

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



«Затверджено»
на засіданні №1 кафедри онкології
завідувач кафедри онкології
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>	Рак губи
<i>Курс</i>	<i>V</i>
<i>Факультет</i>	<i>Медичний №1, №2</i>

Полтава – 2018

Тема: “Рак губи”

1. Актуальність теми.

Рак нижньої губи частіше виникає в осіб, які зазнають тривалого впливу атмосферних факторів, таких як зміна вологості, температура, тривала інсоляція, паління тютюну, особливо люльки, хронічна травматизація губ. Рак губи це захворювання, яке вражає червону облямівку губи, розповсюджуючись на інші анатомічні структури і органи обличчя та порожнини рота. Одне з найпоширеніших захворювань голови та шиї, вражає людей як похилого, так і цілком працездатного віку.

Більшість пухлин губи розвивається з покривного епітелію червоної облямівки губ та вивідних проток сальних та слинних залоз, що знаходиться у їх товщі. Серед доброякісних пухлин губи найчастіше трапляються папілома та кератоакантома.

Лікар – стоматолог, насамперед, може виявити цю патологію коли хворі звертаються до нього з приводу захворювання зубів, тому що знання цього розділу обов'язкове для вивчення студентами стоматологічних факультетів.

2. Навчальні цілі заняття.

Знати :

- епідерміологію, етіологію та патогенез раку губи;
- передракові захворювання губи;
- методи діагностики раку губи;
- класифікацію раку губи вітчизняну та за системою TNM;
- клінічну картину захворювання;
- принципи лікування:
 - а)променевого;
 - б)хірургічного;
 - в)комбінованого;
- терміни диспансерного спостереження хворих після радикального лікування раку губи;
- профілактика раку губи;
- фактори ризику.

Вміти:

- виявляти і лікувати передракові захворювання губи;
- проводити диференційну діагностику;
- брати матеріал для морфологічного дослідження:
 - а) цитологічного;
 - б) проведення біопсії;
- оцінити можливі ускладнення, уміти їх запобігати;
- встановити трудовий прогноз, рівень втрати працездатності;

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

Дисципліни	Знати	Вміти
Анатомія	Анатомію ШМ, кровопостачання та лімфатичну систему губи.	Оцінювати результати цитологічного та гістологічного досліджень біоптатів. Оцінювати результати функціональних проб, радіонуклідного дослідження, показників біохімічних та загальноклінічних аналізів крові та сечі. Проводити фізикальне та клінічне обстеження хворих на рак губи. Виконувати біопсію периферичних метастатичних лімфатичних лімфовузлів.
Гістологія	Структуру епітелію губи (кількість шарів, рядів, їх зовнішній вигляд, базальна мембрана)	
Хірургія	Загальні принципи хірургічного втручання.	
Патологічна анатомія	Гістологічну структуру пухлин губи.	
Загальна фізіологія	Фізіологічна значимість губи, як органу.	
Терапія	Методи загального обстеження хворих.	
Стоматологія	Спеціальні методи обстеження хворих.	

Термінологія

Українська мова	Російська мова	Латинська мова
Пухлина, новоутворення	Опухоль	Tumor
Злоякісна пухлина	Злокачественная опухоль	Tumor malignum
Рак нижньої губи	Рак нижней губы	Cancer labii inferior
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

Практичні навички по темі:

1. Хейлоскопія.
2. Пальпаторне дослідження губи та регіональних лімфовузлів.
3. Взяття матеріалу для цитологічного дослідження.
4. Пункція лімфовузлів.
5. Вміти формулювати діагноз злоякісного новоутворення губи.
6. Скласти план лікування.
7. Оформити медичну документацію.

Зміст теми заняття

Епідеміологія.

Рак губи виникає в ділянці червоної облямівки губи. В 90 – 95 % хворих пухлина уражає нижню губу (90% хворих – чоловіки). Рак губи зустрічається переважно у людей 40 – 60 років, однак може спостерігатись і у молодших та старіших хворих. Захворюваність на рак нижньої губи в Україні становить 4,1 на 100 тис. населення.

Етіологія.

Рак нижньої губи частіше виникає у осіб, які зазнають тривалого впливу атмосферних чинників і хронічної травматизації:

- тривала інсоляція;
- обвітрювання;
- зміна вологості й температури;
- хронічна травматизація губ каріозними зубами та неправильно виготовленими протезами;
- мікроопіки;
- хронічна травма внаслідок паління тютюну;
- вірусна інфекція та ін.

