

РАК РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ

Захворюваність на рак ротової порожнини у світі в 2018 р. становила **4.0** випадків на 100 тис. населення (стандартизований показник, світовий стандарт, ASR). В Україні становила **6.1** випадків на 100 тис. населення. Найвищі показники захворюваності (грубі) у Сумській (**8.1** ‰), Одеській (**6.2** ‰), Черкаській (**7.6** ‰), Вінницькій (**7.3** ‰) областях, Чернівецькій (**6.1** ‰), Житомирській (**7.1** ‰) а найнижчі – у

Чернівецькій **3.7**, Львівській (**4.8** ‰), Рівненській – (**5.4** ‰). Чоловіки хворіють у п'ять-сім разів частіше за жінок. Найчастіше хворіють люди віком 60-70 років. Захворюваність на рак губи і ротової порожнини становить близько **1,5** % всіх злоякісних пухлин людини. Найчастіше хвороба спостерігається в окремих країнах Азії: Пакистані **12.2**, Бангладеш **9.5**, Індії **9.1**, Шрі Ланці **7.6**, а також в Австралії **7.1**. Низькі в Азербайджані **0.65**, Китаї **1.3**, Казахстані **2.7**, Японії **3.0**.

Епідеміологія. В Україні в 2018 р. захворюваність становила **6.1** випадку на 100000 населення (грубий показник) і **4.5** на 100 000 населення (стандартизований показник, світовий стандарт, ASR). Чоловіки хворіють у 5–7 разів частіше, ніж жінки (відповідно **10.1** : **2.6**, грубі показники). Переважно хворіють люди віком 60–70 років (багаторічні курці та люди, які зловживають алкоголем). Захворюваність на рак язика становить приблизно 1,5 % всіх злоякісних пухлин людини. У структурі злоякісних пухлин слизової оболонки порожнини рота рак становить майже 80 %.

Етіологія. Виникненню раку сприяють хронічна травматизація гострими уламками зубів, невдало пристосованими протезами, хронічні опіки етиловим алкоголем, гострою та гарячою їжею, куріння.

Передракові захворювання. Передраковими захворюваннями вважають лейкоплакію, лейкокератоз, еритроплакію, хронічні виразки та тріщини язика.

Патологічна анатомія. Злоякісні пухлини, які виникають у порожнині рота, – це переважно різні види плоскоклітинного раку. Іншим джерелом злоякісних пухлин є малі слинні залози, а пухлини, які з них виникають, мають залозисту структуру. Значно рідше трапляються пухлини меланогенної системи і м'яких тканин.

За своєю гістологічною структурою злоякісні пухлини язика – це здебільшого плоскоклітинний роговіючий рак. Нероговіючі форми раку спостерігаються рідше.

На язика вирізняють три основні форми росту пухлини: папілярну, виразкову та інфільтративну.

Папілярна форма має вигляд щільних виростів над слизовою оболонкою. Деструкція з'являється пізніше.

При *виразковій формі*, найчастіше по бічній поверхні язика, з'являється плоска виразка з некротичним дном і валикоподібним краєм. При рості пухлини виразкування збільшується, основа виразки інфільтрується.

Для *інфільтративної форми* раку характерна наявність у товщі язика щільної пухлини без чітких меж. Пухлина швидко збільшується в розмірах, виразкує.

Регіонарні лімфатичні вузли. Регіонарними для слизової оболонки порожнини рота та язика вважаються шийні лімфатичні вузли (*див.* мал. 21). Віддалені метастази трапляються рідко. Анатомічну схему класифікації стадій раку язика показано на мал. 23.

