

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

СХЕМА УЧЕБНОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ПО ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2011

УДК 616.716.8-089-07(091) (075.8)

ББК 56.65 я73

С92

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 22.06.2011 г., протокол № 10

Авторы: А. В. Глинник, Т. Б. Людчик, Н. М. Тризна, Т. Л. Механик, Л. Е. Мойсейчик

Рецензенты: проф. Л. Н. Дедова; проф. Т. Н. Терехова

Схема учебной истории болезни по челюстно-лицевой хирургии : учеб.-метод. пособие / А. В. Глинник [и др.]. – Минск : БГМУ, 2011. – 32 с.

ISBN 978-985-528-443-8.

Приведена схема оформления учебной истории болезни в клинике челюстно-лицевой хирургии. Подробно изложена методология обследования больного с патологией челюстно-лицевой области, представлен алгоритм написания учебной истории болезни.

Предназначено для студентов 5-го курса стоматологического и 3-го курса лечебного факультетов.

УДК 616.716.8-089-07(091) (075.8)

ББК 56.65 я73

Учебное издание

Глинник Александр Владимирович

Людчик Татьяна Борисовна

Тризна Татьяна Леонидовна и др.

СХЕМА УЧЕБНОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ПО ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск А. В. Глинник

Редактор И. В. Климук

Компьютерная верстка А. В. Янушкевич

Подписано в печать 23.06.11. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».

Печать офсетная. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 1,86. Уч.-изд. л. 1,69. Тираж 99 экз. Заказ 616.

Издатель и полиграфическое исполнение:

учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».

ЛИ № 02330/0494330 от 16.03.2009.

ЛП № 02330/0150484 от 25.02.2009.

Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.

ISBN 978-985-528-443-8

© Оформление. Белорусский государственный медицинский университет, 2011

ВВЕДЕНИЕ

История болезни (карта стационарного больного) является основным медицинским документом, содержащим все сведения о больном, включая паспортную часть, результаты субъективного и объективного исследований, а также лабораторных и инструментальных методов исследований, обоснование основного и сопутствующих диагнозов, данные о течении болезни (дневник) и назначаемом лечении, эпикриз. Карта стационарного больного — официальный документ, имеющий практическое, научное и юридическое значение, поэтому к оформлению истории болезни предъявляется ряд требований: ее написание должно быть последовательным, грамотным; изложение информации кратким и по существу; не допускаются исправления, сокращения в тексте, кроме общепринятых; подписи врачей и медсестер должны быть разборчивы.

История болезни состоит из следующих разделов:

1. Опрос больного (субъективное исследование):
 - паспортная часть;
 - жалобы больного (расспрос по системам);
 - история настоящего заболевания;
 - история жизни больного.
2. Объективное исследование больного:
 - осмотр;
 - ощупывание (пальпация);
 - выстукивание (перкуссия);
 - выслушивание (аускультация);
 - лабораторные и инструментальные методы исследований.
3. Дневник истории болезни и лечения.
4. Эпикриз.

Ведение медицинской документации характеризует деятельность врача, отражает уровень его общей и медицинской подготовки. Работа над учебной историей болезни является важнейшим методом обучения и воспитания будущего врача. Оформление учебной истории болезни отличается от клинической, т. к. включает дополнительные разделы (обоснование клинического диагноза, дифференциальный диагноз, этиология и патогенез заболевания, список использованной литературы), необходимые для осмысления и правильного установления диагноза, составления плана лечебно-профилактических мероприятий. Написание истории болезни следует выполнять по приведенной схеме, акцентирующей внимание студента на методологию обследования больного и определяющей объем и последовательность изложения информации.

