

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
**«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»**
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

**Методические указания для самостоятельной работы студентов
стоматологического факультета очной формы обучения
по специальности 31.05.01 Лечебное дело
к дисциплине «Стоматология»**

2018г.

Рецензенты:

Н.Е. Митин, доцент, к.м.н., зав. кафедрой ортопедической стоматологии и ортодонтии с курсом пропедевтики стоматологических заболеваний;

С.И. Бородовицина, доцент, к.м.н., зав. кафедрой терапевтической и детской стоматологии.

Филимонова Л.Б., Максимова Н.В.

А Методические указания для самостоятельной работы студентов лечебного факультета очной формы обучения по специальности 31.05.01 Лечебное дело к дисциплине «Стоматология» / Л.Б. Филимонова, Н.В. Максимова. – Рязань, 2018. – 19 с.

ISBN

Методические указания подготовлены на кафедре хирургической стоматологии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. Предназначены для самостоятельной подготовки студентов лечебного факультета очной формы обучения по специальности 31.05.01 Лечебное дело к занятиям по дисциплине «Стоматология».

Методические указания соответствуют ФГОС ВО по специальности 31.05.03 Стоматология, утвержденному приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 9 февраля 2016г. № 95, и способствуют освоению основных видов профессиональной деятельности и приобретению знаний, умений и навыков в рамках общепрофессиональных и профессиональных компетенций ПК 6, ПК 8.

Методические указания утверждены на заседании кафедры хирургической стоматологии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России № 1 от 24.08.2018г.

Тема 1. Анатомо-физиологические особенности челюстно-лицевой области. Обезболивание в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Профилактика неотложных состояний после проведения анестезии. Операция удаления зуба. Профилактика осложнений во время и после удаления зуба. Понятие кариеса и некариозные поражения. Профилактика некариозных поражений. Индивидуальная гигиена полости рта. Средства индивидуальной гигиены полости рта.

Контрольные вопросы для собеседования (устного опроса).

1. Какие анатомо-физиологические особенности челюстно-лицевой области.
2. Обследование стоматологического больного (основные этапы).
3. Специальные методы исследования (ЭОД, томография, ортопантомография, сиалография, цистография, фистулография и др.).
4. Методы диагностики, инструменты стоматолога для обследования пациентов.
5. Виды обезболивания, которое применяется в стоматологии.
6. Удаление зубов. Инструменты. Этапы. Осложнения.
7. Теории возникновения кариеса зубов.
8. Патогенез, клиника, лечение и профилактика кариеса зубов.
9. Влияние кариеса и его осложнений на развитие общесоматических заболеваний.
10. Влияние недостатка фторидов, питания и факторов внешней среды на развитие кариеса.
11. Гигиена полости рта, значение, методы и средства.
12. Пульпит. Этиология, клиника, принципы лечения, профилактика. Первая помощь при пульпитах.

Тесты.

1. Верхняя челюсть состоит из:

- тела и двух отростков;
- тела и трех отростков;
- тела и четырех отростков;
- тела и пяти отростков.

2. Тройничный нерв является:

- чувствительным;
- двигательным;
- смешанным.

3. Верхнечелюстной нерв выходит из полости черепа через:

- круглое отверстие;
- овальное отверстие;
- шилососцевидное отверстие.

4. Нижнечелюстной нерв выходит из полости черепа через:

- круглое отверстие;
- овальное отверстие;
- шилососцевидное отверстие

5. Рентгенодиагностические методы, наиболее часто применяемые в хирургической стоматологии:

- внутриротовая, окклюзионная рентгенография (вприкус);
- панорамная рентгенография;
- рентгеноскопия;
- томография;
- панорамная томография;
- ангиография.