Патогенез.

В наслідок дегенеративно-проліферативних змін клітин мальпігієвого шару епітелію губи порушуються процеси ороговіння, що призводить до виникнення передракового стану.

Згідно класифікації Машкіллейсона облігатними передраками губи є:

- передканцерозний абразивний хейліт Манганотті,
- вогнищевий гіперкератоз червоної облямівки губи,
- бородавчастий передрак червоної облямівки губи
- хвороба Боуена.

Серед факультативних передраків більш високу вірогідність малігнізації мають:

- папілома,
- ерозивна і бородавчаста форми лейкоплакії,
- шкірний ріг, кератоакантома та ін.,
- хронічний хейліт,
- ерозивна та гіперкератотична форма червоного вовчака і плоского лишая,
- хронічні виразки та тріщини губи при тривалому існуванні та відсутності адекватного лікування також можуть стати причиною виникнення раку.

Патологічна анатомія.

Рак нижньої губи розвивається з багатошарового плоского епітелію червоної облямівки і в подальшому може поширюватись на слизову оболонку і шкіру. Переважна більшість пухлин губи (80% - 95%) – це плоскоклітинний рак з ороговінням, близько 4% - 18% спостережень припадають на форми без ороговіння, дуже

рідко – базальноклітинний і недиференційований рак. Більш злоякісний перебіг хвороби спостерігається при плоскоклітинній формі раку без ороговіння. Найбільш агресивний – у недиференційованих форм.

Для раку губи характерним є лімфогенне метастазування, віддалені метастази спостерігаються рідко. Першим етапом метастазування раку губи є підпідборідні і піднижньощелепні лімфовузли, другим етапом – глибокі шийні лімфовузли (позадущелепні, вздовж внутрішньої яремної вени і сонної артерії), III етапом – надключичні.

Класифікація.

В залежності від розповсюдженості пухлинного процесу вітчизняна класифікація передбачає розподіл раку губи на 4 стадії:

- I – обмежена пухлина або виразка розміром до 1,5 см, обмежена слизовою оболонкою або підслизовим шаром червоної облямівки, без метастазів;
- IIa – пухлина або виразка, обмежена слизовою оболонкою або підслизовим шаром червоної облямівки більш ніж 1,5 см, але не більше половини губи, без метастазів;
- IIb – пухлина або виразка таких же або менших розмірів, але при наявності метастазів в 1-2 рухомих регіонарних лімфовузлах;
- IIIa – пухлина або виразка, що займає більшу частину губи, з проростанням в її товщину або поширенням на кут рота, щоку, м'які тканини підборіддя, без метастазів;
- IIIb – пухлина або виразка таких же розмірів або менше поширена, однак з наявністю обмежено рухомих регіонарних метастазів;
- IV – пухлина займає більшу частину губи з проростанням всієї товщини і розповсюдженням на кісткову тканину щелепи, з метастазами в нерухомих регіонарних лімфовузлах, або будь-яких розмірів пухлина з віддаленими метастазами.

Класифікація раків губи

(коди МКХ – О C00; C02 - 06) за системою TNM (5-е видання, 1997 рік)

Анатомічні розділи та підрозділи

Губа

- | | |
|--|---------|
| 1. Зовнішня поверхня верхньої губи (червона кайма) | – C00.0 |
| 2. Зовнішня поверхня нижньої губи (червона кайма) | – C00.1 |
| 3. Комісури губи | – C00.6 |

TNM Клінічна класифікація

- T — первинна пухлина
- T_x — недостатньо даних для оцінки первинної пухлини
- T₀ — первинна пухлина не визначається
- T_{is} — преінвазивна карцинома (carcinoma in situ)
- T₁ — пухлина до 2 см у найбільшому вимірі
- T₂ — пухлина до 4 см у найбільшому вимірі
- T₃ — пухлина понад 4 см у найбільшому вимірі

T₄ — Губа: пухлина поширюється на суміжні структури (наприклад, кортикальний шар кістки, нижній альвеолярний нерв, дно ротової порожнини, шкіру лица).

