

РАЗБОР ТИПОВОЙ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

ЗАДАЧА:

Больная 52 лет предъявляет жалобы на жжение и сухость слизистой оболочки рта. В анамнезе хронический холецистит, хронический колит. Полоскала полость рта отваром зверобоя; эффекта нет. Регионарные лимфатические узлы подвижные, безболезненные при пальпации. Красная кайма губ имеет перламутровый оттенок. На слизистой оболочке щек в средних и задних отделах участки измененного эпителия белого цвета в виде кружев, не снимающиеся при поскабливании. Спинка языка белесоватого цвета, образования не снимаются при поскабливании. Нитевидные сосочки языка сглажены. Скорость слюноотделения — 0,35 мл/мин.

1. Поставьте диагноз
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
3. Составьте план обследования

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Красный плоский лишай полости рта, типичная форма
2. Дифференциальную диагностику необходимо провести с плоской формой лейкоплакии, красной волчанкой, кандидозом.
3. Основные методы диагностики: внешний осмотр, осмотр слизистой оболочки полости рта. Дополнительные методы диагностики: цитологическое исследование, бактериоскопическое исследование, люминесцентная диагностика. Консультация гастроэнтеролога.

ЗАДАЧА 1:

Пациент 43 лет обратился к стоматологу для санации полости рта и протезирования. Состоит на диспансерном учете у гастроэнтеролога по поводу язвенной болезни желудка. Курит с 16 лет. Регионарные лимфатические узлы не увеличены, безболезненны при пальпации. На верхней челюсти отсутствует зуб 1.4. На нижней челюсти зубы 4.6, 4.7 восстановлены пломбировочным материалом. На слизистой оболочке щеки слева (в дистальном отделе), по линии смыкания зубов эпителий белесоватого цвета различной интенсивности, без четких границ. Очаг не возвышается

над окружающими тканями. На слизистой оболочке щеки, ближе к углу рта определяется округлое образование белого цвета диаметром 3-4 мм, возвышающееся над окружающими тканями.

Установите диагноз, составьте план обследования и лечения.

ЗАДАЧА 2:

Больная 50 лет предъявляет жалобы на сухость в полости рта, снижение вкусовой чувствительности. В анамнезе хронический холецистит. Любит очень горячий чай (крутой кипяток). Внешний осмотр без особенностей. Регионарные лимфатические узлы не увеличены, безболезненны при пальпации. Слизистая оболочка дна полости рта и нижней поверхности языка серовато-белого цвета. Участок возвышается над окружающими тканями, по границам плавно переходит в белесоватопрозрачную слизистую оболочку соседних отделов, не снимается при поскабливании. Скорость слюноотделения — 0,3 мл/мин. Мягкое небо желтушно.

Установите диагноз, проведите дифференциальную диагностику, составьте план обследования.

ЗАДАЧА 3:

Больной 49 лет направлен в клинику с явлениями сухости полости рта для уточнения диагноза. В анамнезе боли в суставах пальцев рук, ног, коленных суставах с незначительной их деформацией. На коже щек участки покраснения овальной формы размером $1,5 \times 2$ см. В зонах гиперемии определяются белесоватые чешуйки, не снимающиеся при поскабливании. Околоушные железы увеличены, безболезненны при пальпации. На слизистой оболочке твердого неба в передней его трети определяется ярко гиперемизированное лоснящееся пятно диаметром 1,5 см. В центре пятна эрозия с фестончатыми контурами, покрыта желтым фибринозным налетом. Участок покраснения незначительно западает, отделен от здоровой слизистой оболочки венчиком из белесоватых черточек. Скорость слюноотделения — 0,2 мл/мин. На руках результаты общего анализа крови: СОЭ = 40 мм/час, Hb = 102 г/л, лейкоциты 20×10^9 г/л. Поставьте предварительный диагноз. Какова будет ваша дальнейшая тактика?

