

Міністерство охорони здоров'я України
Національний медичний університет
імені О.О.Богомольця

ЗАТВЕРДЖЕНО

Навчальний предмет

Хірургічна стоматологія

на засіданні кафедри
хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії
“31” серпня 2022 р.
протокол № 1

завідувач кафедру

професор  В.О.Маланчук

**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДО ПРОВЕДЕННЯ ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ ЗІ СТУДЕНТАМИ
IV КУРСУ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ**

Склав: асистент Сковцова І.Г.

Тема № 5: Біологічні основи клінічної онкології. Передракові захворювання і рак шкіри обличчя, нижньої губи, слизової оболонки порожнини рота, язика: класифікація, гістологічна будова, клінічні форми, стадії захворювання, диференційна діагностика, лікування (хірургічне, променеве, хіміотерапія, імунотерапія тощо), профілактика і запобігання ускладнень.

Кількість годин – 4,7 години.

2. Результати навчання:

Фахові компетентності

2.1.1. Студент повинен

- назвати етіологію та патогенез передракових захворювань та раку шкіри обличчя, нижньої губи, слизової оболонки порожнини рота, язика;
- назвати статистику та класифікацію передракових захворювань шкіри обличчя, нижньої губи, слизової оболонки порожнини рота, язика на основі знань первинних елементів висипань та загальних клінічних проявів новоутворень;
- назвати статистику та класифікацію раку шкіри обличчя, нижньої губи, слизової оболонки порожнини рота, язика;

2.1.2. Студент повинен

- визначити основні клінічні ознаки передракових захворювань та раку шкіри обличчя, нижньої губи, слизової оболонки порожнини рота, язика для попередньої діагностики та визначення тактики обстеження;
- продемонструвати навички складання плану обстеження хворого на передракове захворювання та рак шкіри обличчя, нижньої губи, слизової оболонки порожнини рота, язика;
- продемонструвати навички визначення скарг, збору анамнезу, клінічного огляду, призначення додаткових методів обстеження та оцінки загального стану хворих на передракові захворювання та рак губ;

-обґрунтувати вибір методу діагностики передракових захворювань та раку шкіри обличчя, нижньої губи, слизової оболонки порожнини рота, язика;

2.1.3. Студент повинен

- обґрунтувати план додаткових методів обстеження та лікування передракових захворювань та раку шкіри обличчя, нижньої губи, слизової оболонки порожнини рота, язика;
- пояснити вибір методу планування та призначення комбінованих методик лікування, регіонарної та системної хіміотерапії, методики проведення променевої терапії, дози опромінення пухлин шкіри обличчя, нижньої губи, слизової оболонки порожнини рота, язика та можливі ускладнення.
- аргументувати вибір, в залежності від клінічної ситуації, методики тих чи інших оперативних втручань з метою зменшення рецидивів злоякісних процесів.

2.2. Загальні компетентності:

- здатність до клінічного мислення та професійного підходу до вибору методу оперативних втручань при лікуванні передракових захворювань та раку шкіри обличчя, нижньої губи, слизової оболонки порожнини рота, язика;
- здатність діяти на основі деонтологічних аспектів в системі “лікар-хворий” та “лікар-родичі хворого”;
- знання та розуміння предметної області та професійної діяльності;
- здатність до виховання патріотичних почуттів до НМУ шляхом ознайомлення з досягненнями співробітників кафедри хірургічної стоматології.

3. Методи навчання

- розповідь, пояснення, навчальна дискусія;
- ілюстрування, демонстрація, індивідуальне спостереження;
- індивідуальне опитування;
- вирішення типових ситуаційних задач;
- вирішення нетипових ситуаційних задач;
- професійний практичний тренінг;
- груповий метод по вирішенню завдання (робота в малих групах);

4. Методи контролю

Експрес опитування, бесіда, частково прицільне опитування.

Індивідуальне опитування.

Індивідуальні письмові завдання.

Тестування.

Рішення типових та нетипових задач.

Індивідуальний контроль навичок та їх результатів.

5. Міждисциплінарна інтеграція:

Дисципліни	Знати	Вміти
1	2	3
1.Попередні (Забезпечуючи вивчення теми) дисципліни Нормальна анатомія	Анатомічна будова шкіри обличчя, нижньої губи, слизової оболонки порожнини рота, язика	Визначити конституцію хворого, виявити анатомічні особливості
Патологічна анатомія	Пухлинні процеси	Розрізняти прояви доброякісних

Патологічна фізіологія	Запальні процеси Пухлинні процеси	та злоякісних новоутворень, вміти читати патогістологічні данні та правильно трактувати висновки Розрізняти прояви запалення губ, особливо його хронічні прояви Розрізняти перебіг доброякісних новоутворень та встановлювати критерії переходу останніх в злоякісні, визначити вид злоякісних пухлин та розрізняти їх перебіг
Дерматологія	Характеристика первинних елементів висипань	Описати локальний статус хворого
Терапія	Етапи обстеження хворого	Провести загальне обстеження хворого; виявити схильність хворого до виникнення злоякісних новоутворень
2. Наступні дисципліни (що забезпечує вивчення теми) Щелепно-лицева хірургія (навчання у інтернатурі, клінічної ординатурі, магістратурі).	Структуру надання онкологічної допомоги населенню; Методи та порядок обстеження онкологічного хворого; Принципи оформлення медичної документації хірурга-стоматолога	Обстежити онкологічного хворого, оформити медичні документи лікаря стоматолога-хірурга.
3. Внутрішньо-предметна інтеграція (між темами даної дисципліни).	Структуру надання онкологічної допомоги населенню; Методи та порядок обстеження онкологічного хворого; Принципи оформлення медичної документації хірурга-стоматолога	Обстежити онкологічного хворого, оформити медичні документи лікаря стоматолога-хірурга.

6. Література

а) навчальна література:

1. Маланчук В.О., Копчак А.В. Доброякісні пухлини та пухлиноподібні ураження щелепно-лицевої ділянки та шиї / Навчальний посібник. – К.: Видавничий дім «Асканія», 2008. – 320 с.
2. Бернадский Ю.Й. Основы хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. – Минск: Белкнига, 1998.
3. Основы стоматологии: підручник /В.О.Маланчук, А.В.Борисенко, Л.В.Харьков та ін.; за ред. В.О.Маланчука. – К.: Медицина, 2009. – 592 с.
4. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. – М.: Медицина, 1983.
5. Дунаевский В.А., Шеломенцев Ю.А. Предопухолевые заболевания и злокачественные опухоли слизистых оболочек полости рта. – М.: Медицина, 1986.
6. Колесов А.А., Воробьев Ю.И., Каспарова Н.Н. Новообразования мягких тканей и костей лица у детей и подростков. – М.: Медицина, 1989.

Додаткова навчальна:

1. Солнцев А.М., Колесов В.С. Доброкачественные опухоли лица, челюстей и органов полости рта. – К.: Здоров'я, 1985. – 150 с.
2. Соловьёв М.М. Онкологические аспекты в стоматологии. – М.: Медицина, 1983.

б) наукова література:

1. Губайдулина Е.Я., Цегельник Л.Н. Опухоли, опухолеподобные поражения и кисты лица, органов полости рта, челюстей и шеи // Хирургическая стоматология . - М.: Медицина, 1996. – С.512-624.
2. Сагатбаев Д.С. Опухоли челюстно-лицевой области, 1998. – 206
3. Шаргородский А.Г. Атлас опухолей мягких тканей и костей лица. Москва, 1998.-221 с.
4. Дунаевский В.А., Шеломенцев Ю.А. Предопухолевые заболевания и злокачественные опухоли слизистой оболочки полости рта. - Л.: Медицина, 1986.-183 с.
5. Кабаков Б.Д., Ермолаев И.И. и др. Лечение злокачественных опухолей челюстно-лицевой области УМ.: Медицина, 1978. -342 с.
6. Кривопляс А.И., Коломенчук Б.Я. Актуальные вопросы диагностики и лечения злокачественных опухолей челюстно-лицевой области//Вестник стоматологии. - 1994. - №1. - с. 36.
7. Машкиллейсон А.Л. Предрак красной каймы губ и слизистой оболочки рта. - М.: Медицина 1970.-271 с.
8. Пачес А.И., Ольшанский В.О., Любаев В.Л., Туок Т.Х. Злокачественные опухоли полости рта, глотки и гортани. - М.: Медицина, 1988. - 303 с.
9. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. - М.: Медицина, 1997. - 450 с.
10. Рибалов О.В., Одабашьян А.Я. Онкологія щелепно-лицьової ділянки. – Полтава: АСМІ, 1999. - 114 с.
11. Соловьев М.М. Онкологические аспекты в стоматологии. М: Медицина 1983. – 158 с.
12. Колесов А.А., Воробьев И.Ю. Новообразования мягких тканей. – К., Здоровья, 1991 - 312 с.

в) методична:

1. Брусенина Н.Д. Клиника, диагностика и лечение хронических трещин губ. Методические разработки. – М., 1991. – 8 с. 2
2. Філоненко М.М. Методика викладання у вищій медичній школі на засадах компетентнісного підходу. /Методичні рекомендації для викладачів та здобувачів наукового ступеню доктора філософії (PhD) ВМ(Ф)НЗ України. - Київ, 2016. - 88 с.

Підготовчий етап (тривалість 30 хв.)

Актуальність теми:

Передракові захворювання, рак верхньої та нижньої губ в 1,5 – 12% від всіх випадків передракових та ракових захворювань голови та шиї, можуть довгий час проявлятися клінічно в формі звичних довголітніх запальних або інших процесів і не турбувати хворих. Часто пацієнти досить пізно звертаються, попередньо провівши самолікування або звернувшись до цього за некваліфікованою допомогою. Саме рання діагностика і кваліфікована допомога значно збільшують шанси хворих не тільки на повне одужання, а і на виживання.

