует развитию сопутствующих заболеваний органов дыхания. Достаточно быстро нарастает истощение больного.

В ближайшие 2 – 3 месяца после первых признаков заболевания у больного возникают увеличенные регионарные лимфатические узлы, отдаленные метастазы наблюдаются достаточно редко. Наиболее неблагоприятными локализациями в полости рта считаются рак языка, дна ротовой полости (особенно задних отделов), слизистой оболочки ретромолярного участка. Для этих локализаций характерным является более раннее, часто двустороннее или перекрестное метастазирование и более злокачественный ход заболевания.

Диагностика.

Проведение квалифицированных профилактических осмотров врачами-стоматологами, тщательное обследование, диспансеризация и лечение

больных с предопухолевыми заболеваниями способствуют профилактике и ранней диагностике рака слизистой оболочки полости рта.

К обязательным методам обследования относятся:

- осмотр;
- пальпация опухоли и регионарных лимфоузлов;
- рентгенография легких для определения в них отдаленных метастазов;
- морфологическая верификация процесса.

Правильный ранний диагноз рака слизистой оболочки ротовой полости можно установить на основе анализа анамнестических данных, подробного осмотра. Осмотр участка поражения следует проводить с помощью зеркал, шпателя, крючка **Фарабефа**. Применение стоматоскопии улучшает результативность обследования.

Для уточнения характера патологического очага на слизистой оболочке целесообразно применить прижизненное окрашивание толудиновым синим. Зона злокачественной опухоли удерживает ярко-синюю расцветку, нормальная ткань и зона лейкоплакии не окрашивается.

Во время осмотра и пальпации ретромолярного участка, дна полости рта, языка необходимо язык осторожно захватить марлевой салфеткой за кончик и максимально вытянуть последний вперед и в сторону, противоположную расположению опухоли. Пальпацию дна полости рта, щеки, языка всегда следует проводить бимануально. Если опухоль локализуется в корне языка, необходимо сделать ларингоскопию, во время которой можно установить характер распространения процесса на ротоглотку и надгортанник. При подозрении на прорастание злокачественной опухоли на прилегающие костные ткани необходимо рентгенологическое исследование.

Решающая роль в установлении диагноза рака принадлежит морфологическим исследованиям – цитологическому (исследование мазков-отпечатков, пунктатов лимфоузлов) и биопсии на фоне начатой лучевой терапии.

Дифференциальная диагностика проводится с:

- предраковыми заболеваниями
- неспецифическими воспалительными процессами
- хроническими язвами
- сифилисом
- туберкулезом
- актиномикозом
- аберрантным зубом корня языка
- доброкачественными опухолями.

Лечение.

Перед началом специального лечения следует провести санацию полости

рта. Метод лечения рака слизистой оболочки полости рта и языка определяется:

- локализацией;
- степенью распространенности;
- морфологической формой опухоли;
- общим состоянием больного.

Наилучшие результаты получают при применении **комбинированных методов лечения, которые заключаются в:**

- использовании **предоперационного курса лучевой терапии (I этап)**
- следующим **электрохирургическим удалением облученной опухоли (II этап)** и **лимфаденэктомии** - широкого удаления одним блоком регионарных лимфатических узлов, окружающей клетчатки и фасций поднижнечелюстного, подподбородочного и шейных участков.

Методика лечения рака языка.

- При лечении рака передних двух третей языка **I и II стадий** сначала проводят дистанционную гамма-терапию с двух щечно-поднижнечелюстных полей (суммарная очаговая доза 40-45 Гр) в сочетании с близкофокусной рентгенотерапией (суммарная доза 40-60 Гр). Через 3-4 недели, после стихания явлений лучевого эпителиита и полной реализации эффекта лучевой терапии, выполняют половинную электрорезекцию языка (во II стадии). При наличии регионарных метастазов выполняется верхняя шейная эксцизия (у больных раком передней трети языка) или фасциально-фулярное удаление клетчатки шеи по Пачесу.
- При лечении рака языка **III стадии** проводится дистанционная гамма-терапия суммарной очаговой дозой 40-45 Гр, которая может сочетаться с близкофокусной рентгенотерапией (передние отделы языка) или внутритканевой гамма-терапией. После стихания лучевых реакций, а также достаточной регрессии опухоли проводится расширенная операция со рассечением тканей щеки и электрорезекцией всех пораженных тканей. Таким вмешательством должны предшествовать перевязка язычных или внешних сонных артерий и одновременная операция Крайля.
- Для цитостатического лечения применяют метотрексат, блеомицин, комплексные соединения платины, адриабластин. Лучше всего употреблять регионарную внутриартериальную химиотерапию.
- Больным раком языка **IV стадии** показано паллиативное лучевое лечение, в ряде случаев – регионарная внутриартериальная химиотерапия.