6. Назовите иммунные зоны зуба:

- 1) углубления на зубах
- 2) фиссуры
- 3) экватор
- 4) жевательные поверхности зубов
- 5) бугры
- 6) пришеечная треть коронки зуба
- 7) вестибулярные поверхности зубов

7. В основу современной концепции возникновения кариеса легла:

- 1) трофоневротическая теория
- 2) физико-химическая теория
- 3) биологическая теория
- 4) химико-паразитарная теория
- 5) биохимическая

8. Причиной системной гипоплазии постоянных зубов являются:

- 1) заболевания ребенка после рождения
- 2) генетические факторы
- 3) низкое содержание фтора в питьевой воде
- 4) периодонтит молочного зуба

9. Причиной местной гипоплазии эмали являются:

- 1) болезни ребенка после рождения
- 2) периодонтит молочного зуба
- 3) низкое содержание фтора в питьевой воде
- 4) генетические факторы

10. Флюороз заболевание, возникающее:

- 1) до прорезывания
- 2) после прорезывания зубов

11. Зубная щетка подлежит замене в среднем один раз:

- а) в 1 месяц
- б) в 3 месяца
- в) в 6 месяцев

12. В растворах каких карпулированных анестетиков с вазоконстрикторами имеется компонент, содержащий сульфатгруппу:

- а) лидокаин

- б) мепивакаин
- в) прилокаин
- г) артикаин
- д) новокаин

13. Нежелательно сочетать лидокаин с:

- вазоконстрикторами;
- физиологическим раствором;
- + в-адреноблокаторами, барбитуратами, мышечными релаксантами,
- сульфаниламидными препаратами

Ситуационные задачи

Задача 1.

Юноша 21 года жалуется на самопроизвольную приступообразную боль в 26 зубе с иррадиацией в висок, все виды раздражителей вызывают длительный приступ. Зуб периодически болел ранее. При осмотре: на жевательной поверхности глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба, зондирование вскрытого рога пульпы резко болезненное.

1. Назовите вероятную причину (диагноз) возникновения болей?
2. Какова лечебная тактика к данному пациенту?

Задача 2.

Беременная женщина 25 лет, обратилась с жалобами на кровоточивость в 17 зубе во время еды. При осмотре: на жевательной поверхности 17 зуба обнаружена глубокая кариозная полость, заполненная разросшейся тканью, малоболезненной и кровоточащей при зондировании. При проведении зондом вокруг коронки зуба десневой сосочек находится вне кариозной полости.

1. Назовите вероятную причину (диагноз) возникновения болей?
2. Какова лечебная тактика по отношению к данному зубу?

Задача 3

К стоматологу-хирургу обратился пациент с жалобами на постоянные ноющие боли в области зуба 2.1.

1. Каков план обследования данного пациента?
2. Какие субъективные методы обследования следует использовать в данной клинической ситуации?
3. Какие объективные методы обследования следует использовать у данного пациента?

Задача 4

На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка У., 24 года, с жалобами на папиллому слизистой оболочки щеки. Обследовав пациентку, хирург установил, что новообразование поверхностное и пациентка не имеет сопутствующих соматических заболеваний. При планировании оперативного вмешательства в амбулаторных условиях следует выбрать вид обезболивания.

1. Какое обезболивание может быть применено в данной клинической ситуации?
2. Какому обезболиванию следует отдать предпочтение? Ответ поясните.
3. Какие анестетики могут быть использованы для проведения указанных видов обезболивания?

Задача 5

На прием к стоматологу-хирургу в амбулаторных условиях обратился пациент Л., 48 лет, по поводу удаления корня разрушенного ниже уровня десны зуба 4.5. После опроса и осмотра, выполнения специальных методов исследования (дентальный снимок зуба 4.5) был поставлен диагноз хронический фиброзный периодонтит зуба 4.5. Кроме того, пациент сообщил, что в течение последних 5 лет страдает сахарным диабетом (тип 2).

1. Какие анестетики следует предпочесть для выполнения анестезии пациенту?

Задача 6

К стоматологу-хирургу обратилась пациентка Л., 41 год, с диагнозом острый гнойный периостит от зуба 4.6. Из анамнеза известно, что она на протяжении последних 20 лет страдает бронхиальной астмой. Пациентка напряжена, она заметно нервничает и постоянно акцентирует внимание врача на страхе перед предстоящим вмешательством.

1. Какой тактики следует придерживаться стоматологу-хирургу при решении вопроса о подготовке к операции и при ее выполнении?