КЛАСИФІКАЦІЯ РАКУ ПОРОЖНИНИ РОТА ЗА СИСТЕМОЮ TNM⁷ (2009) є спільною з раком губи. (C01-C08,C46.2)

Первинна пухлина(T)

| | |
|------------|---|
| Tx | Первинну пухлину неможливо оцінити |
| T0 | Первинна пухлина не візуалізується |
| Tis | Рак in situ |
| T1 | Пухлина 2 см і менше в діаметрі у найбільшому вимірі |
| T2 | Пухлина більше 2 см, але менше 4 см в діаметрі у найбільшому вимірі |
| T3 | Пухлина більше 4 см в діаметрі у найбільшому вимірі |
| T4a | Помірно запущена пухлина* |

| | |
|------------|--|
| T4b | Дуже запущена пухлина. Пухлина поширюється на жувальний простір, крилоподібну пластинку або основу черепа і/або охоплює внутрішню сонну артерію* |
|------------|--|

*Губа: пухлина поширюється на кортикальний шар кістки, нижній альвеолярний нерв, дно ротової порожнини, шкіру лица (напр., на щоки або ніс)

Ротова порожнина: пухлина поширюється на сусідні структури (напр., через кортикальний шар кістки (верхньої або нижньої щелепи) у глибокі (внутрішні) м'язи язика (підборідно-під'язиковий, під'язиково-язиковий, піднебінно-язиковий, шило-під'язиковий), верхньощелепний синус, шкіру лица)

** *поверхнева ерозія без втягнення кістки/зуба через ясна не є достатнім критерієм для виставлення стадії ТА.*

Регіонарні лімфатичні вузли (N)*

| | |
|------------|---|
| Nx | Регіонарні лімфатичні вузли неможливо оцінити N0 Регіонарні лімфатичні вузли без особливостей |
| N1 | Метастанз в одному іпсилатеральному лімфатичному вузлі, діаметром 3 см або менше у найбільшому вимірі |
| N2 | Метастанз в одному іпсилатеральному лімфатичному вузлі, діаметром більше 3 см але менше 6 см у найбільшому вимірі; або множинні метастази в іпсилатеральних лімфатичних вузлах, діаметром не більше 6 см у найбільшому вимірі; або метастази у білатеральних чи контралатеральних лімфатичних вузлах, діаметром не більше 6 см у найбільшому вимірі |
| N2a | Метастанз в одному іпсилатеральному лімфатичному вузлі, діаметром більше 3 см але менше 6 см у найбільшому вимірі |
| N2b | Множинні метастази в іпсилатеральних лімфатичному вузлі, діаметром не більше 6 см у найбільшому вимірі с Метастази у білатеральних чи контралатеральних лімфатичних вузлах, діаметром не більше 6 см у найбільшому вимірі |
| N3 | Метастанз у лімфатичний вузол, діаметром більше 6 см у найбільшому вимірі |

*Примітка: *регіонарними лімфатичними вузлами є шийні. Серединні лімфатичні вузли вважаються іпсилатеральними лімфатичними вузлами.*

Віддалені метастази (M)

| | |
|-----------|------------------------------|
| M0 | Віддалені метастази відсутні |
| M1 | Віддалені метастази наявні |

Патогістологічна класифікація

Категорії pT та pN відповідають категоріям T та N.

pN0 - Патогістологічна категорія pN0 виставляється при відсутності метастазів у 6 і більше лімфатичних вузлах після селективної лімфодисекції шийта 10 і більше лімфатичних вузлах після M0дификованої або радикальної лімфодисекції ший.

- Коли всі лімфатичні вузли при дослідженні є негативними, однак їх кількість недостатня - класифікувати як pN0.

- Коли для визначення критерію pM важливим є розмір, то до уваги береться розмір метастазу, а не цілого лімфатичного вузла.

