

**И. О. ПОХОДЕНЬКО-ЧУДАКОВА, Е. В. МАКСИМОВИЧ,
В. Л. ЕВТУХОВ**

**УЧЕБНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА
АМБУЛАТОРНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА**

Минск БГМУ 2023

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

**И. О. Походенько-Чудакова, Е. В. Максимович,
В. Л. Евтухов**

**УЧЕБНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА
АМБУЛАТОРНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА**

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2023

УДК 616.31-089-039.57(075.8)

ББК 56.6я73

П64

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 21.12.2022 г., протокол № 11

Р е ц е н з е н т ы: д-р мед. наук, проф., зав. каф. стоматологии детского возраста Белорусского государственного медицинского университета Н. В. Шаковец; каф. челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии с курсом ФПК и ПК Витебского государственного ордена Дружбы народов медицинского университета

Походенько-Чудакова, И. О.

П64 Учебная медицинская карта амбулаторного хирургического стоматологического пациента : учебно-методическое пособие / И. О. Походенько-Чудакова, Е. В. Максимович, В. Л. Евтухов. – Минск : БГМУ, 2023. – 44 с.

ISBN 978-985-21-1255-0.

Содержит методические рекомендации с углубленным разбором по написанию академической амбулаторной карты хирургического стоматологического пациента.

Предназначено для студентов 3-го курса стоматологического факультета и студентов-стоматологов медицинского факультета иностранных учащихся, обучающихся на русском языке.

УДК 616.31-089-039.57(075.8)

ББК 56.6я73

Учебное издание

Походенько-Чудакова Ирина Олеговна

Максимович Екатерина Викторовна

Евтухов Владимир Леонидович

УЧЕБНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА АМБУЛАТОРНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА

Учебно-методическое пособие

Ответственная за выпуск И. О. Походенько-Чудакова

Корректор Н. С. Кудрявцева

Компьютерная вёрстка Н. М. Федорцовой

Подписано в печать 20.03.23. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Svetocory».

Ризография. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 2,56. Уч.-изд. л. 2,4. Тираж 99 экз. Заказ 147.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя, распространителя печатных изданий № 1/187 от 18.02.2014.

Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.

ISBN 978-985-21-1255-0

© Походенько-Чудакова И. О., Максимович Е. В., Евтухов В. Л., 2023

© УО «Белорусский государственный медицинский университет», 2023

МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ

Цель занятия: научиться самостоятельно проводить курацию амбулаторного хирургического стоматологического пациента с написанием учебной амбулаторной стоматологической карты.

Чрезвычайно важное значение в работе врача-стоматолога имеет документация. Основываясь на подробных и тщательно сделанных записях в амбулаторной стоматологической карте, можно строить достаточно достоверные выводы о полноте и правильности выполненного пациенту обследования; правильности диагноза; адекватности проводимого или проведенного лечения; своевременности и полноте восстановительного периода; достоверности прогноза течения и исхода заболевания.

Работа над учебной амбулаторной стоматологической картой — это большой и серьезный этап в формировании и самовоспитании будущего врача. При творческой работе над учебной амбулаторной стоматологической картой каждый студент должен определить ее как документ, имеющий лечебное, научное и юридическое значение (В. А. Птицын и соавт., 2014).

Следует также помнить, что амбулаторная стоматологическая карта пациента — это документ, который обеспечивает преемственность и последовательность в лечении пациента, и один из главных источников информации при выполнении научных исследований. Поэтому данный документ должен быть написан логично, грамотно и аккуратно.

С методической точки зрения будет правильным, если в написании клинической учебной амбулаторной карты хирургического стоматологического пациента студентом будут использованы элементы описательного отражения фактов с обязательным последующим их осмысливанием. В настоящем учебно-методическом пособии учащимся представлена не только схема амбулаторной стоматологической карты пациента, но и показана форма описания, одновременно акцентируя значение определенных факторов.

Работа над клинической амбулаторной картой хирургического стоматологического пациента на стоматологическом факультете имеет свои особенности. Особое внимание следует уделить таким разделам, как анамнез, специальный статус, обоснование диагноза, дифференциальная диагностика, прогноз и эпикриз, а при необходимости — диспансерное наблюдение.

Заполняя учебную амбулаторную карту стоматологического хирургического пациента, студент должен продемонстрировать умение работы с этим важным документом и, следовательно, уровень своего клинического мышления. Недооценка клинических данных и дополнительных методов исследования ведет к постановке неверного клинического диагноза,

в дальнейшем — неправильному выбору тактики лечения, что может нанести вред состоянию здоровья пациента вплоть до инвалидизации и летального исхода.

Написание академической амбулаторной карты стоматологического хирургического пациента требует от студентов скрупулёзности и собранности в деле успешного освоения принципов правильного осмысления, формирования, логически верного детального изложения данных субъективного и объективного клинического и дополнительного обследования в хронологической последовательности.

Учебно-методическое пособие состоит из титульного листа амбулаторной карты стоматологического хирургического пациента, краткой и развернутой схем изложения указанного документа и специальных приложений.

Краткая схема призвана показать тот объем информации о пациенте, который должен быть изложен в амбулаторной карте стоматологического хирургического пациента. Развернутая схема указанного документа акцентирует внимание студента на тех показателях, которые следует анализировать при обследовании пациента и правильно методически изложить полученные сведения в упомянутом документе.

Составление развернутой амбулаторной карты стоматологического хирургического пациента — единственный и чрезвычайно важный путь в овладении правильным навыком заполнения данного вида документации, которую оформляет практический врач-стоматолог-хирург.

Задачи учебно-методического пособия:

– предоставить специальное методическое руководство для составления плана и изложения в соответствии с ним данных академической клинической амбулаторной карты стоматологического хирургического пациента;

– помочь студентам выработать правильную последовательность в получении, накоплении, анализе поступающей информации, в осуществлении динамического наблюдения, в проведении сравнительной оценки полученных данных и принятии решения.

Для успешного написания академической амбулаторной карты стоматологического хирургического пациента **студент должен иметь представление** о данном документе и ее медицинской, научной, юридической составляющих. **Студент должен изучить** схему академической амбулаторной карты стоматологического хирургического пациента. **Студент должен уметь** правильно оформить академическую амбулаторную карту стоматологического хирургического пациента.

Требования к исходному уровню знаний. Для полноценного написания учебной медицинской карты амбулаторного хирургического стоматологического пациента необходимо знать:

– из нормальной и патологической физиологии: физиологические функции и патологические изменения функций органов челюстно-лицевой области и шеи;

– микробиологии: основных представителей микрофлоры, являющихся этиологическим фактором развития инфекционно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и шеи;

– пропедевтики внутренних болезней: основные принципы врачебной этики и деонтологии, принципы обследования пациента, основы клинической диагностики;

– данные лабораторной диагностики в норме и при патологии;

– основные принципы лучевой диагностики хирургической патологии челюстно-лицевой области и шеи, диагностики и верификации инфекционно-воспалительных процессов и инородных тел указанной локализации;

– из общей хирургии: основные принципы обработки рук хирурга, операционного поля, базовые принципы ухода за пациентами с хирургической патологией челюстно-лицевой области и шеи;

– фармакологии: лекарственные средства, их метаболизм, взаимодействие, пути их введения и выведения из организма пациента.

Контрольные вопросы из смежных дисциплин:

1. Укажите, что включает санитарно-эпидемиологический режим хирургического отделения.

2. Перечислите представителей нормальной и патологической микрофлоры полости рта.

3. Какие типы иммунологического ответа макроорганизма на внедрение инфекционных агентов Вам известны?

4. Изложите последовательность и правила осмотра и обследования пациента с хирургической патологией челюстно-лицевой области и шеи.

5. Изложите современные правила обработки рук хирурга, стерилизации хирургических инструментов и перевязочного материала.

6. Каковы особенности обработки операционного поля на поверхности кожных покровов головы, лица, шеи и в полости рта?

7. Перечислите лекарственные средства, используемые для проведения инъекционного и неинъекционного местного обезболивания в челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии.

8. Фармакодинамика и фармакокинетика лекарственных и вспомогательных средств, применяемых для проведения инъекционного и неинъекционного местного обезболивания.

9. Взаимодействие лекарственных средств, используемых для проведения инъекционного и неинъекционного местного обезболивания, с другими лекарственными веществами и химическими агентами.

10. Основные методы лучевой диагностики, применяемые у пациентов с хирургической патологией челюстно-лицевой области и шеи.

11. Основные методы лабораторной диагностики, применяемые у пациентов с хирургической патологией челюстно-лицевой области и шеи.

12. Реабилитация пациентов после хирургического лечения.

Контрольные вопросы / задания для студентов:

1. Самостоятельно провести опрос и обследование пациента с хирургической патологией челюстно-лицевой области и шеи.

2. Присутствовать на операции и участвовать в качестве ассистента преподавателя в процессе перевязки курируемого пациента.

3. Составить план обследования пациента в зависимости от предъявляемых им жалоб, базируясь на данных опроса и осмотра.

4. Уметь интерпретировать полученные клинические данные лабораторных, инструментальных, лучевых методов исследования.

5. На основании полученных при обследовании данных обосновать хирургическую тактику и соответствующее комплексное лечение курируемого пациента.

6. Грамотно оформить анализируемые сведения о пациенте и его заболевании в учебной медицинской карте амбулаторного хирургического стоматологического пациента.

СХЕМА УЧЕБНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ АМБУЛАТОРНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА

Титульный лист учебной медицинской карты (рис. 1). Вверху в центре страницы следует указать полное юридическое название учреждения образования, кафедру, заведующего кафедрой (ученую степень, ученое звание, фамилию, имя, отчество).

Пропустив две пустые строки указывают: «УЧЕБНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА АМБУЛАТОРНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА».

Пропустив две пустые строки, в следующей указывают фамилию, имя, отчество пациента. В следующей строке — его возраст и пол. В следующей строке — диагноз. В следующей строке — осложнения основного заболевания. В следующей строке — сопутствующие заболевания.

Пропустив две пустые строки, указывают фамилию, имя, отчество и номер группы куратора — автора учебной медицинской карты. В следующей строке — период курации пациента (с число/месяц/год по число/месяц/год). В следующей строке — подпись студента-куратора.

Пропустив две пустые строки, указывают фамилию, имя, отчество (полностью) преподавателя. В следующей строке указывают его ученую степень (если имеется), ученое звание (если имеется), врачебную категорию (если имеется). В следующей строке — оценка за учебную медицинскую карту хирургического стоматологического пациента. В следующей строке — дата и подпись преподавателя. В следующей строке — расшифровка подписи.

УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»

КАФЕДРА ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Заведующий кафедрой

УЧЕБНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА АМБУЛАТОРНОГО
ХИРУРГИЧЕСКОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА

Ф.И.О. пациента _____

Возраст пациента _____ Пол _____

Диагноз _____

Осложнения основного заболевания _____

Сопутствующие заболевания _____

Ф.И.О. куратора _____ Номер группы _____

Период курации пациента с _____ по _____

Подпись куратора _____

Ф.И.О. преподавателя _____

Ученая степень _____ Ученое звание _____ Врачебная категория _____

Оценка за учебную медицинскую карту _____

Дата _____ Подпись преподавателя _____

Расшифровка подписи преподавателя _____

Рис. 1. Образец титульного листа учебной медицинской карты

КРАТКАЯ СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

I. Паспортная часть:

1. Фамилия, имя, отчество пациента.
2. Возраст.
3. Пол.
4. Время обращения.
5. Профессия, место работы, занимаемая должность.
6. Место постоянного жительства.
7. Диагноз при обращении.
8. Клинический диагноз:
9. Операция.
10. Осложнение после операции.
11. Исход заболевания.
12. Время курации.
13. Фамилия, имя, отчество куратора.

