

**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 № 10,11
Темы тематического блока контактной работы обучающегося на
занятиях семинарского типа
(9 СЕМЕСТР)
ДЛЯ СТУДЕНТОВ 5 КУРСА
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА**

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

РАЗДЕЛ: Хирургия полости рта

ТЕМА № 10:

Одонтогенные воспалительные заболевания. Зубосохраняющие операции. Тактика врача-стоматолога общей практики. Неотложная помощь. Болезни прорезывания зубов.

ТЕМА № 11:

Воспалительные заболевания слюнных желез. Диагностика. Тактика врача-стоматолога общей практики. Неотложная помощь.

ЦЕЛЬ:

На основании практических и теоретических знаний научиться правильно и своевременно диагностировать, проводить адекватное комплексное лечение больных с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области; правильно выбрать показания и противопоказания для проведения амбулаторной стоматологической операции, рационально подобрать необходимый инструментарий; научиться определять показания к госпитализации больного.

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 ТЕМЫ ТЕМАТИЧЕСКОГО БЛОКА ЗАНЯТИЙ: 5 часов (225 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 особенности верхней и нижней челюсти и прилегающих к ним мягких тканей; эндодонтические особенности зубов верхней и нижней челюсти;
2. Основные этиологические и патогенетические факторы развития одонтогенных воспалительных заболеваний;
3. Показания и противопоказания к проведению операций: резекции верхушки корня, гемисекции, реплантации зуба, ампутации корня зуба;
4. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области;
5. Основные и дополнительные методы исследования крупных слюнных желёз.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:

1. Классификация воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области;
2. Особенности местного обезболивания при оперативных вмешательствах на челюстях в условиях воспаления;
3. Особенности клинической картины острого и хронического периостита;
4. Особенности клинической картины острого и хронического остеомиелита;
5. Показания к видам хирургического и консервативного лечения в отношении причинного зуба;
6. Хирургическое и медикаментозное лечение больного с острым и хроническим периоститом. Современные методы лечения у взрослых;
7. Хирургическое и медикаментозное лечение больного с острым и хроническим остеомиелитом челюстей;
8. Абсцессы и флегмоны клетчаточных пространств, прилежащих к верхней и нижней челюсти: клиника, методы диагностики, принципы хирургического лечения, неотложная помощь;
9. Фармакологическая характеристика препаратов, применяемых при лечении одонтогенных воспалительных заболеваний;
10. Принципы хирургического и медикаментозного лечения калькулёзного сиадентита, 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

001. Одонтогенная флегмона отличается от аденофлегмоны:

- 1) осложнениями
- 2) наличием воспалительной реакции лимфоузлов
- 3) скоростью нарастания симптомов интоксикации
- 4) выраженностью местных клинических проявлений
- 5) одной из стенок гнойного очага является челюстная кость

002. Серьезным осложнением флегмон верхних отделов лица является:

- 1) паротит
- 2) медиастинит
- 3) флебит угловой вены
- 4) парез лицевого нерва
- 5) гематома мягких тканей

003. Причиной развития периостита является:

- 1) ушиб мягких тканей лица
- 2) фиброма альвеолярного отростка
- 3) обострение хронического верхнечелюстного синусита
- 4) обострение хронического периодонтита
- 5) перелом мыщелкового отростка нижней челюсти

004. Периостит челюстей необходимо дифференцировать с:

- 1) тризмом
- 2) переломом зуба
- 3) острым сialодохитом
- 4) хроническим верхнечелюстным синуситом
- 5) обострением хронического периодонтита

005. Причиной развития острого одонтогенного остеомиелита челюстей является:

- 1) острый паротит
- 2) перелом челюсти
- 3) острый лимфаденит
- 4) обострение хронического периодонтита
- 5) острый пульпит

006. Клиническая картина острого одонтогенного остеомиелита челюсти:

- 1) подвижность всех зубов на челюсти
- 2) боль в зубах, недомогание, свищевые ходы на коже
- 3) озноб, повышение температуры до 40°C, симптом Венсана, подвижность зубов
- 4) острые пульсирующие боли в зубе, головная боль

