

**ПРИМЕРЫ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.05.03 «СТОМАТОЛОГИЯ»**

Задача 1.

Больной Н. 29 лет обратился с жалобами на повышение температуры тела до 38 ° головную боль, недомогание, боль в суставах и мышцах, появление пузырей в полости рта, преимущественно в передних отделах. Лопнувшие пузыри превратились в обширные раневые поверхности. Прием пищи резко болезненный.

Из анамнеза: на протяжении нескольких лет заболевание повторяется в связи с сырой и ветреной погодой.

Объективно: затрудненное открывание рта, значительный отек губ, слизистой щек, языка.

Обширные эрозии покрыты серым налетом. На красной кайме губ и углах рта кровяные корки. На ладонях, голени-рисунок «кокарды».

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Составьте план лечения.
4. Опишите меры профилактики данного заболевания.

Эталон ответа.

1. Предварительный диагноз – МЭЭ
2. Дифференциальная диагностика проводится с медикаментозным стоматитом, синдромом Стивенса-Джонсона, ОГС, ХРГ, акантолитической пузырчаткой и вторичным сифилисом. Отличительным признаком при медикаментозном стоматите является то, что заболеванию всегда предшествует прием лекарственного препарата, при синдроме Стивенса -Джонсона кроме СО поражаются СО носа, глаз, половых органов (ринит, конъюнктивит, уретрит, вульвовагинит). При ОГС и ХРГ отсутствуют «кокарды», эритематозные пятна, эрозии при ОГС и ХРГ имеют тенденцию к слиянию с фистончатыми краями и в соскобе определяются гигантские многоядерные клетки Лангханса, реакции ПЦР, ИФА положительные. При пузырчатке эрозии образуются на неизменной или слегка гиперемированной СО, длительно не эпителизируются, симптом Никольского положительный, в мазках определяются акантолитические клетки. При сифилисе эрозии овальной или округлой формы на инфильтрированном основании, слабо болезненные, определяется полилимфаденит, в соскобе – бледные трепонемы, реакция Вассермана положительная, реакции ПЦР и РИБТ положительные.
3. Местное лечение МЭЭ включает обезболивание в виде ротовых ванночек или аппликаций, антисептическую обработку (растворами фурациллина, хлоргексидина), назначение эпителизирующих препаратов (вит А, солкосерил, каратолин), местную противовоспалительную терапию (ГКС в виде аппликаций – 0,5% преднизолоновая мазь, 1% гидрокортизоновая мазь, лоринден С), физиолечение (ГНЛ, ГБО). Общее лечение включает назначение десенсебилизирующей терапии, витаминов, в тяжелых случаях показано назначение антибиотиков. В межрецидивный период показана специфическая десенсебилизирующая терапия (Сафиллококковый анатоксин), санация полости рта.
4. Профилактика МЭЭ заключается в санации полости рта, устранении очагов хронической инфекции.

Задача 2.

Пациент 32 года, обратился с жалобами на кровоточивость десны в области зубов 46 и 47. Год назад проводилось эндодонтическое лечение зуба 47, завершившееся наложением пломбы из композита.

Перенесенные и сопутствующие заболевания: детские инфекции, миопия тяжелой степени.

Объективно: конфигурация лица не изменена, регионарные лимфатические узлы не увеличены, безболезненны.

Индекс гигиены ОНI-S менее 0,7 балла.

При осмотре на мезиальной поверхности зуба 47 пломба из композита по II классу, контактный пункт не восстановлен. Десна цианотична и кровоточит при зондировании. При вертикальном зондировании в области зубов 46 и 47 выявляются пародонтальные карманы 4 мм.

На ОПТГ - резорбция межзубной перегородки на 1/3 длины корня зубов 46 и 47. Контактный пункт у зубов 46 и 47 отсутствует. Пломбировочный материал располагается в межзубном промежутке.

Вопросы:

1. Назовите причину возникновения данного заболевания.
2. Поставьте диагноз.

Эталон ответа.

1. Причиной возникновения данного заболевания является неправильно (некачественно) наложенная пломба по II классу на мезиальной поверхности зуба 47, отсутствие контактного пункта в области зубов 46-47.
2. На основании данных ОПТГ - резорбция межзубной перегородки на 1/3 длины корня зубов 46 и 47 и клинических данных - десна цианотична, кровоточит при зондировании, контактного пункта в области 46-47 отсутствует, пломбировочный материал располагается в межзубном промежутке, при вертикальном зондировании в области зубов 46 и 47 выявляются пародонтальные карманы 4 мм, , можно поставить диагноз «Хронический локализованный пародонтит легкой степени тяжести».