Тема 2. Болезни пародонта и слизистой оболочки рта. Оказание первой помощи при болезнях пародонта. Определение и этапы профессиональной гигиены полости рта. Средства, используемые для проведения профессиональной гигиены полости рта. Понятие контролируемой чистки зубов.

Контрольные вопросы для собеседования (устного опроса).

1. Первичные элементы поражения слизистой оболочки рта
2. Вторичные элементы поражения слизистой оболочки рта
3. Классификация травматических повреждений СОПР.
4. Изменения слизистой оболочки рта при травматических поражениях.
5. Лейкоплакия, классификация, клиника, диагностика, лечение.
6. Многоформная экссудативная эритема (клиника, диагностика, лечение).
7. Изменения слизистой оболочки рта при инфекционных заболеваниях (бактериальных, вирусных, грибковых).
8. Острый кандидозный стоматит (клиника, диагностика, дифдиагностика, лечение).
9. Красный плоский лишай. Клиника, диагностика, лечение.
10. Поражение СОПР при кори и ветряной оспе.
11. Какова тактика ведения больного с диагнозом: хронический рецидивирующий афтозный стоматит?
12. Что включает в себя комплекс противовоспалительных мероприятий при кровоточивости десен у взрослых?
13. Какие соматические заболевания и лекарственные препараты приводят к развитию сухости полости рта и губ?
14. Индивидуальная гигиена рта. Средства гигиены. Требования, предъявляемые к ним.
15. Зубные пасты. Состав, требования, предъявляемые к ним. Рекомендации по выбору зубных паст.

Тесты

- 1. При каких заболеваниях происходит поражение тканей пародонта?:**
 - гипертонической болезни;
 - сахарном диабете;
 - гриппе;
 - ангине;
 - стенокардии.
- 2. Очищающее действие зубных паст обеспечивает компоненты:**
 - а) связующими;
 - б) абразивными;
 - в) пенообразующими;
 - г) ароматизирующими;
 - д) лечебными.
- 3. Противокариозным действием обусловлено наличие в зубных пастах:**
 - а) фторид натрия;
 - б) триклозан;
 - в) бикарбонат натрия;
 - г) ксилитол;

д) альгинат натрия.

4. Гигиенические зубные пасты содержат в своем составе:

- а) абразивные компоненты;
- б) солевые добавки;
- в) экстракты лекарственных растений;
- г) фториды;
- д) подсластители.

5. Флоссы рекомендуется применять для удаления зубного налета с поверхностей зубов:

- а) вестибулярных;
- б) окклюзионных;
- в) апроксимальных;
- г) оральных;
- д) всей поверхности зуба.

6. Зубочистки наиболее целесообразно использовать для удаления:

- а) зубного налета с гладких поверхностей зубов;
- б) зубного налета с контактных поверхностей зубов;
- в) остатков пищи из межзубных промежутков;
- г) наддесневого зубного камня;
- д) поддесневого зубного камня.

7. Профилактику кариеса зубов необходимо осуществлять:

- а) в детском возрасте;
- б) у подростков;
- в) у беременных;
- г) у взрослых;
- д) на протяжении всей жизни человека.

Ситуационные задачи

Задача 1.

Пациентка 35 лет поступила с жалобами на появление пузырьков на губах. Считает себя больной 2 дня. В начале заболевания почувствовала зуд, напряжение и жжение на границе кожи и красной каймы. Из анамнеза: отмечает периодичность подобных высыпаний. Общие заболевания: вегетососудистая дистония, аллергия на сульфаниламиды.

При осмотре: красная кайма губ отечна, на границе с кожей на фоне гиперемии определяются группы пузырьков, плотно расположенных друг к другу. Элементы поражения болезненные при пальпации. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета. Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. План дообследования?
3. План лечения?

Тема 3. Одонтогенные воспалительные заболевания: периостит, перикоронит, лимфаденит. Клиника, диагностика, лечение. Абсцессы и флегмоны челюстно-лицевой области. Неодонтогенные воспалительные заболевания челюстей, лица и шеи: фурункул, карбункул. Профилактика гнойно-воспалительных осложнений и специфических инфекций в хирургической стоматологии. Воспаление слюнных желез. Клиника диагностика, принципы лечения.