Гістологічна диференціація

Gx Ступінь диференціації пухлини визначити неможливо G1 Високий ступінь диференціації G2 Проміжний ступінь диференціації G3 Низький ступінь диференціації G4 Недиференційована пухлина

Групування за стадіями

| Стадія | T | N | M |
|--------|-----|----|----|
| 0 | Tis | N0 | M0 |
| I | T1 | N0 | M0 |
| II | T2 | N0 | M0 |
| III | T3 | N0 | M0 |
| | T1 | N1 | M0 |

| | | | |
|-----|------------|------------|----|
| | T2 | N1 | M0 |
| | T3 | N1 | M0 |
| IVa | T4a | N0 | M0 |
| | T4a | N1 | M0 |
| | T1 | N2 | M0 |
| | T2 | N2 | M0 |
| | T3 | N2 | M0 |
| | T4a | N2 | M0 |
| IVb | Будь-яке T | N3 | M0 |
| | T4b | Будь-яке N | M0 |
| IVc | Будь-яке T | Будь-яке N | M1 |

Клініка. У 60 % хворих рак розвивається на бічній поверхні язика, приблизно у 20 % – у корені язика. Спинка та верхівка уражуються досить рідко.

У початкових стадіях розвитку рак язика має вигляд щільної папіломи, невеликої виразки або інфільтрату в товщі язика, які швидко збільшуються в розмірах. Розширюється зона інфільтрації, посилюються процеси розпаду пухлини, що зумовлює появу неприємного запаху. Приєднується вторинна інфекція. Проростання пухлини в м'язи язика, а також розвиток супутнього запального процесу спричинює біль, утруднюється мова, хворі відмовляються від їжі, виникає слинотеча, швидко наростає виснаження. Інфільтрація черепних нервів викликає біль у іпсилатеральному вусі.

Поряд із розвитком пухлини в язиці відбуваються зміни в регіонарному лімфатичному апараті. В одних випадках – це метастази раку в глибокі лімфатичні вузли шії. Для них характерні округла форма, щільність, тенденція до злиття в конгломерати та виразкування. В інших випадках частина збільшених лімфатичних вузлів є реакцією відповіддю лімфоїдної тканини на запально-інфекційний процес у порожнині рота.

Здебільшого пухлини слизової оболонки порожнини рота є плоскоклітинним раком. Вони становлять 20 % усіх пухлин порожнини рота. Частіше хворіють чоловіки.

Найчастіше пухлина слизової оболонки порожнини рота локалізується в передніх відділах дна ротової порожнини або на рівні молярних зубів. Особливість анатомічної будови зумовлює швидкий перехід з язика на дно порожнини рота і навпаки. Характер регіонарного метастазування збігається з метастазуванням у випадку раку язика.

Діагностика. Діагноз раку ґрунтується на даних анамнезу та клінічного огляду. При диференціальній діагностиці беруться до уваги темп росту пухлини, а також явища інфільтрації. Морфологічне дослідження обов'язкове. З цією метою досліджуються мазки-відбитки виразкової поверхні, проводиться біопсія. Природу змін у регіонарному лімфатичному апараті визначають шляхом пункційної біопсії.

Лікування. Для лікування хворих на *рак язика* використовують хірургічні, променеві та цитостатичні методи. Лікування, як правило, комбіноване, проводиться двома етапами. Перший етап передбачає санацію пухлини на язиці. З цією метою застосовують передопераційне опромінення. Через 2–3 тиж після його завершення лікування доповнюється оперативним утручанням. При I–II стадіях процесу – це половинна резекція язика, при III – можлива розширена операція. Швидкий перехід пухлини з язика на інші відділи порожнини рота утруднює проведення хірургічного втручання і вимагає розширених операцій з видаленням слизової оболонки дна порожнини рота, піднебінних дужок, мигдалика, додаткової мобілізації кореня язика.

На другому етапі проводиться модифікована радикальна лімфаденектомія шії. у випадку метастатичних конгломератів – операція Крайля. При розвитку пухлини в корені язика, починаючи з I стадії, призначають опромінення за радикальною програмою. Якщо повна регресія пухлини відсутня, – необхідна розширена операція. Для лікування пізніх стадій та рецидивів раку язика застосовують метотрексат, блеоміцин, доксорубіцин, цисплатин.

При I стадії *раку слизової оболонки порожнини рота* лікування хірургічне або променеве. При II – комбіноване і складається з передопераційного опромінення з подальшим

висіченням пухлини, при **III** стадії лікування також комбіноване, однак операції набувають розширеного характеру. Променево і хірургічне лікування завжди поширюється на зони регіонарного метастазування.