N – регіонарні лімфатичні вузли

N_x – недостатньо даних для оцінки стану регіонарних лімфатичних вузлів

N₀ – немає ознак ураження регіонарних лімфатичних вузлів

N₁ – метастази в одному гомолатеральному лімфатичному вузлі до 3 см у найбільшому вимірі

N₂ – метастази в одному гомолатеральному лімфатичному вузлі до 6 см у найбільшому вимірі, або чисельні метастази в гомолатеральних лімфатичних вузлах, жоден з яких не перевищує 6 см у найбільшому вимірі, або білатеральні, або контралатеральні лімфатичні вузли розміром до 6 см у найбільшому вимірі

N_{2a} – метастаз у гомолатеральному лімфатичному вузлі до 6 см у найбільшому вимірі

N_{2b} — чисельні метастази в гомолатеральних лімфатичних вузлах, жоден з яких не перевищує 6 см у найбільшому вимірі

N_{2c} — білатеральні, або контралатеральні метастатичні лімфатичні вузли розміром до 6 см у найбільшому вимірі

N₃ — метастази в лімфатичних вузлах розміром понад 6 см у найбільшому вимірі

Примітка: лімфатичні вузли по середній лінії тіла вважаються гомолатеральними.

M — віддалені метастази

M_x — недостатньо даних для виявлення віддалених метастазів

M₀ — віддалені метастази не визначаються

M₁ — наявні віддалені метастази

pTNM Патоморфологічна класифікація

Категорії pT, pN, pM відповідають категоріям T, N та M.

pN0 – Матеріал для гістологічного дослідження після селективної шийної регіонарної лімфаденектомії повинен включати не менше 6 лімфатичних вузлів. Матеріал для гістологічного дослідження після радикальної чи модифікованої радикальної шийної лімфаденектомії повинен включати не менше 10 лімфатичних вузлів.

G – Гістопатологічна градація

G_x – Ступінь диференціації пухлини не може бути визначений

G1 – Високий ступінь диференціації

G2 – Середній ступінь диференціації

G3 – Низький ступінь диференціації

G4 – Недиференційована пухлина

Групування за стадіями

Стадія 0	T _{is}	N ₀	M ₀
Стадія I	T ₁	N ₀	M ₀
Стадія II	T ₂	N ₀	M ₀
Стадія III	T ₃	N ₀	M ₀
	T ₁	N ₁	M ₀
	T ₂	N ₁	M ₀
	T ₃	N ₁	M ₀
Стадія IVA	T ₄	N ₀	M ₀
	T ₄	N ₁	M ₀
	будь-яке pT	N ₂	M ₀
Стадія IVB	будь-яке pT	N ₃	M ₀
Стадія IVC	будь-яке pT	будь-яке N	M ₁

Клініка.

Клінічні прояви раку губи досить різноманітні. Розрізняють екзофітні та ендофітні види росту пухлини. **До екзофітних** належать папілярна та бородавчаста форми, **до ендофітних** – виразкова та виразково-інфільтративна форми. Екзофітні форми виникають на фоні папілом, обмеженого вогнищового гіперкератозу. Ендофітні форми виникають на фоні хейліту Манганотті та інших деструктивних дискератозів. Перебіг ендофітних форм раку агресивніший. Виразкова форма характеризується поступовим поглибленням виразкової поверхні, дно виразки стає нерівним, форма – неправильною, краї підвищені, інфільтровані, завдяки чому виразка має кратероподібний вигляд. Спочатку виразка безболісна, але внаслідок приєднання запальних явищ з'являється біль.

При виразково-інфільтративних формах раку губи зона інфільтрації значно перевищує зону деструкції і має щільну консистенцію.

Слід підкреслити, що ранні симптоми раку губи є малопомітними і вони зазвичай губляться на фоні існуючого передракового процесу. Ознакою малігнізації може бути посилення деструктивного процесу та поява інфільтрату. Звичайно на межі червоної облямівки і шкіри з'являється жорстке ущільнення, яке нагадує струп. Після зняття рогових мас оголюється рожева поверхня з дрібними сосочками, покритими лімфою та крапельками крові. Струп може відпадати самостійно, з часом поновлюючись. Темп росту пухлин від повільного до швидкого поширення на всю губу, більш інтенсивний при ендофітних формах раку. В більш пізніх періодах як екзофітні, так і ендофітні форми раку губи, прогресуючи, неодмінно приводять до виникнення інфільтративно-виразкових форм, що супроводжується утворенням великих дефектів губи, кута рота, підборіддя з переходом на нижню щелепу. На цій стадії розвитку хвороби приєднуються значні запальні явища. Стан таких хворих різко погіршується і вони гинуть від виснаження, приєднаної пневмонії або від кровотечі з пухлини, що розпадається.