Контрольные вопросы для собеседования (устного опроса).

1. Классификация одонтогенных воспалительных процессов челюстно-лицевой области.
2. Периодонтит. Этиология, клиника, принципы лечения, профилактика.
3. Периостит: этиология, клиника, диагностика, лечение.
4. Остеомиелиты: этиология, клиника, диагностика, лечение.
5. Затрудненное прорезывание зуба мудрости. Перикоронарит: этиология, клиника, принципы лечения.
6. Особенности проявления абсцессов и флегмон лица и шеи.
7. Особенности оказания хирургической помощи в гнойной хирургии лица и шеи.
8. Диагностические и лечебные ошибки в лечении флегмон лица и шеи.
9. Осложнения гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и шеи.

Тестовые задания:

- 1. В клинике челюстно-лицевой хирургии наиболее часто встречаются заболевания:**
 - опухолевые;
 - опухолеподобные;
 - воспалительные;
 - слюнных желез;
 - височно-нижнечелюстного сустава;
 - травматические повреждения,
 - врожденная патология.
- 2. Из числа острых одонтогенных воспалительных заболеваний челюстей следует выделять:**
 - только остеомиелит;
 - периодонтит и остеомиелит;
 - периодонтит, периостит и остеомиелит.
- 3. Гнойно-воспалительные процессы в челюстно-лицевой области возникают в результате действия бактерий:**
 - аэробных, факультативных и анаэробных;
 - только аэробных;
 - только факультативных;

- только аэробных и факультативных;
- только анаэробных.

4. Особенностью одонтогенных очагов воспаления является:

- очень хорошо регенерируют,
- дефекты твердых тканей, являющиеся входными воротами инфекции, не возмещаются естественным путем;
- почти всегда можно обнаружить анаэробы в ассоциации с аэробами;

5. При остром периостите как изменены регионарные лимфоузлы?:

- не изменены;
- подвижные малоболезненные слегка увеличены, мягкие на ощупь,
- болезненные, увеличены, плотноэластической консистенции, подвижные;
- безболезненные, увеличены, плотные, малоподвижные, спаяны с окружающими тканями

6. Лечение острого гнойного одонтогенного периостита:

- удаление или лечение причинного зуба (по показаниям), назначение медикаментозного лечения;
- удаление или лечение причинного зуба, вскрытие поднадкостничного абсцесса, медикаментозное лечение;
- лечение причинного зуба, вскрытие поднадкостничного абсцесса, медикаментозное лечение.

7. Различают хронический периостит?:

- гиперпластический и гиперостозный;
- гнойный, гиперпластический, rareфицирующий;
- простой, оссифицирующий, rareфицирующий;
- гнойный, деструктивный, гиперостозный.

8. Остеомиелит - это:

- воспалительный процесс, поражающий ткани периодонта и распространяющийся на прилежащие к нему костные структуры,
- заболевание, характеризующееся распространением воспалительного процесса с периодонта на надкостницу альвеолярного отростка и тело челюсти;
- воспалительный процесс в костной ткани челюсти;
- инфекционно-аллергический, гнойно-некротический процесс, который развивается в кости под воздействием внешних или внутренних факторов

9. По характеру клинического течения различают остеомиелит:

- острый, подострый, хронический и обострившийся;
- ограниченный, очаговый и разлитой;
- легкой, средней тяжести и тяжелая форма
- литическая и секвестрирующая форма.

10. Тактика лечения острого одонтогенного остеомиелита:

- удалить зуб, уменьшить «напряжение» тканей и дренировать очаги воспаления, назначить противовоспалительное лечение;
- предупредить развитие инфекции и образование некроза;
- снизить сосудистую проницаемость и образование вазоактивных веществ, сохранить зуб;

- уменьшить общую интоксикацию организма, снизить нейрогуморальные сдвиги, секвестрэктомия;
- провести симптоматическое лечение.