5) ноющая боль в зубе, температура до 37°C

007. Причиной развития хронического одонтогенного остеомиелита челюстей является:

- 1) перелом челюсти
- 2) острый лимфаденит
- 3) снижение реактивности организма
- 4) наличие хронических очагов воспаления в челюсти
- 5) снижение реактивности организма, наличие хронических очагов воспаления в челюсти

008. Диагноз хронического одонтогенного остеомиелита челюсти ставится на основании:

- 1) жалоб больного
- 2) опроса больного
- 3) клинических данных
- 4) клинико-рентгенологической картины
- 5) данных лабораторных методов исследования

009. Причиной развития травматического остеомиелита челюстей является:

- 1) возраст больного
- 2) острый лимфаденит
- 3) травма плохо изготовленным протезом
- 4) сила и направление повреждающего фактора
- 5) неудовлетворительная иммобилизация отломков

010. При перфорации дна верхнечелюстной пазухи после удаления зуба и наличии в ней воспалительных явлений необходимо:

- 1) провести верхнечелюстную синусотомию
- 2) динамическое наблюдение
- 3) промыть пазуху антисептиком
- 4) укрыть лунку йодоформным тампоном
- 5) закрыть перфорационное отверстие лоскутом со щеки

011. При правильном положении третьего моляра и перикороните производится:

- 1) удаление зуба
- 2) секвестрэктомия
- 3) иссечение капюшона
- 4) аппликации лидокаина
- 5) разрез по переходной складке

012. При неправильном положении третьего моляра и перикороните производится:

- 1) удаление зуба
- 2) секвестрэктомия
- 3) иссечение капюшона
- 4) аппликации лидокаина
- 5) разрез по переходной складке

013. Резекция верхушки корня - это:

- 1) рассечение моляров нижней челюсти на две части по бифуркации
- 2) отсечение верхушки корня и удаление патологически измененных тканей
- 3) удаление корня вместе с прилежащей к нему коронковой частью зуба
- 4) удаление всего корня до места его отхождения без удаления коронковой части
- 5) удаление с последующим пломбированием и возвратом зуба в лунку

014. Корона-радикулярная сепарация - это:

- 1) рассечение моляров нижней челюсти на две части по бифуркации
- 2) отсечение верхушки корня и удаление патологически измененных тканей
- 3) удаление корня вместе с прилежащей к нему коронковой частью зуба
- 4) удаление всего корня до места его отхождения без удаления коронковой части
- 5) удаление с последующим пломбированием и возвратом зуба в лунку

015. Гемисекция - это:

- 1) рассечение моляров нижней челюсти на две части по бифуркации
- 2) отсечение верхушки корня и удаление патологически измененных тканей
- 3) удаление корня вместе с прилежащей к нему коронковой частью зуба
- 4) удаление всего корня до места его отхождения без удаления коронковой части
- 5) удаление с последующим пломбированием и возвратом зуба в лунку

016. Ампутация корня - это:

- 1) рассечение моляров нижней челюсти на две части по бифуркации
- 2) отсечение верхушки корня и удаление патологически измененных тканей
- 3) удаление корня вместе с прилежащей к нему коронковой частью зуба
- 4) удаление всего корня до места его отхождения без удаления коронковой части
- 5) удаление с последующим пломбированием и возвратом зуба в лунку

017. Реплантация зуба - это:

- 1) рассечение моляров нижней челюсти на две части по бифуркации
- 2) отсечение верхушки корня и удаление патологически измененных тканей
- 3) удаление всего корня до места его отхождения без удаления коронковой части
- 4) удаление с последующим пломбированием и возвратом зуба в лунку.

