

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

КУРС КЛИНИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

УТВЕРЖДАЮ
Зав. курсом: И.А. Казанцева

**МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА № 13
КЛИНИЧЕСКОГО ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ (9 СЕМЕСТР)**

**ДЛЯ СТУДЕНТОВ 5 КУРСА
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА**

**РАЗДЕЛ (МОДУЛЬ) «КЛИНИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ»
(ДИСЦИПЛИНА «СТОМАТОЛОГИЯ»)**

РАЗДЕЛ: Хирургия полости рта

ТЕМА № 13:

Дифференциальная диагностика новообразований челюстно-лицевой области.

ЦЕЛЬ:

на основании практических и теоретических знаний уметь выделять основные клинические признаки новообразований челюстно-лицевой области для предварительной диагностики и определения тактики обследования и лечения, уметь проводить дифференциальную диагностику с опухолеподобными и воспалительными процессами.

Формируемые общекультурные компетенции (ОК): ОК-7

Формируемые общепрофессиональные компетенции (ОПК): ОПК-4, ОПК-6, ОПК-7

Формируемые профессиональные компетенции (ПК): ПК-1, ПК-2, ПК-6, ПК-8, ПК-9

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЗАНЯТИЯ: 6 часов (270 минут).

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: тематические пациенты, клинические кабинеты; методические разработки, тестовые задания, ситуационные задачи, наборы рентгенограмм; учебная литература, мультимедийные презентации, учебные видеофильмы.

МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ: учебные базы курса

ВОПРОСЫ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ИСХОДНОГО УРОВНЯ ЗНАНИЙ:

1. Анатомо-топографические данные челюстно-лицевой области, особенности лимфо- и кровоснабжения;
2. Этиологические и патогистологические факторы развития злокачественных, доброкачественных и опухолеподобных новообразований, теории канцерогенеза;
3. Принципы классификации новообразований челюстно-лицевой области;
4. Клинические симптомы опухолей и опухолеподобных процессов мягких тканей, костей рта и лица;
5. Клинические и лабораторные методы для предварительной диагностики и дифференциальной диагностики новообразований челюстно-лицевой области;
6. Пути и особенности метастазирования при злокачественных опухолях челюстно-лицевой области.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:

1. Классификация опухолей и опухолеподобных новообразований челюстно-лицевой области;
2. Клинические проявления доброкачественных новообразований челюстно-лицевой области;
3. Клинические проявления злокачественных новообразований челюстно-лицевой области. Особенности метастазирования злокачественных опухолей;
4. Методы диагностики и дифференциальной диагностики новообразований челюстно-лицевой области;
5. Этические и деонтологические аспекты общения с онкологическими больными.

СХЕМА ОРИЕНТИРОВОЧНОЙ ОСНОВЫ ДЕЙСТВИЯ.

1. Ответьте на вопросы или тесты контроля исходного уровня знаний.
2. После инструктажа преподавателя о содержании практической работы на занятии, алгоритме выполнения манипуляций приступите к выполнению самостоятельной работы.
3. Опросите пациента о характере жалоб.
4. Соберите анамнез жизни, анамнез заболевания.
5. Оцените общее состояние пациента.
6. Проведите внешний осмотр пациента, оцените состояние регионарных лимфатических узлов.
7. Проведите осмотр полости рта.
8. Получите информированное добровольное согласие пациента на проведение стоматологического вмешательства, оговорите с руководителем практики особенности вмешательства у данного пациента.
9. Проведите стоматологические манипуляции согласно плану-алгоритму.
10. Заполните медицинскую и отчетную документацию.
11. Решите задания итогового контроля (вопросы, тесты или ситуационные задачи).
12. Получите задание для внеаудиторной самостоятельной работы.

Контроль итогового уровня знаний

ТЕСТЫ

1. При подозрении на злокачественную опухоль челюстно-лицевой области больного необходимо направить к:
 - 1) районному онкологу
 - 2) специалисту-радиологу
 - 3) участковому терапевту

- 4) хирургу общего профиля
- 5) хирургу-стоматологу

2. К дополнительным методам исследования для уточнения диагноза «злокачественное новообразование челюстно-лицевой области» относится:

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

3. Под онкологической настороженностью понимают знание:

- 1) ранних симптомов заболевания
- 2) препаратов для лечения
- 3) профессиональных вредностей
- 4) допустимых доз лучевой терапии
- 5) расположения онкологических служб

4. Стадию злокачественного новообразования устанавливают на основании:

- 1) жалоб больного
- 2) размеров опухоли
- 3) жалоб больного, размеров опухоли
- 4) размеров опухоли, наличия близлежащих метастазов
- 5) размеров опухоли, наличия отдаленных и близлежащих метастазов

5. Распространенность опухоли, ее метастазирование наиболее точно оценивает классификация:

- 1) TNM
- 2) клиническая
- 3) пятибалльная
- 4) онкологического центра
- 5) гистологическая

6. В результате нарушения развития эмалевого органа в челюстных костях образуется киста:

- 1) кератокиста
- 2) радикулярная
- 3) фолликулярная
- 4) назоальвеолярная
- 5) резцового канала

7. Клиническим проявлением кисты челюсти является:

- 1) гематома
- 2) симптом Венсана
- 3) нарушение глотания

- 4) плотное обызвествленное образование
- 5) безболезненная деформация в виде вздутия

8. Для рентгенологической картины радикулярной кисты характерна деструкция костной ткани:

- 1) в виде «тающего сахара»
- 2) с нечеткими границами в области образования
- 3) в виде нескольких полостей с четкими контурами
- 4) с четкими контурами в области верхушек одного или нескольких зубов
- 5) в виде участков уплотнения и разрежения

9. Фолликулярную кисту необходимо дифференцировать с:

- 1) цементомой
- 2) амелобластомой
- 3) твердой одонтомой
- 4) репаративной гранулемой
- 5) остеомиелитом

10. Неодонтогенное происхождение имеет:

- 1) кератокиста
- 2) радикулярная киста
- 3) фолликулярная киста
- 4) киста носо-небного канала
- 5) амелобластома

11. К истинным опухолям из фиброзной ткани относят:

- 1) эпулис
- 2) мягкую фиброму
- 3) фиброматоз десен
- 4) ксантому
- 5) миксому

12. Фиброматоз чаще локализуется на слизистой оболочке:

- 1) щек
- 2) верхней губы
- 3) дна полости рта
- 4) переходной складки с вестибулярной стороны
- 5) неба

13. Чаще всего липома локализуется в области:

- 1) поднижнечелюстной
- 2) лобной
- 3) височной
- 4) околоушно-жевательной

5) щечной

14. Периферическая гигантоклеточная гранулема - это:

- 1) костная опухоль
- 2) мягкотканная опухоль
- 3) опухолеподобное образование
- 4) истинная одонтогенная опухоль
- 5) эпителиальная опухоль

15. Клиническая картина фиброзного эпюлиса характеризуется:

- 1) ограниченным участком ороговения десны
- 2) рыхлым, болезненным, кровоточащим образованием десны
- 3) плотным безболезненным образованием на широком основании
- 4) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
- 5) 2-3 эрозиями десны, без тенденции к кровоточивости и эпителизации

16. Амелобластома относится к группе:

- 1) предраков
- 2) воспалительных заболеваний
- 3) опухолеподобных образований
- 4) злокачественных одонтогенных опухолей
- 5) доброкачественных одонтогенных опухолей

17. Клиническая картина амелобластомы характеризуется:

- 1) болезненным дефектом костной ткани челюсти
- 2) безболезненной деформацией челюсти в виде вздутия
- 3) рыхлым болезненным кровоточащим образованием десны
- 4) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
- 5) 2-3 эрозиями десны, без тенденции к кровоточивости и эпителизации

18. Рентгенологическая картина амелобластомы характеризуется:

- 1) костными изменениями типа «тающего сахара»
- 2) костными изменениями типа «матового стекла»
- 3) деструкцией кости в виде множественных очагов
- 4) резорбцией кортикальной пластинки челюсти на всем протяжении разрежения с четкими границами, разделенными костными перегородками
- 5) диффузной деструкцией губчатого вещества челюсти на всем протяжении

19. Амелобластома следует дифференцировать с:

- 1) хондромой
- 2) твердой одонтомой
- 3) цементомой
- 4) пародонтитом

5) радикулярной кистой

20. Клиническая картина мягкой одонтомы характеризуется:

- 1) безболезненной деформацией челюсти в виде вздутия
- 2) рыхлым, болезненным, кровоточащим образованием десны
- 3) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
- 4) плотным безболезненным инфильтратом в области нескольких зубов
- 5) 2-3 эрозиями десны, без тенденции к кровоточивости и эпителизации

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача № 1.

Пациент В., 50 лет, обратился с жалобами на наличие новообразования в области нижней челюсти справа, появившееся 5 лет назад, которое медленно увеличивается в размере, безболезненное.

Объективно: на нижней челюсти справа отмечается новообразование, размером 8,0x2,0 см. Кожные покровы над ним в цвете не изменены, подвижны. Пальпация новообразования безболезненная, местами имеет плотную консистенцию. Полость рта санирована. Зубы на нижней челюсти справа интактны. Чувствительность нижней губы не изменена. Регионарные лимфатические узлы не увеличены в размере, безболезненные.

При рентгенологическом обследовании определяется разрежение участка костной ткани в области тела нижней челюсти справа с четкими границами, напоминающее поликистозное образование.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите обоснование поставленного диагноза.
3. Наметьте план дальнейшего обследования и лечения.
4. Опишите методику оперативного лечения.
5. Как правильно собрать анамнез у стоматологического больного, имеющего новообразование?

Задача № 2.

Пациент С., 32 года, обратился в клинику с жалобами на наличие новообразования в области нижней челюсти справа, на отсутствие коронки 21 зуба.

Анамнез заболевания: впервые заметил новообразование 6 лет назад, которое незначительно увеличивается в размерах без болевых ощущений. 21 зуб ранее лечен по поводу осложненного кариеса, месяц назад произошел отлом коронки зуба.