Порядок оформления титульного листа учебной истории болезни

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУГИИ

Заведующий кафедрой: *звание, Ф.И.О.*

УЧЕБНАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Больной (ая), фамилия, имя, отчество _____

Клинический диагноз: _____

Куратор: *студент (ка) Ф.И.О., курс, № группы, факультет*

Преподаватель: *звание, должность, Ф.И.О.*

Время курации: *число, месяц, год*

Минск, год

ОПРОС БОЛЬНОГО (СУБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

Ф.И.О. больного _____
возраст _____
пол _____
образование _____
профессия _____
место работы, должность _____
домашний адрес _____
дата поступления (для экстренных больных, указать час) _____
кем направлен _____
предварительный диагноз _____
клинический диагноз _____
заключительный диагноз _____
основной диагноз _____

осложнения _____
сопутствующие заболевания _____

ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО

Жалобы — изменения в состоянии здоровья, отмеченные самим больным. Вначале необходимо выявить все основные (ведущие) жалобы, которые беспокоят в настоящее время, заставившие его обратиться к врачу, при этом главной задачей является их детальный анализ согласно схеме расспроса по соответствующей системе. Затем выясняют и перечисляют остальные (дополнительные) жалобы. Некоторые больные направляются после стоматологического осмотра или санации полости рта, во время которых у больного обнаружено новообразование. В этом случае следует записать, что больной жалоб не предъявляет, направлен в клинику после профилактического осмотра. Пациент может быть направлен комиссией из военкомата, МРЭК или другими специалистами.

При невозможности контакта с больным (отсутствие сознания, коматозное состояние) необходимые сведения о нем собирают у родственников или сопровождающих лиц.

Основные жалобы больного

При жалобах пациента на **боли** следует описать их локализацию, иррадиацию (распространение), характер, интенсивность, зависимость от положения органа, тела больного. При этом обязательно указывается время появления болей (время суток), их частота, длительность, постоянство, приступообразное течение, нарастание или затухание болевого синдрома, связь болей с трудовой деятельностью, приемом пищи, разговором, актом жевания, глотания, бритьем, умыванием.

При предъявлении жалоб больного на **припухлость** или **опухолевидное образование** в челюстно-лицевой области необходимо уточнить, как быстро увеличивается припухлость, опухолевидное образование; имеют ли место при этом болевые ощущения, **нарушение функций** других органов лица и шеи.

Следует отметить, что больной может акцентировать внимание на одних жалобах и не придавать значение другим, менее значащим, по его мнению. Так, например, при развитии гнойно-воспалительных процессов в области жевательных мышц больной, упоминая наличие болей и припухлости, общей слабости, недомогания, часто опускает жалобы на ограничение в открывании полости рта, нарушение естественного акта приема пищи, жевания, глотания, усиленной саливации или сухости в полости рта. В таких случаях следует проводить опрос по системам, задавая конкретные вопросы, направленные на выявление изменений, оставшихся без внимания пациента.

Расспрос жалоб по системам

Дыхательная система. Носовое дыхание: свободное, затрудненное (продолжительность, причины); выделения из носа: характер, количество, кровотечения.

Кашель: периодичность, частота, продолжительность, время появления; интенсивность; слабый, умеренный, сильный; характер: лающий, грубый, громкий, сильный, с отделением мокроты или без (влажный или сухой).

Мокрота: откашливается свободно, с трудом, отдельными плевыми, полным ртом. Примерное количество и изменение мокроты по отношению положения больного и времени суток. Характер мокроты: серозная, слизистая, гнойная, кровянистая (ржавая, с примесью крови). При отстаивании: цвет, запах, консистенция (жидкая, вязкая, пустая, слоистая).

Боли в грудной клетке: локализация, характер (острая, тупая, ноющая, колющая и т. д.), интенсивность (слабая, сильная), продолжительность (постоянная, приступообразная, периодическая), иррадиация болей. Связь с физической нагрузкой, дыханием, кашлем, окружающей средой.

Одышка: периодическая или постоянная. Характер: инспираторная, экспираторная, смешанная. Связь с физической нагрузкой, изменением положения тела, окружающей средой.

Удушье: время, причины появления, длительность приступа, связь с запахами. Приступ купируется (изменением положения тела, прекращением физической нагрузки, медикаментозными препаратами).

Система лор-органов. Уши: эстетический дефект ушной раковины (лопоухость, деформация, новообразование, отогематома); боль, шум в ушах, снижение слуха, заложенность, выделения, зуд, чувство дискомфорта.