Задача 3.

Пациент М., 45 лет обратился в стоматологическую клинику для лечения зуба 16, леченного ранее по поводу пульпита. На рентгенограмме зуба 16 определяется разрежение костной ткани с нечёткими контурами в области всех корней размером менее 3 мм. В апикальной трети небного корня отлом эндодонтического файла, не выходящий за пределы корня, щёчные каналы проходимы на 1/2 длины корня. После обследования был поставлен диагноз – хронический периодонтит в области верхнего первого моляра справа. Назначен трансканальный электрофорез периодонта с 10% раствором йодида калия.

Вопросы:

1. В каких случаях трансканальный электрофорез противопоказан при отломе металлического эндодонтического инструмента?
2. Где должен быть помещен активный электрод?
3. Чем изолируют зуб во время процедуры?
4. Сколько составляет курс лечения?
5. Какова продолжительность процедуры трансканального электрофореза?

Эталон ответа:

1. Назначение трансканального электрофореза противопоказано в тех случаях, когда инструмент выходит за пределы корня зуба.
2. При проведении трансканального электрофореза электрод помещают на устья корневых каналов.
3. Зуб во время процедуры изолируют липким воском.
4. Курс лечения составляет 3 - 4 процедуры.
5. Продолжительность процедуры 20 мин.

Задача 4.

Пациентка Б., 50 лет, обратилась с жалобами на наличие кариозной полости в 46 зубе, слабую болезненность при накусывании.

Из анамнеза: 46 зуб ранее (3 года назад) был лечен по поводу кариеса. Через месяц появились боли при накусывании и свищ на десне с отделяемым. Затем пломба выпала и выделение из свища прекратилось. На месте свища образовался рубец. Также из анамнеза выяснено, что полгода назад у пациентки был диагностирован септический эндокардит.

Объективно: на жевательной поверхности 46 зуба глубокая кариозная полость. Полость зуба вскрыта, зондирование устьев корневых каналов безболезненно, на десне в области 46 зуба имеется рубец от свища.

На рентгенограмме в области 46 зуба наблюдается дефект костной ткани с нечеткими контурами.

Вопросы:

1. Установите диагноз.
2. Можно ли связать развитие сопутствующей патологии с наличием одонтогенного очага инфекции?
3. Прогноз лечения.

Эталон ответа.

1. На основании расспроса, объективных данных и данных рентгенографического исследования можно поставить диагноз «Хронический апикальный периодонтит».
2. Развитие сопутствующей патологии можно с наличием одонтогенного очага инфекции, так как длительно существующий очаг инфекции может стать причиной развития очагово-обусловленных заболеваний, к числу которых относится септический эндокардит.
3. Прогноз лечения благоприятный при качественном своевременном консервативном лечении причинного зуба и, следовательно, устранении хронического очага инфекции.

Задача 5.

Пациент, 50 лет, жалоб не предъявляет. При объективном осмотре на слизистой оболочке в области угла рта справа выявлен очаг помутнения эпителия в форме треугольника с четкими границами, не возвышающийся над уровнем слизистой оболочки.

Из анамнеза выяснено, что пациент заядлый курильщик, выкуривает две пачки сигарет в день. Поставлен диагноз: плоская лейкоплакия.

Вопросы:

1. Проведите дополнительные методы исследования, подтверждающие диагноз.
2. Какие характерные патоморфологические изменения при плоской лейкоплакии?
3. Проведите дифференциальную диагностику лейкоплакии.
4. Выберите тактику лечения.
5. Какие выделяют формы лейкоплакии?

Эталон ответа.