Діагностика.

Діагноз раку нижньої губи ґрунтується на даних огляду як неозброєним оком, так і з застосування стоматоскопії (хейлоскопії). Ці методи дають змогу виявити характер та глибину виразки, побачити валик інфільтрації навколо виразкової форми раку, визначити стан оточуючої слизової оболонки, на тлі якої виник осередок новоутворення. Застосування прижиттєвого фарбування 1% водним розчином толуїдинового синього дають змогу побачити зони, підозрілі на малігнізацію (зони передпухлинних утворень залишаються незафарбованими, а клітини раку фіксують синій колір).

Пальпація губи через всю її товщину здійснюється великим і вказівним пальцями, що дає змогу визначити справжні розміри пухлини. Пальпацію регіонарних лімфовузлів слід проводити одночасно з обох боків. При підозрі на рак губи обов'язково слід проводити цитологічне дослідження мазків-відбитків із пухлинної виразки: патологічна ділянка очищується від кірок, некротичного нальоту, після чого береться матеріал для цитологічного дослідження; досліджується також пунктат регіонарних лімфовузлів. Біопсію бажано виконувати в умовах онкодиспансеру.

Рак губи на початкових стадіях розвитку необхідно диференціювати з передканцерозами, герпетичним хейлітом, туберкульозом і сифілісом. Туберкульозна виразка дуже болюча, плоска, має навколо себе вінчик гіперемії; у сифілітичній виразки підриті краї і "сальне" дно. Однак остаточне значення мають морфологічні і бактеріологічні дані, для сифілісу - серологічні реакції.

Лікування.

Перед початком лікування хворих слід переконати в необхідності припинити паління тютюну і провести санацію порожнини рота. Для вибору методу лікування враховується стадія, клінічна і морфологічна форма пухлини.

I стадія – лікування переважно променеве (близькофокусна рентгенотерапія сумарною осередковою дозою до 70Гр). У випадку радіорезистентних раків застосовують хірургічне лікування: широке прямокутне, трапецієподібне (але не клиноподібне) електровисічення з пластичним закриттям дефекту. Можливе застосування кріохірургічних методів. Лімфатичні вузли в I стадії не видаляють.

II стадія – для лікування первинного вогнища також застосовують близькофокусну рентгенотерапію сумарною осередковою дозою до 70 Гр. При поодиноких зміщуваних регіонарних метастазах (IIb стадія) – виконується операція Ванаха або її модифікації (верхня шийна лімфаденектомія).

III стадія – лікування первинної пухлини променеве або комбіноване. Дистанційна гама-терапія як самостійний метод проводиться до сумарної дози 60 Гр. В окремих випадках дистанційна гама-терапія після досягнення 40-45 Гр може бути доповнена близькофокусною рентгенотерапією або внутрішньотканинною гама-терапією до загальної сумарної вогнищевої дози 60-65 Гр. При IIIa стадії виконується операція Ванаха за I або II варіантом із профілактичною метою. При IIIb стадії лікування регіонарних метастазів комбіноване. Дистанційну гама-терапію су-

марною осередковою дозою 40 Гр на зони регіонарного метастазування виконують одночасно з проведенням променевої терапії первинного вогнища. Безпосередньо після вилікування первинної пухлини виконується фасціальне-футлярне видалення клітковини шиї або операція Крайля.

IV стадія – при відсутності віддалених або множинних незміщуваних регіонарних метастазів цілком виправдана спроба комбінованого лікування: проведення передопераційної дистанційної гама-терапії в поєднанні з розширеними і комбінованими операціями з широким видаленням нижньої губи, фронтального відділу нижньої щелепи, дна порожнини рота, а також двобічне видалення клітковини з лімфовузлами зон метастазування. З паліативною метою можливе проведення телегамматерапії до 40 Гр. При кровотечі показана перев'язка зовнішніх сонних артерій. Інколи значної регресії пухлини вдається досягти після проведення внутрішньоартеріальної регіонарної хіміотерапії (метотрексат, блеоміцин).

При рецидивах раку губи після променевої терапії показане широке – не менше 2 – 3 см від пухлини – електрохірургічне видалення або кріохірургія.