11. Что нехарактерно для одонтогенного гайморита?:

- односторонность поражения;
- разлитой характер;
- наличие причинного зуба;
- наличие перфорационного отверстия в области дна верхнечелюстной пазухи,
- локализация в области дна, передней и латеральной стенки
- выделение гнойного содержимого в полость рта

12. Что не является характерным для риногенного гайморита:

- двухсторонность поражения;
- разлитой характер;
- отсутствие причинного зуба;
- гнойное выделение из соответствующей половины носа;
- локализация в области дна, передней и наружной стенки верхнечелюстной пазухи.

13. Для флегмоны мягких тканей дна полости рта характерно:

- боль при глотании, высокая температура, острое начало заболевания, воспалительная контрактура нижней челюсти, припухлость и болезненность под- нижнечелюстных областей;
- субфебрильная температура, медленное начало заболевания, отечность в нижних отделах височной области, болезненность по ходу протока околоушной железы.

Ситуационные задачи

Задача 1

Пациенту П., 34 года, поставлен диагноз фурункул щечной области слева. Необходимо провести первичную хирургическую обработку гнойного очага.

1. Какую анестезию следует использовать в данной клинической ситуации?
2. Какие особые условия следует соблюдать при выполнении избранной анестезии в данной клинической ситуации?

Задача 2

Пациент А., 31 год, обратился к стоматологу-хирургу с жалобами на заложенность правой половины носа, гнойное отделяемое из правой половины носа, головную боль, боль в правой подглазничной области и ее отечность. Пациент отмечает периодические боли в области верхней челюсти справа, иррадиирующие в глаз и висок. Пациенту был поставлен предварительный диагноз острый гнойный одонтогенный синусит верхнечелюстной пазухи справа.

1. Какие объективные методы обследования следует использовать в данной клинической ситуации?
2. Какие из лучевых методов исследования в данной клинической ситуации следует считать наиболее информативными?
3. Какие из лабораторных методов исследования в данной клинической ситуации следует считать наиболее информативными?

Задача 3:

Пациент Ж., 48 лет. 2 года назад появилось безболезненное уплотнение на коже правой щеки. Образование увеличивалось в размерах, через 3 месяца появились свищи с жидким гноем, периодически заживающие и открывающиеся вновь. Считает себя больным около 2 лет, связывает начало заболевания со случайной бытовой травмой (царапина). Объективно: конфигурация лица не изменена, при пальпации определяется хрящевидной плотности инфильтрат, занимающий часть щечной и подчелюстной области слева до 4 см в диаметре. Имеются 2 точечных свища со скудным отделяемым и рубцовые атрофические втяжения (следы заживших свищей). Per os: полость рта санирована, слизистая щеки слева застойной, синюшной окраски. Подчелюстные лимфатические узлы справа уплотнены, увеличены до 2 см в диаметре, смещаемы, безболезненны.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. Механизм развития заболевания?
3. Дообследование?
4. План лечения?

Тема 4. Травматология челюстно-лицевой области. Особенности течения и первичной хирургической обработки.

Переломы костей лицевого скелета. Клиника, диагностика. Травма зубов. Клиника, диагностика. Особенности клиники и лечения травмы зубов и челюстей у детей.

Осложнения при челюстно-лицевых травмах (кровотечение, травматический остеомиелит, ложный сустав, деформация костей), их предупреждение.

Уход за челюстно-лицевыми ранеными, питание, принципы лечения и эвакуации при чрезвычайных ситуациях.

Контрольные вопросы

1. Травматические повреждения челюстно-лицевой области, классификация.
2. Особенности современного дорожно-транспортного травматизма.
3. Сочетанные и комбинированные повреждения челюстно-лицевой области.

4. Как подразделяется первичная хирургическая обработка ран в зависимости от временного фактора.
5. Показания к проведению поздней хирургической обработки раны.
6. Переломы нижней челюсти: этиология, классификация, клиника, диагностика, первая помощь.
7. Переломы верхней челюсти: этиология, классификация, клиника, диагностика, первая помощь.
8. Переломы скуловой кости: этиология, классификация, клиника, диагностика.
9. Повреждения зубов.
10. Осложнения при травмах челюстно-лицевой области, угрожающих жизни больного.
11. Вывихи нижней челюсти: классификация, клиника, неотложная помощь.
12. Ближайшие и отдаленные осложнения при травме челюстно-лицевой области, их профилактика.
13. Принципы обследования больных с политравмой.