II. Жалобы пациента (на момент курации)

III. История жизни (анамнез жизни) пациента — опрос по системам:

1. Перенесенные заболевания.
2. Вредные привычки (курение, злоупотребление алкоголем, прием наркотических препаратов).
3. Наследственность пациента (по онкологическим, кожно-венерическим заболеваниям, туберкулезу и т. д.).
4. Аллергологический анамнез.

IV. История развития настоящего заболевания (анамнез заболевания), с которым пациент обратился за оказанием специализированной медицинской помощи.

V. Объективное обследование челюстно-лицевой области и шеи пациента:

1. Внешний осмотр.
2. Пальпация.
3. Обследование полости рта:
 - а) обследование преддверия полости рта;
 - б) обследование собственно полости рта;
 - в) обследование зубов:
 - определение индекса кариеса, пломб, удаленных зубов (КПУ);
 - определение уровня интенсивности кариеса (УИК);
 - определение упрощенного индекса гигиены (О-НIS) по Грину-Вермиллиону (1964);

– определение индекса гигиенического состояния третьих моляров (ИГТМ) по И. О. Походенько-Чудаковой, Али Тергаму Абдуламиру Али (2022);

– определение комплексного периодонтального индекса (КПИ) по П. А. Леусу (1988).

VI. Специальные (дополнительные) методы обследования:

1. Лабораторные (исследования биологических сред организма).
2. Инструментальные.
3. Лучевые.
4. Аллергологические.
5. Морфологические.
6. Антропометрические.
7. Акупунктурная диагностика (электropунктурное тестирование).

VII. Дифференциальный диагноз.

VIII. Клинический диагноз и его обоснование.

IX. Этиология и патогенез заболевания.

X. Лечение заболевания (показания к выбору методов лечения).

XI. Течение заболевания (дневник).

XII. Эпикриз (окончательное заключение по поводу течения и исхода заболевания).

XIII. Рекомендации пациенту при завершении лечения.

XIV. Прогноз заболевания.

XV. Список использованной куратором специальной литературы.

Подпись куратора.

Дата сдачи учебной медицинской карты.

Все сокращения в тексте учебной медицинской карты амбулаторного хирургического стоматологического пациента допускаются только в соответствии с общепринятыми положениями (расшифровка при первичном использовании, например, Всемирная организация здравоохранения — ВОЗ).

Данные о размерах приводятся исключительно в сантиметрах (см), веса — в килограммах (кг), объема — в миллилитрах (мл).

**РАЗВЕРНУТАЯ СХЕМА НАПИСАНИЯ УЧЕБНОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ АМБУЛАТОРНОГО
ХИРУРГИЧЕСКОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА**

I. Паспортная часть (заполнение всех пунктов обязательно):

1. Фамилия, имя, отчество пациента.
2. Возраст (число полных лет).
3. Пол (мужской /женский).

4. Время обращения (число, месяц, год).
5. Профессия, место работы, занимаемая должность.
6. Место постоянного жительства (с обязательным указанием телефона).
7. Диагноз при обращении.
8. Клинический диагноз:
 - а) основное заболевание;
 - б) осложнение основного заболевания;
 - в) сопутствующее заболевание.
9. Операция (название, время проведения вмешательства, обезболивание).
10. Осложнение после операции.
11. Исход заболевания: выздоровление; улучшение; без изменений; ухудшение состояния; летальный исход.
12. Время курации: начало (число, месяц, год); окончание (число, месяц, год).
13. Фамилия, имя, отчество куратора.

II. Жалобы пациента. В этом разделе учебной медицинской карты куратор описывает изменения в состоянии здоровья, отмеченные самим пациентом. Вначале приводится краткое перечисление жалоб, затем выявляются основные жалобы, которые беспокоят в настоящее время, заставившие его обратиться за помощью к врачу, указывается их изменение в процессе заболевания до обращения за врачебной помощью (со слов пациента).

Причиной обращения амбулаторных стоматологических пациентов может быть санация полости рта перед проведением соматических плановых хирургических вмешательств, хирургическая санация полости рта перед протезированием (пациент направлен врачом-стоматологом-ортопедом), что и следует отразить в учебной медицинской карте: «Жалоб не предъявляет, направлен врачом-стоматологом-ортопедом», или «Санитрует полость рта перед операцией по замене хрусталика» и т. д.

При жалобах пациента на боли куратору следует описать их локализацию, иррадиацию — распространение (если имеется), характер (длительность, приступообразность, нарастание или затухание), интенсивность, периодичность (если имеется), зависимость от раздражителей, времени суток, положения тела пациента. Обязательно указывается связь болей с трудовой деятельностью, физической нагрузкой, дыханием, приемом пищи, разговором, актом жевания, глотания, бритьем, умыванием.

При предъявлении жалоб пациента на припухлость или опухолевидное образование в челюстно-лицевой области и на шее необходимо уточнить, быстро или медленно увеличивается припухлость, опухолевидное образование; имеются ли при этом болевые ощущения; нарушается ли

функция других органов челюстно-лицевой области и шеи, длительность указанной жалобы по времени.

Интерес для куратора должны представлять субъективные ощущения пациента, сопровождающие приступы боли.

Следует уточнить у пациента, не имеет ли он жалоб на ограничение открывания рта, нарушение естественного акта приема пищи, жевания, затруднение глотания, чрезмерную саливацию (слюнотечение) или сухость в полости рта (ксеростомия). Задавая конкретные вопросы, куратор помогает пациенту вспоминать об изменениях, на которые он ранее не обращал внимания.

III. История жизни (анамнез жизни) пациента – опрос по системам. Этот раздел учебной медицинской карты амбулаторного хирургического стоматологического пациента заполняется со слов пациента и поэтому также является субъективным.

Необходимо выяснить перенесенные ранее пациентом заболевания (в том числе инфекционные — туберкулез, сифилис, инфекция вируса иммунодефицита человека (ВИЧ), инфекционные гепатиты), оперативные вмешательства, травмы, для женщин — беременности, роды.

Следует также выяснить наличие профессиональных вредностей при трудовой деятельности пациента; наследственность относительно онкологических заболеваний; вредные привычки — курение, алкоголизм, прием наркотических препаратов; аллергологический анамнез; трансфузиологический анамнез; принимаемые пациентом на постоянной основе лекарственные средства.

Следует помнить, что в последние годы наблюдается значительный рост многих аллергических заболеваний, обусловленных возрастающим применением различных лекарственных средств, достаточно часто без назначения врача и бесконтрольно. Параллельно с этим констатирован рост использования в промышленности ксенобиотиков. Сбор аллергологического анамнеза стоматологического пациента крайне необходим. Известно, что многие лекарственные средства, в т. ч. антибиотики, сульфаниламиды, амидопирин, соли тяжелых металлов, новокаин, йод, фенол и т. д., могут иметь перекрестную аллергию с местными анестетиками.

Участие аллергического компонента в этиологии и патогенезе стоматологического заболевания может в значительной степени способствовать изменению его клинического течения, проявлений, нередко обуславливает утяжеление состояния пациента, иногда внося нежелательные, а порой и непредвиденные «коррективы» в осложнения болезни и ее исход. Аллергены, характер и типы аллергических реакций могут быть различными. Все это предопределяет выбор составляющих комплексного как пред-, так и послеоперационного лечения стоматологического хирургического пациента.

Патологические состояния, обусловленные аллергией, могут отягчаться и осложняться вирусной, бактериальной и грибковой инфекцией, приводя к токсико-аллергическому заболеванию. При такой ситуации создается круг взаимно отягчающих симптомов болезни, которые значительно усложняют диагностику и лечение основного заболевания, по поводу которого обратился пациент.

В связи с указанным, при сборе аллергологического анамнеза является важным установить реакцию организма пациента на контакты с животными, растениями, цветами, на укусы насекомых, профилактические прививки, введение лекарственных средств.

Куратор в обязательном порядке должен проанализировать возможные переливания крови и кровезаменителей, препаратов крови у наблюдаемого пациента, а также причины их переливания, реакции. При этом в обязательном порядке следует указать, имел ли место вирусный гепатит и когда.

В то же время следует тщательно расспросить пациента об имеющихся у него сопутствующих соматических заболеваниях и принимаемых на постоянной основе лекарственных средствах для лечения последних или в качестве поддерживающей терапии. Данная информация необходима для правильного составления плана хирургического стоматологического лечения:

- выбор тактики лечения — амбулаторно или стационарно (экстренная или плановая госпитализация);
- определения метода хирургического лечения;
- выбор метода обезболивания;
- выбор лекарственных средств для осуществления избранного метода обезболивания;
- назначения адекватного общему состоянию пациента и эффективного комплексного (местного и общего) послеоперационного лечения.

Опрос проводится по следующим системам органов:

1. **Дыхательная система.** Особое внимание следует уделять пациентам с бронхиальной астмой.

2. **Сердечно-сосудистая система.** В обязательном порядке следует спросить у пациента (и при необходимости измерить) о его артериальном давлении, наличии артериальной гипертензии, вегетососудистой дистонии, наличии заболеваний сердца и сосудов, перенесенных инфарктах миокарда, инсультах, операциях на сердце, наличии искусственного водителя ритма.

3. **Пищеварительная система.** Обязательно следует указать наличие у пациента хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ): острого или хронического гастрита, панкреатита, холецистита, желчно-каменной болезни, дуоденита, перенесенные операции на ЖКТ.

Здесь же следует отметить наличие в анамнезе факторов (если таковые имеют место), негативно влияющих на гепатобилиарную систему: пищевых отравлений, токсикозов беременности у женщин, хронического гепатита, злоупотребление алкоголем, частый прием антибактериальной медикаментозной терапии, химиотерапия или лучевая терапия, частый и длительный прием лекарственных средств (поддерживающей терапии), обладающих негативным воздействием на печень.

4. **Мочевыделительная система.** Следует спросить о наличии острых и хронических заболеваний почек и мочевыводящих путей, перенесенных операций на почках и мочевыводящих путях.

5. **Половая система.** У женщин необходимо выяснить о наличии менструаций на момент проведения хирургического лечения для профилактики кровотечений, наличие и срок беременности, послеродового периода, перенесенные тяжелые гестозы беременностей, оперативные вмешательства на матке и яичниках, число преждевременных и нормальных родов, число аборт.

6. **Опорно-двигательный аппарат.** Следует выяснить, имеет ли пациент системные заболевания соединительной ткани («большие коллагенозы»), присутствуют ли в его анамнезе перенесенные операции на опорно-двигательном аппарате.

7. **Нервная система.** Следует выяснить, имеет ли пациент заболевания центральной и периферической нервной системы и принимает ли ингибиторы моноаминоксидазы (МАО), антидепрессанты.

8. **Перенесенные инфекционные заболевания.** Указать, если у пациента в анамнезе имеются туберкулез, сифилис, ВИЧ-инфекция, инфекционные гепатиты, актиномикоз, COVID-инфекция.

Раздел «Опрос по системам» имеет особую значимость, т. к. нередко и студенты стоматологического факультета, и, к сожалению, практические врачи-стоматологи считают данный раздел лишним, игнорируют тщательный сбор соматического анамнеза, и, как правило, в заполняемых амбулаторных медицинских картах стоматологического пациента ограничиваются формальными фразами, описывая все системы вместе, что НЕДОПУСТИМО!!!

Следует помнить, что именно опрос по системам позволит куратору решить ряд важных вопросов: поражен ли только один орган, к которому относятся жалобы, или есть изменения в других органах; является ли этот орган первично пораженным или жалобы следует расценивать как симптом поражения другой системы.

Опрос по системам дает возможность исключить поражение других органов и систем.