Небезпечність передракових захворювань полягає в тому, що вони можуть довгий час існувати не турбуючи хворого, наприклад деякі форми лейкоплакії. Злоякісне переродження цих захворювань спочатку теж не викликає суттєвих змін стану пацієнта. Неуважне ставлення до свого здоров'я нерідко обертається занадто пізнім звертанням за медичною допомогою. Своєчасне виявлення і лікування передракових захворювань становить відповідальну задачу лікаря-стоматолога, особливо якщо врахувати сучасну тенденцію до зростання цих патологічних станів. Епітеліальні пухлини м'яких тканин, особливо такі як папілома і невус спостерігаються на амбулаторному прийомі дуже часто. Звичайно вони не

становлять загрози здоров'ю хворого, але при певних умовах здатні перероджуватись у злоякісну пухлину. Чітке знання клінічних проявів цієї групи пухлин допоможе лікарю уникнути грубих діагностичних помилок.

Матеріали методичного забезпечення підготовчого етапу заняття:

Контрольні теоретичні питання

1. Що таке факультативні передракові захворювання?
2. Що таке облігатні передракові захворювання?
3. Перелічіть фактори, які сприяють виникненню передракових захворювань.
4. Навести класифікацію передракових захворювань шкіри обличчя, нижньої губи, слизової оболонки порожнини рота, язика.
5. Описати клінічну картину передракових захворювань шкіри обличчя, нижньої губи, слизової оболонки порожнини рота, язика.
6. Гістологічні особливості, етіологію при передракових станах.
7. Методи діагностики, додаткові методи дослідження.
8. Диференційна діагностика передракових захворювань.
9. Профілактика виникнення передракових захворювань порожнини рота.
10. Методи лікування передракових захворювань.
11. Ускладнення передракових захворювань шкіри обличчя, нижньої губи, слизової оболонки порожнини рота, язика.
12. Дати клінічну характеристику папіломи.
13. Навести огляд методів діагностики новоутворень шкіри обличчя, нижньої губи, слизової оболонки порожнини рота, язика.
14. Диференційна діагностика новоутворень порожнини рота.
15. Клінічні прояви злоякісного переродження пухлин шкіри обличчя, нижньої губи, слизової оболонки порожнини рота, язика.
16. Методи лікування передракових захворювань та раку шкіри обличчя, нижньої губи, слизової оболонки порожнини рота, язика.

Знайдіть одну правильну відповідь

1. У хворого, 52 років, округле новоутворення на нижній губі діаметром близько 0,5 см з гладкою поверхнею, на тонкій ніжці, рухоме, безболісне, м'яке. Поставте діагноз.
A. Папілома нижньої губи.
B. Лейкоплакія.
C. Шкірний ріг.
D. Бородавчастий передрак червоної облямівки нижньої губи.
E. Абразивний прекарцинозний хейліт Манганотті.
2. У хворого, 52 років, на червоній облямівці нижньої губи виразка округлої форми діаметром до 2 см, яка не заживає, краї дещо підняті у вигляді валика, ущільнені. Піднижньощелепні лімфовузли збільшені, щільні, рухомість їх обмежена. Курить. Який вірогідний діагноз?
A. Фіброма нижньої губи.
B. Лейкоплакія, верукозна-виразкова форма.
C. Кератоакантома.
D. Рак нижньої губи.
E. Сифілітична виразка.
3. У хворого, 52 років, на червоній облямівці нижньої губи новоутворення округлої форми діаметром до 1 см, з валикоподібними краями, з'явилося 1,5 міс. Тому. У центрі – кірочка

бурого кольору, після видалення якої з'являється лікоподібне заглиблення. Не кровоточить. Безболісне. Регіонарні лімфовузли не збільшені. Вкажіть діагноз.

- A.** Рак нижньої губи.
- B.** Кератоакантома.
- C.** Папілома нижньої губи.
- D.** Фіброма нижньої губи.
- E.** Вузликовий бородавчастий передрак.

1. До якої групи передракових станів належить ерозивна лейкоплакія?

- A.** Факультативних передракових станів з більшою потенційною злоякісністю.
- B.** Облігатних передракових станів
- C.** I стадії раку слизової оболонки.
- D.** Факультативних передракових станів з меншою потенційною злоякісністю.
- E.** Cancer in situ.

5. У хворого, 67 років, на червоній облямівці нижньої губи є ерозія овальної форми розміром 0,8x1,3 см, вкрита тонкими кірками, при знятті яких на фоні блискучої поверхні відзначаються краплини крові. Спостерігаються ділянки атрофії червоної облямівки. Елементів інфільтрації немає. Піднижньощелепні лімфовузли не збільшені. Який діагноз можна припустити?

- A.** Кератоакантоз
- B.** Ерозивно-виразкова форма лейкоплакії.
- C.** Абразивний преанцерозний хейліт Манганотті.
- D.** Хвороба Боуена
- E.** Гландулярний хейліт

6. У хворого рак нижньої губи 2-ї стадії (T2 N0 M0). Як його лікувати?

- A.** Операція Крайля.
- B.** Хіміотерапія.
- C.** Кріолікування.
- D.** Верхня шийна ексцизія.
- E.** Комбіноване лікування.

7. У чоловіка, 49 років, через 2 роки після променевої терапії виник рецидив раку нижньої губи. Пухлина розміром 1x2 см з виразкою, у підщелепній ділянці 2 збільшених, щільних, безболісних лімфовузли. Укажіть стадію захворювання.

- A.** T2 N1 M0.
- B.** T2 N0 M0.
- C.** T1 N1 M0.
- D.** T1 N2 M0.
- E.** T1 N0 M0.

8. Який шлях метастазування переважає у хворих на рак губ?

- A.** Лімфогенний.
- B.** Гематогенний.
- C.** По протяжності.
- D.** Відсутнє метастазування.
- E.** Поєднання лімфо генного і гематогенного.

9. У хворої, 67 років, виразка на верхній губі, яка не загоюється. Пухлина близько 3 см, регіонарні лімфовузли на боці ураження рухомі, діаметром до 2 см, віддалених метастазів не

виявлено. Визначить діагноз за системою TNM:

- A. T2 N0 M0.
- B. T1 N0 M0.
- C. T1 N1 M0.
- D. T2 N1 M0.
- E. T1 N1 M1.

10. Хворому, 69 років, поставлено діагноз: рак нижньої губи. На яку відстань треба відступити від пухлини при її видаленні?

- A. 0,5 см.
- B. 1 см.
- C. 1,5 см.
- D. 2 см.
- E. Не має значення.

8.Основний етап (тривалість 80 хв.)

Розгорнутий текст змісту теми:

У багатьох випадках раку передують захворювання шкіри, слизової оболонки порожнини рота й червоної облямівки губ, які називають передраковими. Сприяють їхньому виникненню травми, особливо хронічні, куріння й жування тютюну, бетелю, вживання алкоголю.

Раку нерідко передують проліферативні процеси, доброякісні пухлини, хронічні запальні захворювання, що супроводжуються ерозіями й виразками. Передракове захворювання існує тривалий час (від кількох місяців до десятків років), потім може перейти (але не обов'язково) у рак. Своєчасне виявлення й лікування передракових захворювань усуває загрозу появи раку або дає змогу провести своєчасне, ефективне й ощадливе лікування.

Залежно від морфологічних змін розрізняють облігатні й факультативні передпухлинні процеси. Облігатні передраки без лікування обов'язково через різні терміни призводять до розвитку раку. Факультативні раки призводять до раку не завжди.

КЛАСИФІКАЦІЯ ПЕРЕДРАКОВИХ ЗМІН ЧЕРВОНОЇ ОБЛЯМІВКИ ГУБ І СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА

(за А.Л. Машкіллейсоном)

I. Облігатні передракові захворювання
1. Хвороба Боуена та еритроплазія Кейра; 2. Бородавчатий або вузликовий передрак червоної облямівки; 3. Абразивний преканцерозний хейлит Манганотті; 4. Обмежений передраковий гіперкератоз червоної облямівки.
II. Факультативні передракові захворювання з значною потенційною злоякісністю:
1. Лейкоплакія ерозивна і верукозна; 2. Папілома і папіломатоз піднебіння; 3. Шкірний ріг; 4. Кератоакантома;
III. Факультативні передракові захворювання з меншою потенційною злоякісністю:
1. Лейкоплакія плоска; 2. Хронічні виразки слизової оболонки порожнини рота; 3. Ерозивні та гіперкератотичні форми червоного вовчака та лишая червоної облямівки губ; 4. Хронічні тріщини губ; 5. Постренгенівський хейлит та стоматит;

Чинники, що сприяють розвитку передракових захворювань слизової оболонки порожнини рота.

Для виникнення передракових процесів слизової оболонки порожнини рота важлива роль належить термічним опікам, тривалому контакту із хімічними канцерогенами (похідні нафти, кам'яного вугілля, миш'яку, отрутохімікати), гострій та хронічній травмі, механічним подразненням.

До факторів, які сприяють збільшенню захворюваності населення на передракові процеси і рак порожнини рота, належать тривале подразнення слизової оболонки порожнини рота закладанням під язик насу (насфану) та жування листків рослини бетель (Середня Азія, Індія, Пакистан). До таких же чинників належать паління тютюну, вживання міцних спиртних напоїв, відсутність гігієни порожнини рота, наявність зруйнованих зубів, недосконалих конструкції зубних протезів, гальванічного струму при біметалевому протезуванні та інші. Слід приймати до уваги вік хворих, тому що більшість передракових змін виникають в похилому віці (хоча можуть з'явитись і в молодому віці). Показова роль статі хворих. Практично всі автори, що вивчали рак цих ділянок, вказують на значне переважання передракових станів у чоловіків.