1. В качестве дополнительных методов исследования можно применить люминесцентную диагностику с целью определения изменения интенсивности цвета свечения участков поражения, характерного для пара- и гиперкератоза при лейкоплакии (от беловато-голубого до голубого при плоской лейкоплакии, от желтоватого с переходом в фиолетовый при возвышающейся лейкоплакии, фиолетового - при веррукозной лейкоплакии и коричневого - при эрозивно-язвенной форме), цитологическое исследование и биопсию.
2. Для плоской лейкоплакии характерно наличие гиперкератотического пятна беловато-серого цвета, с достаточно четкими краями, не снимающегося при поскабливании на неизменной СО, безболезненное. Определяется диффузное хроническое воспаление СО с явлениями пара- и гиперкератоза.
3. Дифференциальная диагностика проводится с КПЛ, хроническим гиперпластическим кандидозом, сифилитической папулой и лихеноидной реакцией. При КПЛ, в отличие от лейкоплакии, определяются папулы, сливающиеся в характерный рисунок, имеющие беловатое свечение, КПЛ чаще встречается у женщин, возможны высыпания на коже. При кандидозе налет снимается при поскабливании, обнажая гиперемизированную или эрозивную поверхность, в анамнезе длительный прием АН или КС препаратов, в соскобе выявляют бластоспоры грибов *Candida*. При сифилисе определяется округлое безболезненное образование с гиперемизированным ободком с белесоватым налетом, который при поскабливании снимается, обнажая эрозивную поверхность, обнаруживаются бледные трепонемы, реакции Вассермана, РИФ, РИБТ положительные, возможен полиаденит, розеолезная сыпь на коже. При лихеноидной реакции после эпителизации эрозий помутнение эпителия быстро исчезает.
4. Тактика лечения состоит в полном отказе от курения, соблюдении гигиены полости рта, устранении всех травмирующих факторов, санации полости рта и назначении препаратов, нормализующие процессы ороговения.
5. Выделяют следующие формы лейкоплакии: плоскую, веррукозную (бляшечную и бородавчатую), эрозивно-язвенную, лейкоплакию курильщиков Таппейнера.

Задача 6.

Пациентка Ф., 23 года, обратилась в клинику челюстно-лицевой хирургии с жалобами на затрудненное пережевывание пищи, эстетический дефект нижней трети лица, суставной шум в правом и левом ВНЧС. В течение года проходит ортодонтическое лечение.

Задания:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы исследования.
3. Предложите комплексный план лечения.
4. Специалисты каких специальностей должны быть привлечены к лечению данного пациента?



Ответы:

1. Врожденная аномалия развития челюстей. Третий класс по Энгля. Скелетный тип. Перекрёстный прикус.
2. ТРГ, КТ
3. Ортогнатическая операция в объёме бимануальной остеотомии с последующим наблюдением и лечением у ортодонта.
4. Ортодонт, челюстно-лицевой хирург, гнатолог

Задача 7. В клинику челюстно-лицевой хирургии обратился пациент З., 47 лет, с сахарным диабетом. Предъявляет жалобы на наличие резко болезненной припухлости в обеих поднижнечелюстных и подподбородочной областях, общую слабость. Беспокоит также затруднение и болезненность при жевании и глотании. Открывание рта ограничено, резко болезненно. Заболевание началось неделю назад, когда появилась постоянная ноющая боль под мостовидным протезом в области нижней челюсти слева. Боль нарастала, появилась припухлость в левой поднижнечелюстной области и нижних отделах щечной. Два дня назад обратился в районную поликлинику, где был выполнен разрез со стороны полости рта. Несмотря на проведенное лечение, припухлость увеличилась, боль и симптомы нарушения функций нарастали. После повторного обращения к стоматологу направлен в стоматологический стационар. Объективный статус: Больной бледен, пульс учащен, температура тела 38,5 0С, АД 155/100. В обеих поднижнечелюстных и подподбородочной областях определяется обширный болезненный с нечеткими границами инфильтрат, больше выраженный слева. Кожа над ним гиперемирована, не собирается в складку. Открывание рта 1,5-2,0 см, резко болезненное. Движение языка, особенно его выведение наружу болезненно. По переходной складке нижней челюсти слева определяется линия ранее выполнено разреза, слизистая гиперемирована, дренаж состоятелен. Мостовидный протез с опорой на 3.3, 3.5 и 3.8 зубы.



Задания: 1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Назначьте дополнительные методы исследования. 3. Назначьте консультации смежных специалистов. 4. Предложите комплексный план лечения.

Ответы: 1. Одонтогенная флегмона дна полости рта. Обострение хронического периодонтита зуба 3.5 2. ОАК, БХ крови, определение уровня глюкозы, группа крови, резус-фактор, ЭКГ, рентген грудной клетки 3. Анестезиолог, эндокринолог, кардиолог 4. Вскрытие флегмоны, удаление причинного зуба. Антибактериальная и противовоспалительная терапия.