При определении показаний к операции куратор будет иметь представление о наличии или отсутствии противопоказаний со стороны дру-

гих органов и систем. Также куратор обязан выяснить, нет ли противопоказаний для предполагаемого метода обезболивания. Для этого важен опрос по системам.

Выбор и назначение комплексного послеоперационного лечения также должны быть сопряжены с обязательным учетом общего состояния пациента и принимаемых им лекарственных средств.

IV. История развития настоящего заболевания (анамнез заболевания), с которым пациент обратился за оказанием специализированной медицинской помощи. Данный раздел относится к субъективной информации и заполняется со слов пациента.

Анамнез заболевания, или история развития болезни, с которой пациент обратился — один из самых трудных разделов учебной медицинской карты амбулаторного хирургического стоматологического пациента, а для определения диагноза — чрезвычайно важный и полезный. Сбор анамнеза заболевания следует осуществлять с учетом уровня интеллектуального развития пациента, возможностей его речевого аппарата. При необходимости куратор обязан помочь пациенту правильно изложить сведения о своем заболевании.

Необходимо определить продолжительность времени, в течение которого пациент страдает настоящим заболеванием (например, «больным считает себя в течение недели»).

Начало и течение болезни следует описать в строго хронологическом порядке.

Важным является умение проследить изменение одного и того же симптома, последовательность присоединения других симптомов. Иногда ряд признаков заболевания пациенты в присутствии куратора забывают и вспоминают о них после. По этой причине к анамнезу заболевания иногда приходится возвращаться неоднократно. И если куратор, заполнив этот раздел медицинской карты пациента, в последующие дни курации выясняет важные данные, то в подобной ситуации следует в дневнике течения болезни сделать запись за число, месяц, год, когда был выявлен важный факт анамнеза жизни или анамнеза заболевания, озаглавив его «Дополнение к анамнезу».

Последовательное изложение жалоб во многом помогает установить характер развития болезни, что необходимо для выявления основного заболевания, его осложнений и сопутствующей патологии. Так, например, если вначале заболевания пациента беспокоила ноющая боль только в одном определенном зубе при накусывании, то в дальнейшем он может отметить, что боль стала самопроизвольной, пульсирующей с иррадиацией по ходу ветвей тройничного нерва, а еще позднее — сообщить, что боли стали носить разлитой характер в челюсти и с этого времени появилось онемение в области нижней губы.

Куратор может сделать вывод, что болезнь продолжает свое развитие, что процесс начался с «причинного» зуба, а затем перешел на кость челюсти. Уточнение указанной информации также необходимо для проведения дифференциальной диагностики с другими заболеваниями близкими по этиологии, патогенезу и клиническим проявлениям. В приведенном примере — с пульпитом, невралгией тройничного нерва, остеомиелитом челюсти и т. д.

При наличии опухолевидного образования в челюстно-лицевой области следует выяснить, как оно возникло, его начальные размеры, консистенцию, подвижность, скорость роста. Обязательно необходимо уточнить, исчезает ли она временами, или присутствует постоянно, вызывает ли болевые ощущения, препятствует ли приему пищи, движению языка, глотанию, дыханию, речи и т. д.

При наличии врожденного дефекта губы, щеки, десны, неба, ушных раковин необходимо выяснить, как протекала беременность у матери (по стараться определить тератогенный фактор).

Если дефект тканей челюстно-лицевой области приобретенный, следует выяснить причину его возникновения.

При обращении пациента с травмой челюстно-лицевой области необходимо выяснить, где, при каких обстоятельствах и чем нанесена травма, терял ли пациент сознание, была ли рвота, тошнота, кровотечение из полости рта, уха, носа, кем и куда был доставлен пострадавший, какая ему оказана помощь. При этом в обязательном порядке следует выяснить, вводили ли пациенту противостолбнячную сыворотку или анатоксин.

При обращении пациента с послеоперационным кровотечением (после удаления зуба, периостотомии, проведенных в условиях поликлиники и т. д.) куратору следует выяснить, бывали ли раньше аналогичные осложнения после операций, разрезов или случайных повреждений (для исключения заболеваний крови, сопровождающихся гипокоагулопатией и др.).

При наличии нескольких заболеваний следует излагать историю той болезни, которая послужила причиной обращения пациента. Другие заболевания следует отметить в графе «Сопутствующие заболевания» и указать время (число, месяц, год) их начала у данного пациента. Так, например, если пациент обратился с переломом тела нижней челюсти справа, то следует указать дату, обстоятельства и механизм травмы, когда и какая помощь была оказана пострадавшему до момента курации. В ситуации, если пациент до травмы страдал хроническим сиалоаденитом правой подчелюстной слюнной железы, следует это заболевание отнести к сопутствующим и указать его наличие в соответствующем разделе.

После изложения в хронологической последовательности развития болезни, появления его симптомов куратору необходимо выяснить, где и как пациента лечили, в каком лечебном учреждении, амбулаторно или

стационарно и насколько эффективным было проводимое ранее лечение. Куратор должен проанализировать имеющуюся у пациента на руках медицинскую документацию, связанную с заболеванием, по поводу которого он обращается и по поводу его соматического статуса (справки из лечебных учреждений, лабораторные анализы, консультативные заключения и т. д.). Это поможет студенту оценить предшествующие методы лечения и заставит подумать о других, более рациональных и эффективных лечебных мероприятиях.

Как видно из изложенного выше, при заполнении данного раздела учебной медицинской карты амбулаторного хирургического стоматологического пациента, куратору предстоит решить следующие задачи:

- установить время начала заболевания и тем самым определить его длительность;
- проанализировать последовательное развитие жалоб;
- определить проводимые ранее методы лечения и их эффективность;
- сделать предварительный вывод о том, в какой фазе течения находится заболевание (острой, хронической, в стадии ремиссии, прогрессирует, регрессирует, рецидивирует и т. д.).

Полнота изложения истории развития болезни находится в прямой зависимости от умения куратора выяснить анамнез заболевания пациента и способности пациента выражать свои ощущения.

При этом следует помнить, что отдельные индивидуумы стараются скрыть причину заболевания, если она ставит пациента в обществе в неприятное положение: женщины скрывают побои мужа; мужчины склонны скрывать истинные обстоятельства травмы, особенно полученные в результате семейных драк; если проявления в полости рта являются симптомами инфекций, передающихся половым путем.

Некоторые пациенты преувеличивают свое заболевание, и это явление именуется в медицине аггравацией. Другие пациенты выдумывают болезнь — это называется «симуляция». Некоторые пациенты скрывают симптомы или причины заболевания, что именуется диссимуляцией.

V. Объективное обследование челюстно-лицевой области и шеи пациента. В данном и последующих разделах клинической истории болезни куратор фиксирует данные, полученные им при визуальном осмотре, аускультации, перкуссии, пальпации, при измерении и дополнительных методах обследования и являются объективными.

Необходимо дать общую оценку состояния пациента: хорошее, удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое.

Сознание: ясное, спутанное, в сумеречном состоянии, беспокоен, без сознания.

Выражение лица: спокойное, возбужденное, безразличное, маскообразное, тоскливое, утомленное, страдальческое, без болезненных проявлений.

Положение пациента: активное, вынужденное (описать позу, которую пациент принимает для облегчения своего состояния), пассивное, безразличное, пациент обездвижен.

Телосложение: правильное, имеются отклонения; сутулость, деформации, рост, вес.

Питание: соответствие роста и веса; подкожно-жировой слой — умеренный (удовлетворительное), слабый (пониженное), избыточный (чрезмерное), истощение.

Кожные покровы: цвет (телесный, бледный, синюшный, желтушный, землистый, красный, багровый, темно-коричневый, гиперпигментация, депигментация); эластичность; влажность; сухость; сыпи; шелушение; расчесы; кровоизлияния; рубцы. Признаками нарушения эндокринной системы у пациента могут служить изменения кожи: толщины, цвета, сухости, влажности, ее придаточных образований — рост волос.

Температура при пальпации — горячая, холодная, равномерная во всех участках тела или нет.

Отеки — местные (локализация), общие.

Волосы, ногти, сухость, ломкость, замедление роста.

Регионарные лимфатические узлы: локализация (подбородочные, подчелюстные; зачелюстные; затылочные; шейные поверхностные и глубокие; надключичные; подключичные); определяется множественность или одиночность узлов; их размеры; форма; консистенция; болезненность; подвижность (смещаемость между собой и относительно окружающих тканей; спаянность с кожей и подлежащими тканями).

Куратору следует отметить, как происходит носовое дыхание (свободное; затрудненное; выделения из носа: объем выделений; их цвет; характер (консистенция); запах; из какой половины носа).

Гортань: голос чистый, тихий, сильный; отсутствие голоса или беззвучность — афония. Дыхание свободное или затрудненное.

Внешний осмотр. Куратор должен определить наличие изменения конфигурации лица, присутствие свищей, рубцов, ссадин, разрывов кожи, зияющих ран, припухлости, опухолевидных образований, дефектов и деформаций лицевого скелета и мягких тканей челюстно-лицевой области. При этом обязательно определяется их топография, размеры, визуальные границы, глубина ран и дефектов (с указанием: проникают в полость рта, носа, верхнечелюстную пазуху, орбиту).

Любое повреждение кожных покровов оставляет след в форме рубца. По характеру рубца можно судить о характере и сроках повреждения.

В учебной медицинской карте амбулаторного стоматологического пациента необходимо отразить следующие данные о рубцах:

- а) место расположения (локализацию);
- б) форму;

- в) размеры;
- г) отношение к подлежащим тканям (подвижность/неподвижность);
- д) цвет (красный, розовый, белый);
- е) плотность;
- ж) изъязвления, трещины, шелушение на рубце;
- з) чувствительность рубца/боли;
- и) нарушение функции органа челюстно-лицевой области (эктропиум, деформация и т. д.), обусловленное рубцовой деформацией.

Особую форму рубца составляют так называемые келоидные — опухолевидные рубцы. Они, как правило, возвышаются над уровнем кожных покровов и имеют бугристую поверхность ярко-розовой окраски, являются плотными по консистенции. В области расположения таких рубцов пациенты испытывают зуд, боль. Келоидные рубцы образуются чаще после химических ожогов, склонны к рецидивированию.

Особое внимание следует обращать на поражение черепных нервов (определяют чувствительность кожных покровов и слизистых оболочек, функциональное состояние мимической мускулатуры (нарушение смыкания век, губ при поражении лицевого нерва)), также осматриваются наружные слуховые проходы.

Пальпация — метод клинического исследования, который позволяет при помощи осязания определить физические свойства тканей и органов, их анатомо-топографическое расположение, чувствительность к внешним воздействиям, а также для некоторых из них — функциональные свойства. Обследование проводят в следующей последовательности: нижняя губа, подбородок, тело нижней челюсти (ее угол, ветвь, височно-нижнечелюстной сустав, область околоушной слюнной железы, область щеки, верхняя губа, верхняя челюсть, скуловая дуга, скуловая кость, боковая поверхность и спинка носа, подбородочная и подчелюстная области, боковая поверхность шеи, надключичная область). Определяются: утолщение, уплотнение, припухлость, болезненность, состояние лимфатических узлов, флюктуация. При подозрении на опухолевый процесс обращают внимание на консистенцию, размеры, характер поверхности, подвижность. При наличии травматического повреждения пальпацию начинают с заведомо неповрежденной области, постепенно переходя к месту повреждения, устанавливая консистенцию, границы, размеры припухлости и участки наибольшей болезненности.

Флюктуация — симптом нахождения жидкости в замкнутой полости. Определяется следующим образом. На исследуемый участок кладут один или два пальца одной руки. Затем одним или двумя пальцами производят резкий толчок в области исследуемого участка. Вызванное ими движение в полости воспринимается приложенными пальцами в виде

ощущения удара волны. Флюктуация должна определяться в двух взаимно перпендикулярных направлениях.