Останнім часом тактика лікування плоскоклітинного раку язика та слизової оболонки порожнини рота зазнала принципових змін. Доведено ефективність застосування одночасної хіміопроменевої терапії. Названий підхід дозволяє зберегти уражені пухлиною органи.

Прогноз. Особливості прогнозу визначаються стадією захворювання, анатомічною формою росту, локалізацією та особливостями гістологічної структури пухлини. Найсприятливіший перебіг при папілярній формі, несприятливий – при інфільтративній. З точки зору локалізації несприятливим вважається розміщення пухлини в корені язика. При ранніх стадіях раку язика виживання становить 50–70 %, при пізніх – 15–30 %. Загальне п'ятирічне виживання при I стадії раку дна порожнини рота сягає 85–90 %. Пацієнти з **II, III, IV** стадіями живуть понад 5 років відповідно у 80, 70 та 30 % випадків.

Відновне лікування. Радикальне лікування раку слизової оболонки порожнини рота супроводжується значною травматизацією, внаслідок чого порушується процес ковтання і мовлення. Сучасне відновне лікування покращує функціональні результати масивних оперативних утручань, забезпечує адекватну пластику дефектів тканин.

ЗЛОЯКІСНІ ПУХЛИНИ ГУБИ

Епідеміологія. В Україні в 2018 р. грубий показник захворюваність становив **1.5** випадки на 100 000 населення (з них **2.2** – у чоловіків і **0,9** – у жінок), і **0.7** – (стандартизований показник, світовий стандарт, ASR).. Верхня губа уражується раком дуже рідко. Причина цього явища полягає в різних анатомо-фізіологічних, тканинних і функціональних особливостях верхньої та нижньої губ. Більшість (90 %) хворих – чоловіки 40–60-річного віку.

Етіологія. Рак нижньої губи частіше виникає в осіб, які зазнають тривалого впливу таких атмосферних факторів, як зміна вологості, температури, тривала інсоляція, а також куріння, особливо люльки, хронічної травматизації губ.

Патогенез та передракові захворювання. У похилому віці в епітелії губи з'являються дегенеративно-проліферативні зміни клітин мальпігієвого шару, унаслідок чого порушується процес ороговіння. Виникає так званий передраковий стан. Виникненню раку нижньої губи сприяють куріння, вірусна інфекція, травматизація губи, порушення гігієни порожнини рота. До облігатного раку зараховують насамперед вогнищеві дискератози і папіломи. Розрізняють продуктивну і деструктивну форми дискератозу. Продуктивній формі властиве утворення вогнищ лейкоплакії з плоскими виступами по червоній облямівці губ або розростання у вигляді шкірного рогу. Деструктивна форма (еритроплакія) характеризується появою на червоній облямівці обмежених ерозій, тріщин та виразок. Значну потенцію до малігнізації мають також дифузний дискератоз червоної облямівки і кератоакантома. Такі захворювання, як хронічний хейліт, виразка, тріщини, ерозивна та гіперкератотична форми червоного вовчака і плоского лишая, при тривалому існуванні й відсутності належного лікування також можуть стати причиною виникнення раку губи.

Патологічна анатомія. Переважна більшість пухлин губи (90 %) – це плоскоклітинний роговиючий рак. Близько 10 % спостережень припадають на нероговиючі форми. Рак іншої структури практично не трапляється. Розрізняють екзофітну, ендофітну і змішану форми росту.

Анатомічні зони та підзони

Губа (C00):

Зовнішня поверхня верхньої губи (облямівка) (C00.0);

Зовнішня поверхня нижньої губи (облямівка) (C00.1);

Комісура губ (C00.6).

