

**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 № 18
КЛИНИЧЕСКОГО ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ (9 СЕМЕСТР)**

**ДЛЯ СТУДЕНТОВ 5 КУРСА
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА**

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

РАЗДЕЛ: Хирургия полости рта

ТЕМА № 18:

Особенности течения и лечения одонтогенных воспалительных процессов у детей.

Принципы лечения и неотложная помощь при травме зубов, челюстей и мягких тканей лица у детей.

ЦЕЛЬ:

На основании практических и теоретических знаний уметь правильно и своевременно диагностировать, проводить адекватное комплексное лечение воспалительных заболеваний и травм челюстно-лицевой области у детей; научиться определять показания к госпитализации ребенка.

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-физиологические особенности челюстно-лицевой области у детей.
2. Основные этиологические и патогенетические факторы развития одонтогенных воспалительных заболеваний;
3. Причины травматизма челюстно-лицевой области;
4. Методы обследования больных с повреждениями челюстно-лицевой области.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:

1. Анатомо-физиологические особенности детского организма, влияющие на клиническое проявление и течение острых и хронических воспалительных процессов у детей;
2. Основные особенности клинического проявления острых одонтогенных воспалительных процессов челюстно-лицевой области у детей;
3. Этиология, патогенез и клиническая картина лимфаденитов у детей;
4. Этиология, патогенез и клиническая картина периоститов у детей;

5. Этиология, патогенез и клиническая картина остеомиелитов у детей;
6. Особенности течения и лечебной помощи при абсцессах и флегмонах у детей;
7. Особенности травм мягких тканей лица и челюстно-лицевой области в детском возрасте;
8. Фармакологическая характеристика препаратов, применяемых при лечении одонтогенных воспалительных заболеваний у детей в зависимости от возраста;
9. Принципы лечения травм мягких тканей лица и челюстно-лицевой области, неотложная помощь.

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 контроля итогового уровня знаний (вопросы, тесты или ситуационные задачи).
12. Получите задание для внеаудиторной самостоятельной работы.

Контроль итогового уровня знаний

ТЕСТЫ

1. Неотложная помощь ребенку с острым гнойным периоститом заключается в:
 - 1) срочной госпитализации
 - 2) иммунотерапии
 - 3) хирургической помощи
 - 4) противовоспалительной терапии

5) верно 2) и 4)

2. Удаление временного причинного зуба при цистотомии по поводу ненагноившейся кисты проводится:

- 1) за 2-3 дня до операции
- 2) одновременно с основной операцией
- 3) через 2-3 дня после операции
- 4) через 2 недели после операции
- 5) через 4 недели после операции

3. Наиболее частой причиной воспалительных корневых кист челюстей у детей является хронический периодонтит:

- 1) временных резцов
- 2) временных клыков
- 3) временных моляров нижней челюсти
- 4) временных моляров верхней челюсти
- 5) верно 1) и 2)

4. Неотложная помощь ребенку с острым одонтогенным остеомиелитом заключается в:

- 1) антибактериальной терапии
- 2) хирургической помощи в полном объеме
- 3) десенсибилизирующей терапии
- 4) противовоспалительной терапии
- 5) верно 1) и 4)

5. При воспалительных корневых кистах от временных зубов на нижней челюсти преимущественно проводится операция:

- 1) цистэктомия
- 2) цистотомия
- 3) цистэктомия с резекцией верхушки корня причинного зуба
- 4) периостотомия
- 5) верно 1) и 4)

6. Воспалительная корневая киста нижней челюсти на рентгенограмме представляет очаг:

- 1) просветления с четкими границами
- 2) затемнения с четкими границами
- 3) просветления с нечеткими границами
- 4) затемнения с нечеткими границами
- 5) деструкции кости с нечеткими границами

7. При воспалительных корневых кистах от временных зубов на нижней челюсти преимущественно проводится операция:

- 1) цистэктомия
- 2) цистотомия с сохранением зачатка постоянного зуба
- 3) цистотомия с удалением зачатка постоянного зуба
- 4) цистэктомия с резекцией верхушки корня причинного зуба
- 5) периостотомия

8. При остром остеомиелите причинный постоянный многокорневой зуб у детей удаляется:

- 1) по показаниям
- 2) всегда
- 3) никогда
- 4) по настоянию родителей
- 5) верно 1) и 4)