5) удаление корня вместе с прилежащей к нему коронковой частью зуба

018. Клиническая картина острого сиаладенита характеризуется

- а) синдром Олбрайта
- б) незначительным уплотнением железы
- в) болью, увеличением железы, гипосаливацией
- г) болью, увеличением железы, гиперсаливацией

019. Лечение острого сиаладенита заключается

- а) во вскрытии очага воспаления
- б) в удалении пораженной железы
- в) в снижении слюноотделения, снятии воспаления
- г) в стимуляции слюноотделения, снятии воспаления

020. Хронический паренхиматозный сиаладенит характеризуется

- а) расплавлением стромы
- б) тотальным отеком паренхимы
- в) образованием мелких гнойных полостей
- г) разрастанием межуточной соединительной ткани

021. Хронический интерстициальный сиаладенит характеризуется

- а) расплавлением стромы
- б) тотальным отеком паренхимы
- в) образованием мелких гнойных полостей
- г) разрастанием межуточной соединительной ткани

022. Основным клиническим признаком калькулезного сиаладенита является

- а) боль в железе
- б) гипосаливация
- в) гиперсаливация
- г) воспаление устья протока
- д) припухание железы во время приема пищи

023. Дополнительным методом исследования для диагностики конкремента слюнной железы является

- а) цитологическое
- б) радиоизотопное
- в) рентгенологическое
- г) контрастная сиалография

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача № 1.

К стоматологу явилась больная с жалобами на болезненную припухлость в области нижней челюсти, общую слабость, высокую температуру тела (38°). Из анамнеза больной выяснено, что неделю назад заболел 38 зуб, который ранее не лечился. Больная лечилась самостоятельно: принимала анальгетики и содовые полоскания. Три дня назад боли в зубе стихли, но появились вышеперечисленные симптомы.

При осмотре челюстно-лицевой области: нарушение конфигурации лица за счет припухлости в области нижней челюсти слева. Кожа над ней в цвете не изменена. Определяются гиперемия и припухлость десны в области 36, 37, 38 зубов, переходная складка в этой области сглажена, при пальпации выявлена флюктуация. Коронка 38 зуба разрушена, перкуссия его положительная.

1. Поставьте диагноз.
2. Почему с появлением припухлости в области мягких тканей нижней челюсти стихли боли в 38 зубе?

Задача № 2.

На прием к врачу обратился больной с жалобами на наличие свища с гнойным отделяемым в области тела нижней челюсти слева. Из анамнеза выяснено, что появлению свища 2 месяца назад предшествовало заболевание 36 зуба, затем была болезненная припухлость в области нижней челюсти, высокая температура тела (38—39°). Больной принимал антибиотики, сульфаниламидные препараты, удалили и «причинный» зуб. Но, несмотря на это, в течение 2 месяцев припухлость в области нижней челюсти полностью не исчезла, появился свищ.

Объективно: общее состояние больного удовлетворительно.

Определяется деформация тела нижней челюсти слева, на коже на уровне 36 — свищ со скудным гнойным отделяемым.

Со стороны полости рта: видимых изменений нет.

На рентгенограмме нижней челюсти слева определяется деструкция костной ткани в области 35, 36, 37 зубов с нечеткими контурами, секвестры.

Анализ крови — без патологии. В моче белок 0,055%.

1. Поставьте диагноз больному.
2. Каков план лечения?

Задача № 3.

По скорой помощи в клинику доставлен больной с жалобами на общую слабость, высокую температуру тела (38,5°), болезненную припухлость в левой подчелюстной области.

Из анамнеза выяснено, что после переохлаждения больного 3 дня назад заболел 3б зуб, к врачу за помощью не обращался, лечился анальгетиками, полоскал полость рта раствором шалфея. Через 2 дня от начала заболевания присоединились, а затем стали нарастать острые воспалительные явления со стороны нижней челюсти слева.

При осмотре больного: общее состояние удовлетворительное. Температура тела — 38°. Пульс ритмичный — 100 ударов в минуту. Местно: в левой подчелюстной области плотный болезненный инфильтрат, коллатеральный отек. Кожа в области инфильтрата гиперемирована, лоснится, в складку не собирается, определяется участок флюктуации.

Со стороны полости рта — воспалительные явления выражены незначительно. Коронка 3б зуба разрушена, перкуссия его положительная. Поставьте диагноз больному. Наметьте план лечения.

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 данного заболевания – острый гнойный периостит, 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 внутривисочную 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.