Регіонарні лімфатичні вузли ший: підборідні, підщелепні, лімфатичні вузли вздовж яремної вени (глибокі шийні), задньошийні, надключичні, передгортанні та білятрахейні, лімфатичні вузли в товщі привушної слинної залози, щічні, заушні та потиличні

Класифікація раку губи (C00) за системою TNM-7 (2009) аналогічна до класифікації раку порожнини рота (коди МКХ-10 C02-C06)

Діагностика. Діагноз раку нижньої губи ґрунтується на даних огляду, пальпації первинної пухлини та регіонарних метастазів, а також цитологічного дослідження мазків-відбитків із пухлинної виразки і пунктату лімфатичних вузлів. При необхідності проводиться біопсія пухлини.

Диференціальну діагностику здійснюють з передпухлинними утворами, туберкульозною та сифілітичною виразками.

Клініка. Клінічні прояви раку нижньої губи різноманітні. Вони залежать від багатьох причин і, насамперед, від анатомічної форми росту пухлини. До екзофітних належать папілярна та бородавчаста форми, до ендоефітних – виразкова та виразковоінфільтративна форми.

Папілярна форма найчастіше розвивається з папіломи. Остання заокруглюється, на її поверхні з'являються виразки, а основа стає інфільтрованою. Поступово папілома руйнується і відпадає. Збільшується інфільтрація тканин губи, утворюється виразкова поверхня.

Бородавчаста форма розвивається на ґрунті дифузного продуктивного дискератозу, коли на губі виникають численні дрібні вирости. Через деякий час вони зливаються між собою, уражують усю губу, нагадуючи цвітну капусту. Процес тривалий, поступово зростає інфільтрація підлеглих тканин і розпад пухлини.

Ендоефітні форми раку нижньої губи перебігають зляккісніше. Виразкова форма раку нижньої губи найчастіше розвивається на фоні еритроплакії або інших видів деструктивного дискератозу. Виразка поглиблюється, набуває неправильної форми з нерівним дном. Вона безболісна, щільна. Краї виразки помітно виділяються над рівнем губи, вивертаються та інфільтруються. У випадку, якщо зона інфільтрації значно перевищує зону деструкції, йдеться про інфільтративну форму.

Слід зазначити, що ранні симптоми раку губи майже непомітні і губляться на фоні наявного передраку. Про можливу малігнізацію свідчать поява інфільтрату та посилення деструктивних явищ. Звичайно на передньому краї губи з'являється шорстке ущільнення, яке нагадує струп. Після зняття рогових нашарувань оголюється рожева кровоточива поверхня самої пухлини. Струп може відпадати самостійно, а з часом відновлюватися. В одних випадках зляккісна пухлина росте повільно, без прояву інфільтративних властивостей, в інших – інфільтрація швидко поширюється на всю губу. Ріст пухлини завжди супроводжується розпадом, приєднанням вторинної інфекції. За відсутності лікування новоутворення переходить на шкіру, слизову оболонку порожнини рота, альвеолярні відростки, нижню щелепу, гортань. У пізніх стадіях різниця між ендоефітними формами зникає.

Метастазування при раку нижньої губи відбувається переважно лімфогенним шляхом у регіонарні шийні лімфатичні вузли (див. мал. 21). Віддалені метастази спостерігаються рідко. Першим регіонарним бар'єром є лімфатичні вузли підборідної та підщелепної ділянок, другим – глибокі яремні лімфатичні вузли верхньої і середньої третини ший. Лімфатичні вузли, уражені метастазами, поступово зростаються між собою, зі шкірою та окістями щелепи, а розпадаючись, утворюють великі рани.

Лікування. Для лікування раку губи застосовують хірургічні, променеві та цитостатичні методи. Лікування завжди проводять одночасно в двох напрямках: санація новоутворення на губі та вплив на регіонарний лімфатичний апарат.

При I та II стадіях захворювання з однаковим ефектом застосовують резекцію нижньої губи або близькофокусну рентгенотерапію. У випадку утворення, яке вимагає резекції 30–50 % губи, необхідно провести пластичну реконструкцію. При розмірах пухлини T1–2 призначається короткодистанційна рентгенотерапія по 3–5 Гр до сумарної вогнищевої дози 50–60 Гр.

