

**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 № 20
КЛИНИЧЕСКОГО ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ (10 СЕМЕСТР)**

**ДЛЯ СТУДЕНТОВ
СО СТУДЕНТАМИ 5 КУРСА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА**

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

РАЗДЕЛ: Приобретенные дефекты и деформации зубов и зубочелюстной системы.

ТЕМА № 20:

Методы диагностики и лечения заболеваний височно-нижнечелюстного сустава.

ЦЕЛЬ:

На основании практических и теоретических знаний научиться проводить полное обследование пациентов с заболеваниями ВНЧС, ставить диагноз на основании полученных данных, проводить лечение.

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-топографическое строение ВНЧС.
2. Рентгенологические методы обследования ВНЧС.
3. Правила назначения антибактериальных, стероидных и нестероидных противовоспалительных препаратов, их дозировка в зависимости от возраста пациента.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:

1. Особенности строения ВНЧС в различные возрастные периоды.
2. Классификацию заболеваний ВНЧС.
3. Методы обследования пациентов с заболеваниями ВНЧС.
4. Артриты ВНЧС. Классификация, этиология, клиника, диагностика, лечение.
5. Артрозы ВНЧС. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение.

6. Костный анкилоз ВНЧС. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение.
7. Этиология и патогенез функциональных заболеваний ВНЧС у подростков. Юношеская дисфункция ВНЧС. Клиника, диагностика и лечение.
8. Воспалительно-дегенеративные заболевания ВНЧС. Клиника, диагностика и лечение.
9. Вывихи ВНЧС. Классификация, клиника, диагностика и лечение.
10. Особенности ортопедической помощи при заболеваниях ВНЧС.

Тестовый контроль.

1. Причиной вывихов нижней челюсти является:

- 1) артрит ВНЧС
- 2) нижняя макрогнатия
- 3) снижение высоты прикуса
- 4) глубокое резцовое перекрытие
- 5) слабость суставной капсулы и связочного аппарата ВНЧС

2. Причиной вывихов нижней челюсти является:

- 1) артрит ВНЧС
- 2) нижняя макрогнатия
- 3) снижение высоты прикуса
- 4) глубокое резцовое перекрытие
- 5) снижение высоты суставного бугорка

3. Лечение при вывихе нижней челюсти заключается в:

- 1) иммобилизации
- 2) резекции суставного бугорка
- 3) прошивании суставной капсулы
- 4) резекции мышечковых отростков нижней челюсти
- 5) введении суставной головки в суставную впадину

4. Обезболивание при вправлении вывиха нижней челюсти:

- 1) наркоз
- 2) местное
- 3) нейролептанальгезия
- 4) стволовая анестезия
- 5) блокада по Вишневскому

5. Большие пальцы рук врач при вправлении вывиха нижней челюсти устанавливает на:

- 1) углы нижней челюсти

- 2) фронтальную группу зубов
- 3) моляры справа и слева или альвеолярные отростки
- 4) подбородок
- 5) ветви нижней челюсти

6. Острый артрит ВНЧС необходимо дифференцировать с:

- 1) острым отитом
- 2) острым верхнечелюстным синуситом
- 3) околоушным гипергидрозом
- 4) переломом верхней челюсти
- 5) флегмоной поднижнечелюстной области

7. Острый артрит ВНЧС необходимо дифференцировать с:

- 1) острым верхнечелюстным синуситом
- 2) околоушным гипергидрозом
- 3) переломом верхней челюсти
- 4) флегмоной поднижнечелюстной области
- 5) переломом мышцелкового отростка нижней челюсти

8. Ведущим симптомом анкилоза ВНЧС является:

- 1) шум в ушах
- 2) нарушение глотания
- 3) множественный кариес
- 4) выраженный болевой симптом
- 5) резкое ограничение подвижности нижней челюсти

9. Причиной развития анкилоза ВНЧС является:

- 1) опухоль
- 2) мастоидит
- 3) околоушный гипергидроз
- 4) целлюлит околоушно-жевательной области
- 5) травма мышцелковых отростков нижней челюсти

10. Причиной развития анкилоза ВНЧС является:

- 1) опухоль
- 2) мастоидит
- 3) околоушный гипергидроз
- 4) остеомиелит нижней челюсти
- 5) целлюлит околоушно-жевательной области

11. Форма анкилоза ВНЧС:

- 1) гнойный
- 2) фиброзный
- 3) слипчивый
- 4) катаральный

5) атрофический

12. Форма анкилоза ВНЧС:

- 1) костный
- 2) гнойный
- 3) слипчивый
- 4) катаральный
- 5) атрофический

13. Симптомом клиники фиброзного анкилоза ВНЧС является:

- 1) шум в ушах
- 2) нарушение глотания
- 3) множественный кариес
- 4) выраженный болевой симптом
- 5) смещение нижней челюсти в большую сторону

14. Симптомом клиники фиброзного анкилоза ВНЧС является:

- 1) шум в ушах
- 2) нарушение глотания
- 3) множественный кариес
- 4) выраженный болевой симптом
- 5) гипотрофия тканей на больной стороне

15. Дополнительным симптомом клиники фиброзного анкилоза ВНЧС является:

- 1) шум в ушах
- 2) нарушение глотания
- 3) множественный кариес
- 4) выраженный болевой симптом
- 5) тугоподвижность сустава

16. Ведущим симптомом клиники двустороннего костного анкилоза ВНЧС является:

- 1) шум в ушах
- 2) нарушение глотания
- 3) множественный кариес
- 4) выраженный болевой симптом
- 5) полное отсутствие движений нижней челюсти

17. Дополнительным методом исследования при диагностике анкилоза ВНЧС является:

- 1) радиоизотопная диагностика
- 2) аудиометрия
- 3) биохимия крови
- 4) компьютерная томография

5) электроодонтодиагностика

18. Дополнительным методом исследования при диагностике анкилоза ВНЧС является:

- 1) радиоизотопная диагностика
- 2) аудиометрия
- 3) биохимия крови
- 4) томография ВНЧС
- 5) электроодонтодиагностика

19. Внешний вид больного с двусторонним костным анкилозом ВНЧС характеризуется:

- 1) нижней макрогнатией
- 2) верхней микрогнатией
- 3) верхней ретрогнатией
- 4) профилем «птичьего» лица
- 5) несимметрично гипертрофированными жевательными мышцами

20. Внешний вид больного с односторонним костным анкилозом ВНЧС характеризуется:

- 1) нижней макрогнатией
- 2) верхней микрогнатией
- 3) верхней ретрогнатией
- 4) несимметрично гипертрофированными жевательными мышцами
- 5) уплощением и укорочением тела и ветви нижней челюсти на больной стороне

21. Основным методом лечения больных с костным анкилозом ВНЧС:

- 1) физиотерапия
- 2) хирургический
- 3) консервативный
- 4) ортопедический
- 5) ортодонтический

22. Лечение костного анкилоза ВНЧС заключается в:

- 1) редрессации
- 2) физиотерапии
- 3) артропластике
- 4) остеотомии нижней челюсти
- 5) лучевой терапии

23. Ведущим симптомом при контрактурах нижней челюсти является:

- 1) верхняя макрогнатия
- 2) снижение высоты прикуса
- 3) укорочение ветвей нижней челюсти

- 4) ограничение подвижности нижней челюсти в ВНЧС
- 5) ограничение подвижности нижней челюсти с сохранением движений в ВНЧС.

Ситуационные задачи.

Задача 1.

Больная В., 42-х лет обратилась с жалобами на ноющие боли и хруст при широком открывании рта в правом височно-нижнечелюстном суставе.

Анамнез: боли появились в течение недели, хруст замечала и раньше при зевании и энергичном жевании. Из анамнеза: несколько лет назад по поводу острой боли лечила 46 и удалила 45. Жует преимущественно на левой стороне.

При осмотре отмечена незначительная асимметрия лица за счет различной выраженности носогубных складок и развития собственно жевательной мышцы. Открывание рта - 4 см. Хруст и боль в правом височно-нижнечелюстном суставе при боковых движениях нижней челюсти и широком открывании рта. Прикус – ортогнатический. 46 зуб наклонен в сторону дефекта, изменен в цвете, на жевательно-передней поверхности цементная пломба, расположенная значительно ниже краев эмали, контактный пункт отсутствует. Неприятные ощущения при перкуссии. Пальпация альвеолярного отростка безболезненна.

П	П																	П
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38			
С О																		

На рентгенограмме правого височно-нижнечелюстного сустава отмечается незначительная деформация головки суставного отростка, экзостоз.

На внутриротовой рентгенограмме в полости и устьях корневых каналов медиального корня 46 зуба отмечается рентгенконтрастное вещество, дистальный канал заполнен до верхушечного отверстия. В периапикальной области медиального корня – очаг просветления костной ткани округлой формы с четкими контурами Д - 4 мм, у вершины межкорневой перегородки – остеопороз.

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Назначьте лечение для купирования воспалительных явлений в ВНЧС.

Задача 2.

Больной Л. 42-х лет, обратился с жалобами на резкую боль при открывании рта в области левого уха, припухлость, повышение температуры тела до 37,4°C. Из анамнеза: накануне на правой стороне долго жевал вяленую рыбу.

Объективно: Асимметрия лица за счет отека мягких тканей левой в передишной области, кожа гиперемирована, напряжена, инфильтрат мягкий, малоблезненный.

Резкая боль в левом височно-нижнечелюстном суставе при открывании рта. Рот открывается на 1см. Прикус: глубокое резцовое перекрытие. Разрушение

коронки 24, 25, 48 зубов, композитные пломбы не восстанавливают анатомическую форму 26 и 27 зубов. Зубы 16, 15, 11, 33, 37, 38, 45, 46 отсутствуют.

	О	О	Р		О				Р	Р	П	П	Р			
18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38
Р		О	О	П					О				О	О		

1. Проведите необходимое обследование.
2. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
3. Составьте план санации полости рта. Назначьте лечение.

РОЛЕВАЯ ИГРА

Количество участников: 4-5 студента.

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

Роль пациента: описывает свои жалобы.

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

Роль врача-стоматолога: проводит обследование пациента, ставит диагноз.

Роль врача-физиотерапевта: проводит физиотерапевтические процедуры.

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.