Пальпаторно необходимо обследовать точки «выхода» ветвей тройничного нерва (в супра-, инфраорбитальных и ментальных пунктах).

При имеющихся у пациента инфильтратах воспалительной этиологии или опухолевидного образования (новообразования) куратор определяет возможность собрать кожу в складку в области поражения.

Пальпация лимфатических узлов в подчелюстной, подподбородочной областях производится при незначительном наклоне головы вперед без напряжения мышц шеи. Затем обследуются позадичелюстные и шейные лимфатические узлы. При этом, как правило, всегда, когда регионарные лимфатические узлы пальпируются, что не является нормой, их размер выражается в сантиметрах. При этом обязательно дополнительно указывается: болезненность/безболезненность при пальпации; консистенция; подвижность/неподвижность; спаянность/не спаянность с кожными покровами и подлежащими тканями.

При остром воспалительном процессе, обусловленном одонтогенной, стоматогенной, гематогенной инфекцией регионарные лимфатические узлы становятся увеличенными, болезненными, спаянными с окружающими тканями (перелимфаденит) и образуют пакеты, малоподвижные или подвижные. При хронических воспалительных процессах в полости рта лимфоузлы увеличиваются медленно и постепенно, остаются подвижными, их пальпация не причиняет значительной болезненности.

При злокачественных новообразованиях, поражающих органы и ткани полости рта и челюстные кости, лимфоузлы быстро поражаются метастазами. В этих ситуациях они увеличены, постепенно становятся неподвижными с нечеткими неровными контурами, плотными, спаянными между собой, а также с кожными покровами и подлежащими тканями.

При туберкулезном поражении наблюдается малоболезненный, плотный пакет лимфатических узлов.

При первичном люэтическом поражении слизистой оболочки полости рта лимфоузлы увеличиваются и становятся плотными (склерозированными).

Проводят исследование функций тройничного, лицевого, языкоглоточного, блуждающего нервов.

При исследовании функциональной деятельности тройничного нерва оценивают:

– тактильную, болевую, температурную чувствительность кожных покровов и слизистых оболочек иннервируемой области при помощи тактильных проб;

– вкусовую чувствительность передних $2/3$ языка;

– двигательную функцию путем определения тонуса и силы тяги жевательных мышц, правильности положения нижней челюсти при ее движениях.

При исследовании функциональной деятельности лицевого нерва определяется состояние мимической мускулатуры челюстно-лицевой области в покое и при функциональных пробах.

При исследовании функциональной деятельности языкоглоточного нерва определяется вкусовая чувствительность задней трети языка и осуществление акта глотания.

Исследование функции блуждающего нерва заключается в определении тембра голоса, подвижности мягкого неба и голосовых складок, а также в наблюдении за актом глотания.

Обследование височно-нижнечелюстного сустава. При внешнем осмотре определяется степень открывания рта и боковые движения нижней челюсти. Нормальное открывание рта у взрослого человека соответствует 45–50 мм между резцами. Также величину открывания рта можно измерить по ширине пальцев. Открывание считается нормальным, если пациент открывает рот на ширину трех пальцев. Объем боковых движений заключается в определении расстояния, на которое смещается нижняя челюсть от средней линии, проходящей между центральными резцами.

Различают три степени ограничения открывания рта: 1-я — легкая степень — открывание рта на 2 пальца в поперечнике; 2-я — степень средней тяжести — открывание рта на 1 палец в поперечнике; 3-я — тяжелая степень — зубные ряды настолько сомкнуты, что между последними трудно провести стоматологическое зеркало или шпатель.

При пальпации области височно-нижнечелюстного сустава определяется состояние тканей в этой области. Дополнительно следует указывать наличие припухлости, гиперемии, инфильтрации и болезненности. При отсутствии воспаления в наружные слуховые проходы вводят концы мизинцев, просят пациента медленно несколько раз открыть и закрыть рот и оценивают степень подвижности суставных головок, синхронность их движения, болезненность, хруст, щелканье в суставах. Аускультация позволяет определить «шумовые явления» в суставах, такие как «хруст» и «щелканье».

Обследование полости рта. Обследование пациента проводят в стоматологическом кресле при адекватном естественном или искусственном освещении.

Обследование полости рта включает:

- а) исследование преддверия полости рта;
- б) исследование собственно полости рта.

Для указанного обследования необходимо иметь набор стерильных инструментов:

– шпатель — для отведения языка при обследовании его корня и глотки, внутренней поверхности (язычной) десны альвеолярного отростка, нижней челюсти, дна полости рта;

– стоматологическое зеркало для осмотра зубов и неба;

– стоматологический пинцет (для определения степени подвижности зубов);

– стоматологический зонд — угловой (для исследования тканей зубов) или пуговчатый (для определения глубины десневых карманов и над- и поддесневых отложений);

– тонкий зонд Баумана (из офтальмологического набора для зондирования протоков слюнных желез);

– пуговчатый хирургический зонд — для зондирования наружных и внутренних одонтогенных свищевых ходов, свища верхнечелюстной пазухи, дефектов неба.

Далее следует оценить запах изо рта пациента. Он может быть кислым, гнилостным, аммиачным, алкогольным и т. д. Запах может быть обусловлен заболеваниями зубов, десен, пищевода (дивертикулы, онкологическое заболевание), желудка (гастрит, онкологическое заболевание), легких (абсцессы, гангрена).

Обследование преддверия полости рта начинают с раздвигания губ и при полуоткрытом рте осматривают преддверие полости рта, слизистую оболочку губ, щек, десен, десневой край, межзубные сосочки, слизистую оболочку верхнего и нижнего сводов преддверия (переходных складок), уздечки верхней и нижней губы. При этом куратор обращает внимание на окраску (гиперемия, анемия, цианоз, пигментация, блеск); присутствие элементов поражения (пузырьки, афты, эрозии, язвы, трещины); дефекты и рубцовые деформации слизистой оболочки преддверия полости рта.

При осмотре полости рта следует придерживаться следующей последовательности. Каждый отдел полости рта осматривается по ходу часовой стрелки, начиная с левого или правого верхнего сектора (со стороны куратора — исследователя) или с правого или левого верхнего сектора (со стороны обследуемого пациента) (рис. 2):

1) осмотр губ;

2) осмотр преддверия полости рта;

3) осмотр слизистой оболочки полости рта: крыловидно-челюстная складка справа (со стороны пациента) – твердое и мягкое небо – крыловидно-челюстная складка слева – ретромолярное пространство слева – боковой отдел дна полости рта слева – передний отдел дна полости рта – боковой отдел дна полости рта справа – ретромолярное пространство справа;

- 4) осмотр языка;
- 5) осмотр зева и ротоглотки (миндалин, образующих кольцо Пирогова).

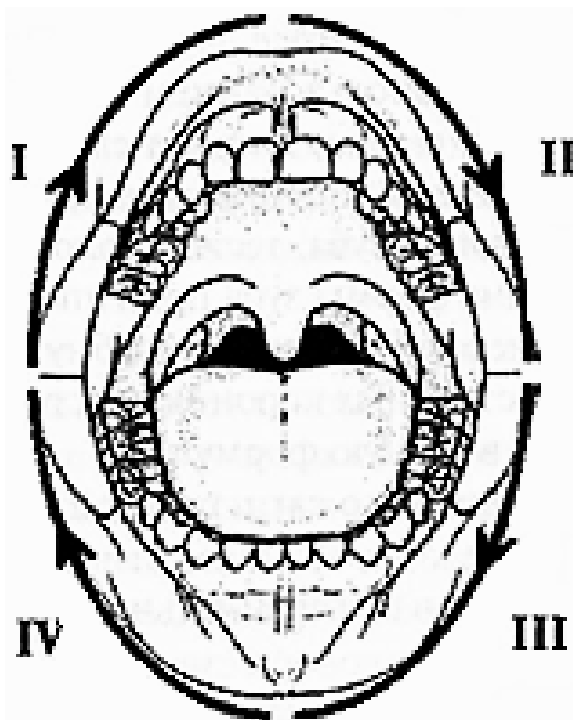


Рис. 2. Последовательность осмотра полости рта

При осмотре полости рта обращают внимание:

- на цвет и окраску слизистой оболочки (бледная, гиперемированная, цианотичная, желтушная);
- наличие налета, наслоений (налет фибрина, наслоения колоний грибов);
- толщину слизистой оболочки (истончена, атрофирована, гипертрофирована);
- наличие ран (резаных, рваных, рвано-ушибленных, колотых);
- наличие первичных (пятно, узелок, бугорок, пузырек, гнойничок, пузырь, киста, волдырь) и вторичных (эрозия, афта, язва, трещина, чешуйки, рубец, корка, атрофия) элементов поражения;
- степень влажности слизистой оболочки полости рта (влажная, сухая, покрыта вязкой пенистой слюной).

Для осмотра задних отделов дна полости рта и нижней поверхности языка захватывают кончик языка пальцами с помощью марлевой салфетки и отводят язык вверх и в противоположную сторону.

Затем исследуют устья выводных протоков околоушной слюнной железы и при необходимости осуществляют диагностическое зондирование зондом Баумана. Определив функциональную способность слюнных желез и характер слюны, необходимо определить их размеры, консистенцию, болезненность.

Исследуя состояние мягких тканей ретромолярной зоны следует обратить внимание на состояние третьих моляров и/или процесс их прорезывания. При осмотре ретромолярной ямки — участка слизистой оболочки полости рта позади третьих моляров (у основания ветви нижней челюсти), где нередко возникают патологические процессы, связанные с нарушением прорезывания зубов мудрости (перикоронарит, ретромолярный периостит, абсцесс, флегмона и т. д.). Обязательно следует указать наличие в данной зоне воспалительного процесса, связанного с прорезыванием третьего моляра (перикоронарита), если таковой имеется. При этом слизистая оболочка бывает ярко гиперемирована, отечная, резко болезненная, при ее пальпации из-под нависающего над прорезывающимся зубом краем «капюшона» слизистой оболочки выделяется гнойный экссудат.

Далее при помощи стоматологического зонда исследуют десневые карманы (в норме край десны тонкий, плотно охватывает шейки зубов, розового цвета, такого же цвета в норме и слизистая оболочка переходных складок преддверия полости рта). При патологических состояниях десны могут быть бледными, разрыхленными, кровоточащими, изъязвленными и т. д.

Пальпация альвеолярного отростка и переходных складок преддверия полости рта позволяет куратору определить участки уплотнения, инфильтрации, наличие дефектов и новообразований как мягких тканей, так и челюстных костей, болезненность участка, ее границы. Пальпацию выполняют указательным пальцем правой руки, надавливая на слизистую оболочку десны, соответственно верхушки корней «причинных» зубов. Пальпацию осуществляют на симметричных участках челюстей как с пораженной, так и со здоровой стороны одновременно (бимануально).

Также при осмотре слизистой оболочки нижней челюсти, покрывающей язычную поверхность альвеолярного отростка, десневого края с межзубными сосочками и всей слизистой оболочки полости рта, следует обратить внимание на состояние выводных протоков подчелюстных и подъязычных слюнных желез, располагающихся по обе стороны уздечки языка — устья Вартонова и Бартолинова протоков. Так же определяют размеры, консистенция, болезненность, функционирование подчелюстных и подъязычных желез и характер выделяющейся из них слюны. Если возникло подозрение на наличие воспалительного процесса в подчелюстных слюнных железах и в области дна полости рта применяют метод бимануальной пальпации: пальцами одной руки надавливают на ткани в подчелюстной области в направлении снизу вверх, а указательный палец другой руки помещают в заднем отделе дна полости рта (в зоне челюстно-язычного желобка), при этом из устья протока появляется воспалительный экссудат. При необходимости производится диагностическое зондирование стерильным зондом Баумана устья Вартоновых протоков.