У III стадії захворювання лікування комбіноване. Проводять ортовольтну рентгенотерапію або далекодистанційне опромінення на первинну пухлину і далекодистанційне променеве

лікування на зони регіонарного метастазування. Через 2–3 тиж після його закінчення виконується верхня фасціальна футлярна лімфаденектомія на шиї.

У IV стадії захворювання план лікування складається індивідуально. Ефект цитостатичного лікування незначний. Відносно кращі результати дає застосування комбінації цисплатину з 5-фторурацилом, а також схем, що включають блеоміцин, метотрексат, вінбластин.

Променеве лікування можливе лише як симптоматичне або не застосовується.

Розглянемо характер та особливості хірургічного лікування метастатичних уражень шиї. Оскільки пухлина (метастатична пухлина) на певному етапі свого розвитку міститься всередині одного з фасціальних футлярів і не проростає фасцію, радикальність операції може бути досягнена шляхом видалення пухлини в межах її фасціального футляра. Такі операції називаються фасціально-футлярними. Вони здійснюються при поодиноких невеликих рухомих метастазах у лімфатичні вузли. З ростом пухлини метастази проростають фасціальний футляр і найчастіше вростають у кивальний м'яз, внутрішню яремну вену. Радикальність операції забезпечується видаленням метастатичного конгломерату разом з резекцією кивального м'яза, внутрішньої яремної вени та додаткового нерва. Таке хірургічне втручання називається операцією Крайля.

Прогноз. Вирішальне значення для прогнозу мають стадія захворювання і особливості гістологічної будови пухлини. Стійкевилікування при всіх стадіях захворювання досягається в 50 % випадків. При I–II стадіях п'ятирічне виживання спостерігається в 90 % хворих. Наявність уражених регіонарних лімфатичних вузлів зменшує виживання до 50 %. Менш сприятливий перебіг при нероговіючих формах раку та тенденції до кістоутворення в уражених метастазами лімфатичних вузлах.

Рекомендована література

Основна

1. Атлас онкологических операций Под ред. В. И. Чиссова, А. Х. Трахтенберга, А. И. Пачеса. ГЭОТАР-Медиа, 2008 – 624 с. https://www.studmed.ru/chissov-vitrahtenberg-ah-paches-ai-red-atlas-onkologicheskikh-operaciy_e41164afda7.html
2. Білінський Б.Т. Медичні помилки в онкології. Львів: Афіша, 2013. –324 с. <https://www.twirpx.com/file/1832133/>
3. Бондар Г. В., Попович О. Ю., Думанський Ю. В., Яковець Ю. І. та ін. Лекції з клінічної онкології. Том 1; Том 2. – Донецьк, 2006-7. – 442 с.
4. Онкологія: Підручник – 3-тє видання, перероб. і доп. / Б. Т. Білінський, Н. А. Володько, А. І. Гнатюшак, О. О. Галай та ін.; За ред. Б. Т. Білінського – К. Здоров'я, 2004, 2007 – 528 с. <http://bookshare.net/index.php?id1=4&category=med&author=bilinskiy-bt&book=2004>
5. Онкологія (За ред. І. Б. Щепотіна, В. Л. Ганула, І. О. Клименко. К.: Книга плюс, 2006. – 496 с.
6. Онкологія: підручник / Ю. В. Думанський, А. І. Шевченко, І. Й. Галайчук, ...та ін. ; за ред. Г. В. Бондаря, А. І. Шевченка, І. Й. Галайчука. — 2-е вид., переробл. та допов. — К. : ВСВ «Медицина», 2019. — 520 с. <http://kingmed.info/media/book/5/4093.pdf>
7. Онкологія: Вибрані лекції з клінічної онкології / За ред. Г. В. Бондаря, В. С. Антіпової. Луганськ, ВАТ „Луганська обласна друкарня”. 2009. – 589 с.
8. Онкологія. Вибрані лекції для студентів і лікарів / За ред. В. Ф. Чехуна. – К.: Здоров'я України, 2010. – 768 с.
9. Пачес А. И. Опухоли головы и шеи : рук / А. И. Пачес. - 5-е изд., доп. и перераб. - М.: Практическая медицина, 2013. — 478 с. : ил
10. Руководство по химиотерапии опухолевых заболеваний / Под ред. Н.И. Переводчиковой, В.А. Горбуновой. — 4-е изд. расширенное и дополненное. — М.: Практическая медицина, 2018. — 688 с.
11. Пилипенко М. І. Радіаційна онкологія : навчальний посібник для студентів-медиків, лікарів-інтернів, лікарів-онкологів усіх профілів / М. І. Пилипенко. – Харків : ХНМУ, 2018. – 538 с.