Прогноз.

Прогноз залежить від стадії захворювання, особливостей гістологічної будови пухлини, своєчасності та адекватності лікування. Стійке вилікування при всіх стадіях захворювання становить 50%-70%. При I - II стадіях п'ятирічне виживання спостерігається у 90% хворих. Менш сприятливий перебіг спостерігається при формах раку без ороговіння і, особливо при малодиференційованих раках.

ГРАФ ЛОГІЧНОЇ СТРУКТУРИ ПО ТЕМІ: “Рак губи”

1. Спеціалізована онкологічна допомога (дивись додаток №1)

2. Профогляди

- Збір скарг
- Збір анамнезу захворювання та життя
- Огляд шкіри та видимих слизових оболонок
- Пальпація периферичних лімфатичних вузлів
- Пальпація щитовидної залози

3. Звітна онкологічна документація

- Ф № 090/У
- Ф № 027/У
- Ф № 066/У
- Уч. ф № У-30-6

4. Клінічні групи в онкології

- I а
- I б
- II а
- II
- III
- IV

5. Клінічна класифікація по стадіям

6. Класифікація по системі TNM

7. Групи підвищеного ризику в онкології

8. Соціальна та трудова реабілітація онкохворих

3.5. Матеріали для самоконтролю.

А. Питання для самоконтролю.

1. Частота ураження раком губи.
2. Передракові захворювання губ.
3. Етіологія та патогенез рака губ.
4. Гістологічна будова рака губи.
5. Класифікація рака губи, за стадіями (вітчизняна).
6. Клінічні стадії рака губи за системою ТНМ.
7. Принципи лікування хворих на рак губи в залежності від стадії захворювання.
8. Віддалені результати лікування хворих на рак губи.

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.
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.Т.Б.Т.Білінський, Н.А.Володько, А.І.Гнатишак, О.О.Галай та ін.; За ред. Б.Т.Білінського - К. Здоров'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.

Список додаткової літератури.

1. Атлас онкологічних операцій / Під ред. Б.Е. Петерсона, В. І. Чиссова, А.І. Пачеса- М.: Медицина, 1987. -534с.
2. Гріневич Ю А , Каменець Л.Я. Основи клінічної імунології пухлин. -К.: Здоров'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. Тести вихідного рівня знань

1. Який із перерахованих передраків належить до облігатного:
 - а) абразивний преканцерозний хейліт Манганотті;
 - б) проста лейкоплакія;
 - в) хронічна тріщина губи;
 - г) червоний плоский лишай.
2. Які гістологічні форми раку губи зустрічаються найчастіше:
 - а) плоскоклітинний нероговіючий рак;
 - б) плоскоклітинний роговіючий рак;
 - в) базальноклітинний рак;
 - г) недиференційований рак.
3. Які стадії раку губи вважаються запущеними:
 - а) будь-яка стадія з наявністю регіонарних метастазів;
 - б) тільки IV стадія;
 - в) III та IV стадія;
 - г) Тільки IV стадія з наявністю віддалених метастазів.
4. Вкажіть оптимальний метод лікування раку губи T1N0M0.
 - а) резекція нижньої губи;
 - б) телегаматерапія;
 - в) близькофокусна рентгенотерапія;
 - г) регіонарна хіміотерапія.
5. Показання для проведення операції Крайля.
 - а) наявність метастазів в піднижньощелепних лімфовузлах;
 - б) наявність декількох (до 3) зміщуваних, рухомих верхніх шийних лімфовузл;
 - в) наявність декількох незміщуваних, нерухомих верхніх шийних лімфовузлів;
 - г) операція виконується з профілактичною метою всім хворим, починаючи з II стадії раку губи.
6. До передраків нижньої губи відносять:
 - а) вогнищевий та дифузний гіперкератоз;
 - б) абразивний хейліт Манганноті;
 - в) лейкоплакія;
 - г) шкіряний ріг;
 - д) кератоаканмома;
 - е) еритроплакія;
 - є) папілома;
 - ж) правильно все перераховане;
 - з) правильно все перераховане, крім 5,6;
 - и) правильно все перераховане, крім 1,2,6;
 - ї) правильно все перераховане, крім 3,5,6;
 - й) правильно все перераховане, крім 2,3,4;