Объективно: незначительная асимметрия лица за счет увеличения угла нижней челюсти справа. Региональные лимфатические узлы не пальпируются, нарушение чувствительности подбородка и нижней губы не определяется, рот открывается в полном объеме, слизистая оболочка рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Прикус ортогнатический. Полость рта санирована. В области угла нижней челюсти справа отмечается новообразование размером 1,0x2,0 см. При пальпации определяются участки

флюктуации, чередующиеся с участками уплотнения. Пальпация тела нижней челюсти безболезненна. Зубы нижней челюсти интактны.

На рентгенограмме определяется множественные очаги деструкции костной ткани челюсти с четкими границами, 21 зуб – определяется равномерное расширение периодонтальной щели в апикальном отделе, канал корня заполнен рентгенконтрастным веществом на 2/3 длины.

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Проведите необходимые дополнительные исследования для уточнения основного диагноза.
3. Проведите дифференциальную диагностику. Выберите метод оперативного лечения.
4. Опишите последовательность этапов лечения 21 зуба.
5. Опишите клинические и лабораторные этапы ортопедического восстановления коронки 21 зуба.

Задача № 3.

Пациент М., 52 года, 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 определяется язва овальной формы, размером 2х1 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 1х2 см. Прикус – ортогнатический

На верхней и нижней челюстях частичные съемные протезы с удерживающими кламмерами 14, 25, 35 и 44 зубах. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Коронка 12 зуба разрушена на 1/3, полость зуба вскрыта, зондирование и перкуссия безболезненны. ЭОД – 120 имкА. На внутриротовой рентгенограмме в области 12 зуба выявлено равномерное расширение периодонтальной щели у верхушки корня.

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз, предварительный диагноз основного заболевания.
2. Назначьте дополнительные методы исследования.
3. Какое фоновое заболевание и предрасполагающие факторы способствовало развитию заболевания?
4. Составьте план санации и протезирования больного.
5. Выберите метод хирургического лечения. Дайте рекомендации.

Задача № 4.

Пациентка П., 40 лет, обратилась с жалобами на наличие новообразования в области левой околоушной слюнной железы, сухость полости рта, хруст и щелканье в височно-нижнечелюстном суставе.

Со слов пациентки, образование обнаружено врачом при диспансеризации три года назад, в размерах не увеличивается, не беспокоит. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, эпидемический паротит, частые простудные заболевания.

При внешнем осмотре в нижнем полюсе левой околоушной слюнной железы определяется образование, размером 3,0-3,5 см, подвижность которого несколько ограничена, поверхность бугристая, плотно-эластической консистенции, пальпация безболезненная, кожные покровы не изменены и свободно собираются в складку, открывание рта свободное. Слюна выделяется пенистая, слизистая оболочка не достаточно увлажнена, отмечается отсутствие жевательных зубов на верхней челюсти слева и на нижней челюсти справа. Больной проводилось цитологическое исследование пунктата образования.

1. Поставьте предварительный диагноз и проведите его обоснование.
2. Где необходимо проводить лечение данного заболевания?
3. Составьте план лечения.
4. Какие могут быть осложнения при оперативном лечении данной патологии?
5. Определите признаки, не характерны для данного заболевания.

РОЛЕВАЯ ИГРА

Количество участников: 4- 7 студентов.

Роли: пациент, врач-стоматолог-хирург, врач-стоматолог-терапевт, врач-стоматолог-ортопед, врач-рентгенолог, врач-физиотерапевт, эксперт-аналитик.

Роль пациента: описывает жалобы больного характерные для заболевания по теме занятия, акцентирует внимание на появление симптомов в области ранее пролеченных зубов и покрытых ортопедическими конструкциями.

Роль врача-стоматолога-хирурга: на основании жалоб и дополнительных наводящих вопросов выясняет анамнез болезни, анамнез жизни, проводилось ли лечение ранее и его эффективность. Описывает объективные данные, клинические симптомы болезни и назначает проведение дополнительных методов обследования и консультации других специалистов. Озвучивает предварительный диагноз.

Роль врача-стоматолога-терапевта: на основании дополнительных методов обследования определить показания и противопоказания для сохранения «причинного» зуба

Роль врача-стоматолога-ортопеда: на основании дополнительных методов обследования определить показания и противопоказания для сохранения «причинного» зуба и ортопедической конструкции.

Роль врача-рентгенолога: описывает внутриротовую рентгенограмму, ортопантограмму пациента с данной патологией.

Роль врача-стоматолога-хирурга: обосновывает окончательный диагноз и назначает план комплексного лечения.

Роль врача-физиотерапевта: предлагает проведение возможных физиотерапевтических процедур при данной патологии.

Роль эксперта-аналитика - делает заключение. Дает рекомендации каждому игроку. Обмен мнениями всех участников (оценка и самооценка работы).

Ведущий преподаватель наблюдает за последовательностью игры и по мере необходимости исправляет или направляет ее ход.