Нос, околоносовые пазухи: эстетический дефект, заложенность носа, затруднение дыхания через нос, выделения, зуд, боль в носу, болезненность точек выхода I–II ветвей тройничного нерва, тяжесть в области лица.

Глотка: боль, першение, зуд, чувство комка, инородного тела, отделяемое, характер его, затрудненное глотание, кашель.

Гортань: изменение голосовой функции (охриплость, осиплость, афония), кашель, боль, чувство инородного тела, затрудненное дыхание, глотание.

Сердечно-сосудистая система. Боли в области сердца: локализация, продолжительность (постоянные, приступообразные, периодические), частота и длительность приступов; характер болей (острые, тупые, давящие, жгучие, ноющие, сжимающие); интенсивность (слабые, сильные, переменные). Связь с физической нагрузкой, психоэмоциональным состоянием, окружающей средой, временем года, изменением положения тела. Иррадиация болей. Боль купируется (прекращением физической нагрузки, медикаментозными препаратами).

Перебои в деятельности сердца: постоянные, приступообразные, условия появления (перемена положения тела, физическая нагрузка, прием пищи, психоэмоциональные факторы).

Сердцебиение: постоянное, периодическое, продолжительность, причина.

Одышка: постоянная, периодическая. Характер, связь с физической нагрузкой, изменением положения тела.

Отеки: локализация, время возникновения и исчезновения, давность возникновения.

Система органов пищеварения. Аппетит: сохранен, повышен, снижен, отвращение к жирной, мясной пище. Чувство насыщения: наступает быстро, медленно. Неприятный привкус во рту (кислый, горький, металлический, сладковатый, отсутствие вкуса).

Слюноотделение: обильное, усиленное (слюнотечение), недостаточное (сухость во рту), запах изо рта, наличие жажды, икота.

Жевание: хорошо ли пережевывает пищу, боли при жевании.

Глотание: свободное, затрудненное, болезненное при употреблении жидкой, твердой пищи, наличие задержки на определенном уровне.

Отрыжка: связь с приемом пищи, ее характером. Продолжительность, частота возникновения. Особенность (кислая, горькая, тухлым яйцом, воздухом, съеденной пищей).

Изжога: частота появления, интенсивность (выраженная, умеренная), давность, продолжительность, зависимость от вида и времени приема пищи. Факторы, облегчающие или устраняющие изжогу (употребление воды, молока, соды, кефира).

Тошнота: частота появления, продолжительность, зависимость от времени и вида приема пищи.

Рвота: частота, время появления (натощак, после приема пищи, сразу или через некоторое время, независимо от приема пищи, на высоте болей, после приема лекарственных веществ). Количество рвотных масс (обильное, небольшое). Характер рвотных масс (съеденной накануне пищей или вчерашней), наличием примесей (желчи, слизи, гельминтов, крови — свежей или типа кофейной гущи). Вкус, запах (кислый, горький; гнилостный, зловонный).

Боли в животе: локализация, характер (острые, колющие, режущие, ноющие, тупые, опоясывающие). Интенсивность (постоянные, периодические, приступообразные). Иррадиация (в спину, за грудину, в плечо, паховую область и т. д.). Связь с приемом пищи (голодные, ночные, при прохождении твердой или жидкой пищи). Связь с количеством и качеством пищи, физической нагрузкой, переменой положения тела, актом дефекации, волнением. Сезонность болей. Возникновение (внезапно, предшествие тошноты, рвоты). Частота, давность. Факторы, облегчающие или устраняющие боль (проходит самостоятельно, прием пищи, воды, рвота, тепло, лекарственные препараты и др.). Сопровождаются или осложняются повышением температуры, желтухой, поносом, рвотой и др.

Распирание и тяжесть в животе: ощущение переливания, урчания, вздутия (метеоризм).

Акт дефекации: свободный, долгие позывы, затрудненный, выпадение прямой кишки и геморроидальных узлов, зуд в анусе.