7. Частота раку нижньої губи має:
- а) тенденцію до зросту;
 - б) зостається на тому ж рівні;
 - в) тенденцію до зменшення.
8. До факторів, які сприяють виникненню раку нижньої губи, відносять:
- а) куріння;
 - б) травма;
 - в) контакт зі з'єднаннями миш'яку;
 - г) променева енергія;
 - д) кліматичні умови;
 - е) ендогенні фактори;
 - є) правильно все перераховане, крім 2,3;
 - ж) правильно все перераховане, крім 5,6;
 - з) правильно все перераховане, крім 2,4;
 - и) правильно все перераховане, крім 2,4,6;
 - й) правильно все.
9. Кріодеструкцію первинної пухлини нижньої губи приміняють:
- а) при І стадії;
 - б) при Іа стадії;
 - в) при Іб стадії;
 - г) при рецидиві пухлини;
 - д) при всіх перерахованих стадіях.
10. Операцію Ванаха превентивно є сенс виконувати при раці нижньої губи:
- а) Іб стадія;
 - б) ІІб стадія;
 - в) ІVa стадія;
 - г) ІVб стадія;
 - д) всі відповіді правильні.

В. Ситуаційні задачі для самоконтролю.

1. Хворому Ш., 56 років, клінічно встановлений діагноз: Рак нижньої губи.
- а) Яка морфологічна картина характерна для рака даної локалізації?
 - б) Які облігатні передракові процеси спостерігаються на червоній облямівці губи?
 - в) Які морфологічні методи дослідження необхідно провести для верифікації процесу?
2. Хворий К., 45 років, за фахом монтажник-висотник, звернувся для лікаря-стоматолога зі скаргою на наявність тріщини нижньої губи, що існує біля 4 місяців. Незважаючи на застосування пом'якчуючих кремів, тріщина не загоюється. Складіть план обстеження та лікування хворого.

3. Лікар-стоматолог поліклініки виявила у хворого ураження нижньої губи, підозріле на рак.
1. До якої клінічної групи належить хворий?
 2. Яка подальша тактика лікаря-стоматолога?
4. У хворого плоскоклітинний роговіючий рак нижньої губи T1N0M0. Складіть оптимальний план лікування хворого.
5. Хворому П., 54р., з приводу преканцерозного хейліту Манганноті безуспішно проводилося лікування аплікаціями вітаміну "А". Де повинен лікуватися хворий і яке лікування потрібно застосовувати? До якої клінічної групи необхідно занести хворого?
6. Під час якого профілактичного огляду на підприємстві у хворого Л., 49р., виявлено злоякісне новоутворення нижньої губи III ст. Які документи слід оформити на виявленого хворого?
7. У хворого Ш., 55р., в центрі нижньої губи спостерігається виразка 2 см в діаметрі, з валікоподібними краями, спостерігається інфільтрація тканин, що оточують виразку. Поставте попередній діагноз? В які лімфатичні вузли можливі метастази? Визначте стадію захворювання та план лікування хворого.
8. В стоматологічну клініку звернувся хворий Є., 58р., зі скаргами на наявність виразки на нижній губі, яку він виявив тому. Під час огляду встановлено, що виразка на червоній облямівці справа, в межах слизової оболонки та підслизового шару овальної форми, 1,4 на 0,6 см, з валікоподібними краями, малоболісна, підлеглі тканини інфільтровані. В правій під нижньощелепній ділянці визначається безболісний, щільний, рухливий лімфовузол діаметром до 1,5 см. Поставте попередній діагноз. В які лімфатичні вузли можливі метастази? Які допоміжні методи обстеження потрібно провести? Визначте стадію захворювання, клінічну групу та план лікування хворого.
9. У хворого Д., 59р., встановлено діагноз: рак нижньої губи, IIб ст., IIа кл.гр. Через три тижні після закінчення повного курсу близькофокусної рентгенотерапії на первинне вогнище відмічається повна регресія пухлини з епітелізацією зони опромінення. Який план лікування хворого?
10. У хворого Д., 57р., після проведеної близькофокусної рентгенотерапії сумарною вогнищевою дозою 70 Гр з приводу раку нижньої губи (IIа ст), через 2 місяці після закінчення рентгенотерапії на червоній облямівці нижньої губи спостерігається виразка до 0.5 см з інфільтрованим дном. Поставте попередній діагноз? Визначте тактику обстеження та лікування хворого?