Спадкові фактори при локалізації преканцерозів в порожнини рота або на губі не відіграють суттєвої ролі.

Абразивний преканцерозний хейліт Манганотті

Абразивний преканцерозний хейліт Манганотті (cheilitis abrasiva prae-cancrosa Manganotti), описаний у 1933 р. італійським дерматологом Манга нотті. Трапляється переважно в чоловіків віком понад 50 років. У виникненні хейліту Манганотті значну роль відіграють вікові трофічні зміни тканин, особливо нижньої губи. У зв'язку з цим у відповідь на різні подразники легко з'являються деструктивні процеси із млявим перебігом. У патогенезі захворювання слід враховувати порушення обміну речовин, функції травного каналу, наявність гіповітамінозу А.

Клінічна картина характеризується наявністю на червоній облямівці губи однієї, рідше — двох і більше ерозій круглої, овальної або неправильної форми. Вона найчастіше розміщена збоку між кутом рота і серединою червоної облямівки. Поверхня ерозії гладенька, яскраво-червона. У деяких хворих вона вкрита тонким шаром епітелію або на ній утворюються сіруваті або навіть геморагічні кірки. Ущільнення тканин в основі навколо ерозій не спостерігається. Регіонарні лімфатичні вузли не збільшені. Ерозії існують тривалий час (місяцями), інколи епітелізуються, а потім знову з'являються на тому самому чи іншому місці (мал. 157).

Патологічна анатомія. При патогістологічному дослідженні виявляють дефект епітелію. По краях ерозії епітелій перебуває в стані проліферації, інколи з відокремленням епітеліальних острівців. У зоні проліферації в нижніх рядах остеоподібного і базального шарів спостерігають явища поліморфізму та диском плексації клітин. У прилеглій сполучній тканині власної пластинки відзначають масивну запальну інфільтрацію лімфоїдними клітинами та плазмocyтами.

Диференціальна діагностика. Диференціюють хейліт Манганотті від ерозивної форми червоного вовчака, червоного плоского лишая, лейкоплакії, пухирчатки, ерозії при хронічному рецидивному герпесі. Для червоного вовчака характерні еритема, гіперкератоз і атрофія. Ерозії при кератозах розмішені на тлі бляшки (лейкоплакія) чи папул (червоний плоский лишай). Пухирчатка відрізняється наявністю симптому Нікольського, акантолітичних клітин Тцанка при цитологічному дослідженні. При хронічному рецидивному герпесі на еритематозно-набряковому фоні червоної облямівки та прилеглої шкіри формуються групи пухирців, які лопаються і утворюють ерозію з фестончастими краями.

Лікування. Насамперед слід усунути вплив місцевих подразнювальних чинників. Крім того, необхідні виявлення і лікування супутніх захворювань інших органів і систем. Якщо при цитологічному дослідженні ознаки маліг нізації хейліту Манганотті не виявлені, то перед радикальним хірургічним втручанням проводять загальне і місцеве лікування. Високий ефект дає вживання концентрату ретинолу, а також ніотинової кислоти, нероболу.

Місцеве лікування спрямоване на поліпшення трофіки в тканинах губ. Призначають аплікації концентрату ретинолу, ніотинової кислоти, кортикостероїдні мазі, метилурацилову мазь, солкосерил, неробол, ербісол, нуклеї-нат натрію, метацил тощо. Якщо консервативне лікування протягом 1 міс. не призводить до епітелізації ерозії, показане хірургічне видалення вогнища ураження.

Хвороба Боуена

Уперше описана американським дерматологом Дж. Боуеном у 1913 р. Має найбільшу потенційну злоякісність серед усіх передракових захворювань, вкладається в поняття *cancer in situ*.

Клінічна картина. Вогнище ураження (частіше одне, рідше — два) являє собою обмежену застійно-червону пляму з гладенькою чи оксамитовою поверхнею, на якій спостерігаються дрібні папілярні вирости. Унаслідок атрофії слизової оболонки вогнище ураження трохи западає порівняно з прилеглими тканинами. Найчастіше локалізується на слизовій оболонці м'якого піднебіння, язичка, язика чи ретромоларної ділянки. При локалізації ураження на язиці сосочки язика у цій ділянці зникають.

Захворювання перебігає невизначений час. У деяких випадках швидко настає інвазивний ріст, в інших — воно роками залишається в стадії *cancer in situ*.

Діагностика. Діагноз підтверджують даними патогістологічного дослідження, яке виявляє картину внутрішньоепітеліального раку: поліморфізм шару остеоподібних клітин, збільшення числа мітозів, неправильність їх, гігантські і багатоядерні клітини, акантоз, інколи гіпер- і паракератоз. Часто відзначають кератинізацію окремих клітин остеоподібного шару, можуть розвиватися справжні "рогові перлини". Базальна мембрана і базальний шар збережені. У верхній частині власної пластинки виявляють інфільтрат із лімфоцитів і плазмоцитів.

Лікування хвороби Боуена полягає в повному видаленні вогнищ ураження в межах здорових тканин або їх руйнування шляхом кріодеструкції. Якщо це неможливо, то застосовують близькофокусну рентгенотерапію.

Бородавчастий передрак

Бородавчастий передрак (*praecancer verrucosus*) описав А.Л. Машкіллейсон у 1965 р. Виникає майже виключно на червоній облямівці нижньої губи. Являє собою бородавчате утворення у вигляді вузла напівкулястої форми, діаметром 4—10 мм, який підвищується над рівнем слизової оболонки на 4—5 мм, розміщується на незмінній червоній облямівці. Зверху вузол вкритий щільно прикріпленими сірими лусочками.

Патологічна анатомія. При патогістологічному дослідженні виявляють різко виражену обмежену проліферацію епітелію за рахунок розширення шару остеоподібних клітин. Гіперкератоз часто чергується з паракератозом, спостерігаються дисконфлексія і поліморфізм остеоподібних клітин. Базальна мембрана не порушена. У сполучній тканині власної пластинки слизової оболонки відзначається круглоклітинна інфільтрація.

Диференціальна діагностика. Слід проводити розмежування з папіломою, кератоакантомою, піогенною грануломою. Папілома являє собою білясте утворення із сосочковими розростаннями на його поверхні. Кератоакантома — це сіро-червоний вузлик із кратероподібним заглибленням у центрі, яке вповнене роговими масами. Піогенна гранулома — це підвищене утворення на червоній облямівці губи, насиченого червоного кольору, м'якої консистенції. Поверхня мацерована, з гнійними кірками, при натисканні виділяється невелика кількість гною.

Лікування полягає у повному хірургічному видаленні вогнища ураження в межах здорових тканин.

Обмежений передраковий гіперкератоз червоної облямівки губ

Обмежений передраковий гіперкератоз червоної облямівки губ (*hyperkeratosis praescancerosa circumscripta*) описаний А.Л. Машкіллейсоном у 1965 р. Хворіють переважно чоловіки середнього віку.

Клінічна картина. Ураження локалізується на червоній облямівці нижньої губи збоку від центра. Являє собою вогнище зроговіння сіро-білого кольору полігональної форми, розміром понад 2 мм. Він не підвищується над рівнем епітелію, а іноді западає. Поверхня його вкрита тонкими щільно прикріпленими лусочками. Тканини, що оточують вогнище, незмінені. Пальпація обмеженого гіперкератозу дає відчуття щільної поверхневої пластинки.

Злоякісне переродження настає через кілька (4—6) місяців або років: ранніми ознаками його є ущільнення основи та посилення зроговіння поверхні.

Патологічна анатомія. Патогістологічна картина характеризується обмеженою проліферацією епітелію, вираженим гіперкератозом, дисконплексацією і поліморфізмом остеоподібних клітин. У сполучній тканині виявляють поліморфно-клітинну інфільтрацію.

Диференціальна діагностика. Проводять розмежування з лейкоплакією і червоним плоским лишаям. При лейкоплакії утворюється білого кольору бляшка, на тлі якої можливе утворення тріщин чи ерозій. Червоний плоский лишай характеризується наявністю висипань міліарних полігональних папул, на тлі яких можливе утворення ерозій.

Лікування полягає в хірургічному видаленні вогнища ураження в межах здорових тканин.

Еритроплазія Кейра

Синоніми: червоне утворення, оксамитова епітеліома, сосочкова гола епітеліома, доброякісна сифілоподібна епітеліома; є облігатною формою передраку, що обов'язково призводить до розвитку плоскоклітинного інтраепітеліального раку із швидким метастазуванням у регіонарні лімфатичні вузли.

Етіологія невідома.

Клінічна картина. Локалізується ураження на червоній облямівці губ, изовій оболонці порожнини рота та гортані. Являє собою різко обмежене поліциклічне вогнище рожево-червоного кольору з оксамитовою поверхню. Інколи спостерігається легке лущення, поверхнєве виразкування з незначним серозним виділенням. Розміри його рідко перевищують мм у діаметрі. Суб'єктивні відчуття незначні: інколи печіння в ділянці аження. Перебіг тривалий (роки, десятиліття) з повільним прогресуванням. Захворювання схильне до рецидивів. У вогнищах еритроплазії Кейра можливий розвиток інвазивного плоскоклітинного раку.

Патологічна анатомія. Мікроскопічно виявляють стоншення і сплюснення поверхневих шарів плоского епітелію з глибоким проникненням у власну пластинку акантотичних тяжів. Вони представлені переважно клітинами теоподібного шару, в яких відзначається велика кількість фігур мітозу чи атипії. Виразний клітинний поліморфізм: поряд із дрібними клітинами, що мають прояви гіперхромії, інколи голі ядра, зустрічаються великі клітини світлою, вакуалізованою цитоплазмою і світлими ядрами різної форми; інколи трапляються великі багатоядерні клітини. У власній пластинці — багата лімфоплазмоцитарна інфільтрація, кровоносні судини різко розширені. Тут (порівняно з хворобою Боуена) більш виразний клітинний поліморфізм, дисконплексація клітин та відсутність дискератозу.