Тестовые задания:

1. Сочетанная травма - это:

- одновременная травма (бытовая, транспортная, уличная и др.);
- одновременно возникшая травма двух и более органов, принадлежащих к различным анатомо-функциональным системам;
- одновременная уличная и дорожная травма;
- одновременная травма костной системы и мягких тканей челюстно-лицевой области, а также органов полости рта.

2. Ссадина - это:

- закрытое механическое повреждение мягких тканей без видимого нарушения их анатомической целостности;
- механическое повреждение поверхностных слоев кожи или слизистой оболочки;
- нарушение целостности кожи или слизистой оболочки на всю их толщину, вызванное механическим воздействием.

3. Как называется рана, при которой произошло раздавливание и разрыв тканей?:

- ушибленная;
- резаная;
- колотая;
- укушенная;
- размозженная;
- скальпированная.

4. Укушенные раны языка покрываются налетом фибрина уже через:

- 1-2 часа после ранения;
- 3-6 часов после ранения;
- + 10-12 часов после ранения;

- 24 часа после ранения;
- 48 часов после ранения.

5. Больной с ушибленной раной щечной области обратился к врачу за медицинской помощью. Из анамнеза установлено, что больной получил травму 26 часов тому назад. Травма бытовая. За медицинской помощью не обращался. Врач, осмотрев больного решает проведение хирургической обработки раны. Назовите, какая обработка будет проводиться у этого больного?:

- ранняя хирургическая обработка;
- первичная отсроченная хирургическая обработка раны;
- поздняя хирургическая обработка раны;
- вторичная хирургическая обработка раны.

6. Вторичная хирургическая обработка раны - это:

- первая по счету обработка раны у больного;
- хирургическая обработка раны в первые 24 часа после ранения;
- хирургическая обработка раны через 24-48 часов после ранения;
- хирургическая обработка раны через 48 часов после ранения;
- хирургическая обработка по поводу изменений, связанных с развитием инфекции.

7. При западении языка у больного возникает асфиксия:

- обтурационная;
- дислокационная;
- стенотическая;
- клапанная;
- аспирационная.

8. При дислокационной асфиксии следует проводить:

- трахеобронхоскопию;
- прошить язык и фиксировать его к шее;
- крикотомию;
- коникотомию;
- трахеоцентез;
- коникоцентез;
- трахеотомию.

9. Вколоченный вывих - это разновидность:

- неполного вывиха;
- полного вывиха;
- самостоятельная разновидность.

10. Назальная ликворея - это:

- ликворея, возникающая при переломе пирамиды височной кости;
- ликворея через дефект твердой мозговой оболочки в области пластинки решетчатой кости или в месте перелома клиновидной кости;
- ликворея, возникающая при переломе височной кости

11. Ушная ликворея - это:

- ликворея, возникающая при переломе пирамиды височной кости;

- ликворея через дефект твердой мозговой оболочки в области пластинки решетчатой кости или в месте перелома клиновидной кости;
- ликворея, возникающая при переломе височной кости.

12. При пробе двойного пятна:

- в центре марлевой салфетки - желтое пятно цереброспинальной жидкости, а по периферии марлевой салфетки - бурый венчик истекшей крови;
- в центре марлевой салфетки - бурое пятно от истекающей крови, а по периферии марлевой салфетки - желтый венчик цереброспинальной жидкости.

Ситуационные задачи.

Задача 1

Пациент В., 39 лет. Доставлен в приемное отделение областной больницы с жалобами на тошноту, однократную рвоту, сильную боль в лице, нарушение прикуса и конфигурации лица. Из анамнеза — пострадал в ДТП. Объективно: состояние тяжелое. В сознании, возбужден. Бледен. Дыхание ритмичное, везикулярное, проводится во все отделы. ЧД — 16/мин. Пульс ритмичный, ЧСС — 82/мин., АД — 135/90 мм Hg. Выражен отек верхней губы, пальпация средней зоны лица резко болезненна, имеются гематомы век с обеих сторон, овал лица удлиннен, прикус патологический, открытый — контакт только на молярах; снижена чувствительность кожи в зоне иннервации 2-й ветви тройничного нерва. Слизистая оболочка рта — единичные подслизистые кровоизлияния по верхней переходной складке преддверия.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. План обследования?
3. План лечения?