12. Бондар Г.В., Антіпова С.В. *Вибрані лекції з клінічної онкології.* – Луганськ, 2009. – 560 с. – С. 5-21.
13. Шевченко А.І., Попович О.Ю., Колесник О.П. *Онкологія. (Електронний підручник).* – Запоріжжя: ЗДМУ, 2009. – 309 с.

Додаткова

1. *Радіаційна медицина: підручник (ВНЗ III–IV р. а.) / Д.А. Бази́ка, Г.В. Кулі́ніч, М.І. Пили́пенко; за ред. М.І. Пили́пенка. видавництво «Медицина», 2013. – 232 с.*
2. *Радіологія (Променева діагностика та променева терапія.) / За заг. ред. М. М. Ткаченка. К.: Книга плюс, 2011. – 719 с.*
3. [Рак в Україні.: захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби /За ред. С. О. Шалімова. Бюлетень національного канцер-реєстру України. \(дивитися щорічні №№ 20-21 бюлетенів \)](#)
4. Данілевський М.Ф. *та співавт. Захворювання слизової оболонки порожнини рота.* – Київ: 2010. – С. 280-297.
5. Сєвідов В.В., Касєвич Н.М. *Онкологія.* – Київ, 2013. – С. 126-134.

Матеріали для самоконтролю

Теоретичні запитання до заняття

1. Захворюваність на рак губи, язика, слизових оболонок ротової порожнини в Україні та світі.
2. Етіологія, передракові захворювання, фактори ризику виникнення раку губи, язика, слизових оболонок ротової порожнини.
3. Патоморфологія раку губи, язика, слизових оболонок ротової порожнини: гістологічні форми, макроскопічні форми, шляхи метастазування.
4. Клінічна класифікація TNM раку губи, язика, слизових оболонок ротової порожнини.
5. Клініко-анатомічна класифікація раку губи, язика, слизових оболонок ротової порожнини.
6. Особливості клінічного перебігу раку губи, язика, слизових оболонок ротової порожнини, рання діагностика.
7. Основні та додаткові методи діагностики раку губи, язика, слизових оболонок ротової порожнини.
8. Проведіть диференціальну діагностику раку губи, язика, слизових оболонок ротової порожнини з іншими захворюваннями губи, язика, слизових оболонок ротової порожнини.

Тестові завдання

Тест № 1 ($\alpha=1$). Назвіть гістологічну форму раку нижньої губи, яка зустрічається найчастіше: А) нероговіюча плоскоклітинна; Б) роговіюча плоскоклітинна; В) базальноклітинна; Г) світлоклітинна; Д) аденокарцинома.

Тест № 2 ($\alpha=1$). Який розмір пухлини характеризує T₁ раку язика?

- А) пухлина до 1 см в найбільшому вимірі; Б) пухлина до 2 см;
В) пухлина до 3 см; Г) пухлина в межах язика; Д) пухлина до 5 см.

Тест № 3 ($\alpha=1$). Назвіть радикальну операцію при раку кореня язика: А) парціальна резекція; Б) електроексцизія; В) гемірезекція; Г) половинна резекція; Д) екстирпація язика.

Тест № 4 ($\alpha=1$). Вкажіть метод забору матеріалу для цитологічного дослідження раку нижньої губи: А) ексцизійна біопсія; Б) скарифікація; В) ексфолюативна біопсія; Г) відкрита біопсія; Д) інцизійна біопсія.