Диференціальну діагностику проводять з твердим шанкером, лейкоплакією, туберкульозом, плоскоклітинним раком. Розвиток твердого шанкеру також починається з появи обмеженого почервоніння, проте в центрі його за 2—3 дні з'являється ущільнення за рахунок інфільтрату. У центральній частині інфільтрату розвивається некроз і утворюється ерозія яскраво-червоного кольору. Характерне збільшення регіонарного лімфатичного вузла

на боці ураження (бубон, або регіонарний склераденіт). При лейкоплакії на поверхні білуватого кольору вогнища кератозу слизової оболонки (бляшки) утворюються ерозії. При туберкульозі утворюються червоного чи жовто-червоного кольору, м'якої консистенції ліпи, діаметром 1—3 мм, схильні до сирнистого розпаду й утворення виразок.

Лікування: хірургічне видалення ураження у межах здорових тканин та променева терапія.

Шкірний ріг

Шкірний ріг (cornu cutaneum) — обмежена гіперплазія епітелію чи епідермісу з різко вираженим гіперкератозом, що за виглядом і щільністю нагадує ріг. Виникає на червоній облямівці губи (частіше нижньої) та інших відкритих ділянках шкіри у місцях їх травмування в осіб будь-якого віку.

Розрізняють первинний і вторинний шкірний ріг. Первинний шкірний ріг починається з обмеженого гіперкератозу на незмінній шкірі. Ураження дуже повільно росте в довжину, досягаючи інколи кількох сантиметрів. При цьому діаметр основи практично не змінюється. Вторинний (несправжній) шкірний ріг виникає на тлі червоного вовчака, старечої кератоми, туберкульозу та деяких специфічних інфекцій (гонорея, сифіліс). При цих захворюваннях інфекційна кератодермія має острівцевий характер і інколи набуває форми рога.

Клінічна картина типова. Ураження являє собою чітко обмежене вогнище діаметром до 1 см, від якого відходить конусоподібної форми виступ заввишки не більше ніж 1 см. Колір його брудно- чи коричнево-сірий.

Шкірний ріг може існувати роками, проте в будь-яку мить можливе настання малігнізації. Про неї свідчать поява запалення і ущільнення навколо основи рога, посилення інтенсивності зроговіння.

Патологічна анатомія. В епітелії виявляють значний гіперкератоз: рогові маси у вигляді конуса піднімаються над поверхнею епітелію. Під рога вими масами виявляють акантоз. У прилеглій сполучній тканині відзначають дифузний інфільтрат із лімфоїдних клітин і плазмодитів.

Диференціальну діагностику проводять зі звичайною бородавкою, старечою кератомою, кератоакантомою та бородавчастим передраком.

Лікування полягає в хірургічному видаленні або кріодеструкції вогнищ ураження в межах здорових тканин.

Кератоакантома

Кератоакантома (ceratoacanthoma) — доброякісна епідермальна пухлина, яка найчастіше локалізується на червоній облямівці нижньої губи, рідше — на язиці.

Клінічна картина. Захворювання починається з утворення на губі чи язиці сіро-червоного вузлика (папули) з кратероподібним заглибленням у центрі, яке вповнене роговими масами. Протягом 1 міс. пухлина досягає максимального розміру (2,5 x 1 см). Можливий різний розвиток кератоакантоми. Найчастіше через 6—8 міс. вона або сама по собі зникає, при цьому на її місці утворюється атрофічний пігментований рубець, або трансформується в рак.

Патологічна анатомія. Патогістологічна характеристика кератоакантоми подібна до такої спіноцелюлярного раку. Відзначається кратероподібне заглиблення, вистелене епітелієм і вповнене роговими масами — рогова чаша, яка є морфологічною ознакою кератоакантоми. В епітелії акантоз: епітеліальні вирости глибоко проникають у прилеглу сполучну тканину власної пластинки. У базальному шарі спостерігають дисконфлексію клітин. У сполучній тканині власної пластинки виявляють інфільтрат, утворений лімфоїдними клітинами і плазмодитами.

Диференціальна діагностика. У деяких випадках диференціювати кератоакантому і плоскоклітинний рак важко: наявність патологічних мітозів у клітинах, їх поліморфізм і атипія, інфільтративний ріст пухлини свідчать про її злоякісність.

Диференціальну діагностику кератоакантоми слід проводити з метою відмежування її від бородавчастого передраку і раку. Бородавчастий перед-рак являє собою бородавчасте утворення у вигляді вузла напівкулястої форми, діаметром 4—10 мм, який підвищується над рівнем слизової оболонки на 4—5 мм.

Лікування кератоакантоми хірургічне — видалення у межах здорових тканин.

Рак губи

Рак губи — злоякісне утворення на червоній облямівці нижньої або верхньої губи, частіше спостерігається на нижній. Це різновид раку шкіри. Чоловіки хворіють частіше, ніж жінки. Переважно хворіють у віці понад 50 років, у більш молодих трапляється частіше. Метастазує у під нижньощелепні, підборідні, інші глибокі шийні лімфовузли. Віддалені метастази можуть бути в легенях, печінці. Спричиняють розвиток раку губи куріння, алкоголь, вірусні інфекції, травми9каріозні зуби з гострими краями, неправильно підібрані протези, хімічні опіки, пірсинг).

Класифікація раку губи за системою TNM

T Первинна пухлина

- Tis Преінвазивна карцинома
 T0 Первинна пухлина не визначається
 T1 Пухлина знаходиться в межах губи: 2 см чи менше в найбільшому вимірі
 T2 Пухлина знаходиться в межах губи: більше 2 см, але не більше 4 см у найбільшому вимірі
 T3 Пухлина знаходиться в межах губи: більше 4 см в найбільшому вимірі
 T4 Пухлина розповсюджується на сусідні органи: кістку, язик, шкіру ший і т.п.
 TX Визначити у повній мірі поширеність первинної пухлини неможливо

N Регіонарні лімфатичні вузли:

- NO Регіонарні лімфатичні вузли не пальпуються
 N1 Пальпуються лімфатичні вузли, що зміщуються, на боці ураження
 N2 Пальпуються лімфатичні вузли, що зміщуються, на протилежному боці чи з обох боків
 N3 Пальпуються незміщені лімфатичні вузли NX — оцінити стан лімфатичних вузлів неможливо

M Окремі метастази:

- MO Ознак окремих метастазів немає
 M1 Віддалені метастази визначаються
 MX Визначити віддалені метастази неможливо

Групування за стадіями

Стадія I	T1	NO	MO
Стадія II	T2	NO	MO
Стадія III	T3	NO	MO
Або	T1, T2,	N3, N1,	MO
Стадія IV	T4	NO, N1,	MO
будь-яка	T+	N2, N3;	MO
будь-яка	T+	будь-яка N	M

Стадії раку губи (за А.І. Пачесом)

I стадія	обмежена пухлина чи виразка діаметром 1-1,5 см у товщі слизової оболонки та підслизової основи проміжної частини, без метастазів
-------------	--

II стадія	Пухлина, яка займає не більше половини губи. У регіонарних лімфовузлах визначається 1-2 рухливих метастази
III стадія	Пухлина, що займає більшу частину губи з проростанням у товщу її та та поширення на кут рота, щоки, підборіддя. У піднижньощелепних, підборідних ділянках є виражені, обмежено рухомі одиничні чи множинні метастази. Пухлини менших розмірів можуть бути з обмежено рухомими регіонарними метастазами.
IV стадія	Пухлина, яка розпадається та обіймає більшу частину губи з проростанням усієї товщини її і поширенням не тільки на кут рота, підборіддя, але й на кістковий скелет верхньої та нижньої щелепи. Нерухомі, іноді метастази, які розпадаються в регіонарних лімфовузлах. Пухлина будь-якого розміру з одиничними нерухомими або окремими метастазами

Рак губи в ранній стадії проявляється у вигляді поверхневої виразки, покритою кіркою, що довго не гоїться. Іноді пухлина являє собою ущільнення без чітких меж, що згодом виразкується, поривається кіркою. Пізніше розміри виразки збільшуються, вона може переходити на шкіру або слизову оболонку губи або кут рота. У під нижньощелепній ділянці можуть з'являтися збільшені лімфовузли, як правило безболісні, незважаючи на значні розміри.

Діагностика передбачає огляд, біопсію з проведенням цитологічного й гістологічного досліджень, УЗД регіонарних лімфовузлів.

Лікування залежить від ступеня поширення процесу. До основних методів відносять променеву терапію й хірургічний спосіб, а також їх об'єднання. У ранніх стадіях застосовують один вид лікування, занедбані процеси вимагають комбінованого й комплексного лікування

При раку губи лікування повинно будуватися з урахуванням стадії процесу та клінічної форми. Найбільш результативним виявився комбінований метод лікування, що включає два етапи: лікування пухлинного вогнища на губі і видалення шийної клітковини. Перед лікуванням хворі повинні кинути палити, пройти санацію порожнини рота.

Лікування раку губи I стадії (первинний пухлинний вогнище) можна здійснити хірургічним або променевим способом. В даний час оперативний метод застосовують рідко. Він полягає в наступному. Відступивши на 1,5-2 см від краю інфільтрації, виробляють квадратну або трапецієподібну (але не клиноподібну) резекцію губи. Вади верхньої і нижньої губи можуть бути закриті шляхом операцій Брунса або Мальгєня. Більш радикальним є висічення трапецієподібного ділянки губи, розширюється донизу. Більш «косметичним» слід вважати закриття вади по Н. Н. Блохіну (рис. 1).