9. Неотложная помощь ребенку с острым одонтогенным остеомиелитом заключается в:

- 1) хирургической помощи
- 2) антибактериальной терапии
- 3) противовоспалительной терапии
- 4) дезинтоксикационной терапии
- 5) гипосенсибилизирующей терапии

10. Воспалительная корневая киста, оттесняющая дно верхнечелюстной пазухи, на рентгенограмме представляет очаг:

- 1) просветления с четким контуром
- 2) затемнения с четким контуром
- 3) просветления с нечетким контуром
- 4) затемнения с нечетким контуром
- 5) диффузной резорбции кости

11. Зачаток постоянного зуба, расположенный в полости кисты, при цистотомии:

- 1) всегда удаляется
- 2) всегда сохраняется
- 3) очень редко (при наличии показаний) удаляется
- 4) никогда не удаляется
- 5) удаляется по настоянию родителей

12. Клинические признаки вколоченного (внедренного) вывиха временного или постоянного зуба:

- 1) укорочение видимой части коронки, подвижности зуба нет
- 2) удлинение видимой части коронки, подвижности зуба нет
- 3) подвижность зуба II-III степени, удлинение видимой части коронки зуба
- 4) подвижности зуба нет, изменений видимой части коронки нет

5) подвижность зуба I—II степени, изменений видимой части коронки нет

13. Рентгенологические признаки ушиба временного или постоянного зуба в первые 2-3 дня после травмы:

- 1) периодонтальная щель равномерно расширена
- 2) периодонтальная щель расширена у верхушки зуба
- 3) на рентгенограмме изменений нет
- 4) периодонтальная щель отсутствует у верхушки зуба
- 5) периодонтальная щель отсутствует на всем протяжении

14. При лечении вколоченного вывиха постоянных сформированных резцов необходимо:

- 1) удаление зуба
- 2) репозиция и ширинование зуба, эндодонтическое лечение
- 3) вытяжение зуба с помощью ортодонтических аппаратов
- 4) только динамическое наблюдение
- 5) репозиция

15. При переломе коронки с обнажением пульпы постоянного сформированного зуба показана:

- 1) высокая ампутация пульпы
- 2) экстирпация пульпы
- 3) удаление зуба
- 4) витальная ампутация
- 5) биологический метод с одновременной защитой зуба ортодонтической коронкой

16. Клинические признаки при неполном вывихе временного и постоянного зуба в первые дни после травмы:

- 1) зуб погружен в лунку до десны, подвижность зуба II-III степени
- 2) лунка зуба пустая
- 3) коронка смещена в различном направлении
- 4) видимая часть коронки без изменения, незначительная подвижность
- 5) укорочение видимой части коронки, подвижности нет

17. При лечении вколоченного вывиха временных сформированных резцов необходимо:

- 1) вытяжение зуба с помощью ортодонтических аппаратов
- 2) репозиция
- 3) удаление зуба
- 4) щадящая диета, противовоспалительное лечение, динамическое наблюдение, удаление при нарастании воспаления
- 5) шинирование зуба сроком на 3-4 недели

18. При лечении полного вывиха временных зубов необходимо:

- 1) динамическое наблюдение без вмешательства
- 2) рациональное протезирование при отсутствии зуба
- 3) при сохранности зуба — пломбирование канала
- 4) шинирование реплантированного зуба на 3-4 недели
- 5) реплантация

19. При лечении вколоченного вывиха временных сформированных резцов необходимо:

- 1) удаление зуба
- 2) репозиция внедренного зуба
- 3) динамическое наблюдение
- 4) вытяжение зуба с помощью ортодонтических аппаратов
- 5) шинирование зуба

20. При лечении вколоченного вывиха постоянных несформированных резцов в первые 2 дня после травмы необходимо:

- 1) вытяжение зуба с помощью ортодонтических аппаратов
- 2) щадящий режим питания, противовоспалительная терапия, динамическое наблюдение
- 3) удаление зуба
- 4) репозиция зуба и шинирование на 3-4 недели
- 5) эндодонтическое лечение

21. При лечении ушиба однокоренного временного зуба необходимо:

- 1) разобщение прикуса в переднем отделе с помощью ортодонтических аппаратов
- 2) удаление травмированного зуба
- 3) сошлифовывание зубов-антагонистов, щадящая диета
- 4) эндодонтическое лечение
- 5) шинирование зуба