Тест № 5 ($\alpha=1$). Визначте основний метод лікування плоскоклітинного раку нижньої губи на ранніх стадіях: А) хіміотерапевтичний; Б) телегамматерапія; В) криодеструкція; Г) гормонотерапія; Д) лазерна терапія.

Ситуаційні задачі

Задача № 1 ($\alpha=2$). До хірурга звернувся хворий С., 50 років, зі скаргами на наявність виразки на нижній губі зліва. Двадцять п'ять років працює на будівництві, а з 16 років курить. Раніше помічав, що на губі була білява шорсткувата пляма. Рік тому проводилась діатермокоагуляція, після чого з'явилася виразка. Остання неправильної форми, з нерівним

дном, до 2,0 см в діаметрі, безболісна. Краї виразки підняті над рівнем губи, вивернуті, інфільтровані. Збільшений, одиночний, рухомий, безболісний піднижньощелепний лімфатичний вузол.

Завдання: визначте, які етіологічні та патогенетичні фактори могли спричинити появу у хворого раку нижньої губи.

1. Хімічний фактор (паління тютюну).
2. Температурний фактор (припікання).
3. Метеорологічний фактор (сонячна радіація, пил, вітер).
4. Рак розвинувся на тлі передракового стану (лейкоплакія).
5. Всі вище перелічені фактори.

Задача № 2 ($\alpha=3$). Хворий М., 60 років, звернувся до хірурга зі скаргами на наявність виразки на нижній губі справа. Хворіє протягом 4 років, коли після травми з'явилася пухлина, яка почала швидко рости і виразкувалась. Виразка неправильної форми, з нерівними краями, близько 2,5 см в діаметрі, з піднятими над рівнем губи краями, вивернутими і інфільтрованими. Збільшені і рухомі два лімфатичних вузли в правому нижньопідщелепному трикутнику. При цитологічному дослідженні встановлено плоскоклітинний роговіючий процес.

Завдання 1: поставте попередній діагноз.

Задача № 3 ($\alpha=3$). До хірурга звернувся хворий К., 60 років, з приводу виразки на лівій бічній поверхні язика. Хворіє протягом трьох років, відколи з'явилась виразка. Виразка швидко збільшується, а особливо в останні півроку. Об'єктивно: на бічній поверхні язика зліва є виразка розмірами 1,8 см з піднятими краями, вивернутими назовні. По краю виразки інфільтрат, дно виразки нерівне, виразка уражає і м'язовий шар. В лівій підщелепній ділянці пальпуються збільшені, тріхи рухомі лімфатичні вузли до 3 см в діаметрі.

Завдання 1: поставте попередній діагноз.

Завдання 2: призначте додаткові методи діагностики.

Завдання 3: після підтвердження діагнозу «рак» призначте хворому лікування:

Задача № 4 ($\alpha=3$). До лікаря звернувся хворий зі скаргами на наявність пухлини на нижній губі справа. Пухлина росте поступово протягом 6 місяців. Об'єктивно: червона облямівка нижньої губи справа уражена екзофітною пухлиною у вигляді «кольорової капусти», діаметром 1,5 см, щільна, малорухома. Регіонарні лімфовузли не збільшені.

Завдання 1: поставте попередній діагноз.

► *Завдання 2:* призначте найбільш інформативний метод діагностики.

Завдання 3: назвіть оптимальний метод лікування в даному випадку.

Задача № 5 ($\alpha=3$). У хворого в 2007 р. діагностували рак нижньої губи I ст, T1N0M0. Проведено лікування – кріодеструкція пухлини. Зі слів хворого останні 2 місяці на місці кріодеструкції з'явилась виразка, яка поступово збільшується. Об'єктивно: на нижній губі по центру на тлі кріорубця є виразка діаметром 0,8 см, щільна, вкрита струпом. Регіонарні лімфовузли не збільшені.

Завдання 1: поставте попередній діагноз.

► *Завдання 2:* призначте необхідне лікування.