Найчастіше використовують променевої метод - внутрішньотканинний введення радіоактивних голок або короткофокусний рентгенотерапію. За твердженням деяких авторів, при лікуванні раку губи I стадії цим методом можна домогтися 100% лікування. Короткофокусні рентгенотерапію проводять на різних апаратах (РУМ-7, ТУР-60, РТ-100), що працюють при генеруванні напруги рентгенівської трубки 60-100 кВ. Поля опромінення розташовуються з боку червоної облямівки і шкіри нижньої губи. Сумарна вогнищева доза становить 60 Гр, при разовій дозі 4-5 Гр.

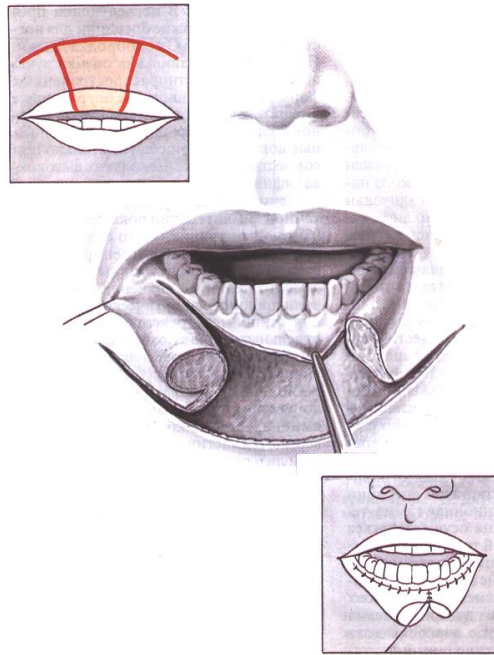


Рис.1. Трапецієвидна резекція нижньої губи при раку і хейлопластика по Н. Н. Блохіну

Питання про втручання на регіонарних лімфатичних вузлах можна вирішувати тільки після виліковування первинного пухлинного вогнища. Більшість онкологів при раку губи I стадії вузли не видаляють. У подібних випадках, особливо в ослаблених хворих і пацієнтів старечого віку, слід встановити динамічне спостереження. Однак деякі хірурги вважають, що видалення підщелепних і підборідних лімфатичних вузлів слід проводити при всіх стадіях раку губи. При підозрі на метастази в регіонарних лімфатичних вузлах необхідно цитологічне дослідження пунктату вузла. При підтвердженні метастазування здійснюються фасціальні-футлярні висічення клітковини підщелепних і підборідної областей разом з поверхневою м'язом шії. Ця операція (використовується тільки при раку нижньої губи I стадії) розроблена Н. А. Тищенко. На рис. 2 показана зона тканин, яку зазвичай видаляють при типовою операції Ванаса.

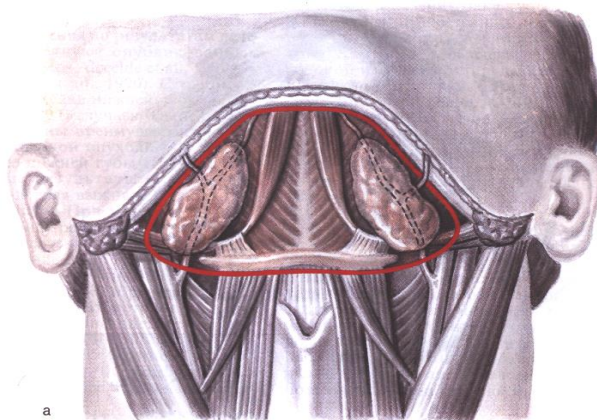


Рис.2 Зона січуть тканин підборідної та підщелепних областей при підозрі на метастазування раку губи I стадії

Лікування раку губи II стадії в більшості випадків проводять променевими методами. При локалізації вогнища ближче до кута рота показана глибока, ближче до середини - близькофокусна рентгенотерапія. При відсутності апарату для близькофокусної рентгенотерапії можна використовувати близькофокусні гамма-терапевтичні установки. Через 2-3 тижнів після закінчення променевого лікування первинного вогнища виробляють верхнє фасціальне-футлярне висічення шийної клітковини: видаляють клітковину підборідної та підщелепних областей і одночасно січуть глибокі шийні вузли в області

розвилки загальної сонної артерії та лімфатичних вузлів нижнього полюса привушної слинної залози. Таку операцію слід про- водити дуже ретельно. До неї можна приступати після лікування первинної пухлини.

При раку губи III стадії лікування первинної пухлини проводять поєднаним променевим методом. При цьому зазвичай використовують опромінення на гамма-терапевтичних установках, заряджених радіонуклідом кобальту. За відсутності зазначеного апарата можна застосувати близькофокусну рентгенотерапію (генерування напруги трубки 70-120 кВ) в поєднанні з контактним опроміненням залишку пухлини. Якщо розмір пухлини сильно зменшився, але пухлина не піддалася повній регресії, то показано впровадження в ложі пухлини радіоактивних препаратів. Залишки невиліковної пухлини видаляють шляхом квадратної резекції губи. Однак дуже часто важко встановити терміни висічення залишків невиліковної пухлини після закінчення опромінення. Зазвичай ці терміни становлять 3-6 тижнів, але іноді реакція тканин губи не дозволяє навіть по закінченні 1,5 міс визначити термін оперативного втручання. Питання про терміни операції має вирішуватися в процесі динамічного спостереження, коли повністю реалізований променевої ефект в тканинах: стихли реактивні явища і закінчилася регресія пухлини.

Другий етап лікування - видалення шийної клітковини - здійснюється після повної регресії первинної пухлини. Якщо до променевого лікування мався рак III стадії, то слід провести фасціальну-футлярну висічення шийної клітковини з обох сторін одночасно при центральному розташуванні первинної пухлини. У літніх та ослаблених хворих цю операцію можна зробити спочатку з одного боку, а через 2-3 тижнів - з іншого. При наявності в регіонарних лімфатичних вузлах обмежено зміщуються метастазів операції передують дистанційна гамма-терапія, яка повинна здійснюватися паралельно з променевою терапією первинної пухлини. Дистанційне гамма-опромінення на область метастазів сприяє зменшенню метастатичних вузлів і розвитку в них дистрофічних змін (сумарна вогнищева доза 30-40 Гр). При множинному метастатичному ураженні або спаяні метастазів з внутрішньої яремної веною показано висічення шийної клітковини по Крайлю.

Виключно складно лікувати місцеворозповсюджену форму раку губи (IV стадія). В окремих випадках у поєднанні з протизапальною лікуванням може бути проведена близькофокусна гамма-терапія. Деякі радіологи в таких випадках пропонують перед опроміненням перев'язувати зовнішні сонні артерії, що нібито підвищує ефект променевого впливу.

Після опромінення при показаннях іноді може бути здійснена широка електроексцизія пухлини з резекцією нижньої щелепи. У подальшому проводять пластичні операції для відновлення губи, підборіддя, щоки. Проведення і правильна оцінка променевого лікування місцевопоширених форм раку губи, широкі оперативні втручання і подальші відновні операції - всі ці складні питання можуть вирішуватися тільки при спільній роботі кількох висококваліфікованих фахівців.

Використання регіонарної і системної хіміотерапії показало, що сучасні протипухлинні препарати при раку губи малоефективні, не мають самостійного значення і не набули широкого практичного застосування. Лише метотрексат і блеоміцин в окремих випадках виявилися корисними при лікуванні переважно первинного вогнища раку губи. Метастази в регіонарних лімфатичних вузлах малочутливі до метотрексату і блеоміцин, проте вкрай рідко вони піддаються частковій регресії. За даними літератури, поєднання метотрексату з променевою терапією дозволяє поліпшити результати лікування. В останні роки вивчається дія препаратів поєднання платини і 5-фторурацилу.

При рецидиві раку губи лікування залежить від розмірів пухлини, форми росту і стану оточуючих пухлину здорових тканин. При невеликих пухлинах після променевої терапії проводять електроексцизію губи в межах здорових тканин з наступною пластикою місцевими тканинами. При великих дефектах використовують різні методики відновлення губи (рис. 3).

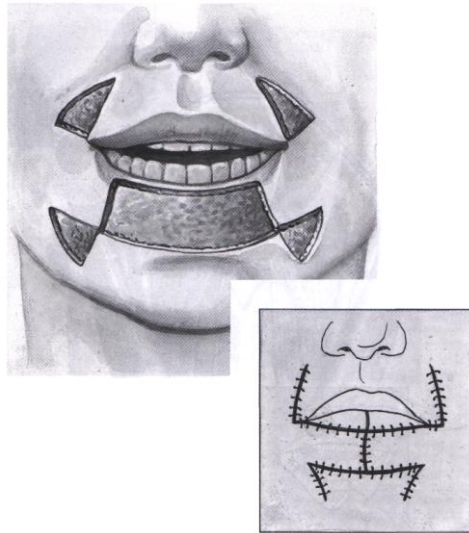


Рис.3 Хейлопластика при тотальному трапецієподібної дефекті нижньої губи по Н. Н. Блохіну

При великих пухлинах і відсутності пухлинних змін шкіри може бути проведена дистанційна гамма-терапія. Рецидив раку губи можна лікувати також методом внутрішньотканинної бета-гамма-терапії порожнистих ниток. Лікувати рецидиви (вторинні метастази) надзвичайно важко. Такі метастази резистентні до променевого впливу, тому при одиночних рухомих метастазах показано їх видалення, при множинних та малозміщених - паліативна гамма-терапія, іноді до меж витривалості тканин. Через 2-4 тижні після завершення опромінення вирішується питання про операбельності регіонарного рецидиву і про характер операції.