При лечении рака корня языка в связи со сложным анатомическим расположением опухоли главным образом применяют дистанционную

терапию гаммы с вовлечением зон метастазирования суммарной очаговой дозой до 70 Гр.

Принцип лечения рака слизистой оболочки других отделов полости рта практически такой же, как и у больных раком языка, однако в зависимости от анатомического расположения имеет некоторые особенности. В отличие от хирургии рака языка, показания к которой расширяются благодаря совершенствованию оперативной техники многими выдающимися онкологами, оперативное лечение рака слизистой оболочки других отделов полости рта считается малоперспективным.

Для лечения рецидивов рака языка и слизистой оболочки полости рта в последнее время все чаще применяется **метод криодеструкции**.

Реабилитация.

Радикальное лечение рака слизистой оболочки полости рта и языка сопровождается значительной травматизацией, что приводит к нарушению процесса глотания и артикуляции (речи). Поэтому очень актуальным является вопрос восстановительного лечения, адекватной пластики послеоперационных дефектов тканей. После комбинированного лечения с проведением операции **Крайля** наблюдается стойкая потеря работоспособности, больные подлежат комиссованию с установлением II группы инвалидности.

Прогноз.

Особенности прогноза зависят от стадии заболевания, анатомической формы и гистологической структуры опухоли, вида и своевременности лечения. Самый неблагоприятный прогноз у больных раком задней половины полости рта и языка при наличии инфильтративных форм распространенных новообразований. В I-II стадиях при локализации опухоли в передних отделах языка вылечивается 75%-50% больных. Лучшие результаты дает комбинированный метод лечения.

Материалы для самоконтроля.

А.Вопросы для самоконтроля.

1. Факторы, которые способствуют возникновению опухолей органов полости рта.
2. Предраки языка и слизистой оболочки полости рта. Принципы лечения.
3. Эпидемиология рака языка и слизистой оболочки полости рта.
4. Гистологическая классификация опухолей органов полости рта.
5. Особенности течения ракового процесса слизистой оболочки полости рта.
6. Клиническое течение рака языка. Пути метастазирования.
7. Принципы лечения рака языка и слизистой оболочки полости рта.
8. Фасциально – футлярное удаление клетчатки шеи по Пачесу.
9. Операция Крайля (показания, основные элементы).

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

а) Основная.

1. Онкология. Под ред. Б.Т. Билинского, Ю.М. Стернюка, Я. В. Шпарика. – Киев: «Здоров'я», 2004. – 527 с.
2. Черенков В.Г. Клиническая онкология: Руководство для студентов и врачей. М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 1999р – 384 с.
3. Злокачественные новообразования. Сборник научных работ (выпуск 5). Материалы НПК “Современные подходы к диагностике и лечению больных злокачественными опухолями головы и шеи”, г. Судак, 29 – 30 мая 2003р. Киев 2003.
4. Онкология. Под ред. В.П. Баштана, А.Л. Одабаш'яна, П.В. Шелешка. – Тернополь: Укрмедкнига, 2003. – 313 с.
5. Онкология. Под ред. І.Б.Щепотина. – Киев: «Книга плюс», 2006. – 496 с.
6. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. М.: Медицина, 1983.-416 с.
7. Пачес А.И. и др. Злокачественные опухоли полости рта, глотки и гортани.-М.:Медицина, 1988. 304с.:ил.
8. Дунаевский В.А., Шеломенцев Ю.А. Предопухолевые заболевания и злокачественные опухоли слизистых оболочек полости рта. Л.:Медицина, 1986.- 184.:ил.
9. Соловьев М.М. Онкологические аспекты в стоматологии. М.: Медицина, 1983, 160 с.
10. Справочник по онкологии. Под ред. С.А.Шалимова, Ю.А.Гриневича, Д.В.Мясоедова. – Киев: «Здоровье», 2009. – 576 с.

