

**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 № 9
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: Заболевания слизистой оболочки рта.

ТЕМА № 9:

**Предраковые заболевания красной каймы губ и слизистой оболочки
полости рта.**

ЦЕЛЬ:

На основании практических и теоретических знаний научиться правильно и своевременно различать заболевания слизистой оболочки полости рта, проводить диагностику и назначать адекватное 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 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. Назовите функции слизистой оболочки полости рта.
2. Назовите элементы поражения слизистой оболочки полости рта.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:

1. Предрак. Классификация предраковых заболеваний красной каймы губ и слизистой оболочки полости рта.
2. Факторы, способствующие возникновению предраковых заболеваний красной каймы губ и слизистой оболочки полости рта.
3. Диагностика предраковых заболеваний красной каймы губ и слизистой оболочки полости рта (гистохимические, гистологические критерии).
4. Болезнь Боуэна. Диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
5. Бородавчатый предрак красной каймы губ.

6. Ограниченный предраковый гиперкератоз красной каймы губ.
7. Абразивный преинвазивный хейлит Манганотти.
8. Лейкоплакия
9. Папиллома, папилломатоз
10. Кожный рог
11. Кератоакантома
12. Профилактика предраковых заболеваний

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. Хроническая механическая травма и курение приводят к:
 - 1) гематоме
 - 2) ссадине
 - 3) лейкоплакии
 - 4) хейлиту
 - 5) кандидозу

2. Для уточнения диагноза «лейкоплакия» используют методы исследования:

- 1) серологический
- 2) бактериоскопический
- 3) иммунологический
- 4) гистологический
- 5) цитологический

3. Причины лейкоплакии Таппейнера:

- 1) хронический герпес
- 2) лекарственная аллергия
- 3) курение
- 4) гальваноз
- 5) гиперсаливация

4. Морфологические элементы поражения при лейкоплакии:

- 1) узел
- 2) узелок
- 3) бляшка
- 4) бугорок
- 5) волдырь

5. Веррукозную форму лейкоплакии дифференцируют с:

- 1) актиническим хейлитом
- 2) афтозным стоматитом
- 3) пузырьчаткой
- 4) гиперкератотической формой плоского лишая
- 5) хроническим герпесом

6. Признаки озлокачивания эрозивно-язвенной формы лейкоплакии:

- 1) наличие фибринозного налета
- 2) воспаление вокруг очага поражения
- 3) появление жжения
- 4) уплотнение краев и основания очага поражения
- 5) гиперсаливация

7. Клиническая картина веррукозной формы лейкоплакии:

- 1) ограниченный очаг серо-белого цвета в виде бляшек
- 2) пузырь с серозным содержимым
- 3) воспалительное пятно
- 4) эрозия
- 5) язва

8. Болезнь Боуэна относят к:

- 1) дерматозам

- 2) облигатным предракам
- 3) факультативным предракам
- 4) вирусным заболеваниям
- 5) аллергическим состояниям

9. Морфологические элементы при болезни Боуэна:

- 1) папула
- 2) пузырь
- 3) рубец
- 4) пятно
- 5) чешуйка

10. Методы лечения болезни Боуэна:

- 1) хирургический
- 2) терапевтический
- 3) физиотерапевтический
- 4) медикаментозный
- 5) ортопедический

11. К облигатным предракам красной каймы губ относятся:

- 1) лейкоплакия и папилломатоз
- 2) папилломатоз и кератоакантома
- 3) кератоакантома и кожный рог
- 4) кожный рог и болезнь Боуэна
- 5) ограниченный гиперкератоз и бородавчатый предрак

12. К нарушениям ороговения слизистой оболочки полости рта относятся:

- 1) папилломатоз
- 2) гиперкератоз
- 3) акантолиз
- 4) спонгиоз
- 5) баллонизирующая дегенерация

13. Локализация бородавчатого предрака:

- 1) спинка языка
- 2) переходная складка
- 3) красная кайма нижней губы
- 4) твердое небо
- 5) десна

14. Бородавчатый предрак дифференцируют с:

- 1) glandулярным хейлитом
- 2) папилломой
- 3) афтозным стоматитом
- 4) хроническим герпесом

5) кандидозом

15. Ограниченный предраковый гиперкератоз красной каймы губ клинически представляет собой:

- 1) узел полу шаровидной формы
- 2) пигментированное пятно
- 3) очаг ороговения полигональной формы
- 4) поверхностную эрозию
- 5) афту

16. Патогистологическая картина при ограниченном предраковом гиперкератозе:

- 1) воспалительная инфильтрация
- 2) наличие акантолитических клеток
- 3) картина неспецифического воспаления
- 4) акантолиз
- 5) дисконкомплексация и полиморфизм шиповатых клеток

17. Лечение ограниченного предракового гиперкератоза и бородавчатого предрака сводится к:

- 1) аппликациям кератопластиков
- 2) электрокоагуляции
- 3) антисептической обработке
- 4) иглорефлексотерапии
- 5) хирургическому удалению очага поражения

18. Факторы, способствующие возникновению хейлита Манганотти:

- 1) стресс
- 2) инсоляция
- 3) бактериальная инфекция
- 4) пониженная саливация
- 5) авитаминозы

19. Элементы поражения при хейлите Манганотти:

- 1) эрозия
- 2) чешуйка
- 3) рубец
- 4) трещина
- 5) налет

20. При подозрении на хейлит Манганотти проводят:

- 1) бактериоскопическое исследование
- 2) биохимическое исследование
- 3) общий клинический анализ крови
- 4) биопсию с гистологическим исследованием

5) полное иссечение с гистологическим исследованием

21. Консервативное лечение хейлита Манганотти допускается проводить:

- 1) две недели
- 2) один месяц
- 3) один квартал
- 4) полгода
- 5) один год

22. Отсутствие эпителизации эрозий при лечении хейлита Манганотти требует:

- 1) прижигания
- 2) полного хирургического иссечения
- 3) химиотерапии
- 4) физиотерапии
- 5) радиотерапии

23. Кератоакантому слизистой оболочки полости рта относят к:

- 1) факультативному предраку
- 2) облигатному предраку
- 3) дерматозам
- 4) раку
- 5) доброкачественным опухолям

24. Папиллома вызвана факторами:

- 1) физическими
- 2) механическими
- 3) химическими
- 4) трофическими
- 5) радиологическими

25. К дополнительным методам обследования при папилломатозе относятся:

- 1) аллергологические
- 2) цитологический
- 3) гистологический
- 4) проба Кулаженко
- 5) иммунологический

26. Длительное ношение некачественного съемного пластиночного протеза приводит к развитию:

- 1) актиномикоза
- 2) кандидоза
- 3) дисбактериоза
- 4) папилломатоза
- 5) мягкой лейкоплакии

27. Методы лечения папилломатоза:

- 1) лучевая терапия
- 2) хирургическое лечение
- 3) физиотерапия
- 4) химиотерапия
- 5) антигистаминная терапия

28. Онкологическую настороженность проявляют при:

- 1) афтозном стоматите
- 2) пострентгеновском хейлите
- 3) вульгарной пузырчатке
- 4) десквамативном глоссите
- 5) глоссалгии

29. Заболевания слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ, склонные к озлокачествлению:

- 1) сифилитическая папула
- 2) аллергический стоматит
- 3) хроническая трещина губ
- 4) десквамативный глоссит
- 5) химический ожог

30. Ограниченный очаг на красной кайме губ до 1 см в диаметре, конусовидной формы, темно-серого цвета, плотно спаян с основанием - это:

- 1) кожный рог
- 2) кератоакантома
- 3) папиллома
- 4) бородавчатый предрак
- 5) фиброма

31. К методам лечения кожного рога и кератоакантомы относят:

- 1) полное иссечение очага поражения
- 2) взятие биопсийного материала
- 3) лазеротерапию
- 4) иглотерапию
- 5) радиотерапию

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача 1

Пациент 26 лет обратился к стоматологу с жалобами на боль в нижней губе, затрудняющую широкое открывание рта, приём пищи, а также эстетический недостаток. Впервые заболевание возникло 6 лет тому назад при прохождении воинской службы. Летом наступает заживление; в холодное время возникают рецидивы. Вредные привычки: курит, облизывает и кусает губы. Лечился самостоятельно различными мазями без выраженного терапевтического эффекта.

При внешнем осмотре: кожные покровы без видимых изменений, красная кайма губ сухая. На нижней губе по средней линии имеется глубокая трещина, окружённая помутневшим эпителием и покрытая кровянистой корочкой. При пальпации участка поражения определяется умеренная болезненность и мягко-эластическая консистенция. Регионарные лимфоузлы не пальпируются. При осмотре слизистой оболочки рта патологических изменений не выявлено.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Укажите возможные причины заболевания.
3. Проведите дифференциальную диагностику со сходными заболеваниями.
4. Составьте план лечения.
5. Прогноз.

Задача 2

Пациент, 22 года обратился с жалобами на ограниченное из-за болезненности открывания рта, затрудненный разговор и прием пищи. Беспокоят зуд, чувство стянутости, напряжения, неудовлетворительный эстетический вид. Заболевание возникло в 10-летнем возрасте. Лечилась у дерматолога без выраженного эффекта. С возрастом заболевание прогрессировало. Частые командировки в южные страны. Объективно: регионарные лимфатические узлы не пальпируются. На красной кайме отечной нижней губы участки ярко красной эритемы, мелкие пузыри, мокнущие эрозии, покрытые корками. 49 Слизистая оболочка нижней губы без патологических изменений. При осмотре полости рта: гигиена полости рта удовлетворительная, кариозные полости в 35, 47 зубах.

1. Установите диагноз.

2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Какие дополнительные методы исследования рекомендуется провести?
4. Составьте план лечения.
5. Прогноз заболевания.

Задача 3

Пациент 36 лет обратился с жалобами на боль в верхней губе, затрудняющую прием пищи и широкое открывание рта. Заболевание возникло 10 лет назад. Лечился самостоятельно, применяя различные мази. Летом губа заживала, но с наступлением холодного периода ежегодно возникали рецидивы. Объективно: регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Красная кайма губ сухая, шероховатая. На красной кайме верхней губы справа от средней линии имеется поперечный линейный дефект ткани, покрытый кровянистой корочкой. Длина дефекта 15 мм. Вокруг дефекта отмечаются помутнение красной каймы и ороговение. В основании дефекта определяется воспалительный инфильтрат. Гигиена полости рта неудовлетворительная, имеются зубные отложения и налет курильщика.

1. Установите диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Какие дополнительные методы исследования рекомендуется провести для подтверждения диагноза?
4. Составьте план лечения.
5. Каков прогноз заболевания?

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 .

Роль врача-стоматолога-терапевта: 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 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.