На результати лікування багато в чому впливають оцінка поширеності пухлинного процесу і метод, який вперше був використаний. Однак прогноз різко погіршується при появі множинних регіонарних метастазів.

В останні 20 років в онкологічну практику міцно увійшов криогенний метод лікування раку і рецидивів раку губи, серед інших методів він посів провідне місце. Багаторічні дослідження показали, що криогенне лікування високоефективне. Протягом останніх років вивчається метод фотодинамічної терапії, який за попередніми даними, може дати добрі результати лікування передпухлинних процесів червоної облямівки губ і початкових форм раку.

ЗЛОЯКІСНІ НОВОУТВОРЕННЯ ЯЗИКА ТА СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА

Епідеміологія. Захворюваність на рак слизової оболонки порожнини рота, язика в 1996 році в Україні становила 4,25 на 100 тис. населення, а в Полтавській області цей показник був значно вищим – 5,8 на 100 тис. населення. Чоловіки хворіють значно частіше за жінок. Так, рак слизової оболонки порожнини рота в Україні у чоловіків складав 4,4 % усіх злоякісних пухлин, а у жінок – 0,8 %. В структурі злоякісних пухлин слизової оболонки порожнини рота рак язика становить близько 60 %, рак слизової оболонки дна порожнини рота біля 20 %, рак слизової оболонки щік – близько 10 %, далі йде рак піднебіння та слизової оболонки альвеолярних відростків. Найчастіше хворіють люди у віці 50-70 років, але нерідко трапляються і значно молодші хворі. В географічному плані найвища захворюваність спостерігається в республіках Центральної Азії, Пакистані, Індії.

Етіологія. Початок раку слизової оболонки порожнини рота та язика можна пояснити з позицій полі етіологічної теорії походження раку. Механічні подразнення температурні, хімічні, біологічні чинники, не будучи специфічними, при незадовільному гігієнічному стані ротової порожнини ініціюють розвиток як передракових станів, так – потім і самого раку. Каріозні зуби з гострими краями виявляються близько у 50 % , а недосконалі ортопедичні

конструкції – у 10% хворих на рак язика. Факторами, які сприяють збільшенню захворюваності, належать також паління тютюну, закладання під язик насу, жування бетелю, опіки етиловим алкоголем та інші. Внаслідок дії цих чинників слизова оболонка язика та ротової порожнини грубішає, втрачає еластичність, надмірно ороговіє – проявляється дискератоз в тій чи іншій формі.

Передракові захворювання. Згідно з сучасними класифікаціями (А.Л.Машкіллейсон) до передракових захворювань, які передують розвиткові раку слизової оболонки порожнини рота належать хвороба Боуена (облігатних передрак) та група факультативних передраків з більшою потенційною злоякісністю – лейкоплакія ерозивна та верукозна, папілома та папіломатоз піднебіння; з меншою потенційною злоякісністю – лейкоплакія плоска, хронічні виразки слизової оболонки порожнини рота, ерозивні та гіперкератотичні форми червоного плоского лишая та червоного вовчака, пост рентгенівський стоматит та інші.

Патологічна анатомія. Макроскопічне рак слизової оболонки ротової порожнини зустрічається у вигляді як екзофітних форм, до яких належать папілярні і бородавчасті (верукозні) пухлини, так і ендофітних форм, серед яких слід розрізняти виразкові, інфільтративні і виразково-інфільтративні пухлини.

Екзофітні форми раку трапляються у 20-30% хворих і мають вигляд сосочкових, бородавчастих або грибоподібних утворень на широкій основі.

Серед ендофітних форм частіше спостерігаються виразкові (30-40 %), для яких характерна наявність виразки з валикоподібними підвищеними краями, інфільтрованими стінками і основою. Інфільтративні форми найчастіше спостерігаються в ділянці задньої третини язика (біля 5 %) і характеризуються наявністю щільного інфільтрату під незміненою слизовою оболонкою. Внаслідок подальшого розвитку процесу початкові форми раку набувають характеру виразково-інфільтративних.

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

Метастазування майже завжди носить лімфогенний характер. Метастазами уражаються переважно регіонарні лімфатичні вузли. Гематогенні метастази у віддалені органи спостерігаються дуже рідко. Регіонарними для слизової оболонки порожнини рота та язика вважаються підпідборідні, піднижньощелепні, заглоткові та верхні глибокі шийні лімфовузли. Найпостійнішою та самою чисельною групою первинних лімфатичних вузлів є ланцюжок глибоких шийних лімфатичних вузлів. Особливо часто спостерігається ураження цих регіонарних лімфатичних вузлів у хворих на рак кореню язика (до 70%).

Для раку переднього відділу порожнини рота і язика першим етапом метастазування є піднижньощелепні і підпідборідні лімфовузли, для раку задніх відділів порожнини рота і задньої третини язика крім того є глибокі шийні лімфовузли (верхні, середні і навкологлоткові). Другим етапом метастазування є шийні лімфовузли і третім – надключичні. У хворих на рак язика і дна порожнини рота спостерігається значно раніше і часто двобічне або перехресне метастазування і агресивний перебіг.

Класифікація раку язика за стадіями розвитку:

А. Вітчизняна:

I стадія – пухлина до 1 см в найбільшому вимірі, що розповсюджується лише на глибину слизової оболонки та підслизового шару. Метастазів немає.

II а стадія – пухлина або виразка більшого розміру, що виростає в товщу підлеглої м'язової тканини, але не виходить за середню лінію язика.

II б стадія – пухлина такого ж розміру або менша з наявністю однобічних поодиноких рухомих регіонарних метастазів.

III а стадія – пухлина або виразка, що розповсюджується за середню лінію язика або на дно порожнини рота.

III б стадія – пухлина того ж розміру або менша, але при наявності множинних рухомих регіонарних метастазів або обмежено рухомих поодиноких метастазів.

IV стадія – пухлина, яка вражає більшу частину язика і розповсюджується не тільки на сусідні м'які тканини, але і на кістки лицьового скелету. Пухлини менших розмірів з нерухомими регіонарними метастазами або віддаленими метастазами.

Б. Міжнародна класифікація TNM:

Т - первинна пухлина:

Tis - передінвазивна карцинома (carcinoma in situ);

T₀ – первинна пухлина клінічне не визначається;

T₁ – пухлина до 2 см в найбільшому вимірі;

T₂ – пухлина від 2 до 4 см в найбільшому вимірі;

T₃ – пухлина більше 4 см в найбільшому вимірі;

T₄ – пухлина розповсюджується на кісткову тканину, м'язи, шкіру, шию та інше.

T_x – недостатньо даних для оцінки первинної пухлини.

N – регіонарні лімфатичні вузли:

N₀ – немає ознак ураження регіонарних лімфатичних вузлів;

N₁ – визначаються уражені зміщувані гомолатеральні лімфатичні вузли;

N₂ – визначаються уражені зміщувані лімфатичні вузли на протилежному боці або з обох боків шиї;

N₃ – визначаються уражені нерухомі лімфатичні вузли;

M – віддалені метастази:

M₀ – немає ознак віддалених метастазів;

M₁ – є віддалені метастази;

M_x – недостатньо даних для визначення віддалених метастазів.

Класифікація за стадіями та за символами **TNM** для інших відділів порожнини рота аналогічна, як і при раку язика.

Клінічна картина раку слизової оболонки порожнини рота і язика в значній мірі визначається як локалізацією процесу, так і характером росту новоутворення та стадією його розвитку. Виділяють три клінічні періоди розвитку раку порожнини рота:

I – початковий (бідний симптомами): на слизовій оболонці з'являються безболісні вузлики, тріщини, виразки, білі плями. Невдовзі з'являються біль, гіперсалівація, неприємний запах з рота;

II – розвинений період: внаслідок вторинних супутніх запальних змін у хворих виникають сильні болі з іррадіацією, утруднюється мова, хворі відмовляються від їжі, порушується сон, посилюється іхорозний запах із рота;

III – період занедбаності захворювання: рак швидко розповсюджується, процес є виключно агресивним. Пухлинний інфільтрат уражується, появляється виразка, інфільтрат піддається розпаду, що ще збільшує страждання хворого. З'являється постійна кровоточивість з пухлинної тканини. Внаслідок росту пухлини зменшується рухомість язика; проростання пухлини в ділянку жувальних м'язів приводить до контрактури. Постійно прогресують явища некрозу. Внаслідок обмеження рухомості язика можлива аспірація інфікованої слини та харчових мас, що сприяє розвитку супутніх захворювань збоку органів дихання. Досить швидко наростає виснаження хворого.

В найближчі 2-3 місяці після перших ознак захворювання у хворого виникають збільшені регіонарні лімфатичні вузли, віддалені метастази спостерігаються досить рідко.

Найбільш несприятливою локалізацією в порожнині рота вважається рак язика, дна порожнини рота, слизової оболонки ретромолярної ділянки. Для цих локалізацій характерним є більш раннє, часто двобічне або перехресне метастазування і злоякісніший перебіг захворювання.

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

До обов'язкових методів обстеження належать: огляд, пальпація пухлини та регіонарних лімфовузлів, рентгенографія легенів для визначення віддалених метастазів в них, морфологічна верифікація процесу.

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

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

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

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

Диференційна діагностика проводиться з неспецифічними запальними процесами і хронічними виразками, сифілісом, туберкульозом, актиномікозом, аберантним зобом кореню язика, доброякісними пухлинами.

Лікування. Перед початком спеціального лікування слід провести санацію порожнини рота. Метод лікування раку слизової оболонки порожнини рота та язика визначається локалізацією, ступенем розповсюдженості, морфологічною формою пухлини та загальним станом хворого. Найкращі результати отримують при застосуванні комбінованих методів, що полягають у використанні передопераційного курсу променевої терапії (І етап), з наступним електрохірургічним видаленням опроміненої пухлини (ІІ етап) і широкого видалення одним блоком регіонарних лімфатичних вузлів, клітковини, що їх оточує та фасцій піднижньощелепної, під підборідної та шийної ділянок.