Задача 2

Больной К., 32 года. Час назад получил удар рукой в лицо. Беспокоит боль в верхней челюсти, незначительное кровотечение изо рта. Объективно: состояние удовлетворительное. Отек верхней губы выражен умеренно. На слизистой оболочке верхней губы имеется рана 3×1 см, края раны неровные, отмечается поступление крови. Центральные верхние резцы подвижны в переднезаднем направлении. Перкуссия их болезненна. Из лунок 11 и 21 зубов отмечается незначительное кровотечение. При смыкании зубов центральные резцы-антагонисты не соприкасаются. Рентгенограмма (рисунок).



Вопросы:

1. Диагноз?
2. План обследования?
3. План лечения?

Тема 5. Предраковые заболевания челюстно-лицевой области.

Доброкачественные и злокачественные опухоли челюстно-лицевой области. Профилактика онкологических заболеваний в стоматологии. Диспансеризация пациентов со стоматологическими заболеваниями. Антенатальная профилактика основных стоматологических заболеваний. Врожденные расщелины верхней губы и неба. Организация лечебной помощи, принцип и сроки оперативного и ортодонтического лечения. Диспансеризация детей с врожденными аномалиями лица. Оказание первой помощи, принципы лечения. Профилактика зубо-челюстных аномалий и деформаций. Основные формы риска возникновения зубочелюстных аномалий и деформаций.

Контрольные вопросы для собеседования (устного опроса).

1. Классификации предраковых заболеваний красной каймы губ и слизистой оболочки рта.
2. Факторы риска для возникновения предраковых заболеваний красной каймы губ и слизистой оболочки рта.
3. Клиника и диагностика облигатных предраковых заболеваний красной каймы губ и слизистой оболочки рта.
4. Признаки малигнизации.
5. Признаки доброкачественных опухолей.
6. Классификация доброкачественных образований мягких тканей челюстно-лицевой области.
7. Гемангиома. Классификация, клиника, методы хирургического лечения.
8. Папиллома, клиника, диагностика, методы хирургического лечения.
9. Эпулис, классификация, диагностика, диффдиагностика, клиника, лечение.
10. Одонтогенные кисты. Классификация, диагностика, клиника, лечение.
11. Фиброма. Этиология, диагностика, дифференциальная диагностика, клиника, лечение.
12. Признаки злокачественных новообразований.
13. Особенности клинического течения злокачественных новообразований полости рта.
14. Международная гистологическая классификация злокачественных опухолей полости рта.
15. Базально-клеточный рак. Классификация. Этиология. Клиника. Лечение.
16. Принципы лечения злокачественных новообразований.
17. Злокачественные опухоли языка и слизистой оболочки полости рта. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.

18. Анатомо-физиологические особенности формирования ЗЧС в эмбриональный период
19. Причины возникновения врожденных пороков развития
20. Врожденные расщелины верхней губы и нёба
21. Состояние органов и систем у детей с врожденными расщелинами

Тесты

1. Из дополнительных методов исследования, проводимых для уточнения диагноза "Злокачественное новообразование челюстно-лицевой области" основным является:

- 1) физикальный
- 2) биохимический
- 3) цитологический
- 4) иммунологический
- 5) ангиографический

2. Под онкологической настороженностью понимают знание

- 1) ранних симптомов заболевания
- 2) допустимых доз лучевой терапии
- 3) поздних симптомов злокачественных новообразований
- 4) препаратов для лечения злокачественных новообразований
- 5) системы организации помощи онкологическим больным

3. Какое из заболеваний относится к облигатным предракам?

- лейкоплакия,
- болезнь Боуэна;
- Папилломатоз;
- постлучевой стоматит;
- эрозивно-язвенная форма красной волчанки;
- гиперкератотическая форма красного плоского лишая

4. Какое из заболеваний относится к облигатному предраку красной каймы губ?