22. Рентгенологические признаки неполного вывиха временного и постоянного зуба со смещением в сторону соседнего зуба:

- 1) равномерное расширение периодонтальной щели
- 2) периодонтальная щель резко расширена у верхушки корня
- 3) отсутствие периодонтальной щели у верхушки корня
- 4) расширение периодонтальной щели с одной стороны корня и отсутствие с другой
- 5) изменений на рентгенограмме нет

23. Тактика врача при неполном вывихе временного зуба со смещением:

- 1) репозиция
- 2) удаление зуба

- 3) динамическое наблюдение за зубом
- 4) эндодонтическое лечение
- 5) шинирование

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача № 1.

Ребенок К., 8 лет.

Жалобы на боль в области верхней челюсти слева.

Боль появилась 4 дня назад, накануне обращения появилась припухлость щечной области слева. Лечилась домашними средствами. Применяла анальгин, аспирин, прикладывала грелку к щечной области слева.

При осмотре: состояние средней тяжести, температура тела 37,8 °С.

Конфигурация лица изменена за счет припухлости мягких тканей левой щечной и подглазничной областей. Кожа над припухлостью несколько гиперемирована. При пальпации - припухлость мягкая, безболезненная (см. рис. 4).

В полости рта – коронка зуба 64 разрушена, зуб ранее лечен по поводу осложненного кариеса, подвижен, перкуссия зуба болезненна. Соседние, зуб 63 и зуб 65 неподвижны, интактны, при перкуссии безболезненны. С вестибулярной стороны соответственно зубу 64 слизистая оболочка переходной складки отечна, гиперемирована, болезненна при пальпации, определяется флюктуация. С небной стороны слизистая оболочка альвеолярного отростка без патологических изменений.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дополнительные методы исследования с указанием ожидаемых результатов.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Составьте план лечения и реабилитации ребенка.
5. Укажите место лечения.

Задача № 2.

Ребенок Ц., 3,5 года.

Жалобы на боли в области верхней челюсти справа, наличие припухлостей щечной и подглазничной областей, которые появились утром предыдущего до обращения в клинику дня. К вечеру самочувствие ребенка ухудшилось, девочка жаловалась на головную боль, озноб. Температура тела повысилась до 38,5 °С, припухлости щечной и подглазничной областей увеличилась в размере.

При осмотре определяются припухлости щечной и подглазничной областей. Кожа над припухлостью напряжена, несколько гиперемирована, в складку не собирается.

В полости рта — коронка зуба 54 разрушена, зуб ранее лечен, подвижен. Перкуссия зуба болезненна. Соседние, зуб 53 и зуб 55 интактны, однако подвижны.

С вестибулярной стороны соответственно зубу 54 и зубу 55 слизистая оболочка отечна, гиперемирована, отек и гиперемия слизистой оболочки определяются также с небной стороны соответственно зубу 54 и зубу 55.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Укажите дополнительные методы исследования с указанием ожидаемых результатов.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Составьте план лечения ребенка.
5. Укажите место лечения.

Задача № 3.

Ребенок К., 11 лет.

Жалобы на отсутствие зуба во фронтальном отделе верхней челюсти.

Из анамнеза: был «выбит» зуб неделю назад, когда во время игры ребенок упал и получил травму в области верхней челюсти. За помощью не обращались. Зуб сохранили в носовом платке.

При осмотре: отсутствие зуба 21; лунка частично эпителизирована, заполнена организовавшимся сгустком. Слизистая бледно-розового цвета, без признаков воспаления. Отлом медиального угла коронки зуба 11. Зуб 11 в цвете не изменен.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Укажите дополнительные диагностические мероприятия, необходимые для уточнения диагноза, с возможными результатами обследования.
3. Поставьте заключительный диагноз.
4. Составьте план лечения ребенка.

РОЛЕВАЯ ИГРА

Количество участников: 4- 7 студентов.

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

Роль пациента: описывает жалобы больного характерные для данного заболевания – острый гнойный периостит, акцентирует внимание на появление симптомов в области ранее пролеченных зубов.

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 детского: на основании дополнительных методов обследования определить показания и противопоказания для сохранения «причинного» зуба

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.