Следует помнить, что гиперсаливация может наблюдаться при заболеваниях пищевода, язве желудка, патологии поджелудочной железы, энтероколитах. Затем исследуют подъязычные валики, которые в норме в виде овальных возвышений располагаются по обе стороны от средней линии нижней поверхности языка. Под слизистым слоем находятся подъязычные слюнные железы.

Далее исследуют подъязычные желобки (углубление между валиком и языком). С помощью стоматологического зеркала, находящегося в правой руке куратора, которым он оттягивает угол рта справа и шпателя, находящегося в его левой руке, которым он отодвигает боковую поверхность языка в области корня к средней линии, осуществляют исследование челюстно-язычного желобка справа (со стороны пациента). Челюстно-язычный желобок справа ограничен с медиальной стороны боковой поверхностью корня языка, с латеральной — язычной поверхностью альвеолярного отростка нижней челюсти. В норме челюстно-язычный желобок с обеих сторон хорошо выражен и всегда свободен. При исследовании челюстно-язычного желобка слева, соответственно, меняется положение рук и инструментов в них. Заканчивается исследование челюстно-язычных желобков пальпацией последнего.

При наличии воспалительных процессов, локализующихся в области язычной (внутренней) поверхности нижней челюсти, в области корня языка и дна полости рта, челюстно-язычный желобок сглажен, т. е. плохо выражен.

Затем куратор исследует зев, определяет цвет, гиперемию, асимметрию, гипертрофию или атрофию миндалин, наличие налетов, некрозов. Продолжая исследование, куратор осматривает мягкое и твердое небо, десневой край и межзубные сосочки альвеолярного отростка верхней челюсти с небной поверхности.

Отдельно следует исследовать язык, его спинку, боковые поверхности и поверхность, обращенную ко дну полости рта. При этом необходимо определить состояние сосочкового слоя слизистой языка в переднем отделе, в области спинки и корня языка, его боковых поверхностей (сосочки нитевидные, грибовидные, листовидные). Особое внимание следует обращать на железистый аппарат языка, его желобоватые сосочки, и в обязательном порядке указывать в заполняемой медицинской карте их состояние (без отклонения, с отклонением (в последней ситуации обязательно указывают, с каким именно отклонением, в каком участке и с чем это может быть связано)). Куратор обращает внимание на цвет языка, влажность, налеты, рисунок («географический язык»), воспалительные изменения, трещины, язвы, отпечатки зубов.

Язык называют зеркалом пищеварительного тракта. Известно, что изменения языка наблюдаются и при большинстве инфекционно-воспали-

тельных процессов, сопровождающихся лихорадочным состоянием (грипп, скарлатина, тиф, сепсис, перитонит и т. д.).

В учебной медицинской карте амбулаторного хирургического стоматологического пациента куратору следует отразить: язык сухой (что может указывать на обезвоженность организма)/влажный; утолщен или нет. На утолщенном языке обычно по краям боковых поверхностей видны отпечатки зубов как следствие нарушения водно-электролитного баланса. Как правило, при этом происходит нарушение слюноотделения в сторону гипосаливации.

В норме язык может быть чистым, при нарушении кишечной эвакуации — обложенным. Чаще констатируют налет бело-желтого цвета, что отмечается при большинстве желудочно-кишечных заболеваний, а также у курильщиков, лиц, злоупотребляющих алкоголем. Сухой язык и коричневый налет отмечается при септических заболеваниях. Желто-коричневый налет с чистым треугольником на кончике языка характерен для сыпного тифа. Коричневый язык имеет место при Аддисоновой болезни. Язык, обложенный у корня, с явлениями изъязвления по краям (десквамация эпителия) и сильно гипертрофированными сосочками характерен для язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Чистый бледно-красный или красный гладкий язык с атрофированными сосочками характерен для анацидного гастрита и рака желудка.

Внимание куратора могут привлечь белые бляшки в полости рта, которые возвышаются над слизистой оболочкой языка, а также располагаются на слизистой оболочке полости рта или красной каймы губ. Эти поражения свидетельствуют о лейкоплакии, которую следует расценивать как предраковое поражение.

Обследуя пациента с врожденным и приобретенным дефектом неба, необходимо описать локализацию, размер дефекта, а также характер его краев, определить степень подвижности мягкого неба, укорочение неба, сочетание дефекта неба с расщелиной альвеолярного отростка, губы.

При подозрении на свищ верхнечелюстной пазухи (ВЧП), возникший после удаления зуба, следует выяснить его связь с пазухой или кистой верхней челюсти (для этого просят пациента надуть щеки, что невозможно выполнить при наличии свища ВЧП).

Если куратором заподозрена киста челюстно-лицевой области, при возможности следует провести диагностическую пункцию.

При травмах челюстно-лицевой области, в процессе обследования как со стороны преддверия, так и со стороны собственно полости рта куратор проверяет состояние слизистой оболочки, локализацию и степень кровоизлияния, зубные дуги, патологическую подвижность отдельных зубов, части альвеолярного отростка, участков челюсти или выявляют возможные разрывы слизистой, их локализацию, гематомы и дефекты кости.

При свободно подвижных отломках верхней челюсти последние легко смещаются даже при осмотре. Исследование подвижности костных отломков при переломах верхней челюсти проводится следующим образом: первые пальцы обеих рук ладонной поверхностью ложатся на жевательную поверхность моляров верхней челюсти, а указательные пальцы — на переднюю стенку ВЧП в области собачьей ямки, после чего производят весьма осторожную попытку смещения костных отломков.

При переломах нижней челюсти подвижность костных отломков исследуют следующим образом: указательные пальцы кладут на жевательную поверхность моляров обеих сторон, а первые (большие пальцы) — на нижний край тела нижней челюсти и производят осторожную попытку смещения костных отломков.

При наличии ран, язв необходимо в медицинской карте пациента подробно их описать, указав состояние слизистой оболочки в окружности краев, дна раны или язвы, характер грануляций и раневого отделяемого, цвет, консистенцию, объем, запах (при его отсутствии указать «без запаха»). Обязательно отметить, если процесс эпителизации раны уже начался.

Речь. В данном разделе следует охарактеризовать функцию речи. Отметить, если имеют место ее изменения, указать, в связи с наличием какой патологии со стороны челюстно-лицевой области изменена/нарушена функция речи. Например, отмечается ринолалия, как следствие врожденной сквозной двусторонней расщелины неба.

Исследование зубов начинают с той части зубного ряда, где в соответствии с жалобами пациента и его анамнестическими данными предполагается локализация патологического процесса. Полученные данные осмотра обязательно отражают в учебной медицинской карте амбулаторного хирургического стоматологического пациента в виде клинической зубной формулы:

1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8

Обнаруженные дефекты зубов указывают при помощи соответствующих условных обозначений над- (для верхней челюсти) или под- (для нижней челюсти) соответственно зубной формуле:

- 0** — здоровый (интактный) зуб;
- 1** — кариес, осложненный кариес (пульпит, периодонтит);
- 3** — пломба;
- 4** — удален;
- 7** — искусственная коронка;
- 8** — непрорезавшийся зуб;
- мостовидные протезы.

Индекс КПУ =

7	4	7
---	---	---

Определение уровня интенсивности кариеса (УИК) осуществляется на основании полученного индекса КПУ и возраста пациента (табл. 1).

$$\text{УИК} = \square$$

Таблица 1

Расчет уровня интенсивности кариеса на основании возраста, данных индекса кариеса, пломб, удаленных зубов и его интерпретация

		Уровень интенсивности кариеса			
		низкий	средний	высокий	очень высокий
1–8 лет	КПУ/N лет	< 0,4	0,5–0,8	0,9–1,2	> 1,3
6–19 лет	КПУ/N – 5 лет	< 0,3	0,4–0,6	0,7–0,9	> 1,0
> 20 лет	КПУ/N лет	< 0,15	0,15–0,3	0,31–0,6	> 0,6

Определение упрощенного индекса гигиены (O-HIS) по Грину-Вермиллиону (1964). Данный индекс позволяет получить количественную оценку налета и зубного камня. Исследуют вестибулярные поверхности зубов 1.1, 1.6, 2.6, 3.1 и оральные поверхности зубов 3.6, 4.6. Налет определяют при помощи стоматологического зонда или с помощью красителей (3–5 % настойки йода, раствора Люголя, эозина, таблеток с эритрозином).

Значения индекса зубного налета:

- 0 — нет налета;
- 1 — налет покрывает не более $\frac{1}{3}$ поверхности зуба;
- 2 — налет покрывает до $\frac{2}{3}$ поверхности зуба;
- 3 — налет покрывает $\frac{2}{3}$ поверхности зуба.

$$\text{Индекс зубного налета (ИЗН)} = \frac{\text{сумма показателей каждого зуба}}{6} \quad (1)$$

Для оценки зубного камня краситель можно не использовать.

Значения индекса зубного камня:

- 0 — нет камня;
- 1 — наддесневой зубной камень на $\frac{1}{3}$ поверхности зуба;
- 2 — наддесневой зубной камень покрывает до $\frac{2}{3}$ поверхности зуба;
- 3 — наддесневой зубной камень покрывает $\frac{2}{3}$ поверхности зуба.

$$\text{Индекс зубного камня (ИЗК)} = \frac{\text{сумма показателей каждого зуба}}{6} \quad (2)$$

$$\text{Упрощенный индекс гигиены (УИГ)} = \text{ИЗН} + \text{ИЗК} \quad (3)$$

Критерии оценки: 0–0,6 — хороший; 0,7–1,6 — средний (удовлетворительный); 1,7–2,5 — плохой; 2,6 и более — очень плохой уровень гигиены.

Все указанные результаты заносятся в соответствующую таблицу, над которой в обязательном порядке указывается дата обследования,

а под ней — критерий оценки, определенный на основании полученных результатов обследования (рис. 3).

О-HIS

Дата _____

Рис. 3. Образец таблицы для О-HIS

Определение индекса гигиенического состояния третьих моляров (ИГТМ) по И. О. Походенько-Чудаковой, Али Тергаму Абдуламиру Али (2022). При определении индекса исследуют все прорезавшиеся и находящиеся в полости рта поверхности третьих моляров.

Последовательность обследования поверхностей зуба следующая: медиальная, вестибулярная, дистальная, небная — для верхней челюсти или язычная — для нижней челюсти.

Последовательность обследования третьих моляров соответствует таковой при обследовании квадрантов зубных рядов в соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) от первого до четвертого: 1.8, 2.8, 3.8, 4.8.

Определение мягких (зубного налета) и твердых (зубного камня) отложений осуществляют при помощи зонда, который постепенно продвигают по исследуемым поверхностям зуба в направлении от бугров коронки (окклюзионной поверхности) к шейке моляра. При этом отмечают уровень коронки, на котором на зонд начинают накапливаться мягкие зубные отложения и уровень, на котором зондом определяется зубной камень.

Полученные при исследовании баллы, а также промежуточные результаты вычислений заносятся в специально разработанную таблицу регистрации данных (табл. 2).

Шкала оценки мягких зубных отложений (налета):

- зубной налет отсутствует – 0 баллов;
- мягкий зубной налет покрывает $\frac{1}{4}$ одной из поверхностей зуба и/или имеется такой же объем пигментированного плотного налета — 0,25 балла;
- мягкий зубной налет покрывает $\frac{1}{2}$ одной из поверхностей зуба и/или имеется такой же объем пигментированного плотного налета — 0,5 балла;
- мягкий зубной налет покрывает $\frac{3}{4}$ одной из поверхностей зуба и/или имеется такой же объем пигментированного плотного налета — 0,75 балла;

– мягкий зубной налет покрывает всю обследуемую поверхность зуба и/или имеется такой же объем пигментированного плотного налета — 1,0 балл.