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. Заболеваемость раком слизистой полости рта:
 - а) снижается
 - б) стабильная
 - в) повышается
2. Наибольшая частота рака слизистой полости рта отмечается:
 - а) в государствах Балтии
 - б) в средней полосе России
 - в) в Узбекистане
 - г) в Сибири
3. Наиболее частой морфологической формой злокачественных опухолей слизистой полости рта является:
 - а) плоскоклеточный рак
 - б) саркома
 - в) мукоэпидермоидная опухоль
 - г) цилиндрома
 - д) недифференцированный рак
4. Наиболее частой локализацией рака слизистой полости рта является:
 - а) язык
 - б) дно полости рта
 - в) слизистая щеки
 - г) слизистая мягкого неба
 - д) слизистая альвеолярного отростка челюсти
5. Чаще всего рак слизистой оболочки полости рта метастазирует в регионарные лимфатические узлы при локализации:
 - а) в подвижной части языка
 - б) в корне языка
 - в) в мягком и твердом небе
6. Превентивное фасциально-фуллярное иссечение клетчатки шеи оправдано:
 - а) при раке подвижной части языка Ia стадии
 - б) при раке подвижной части языка Pa стадии
 - в) при раке корня языка Pa стадии
 - г) при раке слизистой дна полости рта Pa стадии
7. При наличии у больного меланомы слизистой оболочки мягкого неба наиболее целесообразно проводить:
 - а) хирургическое лечение
 - б) лучевое лечение
 - в) химиотерапию

- г) химиолучевое лечение
- д) комбинированное лечение (операция и лучевая терапия)

8. Лучевая терапия в лечении рака слизистой полости рта может быть применена

- а) как самостоятельный радикальный метод
- б) как паллиативный метод
- в) как этап комбинированного лечения
- г) правильные ответы б) и в)
- д) все ответы правильны

9. У больного 55 лет рак Па стадии боковой поверхности языка в средней трети. Среди вариантов лучевой терапии наиболее лучшая

- а) дистанционная гамма-терапия
- б) внутритканевая лучевая терапия
- в) сочетанная лучевая терапия
- г) правильные ответы б) и в)
- д) правильные ответы а) и б)

10. Превентивное облучение регионарных зон (лимфоузлов шеи) при раке языка требует подведения суммарных доз

- а) 30Гр
- б) 45-50Гр
- в) 60Гр

г) правильного ответа нет.

В. Ситуационные задачи для самоконтроля.

1. У больной З., 46 лет, в стоматологической поликлинике установлено диагноз: веррукозная форма лейкоплакии слизистой оболочки левой щеки. Где должна лечиться больная? К какой клинической группе она принадлежит?
2. Больному Г., 54 лет, установлен предварительный клинический диагноз: Рак слизистой оболочки правой щеки. С целью уточнения диагноза проведено цитологическое исследование. Какая морфологическая картина характерная для данного диагноза?
3. Больная З. 60 лет, обратилась с жалобами на боль во время глотания, возникла около 3 недель назад и постепенно усиливается. Во время осмотра на боковой поверхности языка слева обнаружена язва с переходом на слизистую оболочку дна полости рта, до 2 см диаметром, болезненная при пальпации, с кровоточивым дном, наблюдается ограничение подвижности языка. Окружающие ткани инфильтрированы. Поставьте предварительный диагноз и укажите, какие методы исследования нужно провести для уточнения диагноза.
4. У больного Д., 65 лет, установлен диагноз: рак боковой поверхности языка, T1N1M0. Опишите клиническую картину и определите клиническую группу. В каком медицинском заведении должен лечиться больной?
5. У больного Н., 56 лет, после клинико-морфологического обследования установлен диагноз: рак переднего отдела дна ротовой полости. Какие вспомогательные методы обследования нужно провести для определения стадии поражения и решения вопроса об объеме оперативного вмешательства в плане комбинированного лечения?
6. Больная Д., 38 лет, 4 дни назад обнаружила болезненную язву на боковой поверхности языка соответственно расположению 7 зуба, коронка которого частично разрушена кариозным процессом. Во время осмотра определяется неглубокая язва с мягким дном, устланным фибринозным налетом, размером 1 см. С какими язвенными поражениями следует проводить дифференциальную диагностику?
7. У больного Ч., 49 лет, установлен диагноз: плоскоклеточный ороговевающий рак передней трети боковой поверхности языка T2N1M0. Определит план лечения больного. К какой клинической группе в настоящее время он принадлежит?

8. У больного Д., 59 лет, установлен диагноз: рак переднего отдела слизистой оболочки полости рта T2N1M0. Опишите состояние региональных лимфоузлов. Составьте план лечения больного.

9. Больной В., 65 лет, направленный в ООД с предыдущим диагнозом: рак языка. На основе каких клинических симптомов и лабораторных данных можно думать об этом заболевании. Какие отделы языка поражаются чаще всего?

10. У больной З., 49 лет, в челюстно-лицевом отделении областной больницы удалена опухоль языка с клиническим диагнозом: Папиллома языка. При патогистологическом исследовании удаленного препарата установлен диагноз "Плоскоклеточный ороговевающий рак языка". Какая последующая тактика относительно больного? Какую медицинскую документацию следует оформить?