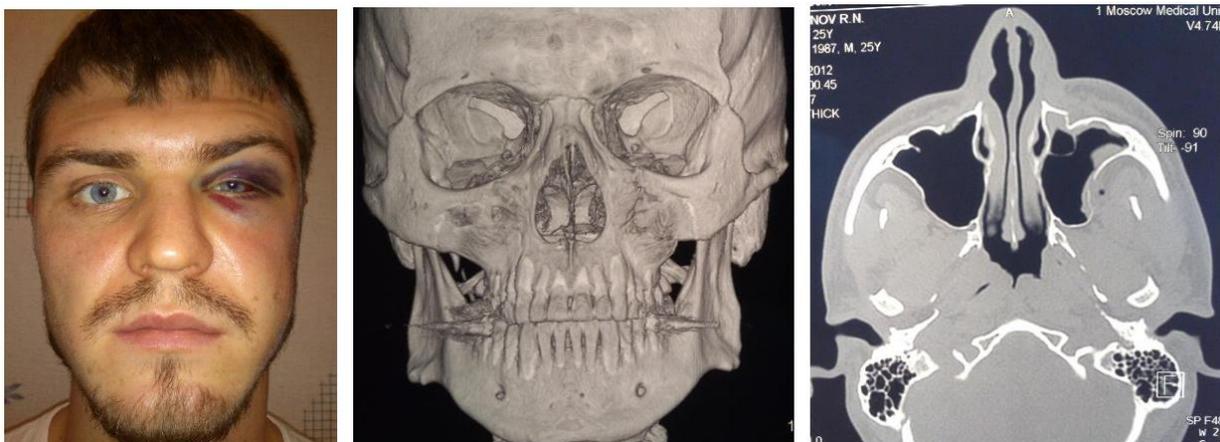
Задача 8. В клинику челюстно-лицевой хирургии обратился пациент Е., 29 лет с жалобами на умеренно выраженные боли в области нижней челюсти слева в покое, усиливающиеся при попытке открыть рот и при глотании. Со слов пациента, с момента начала прорезывания 3.8 зуба (около 6 лет) неоднократно развивался перикоронит. Дважды в поликлинике по месту жительства производилось рассечение нависающей слизистой оболочки. Зуб 3.8 сохранялся. Четыре дня назад после переохлаждения вновь возникло воспаление, которое нарастало, присоединилось ограничение открывания рта, боль при глотании. Объективный статус: Температура тела – 37,8 0С. В левой поднижнечелюстной области пальпируется увеличенный, резко болезненный, ограничено подвижный лимфатический узел. Открывание рта ограничено до 1,0 см, резко болезненное. После проведения пациенту анестезии по Егорову удалось полностью открыть рот. Зуб 3.8 – прорезывается дистальным бугром. Слизистая оболочка над ним и в ретромолярной области резко гиперемирована, отёчна. Из-под нее выделяется гной. Слизистая оболочка крыловидно-нижнечелюстной складки слева гиперемирована, отёчна, выбухает. При пальпации крыловидно-нижнечелюстного пространства слева определяется резко болезненный воспалительный инфильтрат.



Задания: 1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Предложите комплексный план лечения. 3. Назовите пути распространения инфекции. 4. Какова тактика врача в отношении зуба 3.8?

Ответы: 1. Абсцесс крыловидно-нижнечелюстного пространства слева. Полууретенция, дистопия зуба 3.8 2. Вскрытие абсцесса, удаление причинного зуба, антибактериальная и противовоспалительная терапия. 3. Окологлоточное, позадичелюстное пространства, щечная, поднижнечелюстная области, подвисочная и височная ямки. 4. Удаление зуба 3.8 в плановом порядке после стихания острых воспалительных явлений