ЗАДАЧА 4:

Больная 40 лет предъявляет жалобы на болезненность слизистой оболочки щеки слева и боковой поверхности языка. Боль усиливается при приеме острой и грубой пищи. Болевые ощущения возникли год назад. Лечение кератопластическими средствами и кортикостероидными мазями давало временное улучшение. В последние полгода эффекта от местного лечения нет.

На слизистой оболочке щеки слева и боковой поверхности языка определяется участок эпителия белесоватого цвета. В центре образования обнаружены множественные мелкие эрозии и язва неправильной формы. Дефекты покрыты фибринозным налетом. На боковой поверхности языка язва размером $0,5 \times 2,5$ см покрыта желтоватым налетом, при пальпации резко болезненная. По краям язвы определяется белесоватый гиперкератотический бордюр. В основании пальпируется воспалительный инфильтрат. Скорость слюноотделения — 0,2 мл/мин.

В кабинете онколога, куда больная обращалась самостоятельно, была проведена биопсия участка язвы с боковой поверхности языка. Результаты патологического исследования на руках. В эпителиальном слое гиперкератоз, паракератоз, гранулез. Вакуольная дистрофия базального слоя эпителия. Нарушение целостности базальной мембраны. Полосовидный лимфоцитарный инфильтрат под базальной мембраной соединительнотканый слой слизистой оболочки отекает, капилляры расширены, воспалительный инфильтрат резко выражен. Часть ацинарных клеток МСЖ не содержит секрета и находится в состоянии грубой дистрофии. Установите диагноз, составьте план обследования и лечения.

ЗАДАЧА 5:

Пациент 43 лет обратился к стоматологу с жалобами на шероховатость, чувство стянутости и неприятные ощущения от приёма горячей пищи в углах рта. Жевание затруднено из-за отсутствия некоторых жевательных зубов. Иногда во рту появляется металлический привкус. Жалобы пациент связывает с протезированием искусственными коронками зубов 11, 12, 13, 14, 21, 22, 23, 24 три года назад. К стоматологу не обращался, так как не было болевых ощущений. При внешнем осмотре: пациент пониженной упитанности, конфигурация лица нарушена из-за снижения высоты нижней трети лица. Слизистая оболочка губ, преддверия и полости рта

нормального цвета, достаточно увлажнена. Язык покрыт сероватым налётом, на боковых поверхностях имеются отпечатки зубов. На слизистой оболочке в углах рта обнаружены очаги серо-белого цвета в виде бляшек, возвышающихся над окружающей слизистой оболочкой. Очаги размером 1,5/ 2,0 см при поскабливании не снимаются. При пальпации очагов болезненности и уплотнения в основании не определяется. Прикус ортогнатический. Зубы 14, 13, 23, 24 покрыты искусственными металлическими коронками, а 11, 12, 21, 22- с пластмассовой облицовкой. Отсутствуют зубы 18,17,16,15, 26, 25, 31, 37, 38, 48, 46, 45. Имеются кариозные полости в зубах 34 и 44, дефекты пломб из амальгамы в зубах 35, 36 и 47. Коронка зуба 28 значительно разрушена, пальпация по переходной складке слегка болезненна. Индекс гигиены 2,3 балла, состояние пародонта соответствует клинической картине хронического генерализованного пародонтита средней степени тяжести. Подвижность зубов 32,41,42 – второй степени. В настоящее время страдает хроническим гиперацидным гастритом, шесть лет назад перенёс холецистэктомию, после операции отказался от острой и жирной пищи. Курит с 15 лет, алкоголь употребляет умеренно.

1. Какой диагноз можно предположить в данной ситуации.
2. Какой дополнительный метод исследования необходимо провести для уточнения данного диагноза?
3. Что служит причиной возникновения этого заболевания?
4. Назовите признаки озлокачествления.
5. Назовите средства для общего и местного лечения данного заболевания.
6. Какой метод лечения нужно рекомендовать при неэффективном терапевтическом лечении.