- лейкоплакия;
- кератоакантома;
- кожный рог;
- папиллома;
- постлучевой стоматит,
- бородавчатый предрак;

5. Какое из заболеваний следует отнести к облигатному предраку красной каймы губ?

- лейкоплакия;
- кератоакантома,
- кожный рог;
- папиллома;
- постлучевой стоматит;
- ограниченный гиперкератоз

6. Какое из заболеваний следует отнести к факультативному предраку красной каймы губ?

лейкоплакия;
бородавчатый предрак;
ограниченный гиперкератоз;
хейлит Манганотти

7. Хроническую язву слизистой оболочки или красной каймы губ необходимо отнести к:

облигатным предракам;
факультативным предракам с большой потенциальной злокачественностью,
факультативным предракам с меньшей потенциальной злокачественностью

8. Синоним рака:

амелобластома;
цилиндрома;
карцинома,
саркома,
бластома.

9. Раковая язва имеет следующий вид:

- края язвы плотные, приподнятые в виде валика (кратерообразная язва)- дно покрыто фибринозным налетом или корками, после удаления которых видно, что дно язвы заполнено мелкозернистой тканью, которая легко кровоточит; основание язвы плотное, инфильтрированное, язва безболезненная при пальпации;

- края язвы четкие, гладкие и плотные; дно покрыто налетом серо-желтого цвета (цвета испорченного сала)' язва округлой формы, основание хрящеподобной консистенции, безболезненное при пальпации

- края язвы мягкие подрывтые и нависающие; язва имеет плоское дно и покрыто мелкими грануляциями желтого цвета; форма - неправильная- основание язвы мягкое, болезненная при пальпации;

- края язвы плотные, неровные и подрывтые: дно заполнено вялыми и легко кровоточащими грануляциями желтого цвета; основание язвы плотное и инфильтрированное; вокруг язвы имеются свищи со скудным гнойным отделяемым и рубцы болезненная при пальпации;

- края язвы мягкие, отечные, неровные дно выполнено грануляциями красного цвета, которые покрыты желтым налетом, форма язвы - линейная или неровная; основание язвы - мягкое, болезненное при пальпации;

- края язвы мягкие, отечные и подрывтые дно выполнено вялотекущими грануляциями бледного или бледно-розового цвета, заполнено некротическими массами; форма - неправильная; основание язвы мягкое- локализуется на слизистой оболочке внутренней (язычной) поверхности ментального отдела нижней челюсти; язва малобезболезненная при пальпации

10. Радикальное лечение злокачественных опухолей предусматривает:

удаление опухоли и метастазов в регионарных лимфатических узлах;
опухоль удаляется частично или остаются метастазы в регионарных лимфатических узлах;

устраняется тягостная местная или общая симптоматика которая сопутствует наличию злокачественной опухоли.

11. Паллиативное лечение злокачественной опухоли - это:

удаление опухоли и метастазов в регионарных лимфатических узлах;
опухоль удаляется частично или остаются метастазы в регионарных лимфатических узлах

устраняется тягостная местная или общая симптоматика, которая сопутствует наличию злокачественной опухоли.

Ситуационная задача 1.

Больной 52 лет обратился с жалобами на наличие язвы на нижней губе. Из анамнеза: в течение 25 лет работал каменщиком. Сухость и шелушение красной каймы верхней и нижней губы замечал давно, затем 3 года назад на нижней губе появилась незаживающая трещина, 2 месяца назад трещина изъязвилась, лечение мазями не помогает. Курит. Наследственность не отягощена.

Объективно: на красной кайме нижней губы справа (на 7 часах) язва овальной формы, размером 2x1 см с плотными бугристыми краями, мало болезненна при пальпации, ткани нижней губы по периферии язвы инфильтрированы. В правой поднижнечелюстной области определяется безболезненный, подвижный, плотный лимфатический узел размером 1x2 см.

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз, предварительный диагноз основного заболевания.
2. Назначьте дополнительные методы исследования.
3. Какое фоновое заболевание и предрасполагающие факторы способствовало развитию заболевания?