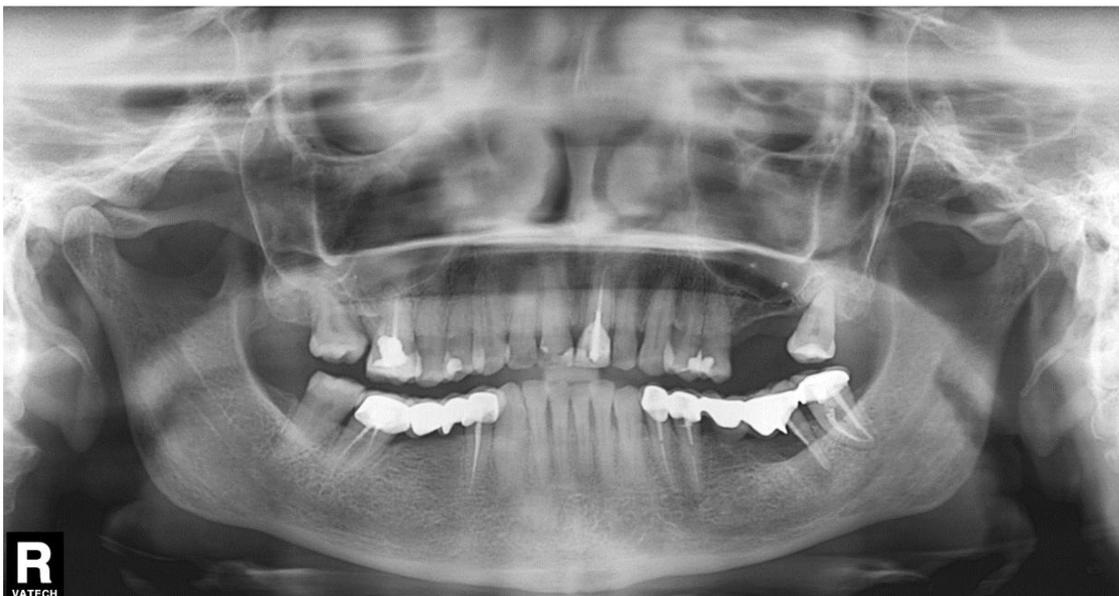
Задача 9. Больной Н., 25 лет, доставлен бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение челюстно-лицевой хирургии с жалобами на боль и отек в скуловой области слева, двоение в глазах. На кануне вечером получил удар в область левой половины лица кулаком. В момент травмы отметил кратковременную потерю сознания, тошноты, рвоты не было, отмечал кровотечение из левого носового хода. Объективный статус: определяется отек мягких тканей в левой параорбитальной области, западение левой скуловой кости. Отмечается онемение кожи подглазничной области, крепитация подкожной клетчатки, двоение в глазах при взгляде вверх. Открывание рта и боковые движения нижней челюсти ограничены, болезненны. Пальпация скуловой области вызывает резкую боль, по нижнеглазничному краю определяется костная «ступенька».



Задания: 1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Назначьте дополнительные методы обследования. 3. Назначьте дополнительные консультации специалистов. 4. Составьте комплексный план лечения.

Ответы: 1. Перелом скуло-глазничного комплекса слева. Контузия левого глазного яблока. Сотрясение головного мозга? 2. КТ головного мозга и костей средней зоны лица. Рентген грудной клетки. 3. Офтальмолог, невролог, анестезиолог 4. Операция «Репозиция, остеосинтез скуло-глазничного комплекса слева. Эндопротезирование нижней стенки глазницы». Антибактериальная и противовоспалительная терапия. Лечение и динамическое наблюдение у офтальмолога и невролога.

Задача 10. К хирургу-стоматологу обратился пациент Д., 34 лет, с жалобами на наличие умеренно болезненной припухлости в щёчной области слева, общую слабость, повышение температуры тела до 37.2°C. Со слов пациента, заболевание началось около двух месяцев назад с появления округлой припухлости в щёчной области слева. Периодически отмечает рост припухлости, появление болезненности и гиперемии данной области, повышение температуры тела до субфебрильных значений. В анамнезе частые простудные заболевания. Объективный статус: Конфигурация лица изменена за счёт ограниченного инфильтрата щёчной области слева, округлой формы, размером 2×2 см, спаянного с подлежащими тканями. Кожный покров над ним синюшного цвета, отёчный, умеренно болезненный при пальпации. Регионарные лимфатические узлы увеличены, безболезненны при пальпации. Открывание рта в полном объёме, безболезненное, глотание не затруднено. Со стороны полости рта: гигиена неудовлетворительная. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета с участками гиперемии, умеренно увлажнена прозрачной слюной. Частичная вторичная адентия. Пальпаторно в проекции зуба 3.7 со стороны преддверия полости рта определяется тяж, идущий к инфильтрату щеки.



Задания: 1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Назначьте дополнительные методы исследования. 3. Предложите комплексный план лечения. 4. Назовите осложнения данного заболевания.