Таблица 2

Данные обследования и промежуточных расчетов при определении индекса гигиены третьих моляров

Обсле- дуемые зубы	Оцениваемые клинические признаки	Исследуемые поверхности третьего моляра				ИГТМ
		меди- альная	вестибу- лярная	дисталь- ная	небная / язычная	
1.8	Зубной налет (ЗН)					
	Зубной камень (ЗК)					
2.8	Зубной налет (ЗН)					
	Зубной камень (ЗК)					
3.8	Зубной налет (ЗН)					
	Зубной камень (ЗК)					
4.8	Зубной налет (ЗН)					
	Зубной камень (ЗК)					

Шкала оценки твердых зубных отложений (зубного камня):

- зубной камень отсутствует – 0 баллов;
- зубной камень покрывает $\frac{1}{4}$ одной из поверхностей зуба и/или имеется поддесневой зубной камень в виде конгломератов — 0,25 балла;
- зубной камень покрывает $\frac{1}{2}$ одной из поверхностей зуба и/или имеется поддесневой зубной камень в виде конгломератов — 0,5 балла;
- зубной камень покрывает до $\frac{3}{4}$ одной из поверхностей зуба и/или имеется поддесневой зубной камень в виде конгломератов — 0,75 балла;
- зубной камень покрывает более $\frac{3}{4}$ одной из поверхностей зуба и/или имеется поддесневой зубной камень, окружающий пришеечную часть зуба — 1,0 балл.

Расчет индекса включает следующие этапы:

1. Расчет индекса для каждого имеющегося в полости рта третьего моляра в последовательности, указанной выше, по формуле:

$$\text{ИГТМ (номер третьего моляра)} = \frac{\sum_{\text{ЗН}} + \sum_{\text{ЗК}}}{n}, \quad (4)$$

где $\sum_{\text{ЗН}}$ — сумма баллов зубного налета; $\sum_{\text{ЗК}}$ — сумма баллов зубного камня; n — число обследованных поверхностей зуба.

2. Расчет индекса для всех третьих моляров, имеющих в полости рта по формуле:

$$\text{ИГТМ} = \frac{\sum \text{ИГТМ}}{n}, \quad (5)$$

где $\sum \text{ИГТМ}$ — сумма индексов ИГТМ имеющих у пациента в полости рта третьих моляров, n — число присутствующих в полости рта обследованных третьих моляров.

Интерпретацию полученных результатов осуществляют следующим образом. При значениях индекса $\leq 0,33$ определяют хорошее гигиеническое состояние третьих моляров (консультация гигиениста не требуется, необходимо проведение профессиональной гигиены). При значениях $0,34-0,67$ — удовлетворительное гигиеническое состояние третьих моляров (необходимы: коррекция методики чистки зубов с акцентом на третьи моляры; проведение профессиональной гигиены). При значениях $\geq 0,68$ констатируют плохое гигиеническое состояние третьих моляров (необходимы: обучение гигиене полости рта с акцентом на третьи моляры, подбор средств и предметов гигиены полости рта; контроль уровня гигиены; проведение профессиональной гигиены).

Полученные при обследовании результаты вносятся в медицинскую карту стоматологического пациента следующим образом. Вначале указывается полученный результат ИГТМ, а затем его интерпретация и связанные с ней рекомендации.

Определение комплексного периодонтального индекса (КПИ) по П. А. Леусу (1988). Комплексный периодонтальный индекс (КПИ) представляет усредненное значение признаков поражения периодонта: от факторов риска (зубной налет), ранних стадий заболевания (кровоточивость, зубной камень) до развившихся стадий (периодонтальный карман, подвижные зубы). Метод обладает самой высокой достоверностью и воспроизводимостью (от 80 % до 90 %). КПИ применяется для индивидуального и группового определения периодонтального статуса у детей, подростков и взрослых людей. Средний КПИ определяется по результатам визуально-инструментального исследования состояния периодонта шести зубов, по одному в каждом из 6 секстантов: 3 секстанта на верхней челюсти и 3 — на нижней челюсти соответственно группам зубов (фронтальным и боковым). Рекомендуется исследовать периодонт следующих «ключевых» (индексных) зубов: 1.7 или 1.6; 1.1; 2.6 или 2.7; 3.6 или 3.7; 3.1; 4.6 или 4.7. При отсутствии индексного зуба, подлежащего исследованию, следует обследовать ближайший, но только в пределах одноименной группы зубов. Если отсутствуют все зубы данной группы, то регистрируют максимальную тяжесть состояния периодонта (код 5). Инструменты, необходимые для определения КПИ: зубоврачебное зеркало, стоматологический зонд,

пинцет. Для определения зубного налета, кровоточивости, зубного камня, патологического кармана используют стоматологический зонд, для выявления патологической подвижности зубов применяют стоматологический пинцет. Регистрация данных исследования ведется в карте стоматологического пациента, имеющей зубную формулу и ячейки (шесть) для записи кодов индекса КПИ. Оценочные критерии и коды представлены в табл. 3, шкала для определения тяжести заболевания представлена в табл. 4. При наличии нескольких признаков регистрируют более тяжелое поражение. При сомнении предпочтение следует отдавать гиподиагностике.

Таблица 3

Оценочные признаки, критерии и коды для определения комплексного периодонтального индекса

Признаки	Критерии	Коды для записи
Отсутствие зубного налета и признаков патологии периодонта (десны, желобки) при визуально-инструментальном обследовании	Здоровый	0
Любое количество зубного налета, определяемого зондом на поверхности коронки, в межзубных промежутках или придесневой области	Зубной налет	1
Видимое невооруженным глазом кровотечение при легком зондировании зубодесневого желобка	Кровоточивость	2
Наличие твердых отложений (зубного камня) в придесневой области	Зубной камень	3
Патологический зубодесневой карман, определяемый зондом	Патологический карман	4
Патологическая подвижность зуба II–III степени	Подвижность зуба	5

Таблица 4

Оценочная шкала для определения интенсивности болезней периодонта по результатам комплексного периодонтального индекса.

Значение КПИ	Тяжесть (интенсивность) поражения
0,1–1,0	Риск заболевания
1,1–2,0	<i>Легкая</i> интенсивность поражения
2,1–3,5	<i>Средняя</i> интенсивность поражения
3,6–5,0	<i>Тяжелая</i> интенсивность поражения

КПИ конкретного пациента рассчитывается по формуле:

$$\text{КПИ} = \frac{\sum \text{кодов}}{6}, \quad (6)$$

где \sum кодов — сумма кодов, 6 — число обследованных зубов.

В соответствии с данными автора (П. А. Леус, 2009) представленную оценочную шкалу не следует применять для определения тяжести болез-

ни периодонта у конкретного индивидуума. С этой целью необходимо использовать более точные методы диагностики, такие как измерение глубины патологического кармана, лучевые методы обследования и т. д. Также нельзя пациентов с частичной или полной адентией считать «тяжело больными» в соответствии с высоким показателем КПИ.

Полученные при обследовании результаты заносятся в соответствующую таблицу, над которой в обязательном порядке указывается дата обследования, а под ней — интерпретация результата (значение КПИ и тяжесть (интенсивность) поражения) (рис. 4).

КПИ
Дата _____

Рис. 4. Образец таблицы для внесения комплексного периодонтального индекса

Куратору всегда необходимо помнить, что эта часть истории болезни описывается с тщательной подробностью, обращать внимание на каждый перечисленный пункт.

При смыкании зубных рядов куратор определяет тип окклюзии — прикус: ортогнатический; прогенический; бипрогенический; прямой и наличие отклонений от нормы — микрогения; перекрестный; открытый; неправильное расположение отдельных зубов и т. д.

VI. Специальные (дополнительные) методы обследования. Данные методы используют для верификации и уточнения клинического диагноза; дифференциальной диагностики; определения и правильного выбора рационального лечения для каждого конкретного пациента; контроля эффективности проводимого лечения. К специальным дополнительным методам исследования относят следующие:

1. Лабораторные исследования крови, ротовой жидкости, мочи, мокроты, бактериологические и цитологические исследования экссудатов, пунктатов, отделяемого из ран, посевы на чувствительность микрофлоры к антибиотикам, желудочного сока, желчи, кала.

К лабораторным методам исследования следует относить определение группы крови, резус-принадлежности, выполнение «малой» или «большой» (развернутой) коагулограммы, биохимических и серологических исследований жидкостных сред организма (по показаниям), стерильную пункцию.

Тяжесть состояния пациента в значительной степени определяется синдромом эндогенной интоксикации. Этот симптоматический комплекс связан с повреждением соединительной ткани, нарушением микроциркуляции, накоплением промежуточных продуктов обмена веществ, метаболитов, токсическим воздействием эндогенных и бактериальных токсинов. Одним из критериев тяжести состояния пациентов является степень интоксикации. Его оценка основывается на жалобах пациента и неспецифических симптомах (общее состояние пациента, окраска кожных покровов, тахикардия и т. д.).

При диагностике тяжести интоксикации наряду с клиническими критериями (частота сердечных сокращений, частота дыхания, состояние центральной нервной системы (ЦНС)) используются различные лабораторные показатели: величина скорости оседания эритроцитов (СОЭ), количество лейкоцитов периферической крови, уровень в плазме креатинина, мочевины, молекул средней массы, парамецийный тест и т. д. Однако некоторые из них недостаточно информативны или определение их сложно, продолжительно по времени и требует специальной аппаратуры. Поэтому, начиная с середины прошлого века, практические врачи все чаще обращаются к показателям периферической «белой» крови, определение которых несложно и доступно практически в любом учреждении здравоохранения.

Для прогнозирования, оценки динамики инфекционно-воспалительного процесса и выбора метода лечения наиболее часто используются следующие показатели: интегральный показатель тяжести (ИПТ), лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), лейкоцитарный индекс интоксикации В. К. Островского (ЛИИО), ядерный индекс интоксикации (ЯИ).

Интегральный показатель тяжести (ИПТ) по М. М. Соловьеву, Т. М. Алеховой (1997) определяется с учетом температуры тела, пульса и гемограммы:

$$\text{ИПТ} = (0,36 \times X_1 + 0,006 \times X_2 + 0,01 \times X_3) - 12,42, \quad (7)$$

где ИПТ — интегральный показатель тяжести течения одонтогенной инфекции в баллах; X_1 — температура тела; X_2 — содержание лейкоцитов, тыс. 1 мкл : 100; X_3 — СОЭ мм/ч; 12,42 — свободный член множественной регрессии.

Интерпретация следующая: при значении ИПТ до 1,5 баллов течение инфекционно-воспалительного процесса (ИВП) расценивается как легкое, а прогноз удовлетворительный; при значении ИПТ от 1,5 до 2,5 баллов течение ИВП оценивается как средней тяжести, а прогноз заболевания как сомнительный; при значении ИПТ свыше 2,5 баллов течение ИВП следует трактовать как тяжелое, а прогноз заболевания неблагоприятный.

Лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) по Я. Я. Кальф-Калифу (1938) определяется на основании гемограммы и вычисляется по формуле:

$$\text{ЛИИ} = \frac{(4\text{Ми} + 3\text{Ю} + 2\text{П} + \text{С}) \times (\text{Пл. кл} + 1)}{(\text{Лф} + \text{М}) \times (\text{Э} + 1)}, \quad (8)$$

где Ми — миелоциты, Ю — юные формы, П — палочкоядерные, С — сегментоядерные, Пл. кл. — плазматические клетки, Лф — лимфоциты, М — моноциты, Э — эозинофилы.