Найкраще розроблена методика лікування раку язика. При лікуванні раку передніх двох третин язика І та ІІ стадії спочатку проводять дистанційну гама-терапію з двох щічно-піднижньощелепних полів (сумарна вогнищева доза 40-45 Гр) в поєднанні з близькофокусною рентгенотерапією (сумарна доза 40-60 Гр). Через 3-4 тижні після стихання явищ променевого епітелііту та повної реалізації ефекту променевої терапії, виконують половинну електрорезекцію язика (в ІІ стадії). При наявності регіонарних метастазів виконується операція Валаха (у хворих на рак передньої третини язика) або фасціальнотутлярне видалення клітковини ший за Пачесом.

У хворих ІІІ стадією раку язика проводиться дистанційна гама-терапія сумарною вогнищевою дозою 40-45 Гр, яка може поєднуватись з близькофокусною рентгенотерапією (передні відділи язика) або внутрішньо-тканинною гама-терапією. Після стихання променевих реакцій, а також достатньої регресії пухлини проводиться розширена операція з розтином тканин щоки та електрорезекцією всіх уражених тканин. Таким втручанням

повинна передувати перев'язка язикових або зовнішніх сонних артерій та одночасна операція Крайля.

Для цитостатичного лікування застосовують метотрексат, блеоміцин, комплексні сполуки платини, адриабластин. Найкраще вживати регіонарну внутрішньо-артеріальну хіміотерапію.

Хворим на рак язика IV стадії показане паліативне променеве лікування, в ряді випадків – регіонарна внутрішньо-артеріальна хіміотерапія.

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

Принцип лікування раку слизової оболонки інших відділів порожнини рота практично такий же, як і у хворих на рак язика, однак, в залежності від анатомічного розташування має деякі особливості. На відміну від хірургії рака язика, яка вдосконалювалась завдяки вдосконаленню оперативної техніки багатьма видатними онкологами, оперативне лікування раку слизової оболонки інших відділів порожнини рота вважається мало перспективним.

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

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

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

Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття

Тести I рівня:

Знайдіть одну правильну відповідь

№ 1

Яке захворювання є облігатним передраком?

- лейкоплакія;
- + хвороба Боуена;
- папіломатоз;
- ерозивно-виразкова форма червоного вовчака.

№ 2

Яке з захворювань треба віднести до факультативного передраку червоної облямівки губ?

- + лейкоплакія;
- бородавчастий передрак;
- обмежений гиперкератоз;
- хейліт Манганотті.

№ 3

Визначте для кожної пухлини найбільш характерний місцевий симптом:

- блюдце подібна форма із заглибленням у центрі новоутворення;
- колір не змінюється при натискуванні, на поверхні росте волосся;
- поверхня пухлини ворсинчаста;
- пухлина тверда.

(Вірна відповідь: кератоакантома, невус, папілома, шкірний ріг)

№ 4

Визначте місцевий симптом, якого не буває при папіломі:

- округла форма;
- наявність ніжки;
- безболісність;
- ворсинчаста поверхня;
- рухомість;
- кратероподібне заглиблення в центрі пухлини.

(Вірна відповідь: № 6)

№ 5

Якій пухлині притаманна конусоподібна форма:

- папілома;
- + шкірний ріг;
- невус;
- кератоакантома

(Вірна відповідь: +)

№ 6

Назвіть синонім шкірного рога:

- лейкоплакія бородавчаста;
- обмежений дискератоз;
- + рогова тератома;
- кератоакантома.

№ 7

Хвороба Боуена – це:

- різновид старечої кератоми;
- + внутрішньо епідермальний рак шкіри;

- внутрішньо епідермальний рак слизової оболонки;
- псевдокарциноматозний моллюск.

№ 8

У людей похилого віку хронічна тріщина нижньої губи розташована:

- + тільки посередині;
- тільки в ділянці кута рота;
- на будь-якому місці губи;
- у людей похилого віку її взагалі не буває.

№ 9

Видаливши папілому язика, лікар направив матеріал на гістологічне дослідження помістивши його у 70⁰ етиловий спирт. Чи є дії лікаря вірними?

(Вірна відповідь: ні, етиловий спирт різко змінює гістологічну картину матеріалу)

№ 10

При направленні біопсійного матеріалу на гістологічне дослідження, препарат фіксують:

- в 40% розчині формаліну;
- в 10% розчині глюкози;
- в фізіологічному розчині;
- в 2% спиртовому розчині йоду;
- в 5% розчині формаліну;
- + в 10% розчині формаліну.

Задачі:

№ 1

При огляді порожнини рота виявлений осередок зміненої слизової оболонки щоки у вигляді білуватої плями, чітко окресленої, безболісної, гладкої, розташованої вздовж лінії змикання зубів.

Який попередній діагноз можна поставити?

(Вірна відповідь: лейкоплакія)

№ 2

Хворий похилого віку скаржиться на наявність на нижній губі безболісного, твердого новоутворення, Що існує вже декілька місяців, повільно збільшуючись. Об'єктивно: на шкірі нижньої губи визначається конусоподібне утворення до 1 см завдовжки, тверде, безболісне, темно-коричньового кольору на широкій основі.

Який діагноз найбільш вірогідний?

(Вірна відповідь: шкірний ріг)

№ 3

Хворий скаржиться на наявність безболісного новоутворення на шкірі щоки, яке швидко росте. Об'єктивно: на шкірі лівої щоки новоутворення 1,х1,5 см, блюдце подібної форми з гладкою поверхнею і западанням в центрі у вигляді кратера, що заповнене роговою масою.

(Вірна відповідь: кератоакантома)

Професійні алгоритми, щодо оволодіння навичками та вміннями:

№ п/п	Завдання	Вказівки	Примітки
1	2	3	4
1.	Провести курацію хірургічного стоматологічного хворого	В ході обстеження виявити: 1.Скарги пацієнта; 2.Особливості анамнезу захворювання; 3.Особливості анамнезу життя; 4.Патологічні зміни покривних тканин щелепно-лицевої ділянки; 5.Патологічні зміни кісток щелепно-лицевої ділянки; 6.Патологічні зміни твердих тканин зубів; 7.Патологічні зміни тканин пародонту;	Звернути увагу на: 1.Характер, інтенсивність та тривалість болю, чинники, що сприяють збільшенню болю; 2.Тривалість захворювання та особливості його розвитку, лікувальні засоби, що отримав хворий до звернення до лікаря; 3.Перенесені загальні, інфекційні, алергічні захворювання, наявність травматичних пошкоджень або лікування з приводу пухлин у хворого або у його родичів; 4.Колір, тургор шкіри та червоної облямівки губів, наявність первинних або вторинних елементів поразки; 5.Анатомічну форму, місця зрощення кісток, патологічну рухливість, біль, симптоми “сходинки” при пальпації кісток обличчя; 6.Наявність дефектів коронкової та пришийкової частини зубів, зміни кольору емалі, біль при зондуванні порожнини зубу, при температурних подразненнях, характер відділень з порожнини зубу; 7.Ступінь патологічної рухливості зубів, огоління коренів, зміни положення зубів, наявність патологічних пародонтальних кишень та характер відділень з них, наявність зубних відкладень, біль при перкусії зубів;

1	2	3	4
		8. Патологічні зміни слизової оболонки порожнини рота.	8.Кольор, вологість, консистенцію тканин, наявність первинних або вторинних елементів поразки, дефектів цілісності, характер відділень з нориць або ран.
2	Визначити діагноз хворого	Визначити характер патологічних змін, анатомічну локалізацію вогнища, ступінь порушення функцій щелепно-лицевої ділянки	У медичній картці стоматологічного хворого зафіксувати виявлені ознаки захворювання та сформулювати основний, супутній діагноз та ускладнення захворювання пацієнта
3	Розробити план лікування хворого	1.Визначити обсяг та характер лікування (оперативне, консервативне, медикаментозне). 2. Здійснити вибір знеболення оперативного втручання та визначити методику проведення знеболення. 3. Перелічить хірургічний інструментарій, що необхідний для здійснення знеболення та оперативного втручання. 4. Визначити лікарські призначення хворому.	1. Врахувати виявлені патологічні зміни, діагноз пацієнта та його загальний стан. 2. На основі плану лікування визначити лікарський препарат для знеболення, вид знеболення, методику його здійснення з урахуванням ступеню загрози виникнення ускладнень як під час знеболення, так й під час втручання. 3. Назвати основні та допоміжні хірургічні інструменти, прилади для знеболення пацієнта. 4. Зафіксувати у медичній картці та у порадах хворому етіопатогенетичне медикаментозне, загальнозміцнююче, симптоматичне лікування.
4	Оформити медичну документацію лікаря стоматолога-хірурга	1. Зафіксувати у медичній картці стоматологічного хворого дані обстеження пацієнта, діагноз, план лікування з обґрунтуванням знеболення, протокол оперативного втручання, схему премедикації, післяопераційний епікриз та лікарські призначення хворому. 2. Оформити протокол оперативного втручання у операційному журналі. 3. Зафіксувати відвідування пацієнта у "Листі щоденного обліку роботи лікаря хірурга-стоматолога"	При оформленні медичній картці, "Листка щоденного обліку роботи лікаря хірурга-стоматолога" дотримуватись вимог наказу № 302 МОЗ України.

Заключний етап (тривалість 30 хв.)