Достоинством ЛИИ является возможность перевода гемограмм в числовые показатели, отражающие интоксикацию. Критерии оценки в данном тесте по сообщениям различных авторов весьма вариабельны. Так по данным Я. Я. Кальф-Калифа ЛИИ в норме составляет 0,47 усл. ед. По результатам исследования отдельных авторов и нашим данным — от 0,3 до 1,5 усл. ед.

При вирусной инфекции ЛИИ на фоне лимфоцитоза становится ниже нормы, а при воспалительных процессах — повышается. Повышение ЛИИ до 4–9 свидетельствует о значительном бактериальном компоненте эндогенной интоксикации. Лейкопения с высоким ЛИИ является тревожным прогностическим признаком. Повышение ЛИИ связано с исчезновением эозинофилов, увеличением количества сегментоядерных форм, палочкоядерных и юных нейтрофильных гранулоцитов, появлением плазматических клеток (реакция кроветворного ростка на воспаление) или снижением содержания лимфоцитов и моноцитов (клеточных факторов гуморального иммунитета и мононуклеарно-макрофагальной системы).

Лейкоцитарный индекс интоксикации В. К. Островского (ЛИИО) высчитывается по формуле:

$$\text{ЛИИО} = \frac{\text{С} + \text{П} + \text{Ю} + \text{Ми} + \text{Пл. кл}}{\text{Лф} + \text{М} + \text{Э} + \text{Б}}, \quad (9)$$

где С — сегментоядерные, П — палочкоядерные, Ю — юные формы, Ми — миелоциты, Пл. кл. — плазматические клетки, Лф — лимфоциты, М — моноциты, Э — эозинофилы, Б — базофилы.

В норме лейкоцитарный индекс интоксикации Островского равен $1,5 \pm 0,5$.

Ядерный индекс интоксикации (ЯИ) вычисляется способом Г. А. Даштоянца по формуле:

$$\text{ЯИ} = \frac{\text{Ми} + \text{Ю} + \text{П}}{\text{С}}, \quad (10)$$

где Ми — миелоциты, Ю — юные формы, П — палочкоядерные, С — сегментоядерные.

В норме ядерный индекс интоксикации составляет от 0,04 до 0,08. При ЯИ, равном 0,3–1,0, состояние пациента средней тяжести, при превышающем 1,0 — тяжелое. При этом выделяют следующие виды сдвига: влево — гипорегенераторный (на фоне нейтрофильного лейкоцитоза палочкоядерных нейтрофилов — 6 %, юных — 1 %), свидетельствующий о слабой стимуляции систем детоксикации; регенераторный (на фоне небольшого увеличения палочкоядерных нейтрофилов, юных — до 3 %, лейкоцитоз — до 18 000 в мкл), свидетельствующий о напряжении компенсаторных процессов; гиперрегенераторный (юных — 4 % и более, миелоцитов — 2 % и более, лейкоцитоз — до 20 000 в мкл и более), свидетельствующий о перенапряжении компенсаторных процессов; дегенеративный (сдвиг влево на фоне лейкопении), свидетельствующий об истощении компенсаторных способностей организма, а следовательно, о снижении его общей резистентности.

2. Инструментальные методы исследования: биопсия (срочная, плановая, пункционная, эксцизионная, инцизионная), трепанобиопсия костей лицевого скелета; оптическая стоматоскопия, электроодонтодиагностика, миография, тепловизиография, реоплатизмография, полярография, электромиография.

3. Лучевые методы исследования: дентальный снимок, радиовизиография, ортопантомография (ОПТГ), конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ), компьютерная томография (КТ), спиральная компьютерная томография (СКТ), ядерно-магнитно-резонансная компьютерная томография (ЯМР КТ), ультразвуковое исследование (УЗИ), рентгеноскопия, сиалография; рентгенография верхнечелюстной пазухи с контрастом, ангиография, зонография, флюорография.

4. Электрокардиография, фонокардиография, осцилография и т. д.

5. Аллергологические диагностические пробы (по показаниям).

6. Морфологические исследования: биопсии (инцизионная, эксцизионная, трепанационная, пункционная); цитологическое исследование (мазок методом соскоба, мазок отпечаток, мазок перепечаток).

7. Антропометрические исследования челюстно-лицевой области, изготовление слепков лица, фотографических материалов, выполнение измерений в челюстно-лицевой области и их математический анализ.

8. Акупунктурная диагностика (электропунктурное тестирование). Ранняя диагностика всегда является одним из приоритетных вопросов современной медицины. Одним из вариантов его решения является использование методов рефлекторной диагностики. Все большее распространение в последние десятилетия приобретают методы электропунктурной диагностики, основанные на измерении биоэлектрических параметров в репрезентативных акупунктурных точках (АТ).

9. Наличие двусторонних связей кожных покровов тела с внутренними органами является установленным фактом. Это позволяет по измене-

ниям в определенных зонах и АТ (электропроводность, болевая чувствительность) судить о функциональном состоянии практически всех органов и систем организма человека.

Благодаря легкой доступности аурикулярных акупунктурных точек (АР), сравнительной простоте, неинвазивности, высокой информативности и относительно небольшой продолжительности обследования, все большее число специалистов отдает предпочтение аурикулодиагностике, считая ее наиболее объективным и перспективным методом.

Метод электропунктурной диагностики (тестирования) по АР позволяет учитывать индивидуальную электропроводность путем подбора напряжения тестирования, в связи с чем обладает высокой достоверностью. Данный методический подход базируется на индивидуальном подборе значения тестирующего напряжения по репрезентативной («реперной») АТ, который получил название «Биорефер».

Переход на индивидуально определяемое напряжение тестирования позволяет повысить диагностическую значимость измерений за счет более селективной оценки уровня электропроводности, выбранной в качестве реперной точки экстерорецептивной рефлексогенной зоны. Сравнение полученных распределений напряжений в точке РСЗ (акупунктурная точка (инь-тан)/реперная точка в области головы и шеи при термографии) и средних арифметических значений токов в АР с рассчитанными параметрами измерений выявило сильную корреляционную связь подбираемого напряжения тестирования со средним значением токов в указанных биологически активных пунктах, что свидетельствует о пригодности метода «Биорефер» для адекватной оценки состояния гомеостаза организма.

VII. Дифференциальный диагноз. Дифференциальная диагностика преследует цель наиболее вероятного установления сходства и различия клинической картины дифференцируемых нозологических единиц.

Метод дифференциальной диагностики основан на логическом приеме сравнения (установления сходных и отличных признаков заболевания).

Логическим результатом дифференциальной диагностики является получение гипотетического вывода о нозологической форме заболевания, а диагноз, установленный в результате дифференциальной диагностики, является более или менее вероятной гипотезой.

Методика дифференциации не менее и не более достоверна, чем обоснование. При этом основанием для достоверного вывода является:

- 1) установление специфического этиологического фактора;
- 2) наличие специфических симптомов / симптоматических комплексов;
- 3) специфичность патогенеза заболевания.

Заключительная часть дифференциальной диагностики — формулирование диагноза.

Процесс дифференциальной диагностики куратору следует начать с правильного выбора заболеваний, имеющих сходную клиническую картину с патологическим процессом, развивающимся у обследуемого пациента.

Дифференциальная диагностика должна проводиться не столько путем отрицания тех или иных признаков, сколько методом их сопоставления и анализа. При этом следует широко использовать результаты специальных (дополнительных) методов исследования. В процессе проведения дифференциальной диагностики от куратора требуется не только установить диагноз заболевания, но и решить вопрос об индивидуальных особенностях пациента с учетом его возраста, состояния реактивности организма и общего развития.

VIII. Клинический диагноз и его обоснование. Клинический диагноз строится как мотивированный, связно изложенный вытекающий вывод:

- из заключения, основанного на жалобах пациента;
- данных, полученных из анамнеза жизни пациента и опроса по системам;
- заключений из сведений об истории развития настоящего заболевания;
- результатов объективного обследования организма пациента, в том числе челюстно-лицевой области и шеи;
- данных, полученных в результате применения специальных методов обследования;
- результатов дифференциальной диагностики.

В диагнозе обосновываются: нозологическая форма заболевания, степень нарушения функции и активность патологического процесса. Имеют ли отношение к этому заболеванию пол и возраст пациента.

Более кратко обосновывается диагноз сопутствующих заболеваний.

IX. Этиология и патогенез заболевания. Излагается с современных позиций об этиологии данного заболевания в целом, затем указываются факты из анамнеза жизни, из наблюдений во время курации, обусловившие настоящее заболевание или способствовавшие его развитию и течению. После этого описываются патогенез патологического процесса и его связь с основными симптомами, имеющими место у данного конкретного пациента.

X. Лечение заболевания (показания к выбору методов лечения). Вначале приводятся все существующие методы лечения заболевания. Затем обосновывается выбор метода лечения у курируемого пациента с учетом:

- а) характера болезни;
- б) его индивидуальных особенностей.

Далее следует указать показания к хирургическому лечению. Изложить план предоперационной подготовки с обязательным указанием метода обезболивания.

Изложить предоперационный эпикриз.

План изложения предоперационного эпикриза.

1. Краткое обоснование диагноза (основные клинические данные и результаты специальных методов исследования).

2. Показания к операции (абсолютные, относительные), противопоказания.

3. План операции с указанием доступа, методики обезболивания, методики выполнения оперативного вмешательства.

4. Согласие пациента на проведение операции.

Оформить согласие пациента (в ситуации, когда пациент не является дееспособным, то родственника, представляющего его интересы) на операцию.

Затем следует привести полный протокол оперативного вмешательства, если таковое выполнялось.

Правильная последовательность оформления протокола операции.

1. Фамилия, имя, отчество пациента.

2. Пол пациента.

3. Возраст пациента.

4. Предоперационный клинический диагноз.

5. Название операции.

6. Хирург (фамилия, имя, отчество), ассистент (фамилия, имя, отчество).

7. Дата операции (число, месяц, год).

8. Продолжительность операции (указываются часы, минуты).

9. Описание операции. Подробно описывается способ обезболивания. Обработка операционного поля (какими антисептиками и их примерный объем). Описание самой операции. Макроскопическое описание обнаруженных изменений во время операции и удаленных (иссеченных) тканей, образования или его части. Вид швов, наложенных на операционную рану, их число, шовный материал. Вид повязки, материал, метод фиксации.

10. Операционный диагноз.

11. Назначение послеоперационного лечения.

12. В протоколе подробно описываются осложнения, имеющие место во время операции, их устранение.

13. Подпись хирурга (расшифровка — фамилия, имя, отчество хирурга).

14. Подпись ассистента (расшифровка — фамилия, имя, отчество ассистента).

XI. Течение заболевания (дневник). В дневнике после указания даты (число, месяц, год) куратору следует дать оценку самочувствия пациента, изложить его жалобы на текущий момент и отметить их динамику за истекшие сутки. Заполнение дневника следует осуществлять за каждый день курации.

Куратор должен указать краткие объективные данные с обязательным отражением динамики их (частота пульса, дыхания, артериальное давление). В послеоперационном периоде обращается внимание на общее состояние пациента, изменение послеоперационной раны, окружающих тканей, которые оцениваются при перевязках. В дневнике наблюдений при описании перевязок необходимо узнать, когда сняты швы, и если это были узловыe швы — их число.

В дневнике также следует отражать проведение специальных исследований с анализом их результатов и, назначенные на их основании консультации специалистов, с представлением полного текста консультативных заключений, а также назначение с точным указанием дозы, времени и способа приема (пути введения) лекарственных средств, рекомендуемой или назначаемой диеты.

При назначении пациента на операцию в дневнике указывают показания и противопоказания к хирургическому вмешательству — обоснование планируемой операции.

Протокол операции куратор переписывает в дневник из операционного журнала.

Если операция выполнена до курации, то студент должен указать ее название, дату, время и описание в разделе «История развития настоящего заболевания (анамнез заболевания), с которым пациент обратился за оказанием специализированной медицинской помощи».

Считаем вполне целесообразным привести рекомендуемую схему оформления дневника (табл. 5).

Таблица 5

Рекомендуемая схема оформления дневника в учебной медицинской карте амбулаторного хирургического стоматологического пациента

Дата	Состояние пациента и течение болезни	Назначения

Если сделанные врачебные назначения за несколько дней не меняются, то в эти дни в графе «Назначения» делается запись «Назначения те же» или «Продолжать выполнение сделанных ранее назначений».

ХII. Эпикриз (окончательное заключение по поводу течения и исхода заболевания). В переводе с греческого языка «эпикриз» означает «после решения», «суждение». Эпикризом, как правило, называют окончательное заключение по поводу течения и исхода болезни курируемого пациента.

Изложение эпикриза начинают с фамилии, имени, отчества пациента, его возраста, даты обращения и диагноза, с которым пациент обратился за оказанием специализированной медицинской помощи на амбулаторный прием к стоматологу-хирургу.

Затем куратор кратко перечисляет, что выяснено при опросе, объективном обследовании и кратко излагает результаты специальных методов исследования, которые выполнялись у пациента и имеют отношение к обоснованию диагноза и его верификации.

Далее излагаются сведения о проведенных методах лечения (операция, физиотерапия, рефлексотерапия, лечебная гимнастика, назначение лекарственных средств, диеты), после чего в обязательном порядке следует отметить результат лечения (его эффективность).

Далее куратор должен указать итог лечения (выздоровление, улучшение, без перемен). При наличии или развитии осложнений это обязательно отмечают.

XIII. Рекомендации пациенту при завершении лечения. При завершении лечения и при наличии листа временной утраты трудоспособности пациенту необходимо указать, с какого календарного дня ему следует приступить к работе.

Затем излагаются рекомендации (при необходимости) по проведению стоматологического терапевтического, ортопедического лечения; рекомендации (при необходимости) по проведению дополнительного обследования и направления на консультации к врачам других медицинских специальностей; советы по диете; дате контрольного осмотра.

XIV. Прогноз заболевания. При прогнозировании куратор должен предусмотреть все возможные варианты развития событий и определить, каким образом может измениться состояние пациента: если далее он не будет проводить каких-либо лечебных мероприятий, если будет применять восстановительную медицинскую реабилитацию с использованием традиционных методов, если заменить использование традиционных методов на нетрадиционные (рефлексотерапию) и т. д.

В любой ситуации учебная медицинская карта амбулаторного хирургического стоматологического пациента должна завершаться прогнозом:

- для жизни;
- для выздоровления;
- для трудоспособности.

Благоприятный прогноз — пациент полностью выздоравливает, трудоспособность его не снижается, заболевание жизни не угрожает. Неблагоприятный прогноз — трудоспособность снижена, заболевание угрожает жизни (например, саркома).

Весь перечень вопросов, касающихся каждого конкретного пациента, которые возникают в повседневной клинической практике, перечислить весьма сложно и тем более трудно учесть все факторы, закономерности, которые определяют течение патологического процесса в каждой конкретной ситуации. Из множества решений куратору необходимо выбрать наиболее подходящий для каждой конкретной ситуации вариант, проду-

мать все возможные отклонения от него и обеспечить способы их предотвращения.

Значение прогноза в клинической практике определяется основными задачами современной медицины — предупреждение заболеваний и лечение пациентов. Это, в свою очередь, указывает на то, что прогнозирование, применяемое в клинической практике, отвечает основному принципу современной медицины — профилактическому.

XV. Список использованной куратором специальной литературы. При методически правильной, разумной работе с курируемым пациентом и написании учебной медицинской карты амбулаторного хирургического стоматологического пациента куратору следует обратиться к специальной литературе: учебной, монографической, периодической. В предлагаемом разделе учебной медицинской карты амбулаторного хирургического стоматологического пациента список использованной специальной литературы лучше отразить следующим образом.

Для учебно-методических пособий, учебников и монографий, если у издания от одного до трех авторов:

– Соловьев, М. М. Пропедевтика хирургической стоматологии : учеб. пособие / М. М. Соловьев. Москва : МЕДпресс-информ, 2017. 272 с.

– Походенько-Чудакова, И. О. Новые подходы к лечению одонтогенного верхнечелюстного синусита в поликлинике / И. О. Походенько-Чудакова, А. В. Сурин, О. П. Чудаков. Минск : БГМУ, 2022. 72 с.

Для учебно-методических пособий, учебников и монографий, если у издания более трех авторов:

– Клиническое руководство: диагностика, прогнозирование и лечение тяжелых осложнений инфекционно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области и шеи: монография / И. О. Походенько-Чудакова [и др.] ; под ред. И. О. Походенько-Чудаковой. Минск : БГУ, 2016. 398 с.

Для периодических изданий (статей), если от одного до трех авторов:

– Кочурова, Е. В. Диагностические возможности слюны / Е. В. Кочурова, С. В. Козлов // Клиническая и лабораторная диагностика. 2014. № 1. С. 13–15.

Для периодических изданий (статей), если более трех авторов:

– Методы влияния на процессы эндогенной интоксикации в комплексном лечении заболеваний пародонта / И. А. Госьков [и др.] // Российская стоматология. 2015. Т. 8, № 1. С. 43–45.

Завершаться учебная медицинская карта амбулаторного хирургического стоматологического пациента должна разборчивой подписью студента-куратора и датой сдачи учебной медицинской карты на проверку преподавателю.

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ОШИБКИ, ДОПУСКАЕМЫЕ КУРАТОРАМИ-СТУДЕНТАМИ

1. Не всегда правильная оценка значения медицинской карты амбулаторного стоматологического пациента, о чем свидетельствует неполное заполнение всех ее разделов.

2. Часто кураторы ограничиваются перечислением жалоб пациента без их уточнения, не задают пациентам дополнительных вопросов. В медицинских картах, как правило, не находят отражение жалобы пациента на функциональные расстройства челюстно-лицевой области.

3. Недооценка медицинских документов пациента, выданных другими лечебными учреждениями, при изучении и анализе истории развития настоящего заболевания.

4. При описании истории жизни пациента допускается поверхностный опрос при выяснении сопутствующих соматических и аллергологических заболеваний.

5. Опрос по системам смешивают с данными общего объективного обследования пациента.

6. Считают равнозначными боль — субъективный симптом, выявленный из жалоб, и болезненность — объективный симптом, выявленный при пальпации.

7. Чрезмерное подражание подлиннику амбулаторной карты стоматологического пациента, недостаточное осмысливание получаемых при перенесении из нее данных объективного обследования челюстно-лицевой области и шеи (переписывать из подлинника следует только результаты специальных методов обследований и заключения консультантов).

8. При описании этиологии и патогенеза настоящего заболевания куратор ограничивается известными данными из специальной литературы, не отражая своего суждения и клинического мышления по данным анамнеза и наблюдения во время курации, базируясь на собственных приобретенных знаниях.

9. Не указываются осложнения и сопутствующие заболевания, что является грубым нарушением оформления медицинской документации.

10. Допускаются сокращения слов, не принятые в печати, и без предварительного введения сокращений с их расшифровкой при первом употреблении.

11. Не проставляются даты проведения специальных исследований.

12. Чрезмерное и необоснованное увлечение терминами «в норме», «без перемен», «обычный».

13. Допускаются орфографические и стилистические ошибки, игнорируются знаки препинания, не выделяются красные строки.

14. Затягивается сдача учебной медицинской карты амбулаторного хирургического стоматологического пациента.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Основная

1. *Хирургическая стоматология* : учеб. / под ред. С. В. Тарасенко. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. 672 с.

Дополнительная

2. *Афанасьев, В. В.* Абсцессы и флегмоны челюстно-лицевой области и шеи. Атлас : учеб. пособие / В. В. Афанасьев, О. О. Янушевич, Б. К. Ургуналиев. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. 120 с.

3. *Григорьянц, А. П.* Местное обезболивание в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / А. П. Григорьянц, И. В. Марусов, Т. Д. Федосенко. Москва : Человек, 2017. 76 с.

4. *Гуров, В. В.* «БИОРЕПЕР». Аурикулярная электропунктурная диагностическая система аппарата «ДиаДЭНС-ДТ». Методика экспресс-диагностики, интерпретация полученных результатов / В. В. Гуров, И. М. Черныш, В. В. Малахов // Медицинский вестник. 2003. Т. 2, Вып. 2. С. 18–30.

5. *Клиническое руководство: диагностика, прогнозирование и лечение тяжелых осложнений инфекционно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области и шеи* : монография / И. О. Походенько-Чудакова [и др.] ; под ред. И. О. Походенько-Чудаковой. Минск : БГУ, 2016. 398 с.

6. *Концепция электромагнитного гомеостаза и принцип «Биорепер» в электропунктурной диагностике* / А. М. Василенко [и др.] // Рефлексотерапия. 2003. № 4 (7). С. 41–44.

7. *Леус, П. А.* Клиническая индексная оценка стоматологического статуса : учеб.-метод. пособие / П. А. Леус. Минск : БГМУ, 2009. 60 с.

8. *Медицинская реабилитация при заболеваниях и повреждениях челюстно-лицевой области* / В. А. Епифанов [и др.]. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. 368 с.

9. *Молоков, В. Д.* Методическое пособие для самостоятельной подготовки студентов стоматологического факультета по теме «Индексная оценка кариеса зубов и заболеваний периодонта» / В. Д. Молоков, З. В. Доржиева, С. Ю. Бывальцева. Иркутск : Иркутский ГМУ, 2008. 23 с.

10. *Песиков, Я. С.* Атлас и основы клинической ушной иглотерапии. Для студентов-медиков и врачей всех специальностей / Я. С. Песиков. Донецк : Медицина тонких энергий. Кальмиус, 2011. 352 с.

11. *Походенько-Чудакова, И. О.* Местное обезболивание в челюстно-лицевой хирургии : учеб.-метод. пособие / И. О. Походенько-Чудакова, Е. В. Максимович, К. В. Вилькицкая. Минск : БГМУ, 2022. 168 с.

12. *Практическое руководство по динамической электронейростимуляции* / С. Ю. Рявкин [и др.]. Екатеринбург : Токмас-Пресс, 2011. 232 с.

13. *Соловьев, М. М.* Пропедевтика хирургической стоматологии : учеб. пособие / М. М. Соловьев. Москва : МЕДпресс-информ, 2017. 272 с.

14. *Тимофеев, А. А.* Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А. А. Тимофеев. Киев : Червона Рута-Турс, 2012. 1048 с.

15. *Учебная история болезни как важная составляющая контекстного обучения студентов педиатрического факультета медицинского вуза* / В. А. Птицын [и др.] // Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии. 2014. № 38. С. 73–77.

16. *Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия* : учеб. / В. А. Маланчук [и др.]. Киев : ЛОГОС, 2011. Т. 1. 672 с.

17. *Хирургическая стоматология* : учеб. / В. В. Афанасьев [и др.] ; под общ. ред. В. В. Афанасьева. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. 400 с.
18. *Хирургия* головы и шеи: основные вмешательства / Ю. Тайссинг [и др.] ; пер. с англ. Москва : Лаборатория знаний, 2019. 459 с.
19. *Челюстно-лицевая хирургия* : национальное руководство / под ред. А. А. Кулакова. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. 692 с.
20. *Челюстно-лицевая хирургия* : учеб. / под ред. А. Ю. Дробышева, О. О. Янушевича. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. 880 с.