Матеріали методичного забезпечення заключного етапу заняття:

Ситуаційна задача № 1



У хворої на протязі кількох років спостерігалася хронічна тріщина нижньої губи, яку пацієнтка лікувала самостійно та проведене кілька курсів невдалого лікування у стоматологів поліклінік.

За останні кілька місяців хвора відчула дискомфорт в нижній губі та відмітила постійне збільшення об'єму нижньої губи.

Локально: тріщина нижньої губи з явищами десквамації, легкого запалення та ознак

інфільтративного росту в лівій половині губи. Виявлені пакети лімфатичних вузлів в підборідді та лівій підщелепній ділянці.

Запитання.

1. Який діагноз ви поставите ?
2. Який ваш план обстеження, лікування, організаційні дії?

Ситуаційна задача № 2



В зоні центральної лінії нижньої губи відмічається порушення тканинної цілісності від слизової оболонки до середини червоної зони з періодичним виділенням незначної кількості крові. Хворіє кілька місяців. Раніше не лікувалась.

Соматичний анамнез та стан здоров'я хороші. Не користується останній рік губною помадою, не палить цигарки та не має звичок тримати предмети в роті, не вживає міцних спиртних напоїв.

Запитання.

1. Який діагноз ви поставите ?
2. Який ваш план обстеження, лікування, організаційні дії?

Задачі і тести

№ 1

При дослідженні хворого виявлена виразка, що має такий вид: краї виразки м'які, підриті, нависають. Форма неправильна, дно вкрите дрібними жовтуватими грануляціями. Виразка болісна при пальпації.

Який діагноз можна поставити попередньо?

(Відповідь: туберкульозна виразка).

№ 2

Виразка, що виявлена в порожнині рота при огляді хворого має такий вид: краї щільні, вивернуті у вигляді кратеру, основа ущільнена, дно вкрите дрібнозернистою тканиною, що легко кровить при доторкуванні. Виразка безболісна.

Який діагноз більш вірогідний?

(Відповідь: ракова виразка).

№ 3

На язика хворого розташована виразка, що має круглу форму, краї рівні, чіткі, гладкі. Основа хрящоподібної щільності, дно рівне, блискуче. Виразка безболісна.

Найбільш вірогідний діагноз?

(Відповідь: сифілітична виразка).

№ 4

Еритроплазія Кейра – це:

- різновид старечої кератоми;
- внутрішньо епідермальний рак шкіри;
- + внутрішньо епідермальний рак слизової оболонки;
- псевдокарциноматозний молюск.

№ 5

Препарат для цитологічного дослідження (предметне скло) після приготування:

- фіксують в етиловому спирті;
- фіксують в 40% розчині формаліну;
- висушують на повітрі;
- фіксують в 10% розчині формаліну.

№ 6

Який вид біопсії не застосовують в діагностиці епітеліальних пухлин м'яких тканин:

- інзиційну;
- ексцизійну;
- + пункційну.

Орієнтовна карта для організації самостійної роботи студентів з навчальною літературою

Основні завдання	Вказівки	Відповіді
1	2	3
Вивчити: 1. Етіологію та патогенез передракових захворювань та раку шкіри обличчя, нижньої губи, слизової оболонки порожнини рота, язика.	Назвати причини виникнення передракових захворювань та раку шкіри обличчя, нижньої губи, слизової оболонки порожнини рота, язика та вказати на умови малігнізації.	
2. Класифікацію передракових захворювань та раку шкіри обличчя, нижньої губи, слизової оболонки порожнини рота, язика.	Назвати класифікації за клінічними та гістологічними ознаками.	
3. Первинні елементи висипань	Вміти описати локальну картину захворювання згідно елементів висипань.	
4. TNM-класифікацію передракових захворювань та раку шкіри обличчя, нижньої губи, слизової оболонки порожнини рота, язика.	Вміти скласти онкологічну характеристику згідно TNM і класифікації за клінічними групами та чітко представляти обсяг допомоги на етапі до направлення в спеціальні онкологічні заклади.	
5. Методи діагностики передракових захворювань та раку шкіри обличчя, нижньої губи, слизової оболонки порожнини рота, язика.	Знати методи обстеження хворих.	
6. Основи профілактики передракових захворювань та раку шкіри обличчя, нижньої губи, слизової оболонки порожнини рота, язика.	Вміти дати персональну схему згідно з конкретним захворюванням та іншими особливостями хворого.	

Навчальні завдання для самостійної роботи:

- Написати реферат на тему «Сучасні методи лікування передракових захворювань губ»;
- Виготовити таблицю «Стадії раку губ», «Класифікація раку губи за системою TNM»

Оцінювання студентів на практичному занятті

Оцінювання за наступними критеріями:

1. Оцінювання результату вирішення тестових завдань.
2. Оцінювання вирішення ситуаційної задачі.
3. Оцінювання демонстрації практичної навички або вміння.
4. Оцінювання роботи з фантомом.
5. Оцінювання усної відповіді студента.
6. Оцінювання активності студента.

Критерії оцінки «відмінно»

оцінювання роботи з пацієнтами	оцінювання вирішення клінічної ситуаційної задачі	оцінювання вирішення тестових завдань	оцінювання демонстрації практичної навички чи вміння	оцінювання усної відповіді
студент глибоко і досконало оволодів методикою обстеження пацієнта, відмінно володіє прийомами визначення симптомів захворювань, вільно володіє діагностичними та лікувальними маніпуляціями, вміє скласти план лікування.	точно сформульований та повністю обґрунтований клінічний діагноз у пацієнта, складений план обстеження і (чи) лікування	відсоток правильних відповідей становить 91-100%	студент виконує практичні навички різного ступеня складності (оволодів практичним и навичками, що передбачені програмою)	студент глибоко і твердо засвоїв матеріал, послідовно, грамотно і його викладає, у відповідях тісно пов'язана теорія практикою. справляється з різними видами завдань, вірно обґрунтовує прийняття рішень

Критерії оцінки «добре»

оцінювання роботи з пацієнтами	оцінювання вирішення клінічної ситуаційної задачі	оцінювання вирішення тестових завдань	оцінювання демонстрації практичної навички вміння чи	оцінювання усної відповіді
студент в цілому оволодів методикою обстеження пацієнта, відмінно володіє прийомами визначення симптомів захворювань, вільно володіє діагностичними та лікувальними _ маніпуляціями, але допускає незначні помилки в вище перерахованих процесах	точно сформульований та частково обґрунтований клінічний діагноз у пацієнта, допущені неточності при складанні плану обстеження і (чи) лікування	відсоток правильних відповідей становить 76-90%	студент виконує практичні навички, але допускає незначні неprincipові помилки (відчуває складнощі лише у найтяжчих випадках, помилки, які суттєво не вплинуть на загальний стан пацієнта)	студент твердо засвоїв матеріал, грамотно і по суті відповідає, не допускає суттєвих помилок у відповідях, вірно використовує теоретичні положення при вирішенні практичних завдань

Критерії оцінки «задовільно»

оцінювання роботи з пацієнтами	оцінювання вирішення клінічної ситуаційної задачі	оцінювання вирішення тестових завдань	оцінювання демонстрації практичної навички вміння чи	оцінювання усної відповіді
студент в цілому оволодів методикою обстеження пацієнта, але допускає суттєві порушення у послідовності та методиці обстеження, в інтерпретації методів дослідження, помиляється при виконанні окремих діагностичних та лікувальних маніпуляцій	виникли труднощі при обґрунтуванні клінічного діагнозу, складанні плану обстеження і лікування пацієнта, виправлені студентом за допомогою викладача	відсоток правильних відповідей становить 51-75%	студент в процесі виконання практичних навичок допустив серйозні помилки, відчуває труднощі у простих випадках (відповідь неповна, допущені неточності), що може призвести до погіршення загального стану пацієнта)	студент має знання основного матеріалу, але не засвоїв його деталей, допускає помилки, не достатньо правильно формулює, порушує послідовність у викладенні матеріалу

Критерії оцінки «незадовільно»

оцінювання роботи з пацієнтами	оцінювання вирішення клінічної ситуаційної задачі	оцінювання вирішення тестових завдань	оцінювання демонстрації практичної навички чи вміння	оцінювання усної відповіді
студент не засвоїв практичних навичок або допускає грубі помилки при проведенні фізичного обстеження пацієнта, здійсненні діагностичних та лікувальних маніпуляцій, формулюванні діагнозу, вирішенні питання тактики лікування	не дано відповіді на завдання задачі	відсоток правильних відповідей становить менше 51%	студент не оволодів програмою (відповідь неправильна, допущені суттєві помилки, не вироблені практичні навички, не сформовані вміння, що може призвести до порушення загального стану пацієнта)	студент не знає частини програмного матеріалу, допускає помилки, невпевнений у відповіді

Критерії оцінки активності студента

відмінно (2 бали)	добре (1,5 бала)	задовільно (1,0)	незадовільно (0)
Проактивний Студент проявляє високу зацікавленість у вивченні предмету, активно генерує ідеї, твердо засвоїв матеріал, активно та впевнено працює з хворими, виконує практичні навички без помилок, активно та швидко справляється з різними видами завдань і тестів, допомагає товаришам по групі.	Активний Студент проявляє зацікавленість у вивченні предмету, в цілому засвоїв матеріал, працює з хворими, виконує практичні навички майже без помилок, вчасно справляється з різними видами завдань і тестів, вміє працювати в команді.	Малоактивний В цілому засвоїв матеріал, майже не виявляє інтересу у вивченні предмету та оволодінні практичними навичками, мало цікавиться роботою з хворими, проявляє понижену активність під час роботи з різними видами завдань і тестів в групі.	Пасивний Студент не проявляє зацікавленість у вивченні предмету, не працює з хворими, виконує практичні навички з помилками, не справляється вчасно з різними видами завдань і тестів, не вміє або не виражає бажання працювати в команді.