Характер стула: регулярный, нерегулярный, частота, оформленный (колбасовидный), неоформленный (лентовидный), кашицеобразный, «овечий», жидкий, пенистый, в виде рисового отвара, болотной тины. Цвет (коричневый, темно-коричневый, светлый, белой глины, черный, дегтеобразный). Примеси: кровь, гной, слизь, перевариваемая пища, глисты. Запах: обычный, кислый, гнилостный, зловонный.

Поносы и запоры: частота, время суток, связь с характером пищи, волнением, чередование поносов и запоров. Непроизвольная дефекация. Использование клизм, слабительных средств (каких именно).

Отхождение газов: свободное, затрудненное, обильное, умеренное, со зловонным запахом.

Система мочеотделения. Боли в области поясницы: локализация, иррадиация. Характер (острая, тупая, односторонняя, двусторонняя, приступообразная, постоянная, периодическая). Связь с физической нагрузкой, изменением положения тела. Частота, давность. Чем сопровождаются и облегчаются.

Расстройство мочеотделения: болезненное, затрудненное, анурия, олигурия, прерывистость, ложные позывы на мочеотделение, непроизвольное мочеиспускание.

Цвет мочи: светлая, темная, цвета пива, цвета «мясных помоев», мутная с хлопьями, с примесью алой крови.

Запах мочи: обычный, фруктовый, резкий, каловый и др.

Опорно-двигательная система. Боли в суставах: локализация, характер (острые, тупые, ноющие, летучие), стартовые боли. Хруст, шелканье, другие звуковые проявления. Частота, давность, продолжительность, время появления, сезонность интенсивность (умеренные, выраженные). Сопровождаются отечностью, покраснением, деформацией. Условия появления (физическая работа, прием пищи, охлаждение, прием алкоголя).

Боли в мышцах: локализация, характер (острые, тупые, ноющие). Интенсивность: умеренные, выраженные, периодические, постоянные (давность, сопровождение отечностью и покраснением). Связь с продолжительностью ходьбы, физической работы.

Нервная система и органы чувств. Расстройство сна: бессонница, прерывистый сон, сновидения, давность нарушения сна.

Головные боли: частота, время появления, причина появления, локализация, давность, длительность.

Головокружение: частота (постоянное, с потерей сознания и координации или без). Давность, продолжительность. Условия возникновения (перемена положения тела, физическая работа, в покое и др.).

Шум в голове: постоянный, периодический, время появления, давность.

Нарушение памяти: выраженное, умеренное, значительное.

Расстройство зрения: значительно снижено, незначительно снижено, мелькание «мушек перед глазами», диплопия, выпадение полей зрения. Ограничение подвижности глазного яблока, сухость или слезотечение.

Расстройство слуха: снижен, глухота.

Расстройство обоняния: снижено, отсутствует, обострено.

Расстройство вкуса: снижено, извращение, отсутствие.

Нарушение чувствительности кожи: локализация, характер (болевая, температурная; гиперстезия, гипостезия, анестезия), давность. Кожный зуд.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ (ANAMNESIS MORBI)

История развития болезни, или анамнез заболевания, должна отражать ее развитие в хронологическом порядке. Определяется срок, в течение которого пациент страдает настоящим заболеванием (например, больным считает себя в течение недели); когда, где, при каких обстоятельствах началось данное заболевание; с чем его связывает сам больной (переутомление, переохлаждение, инфекция, интоксикация, психическая травма и др.). Следует подробно расспросить пациента о начале заболевания (острое или постепенное), выяснить первые симптомы и их дальнейшую динамику, появление новых симптомов и осложнений (частота и причина осложнений, продолжительность ремиссий). Необходимо выяснить, когда больным впервые обратился за медицинской помощью; какие проводились диагностические исследования, их результаты (если это известно больному), применявшееся лечение (стационарное или амбулаторное), медикаментозные средства и эффективность терапии. При указании на хронический характер течения болезни уточнить, когда и в связи с чем появилось последнее обострение заболевания, состоит ли пациент на диспансерном учете.

Указывается причина настоящей госпитализации: для уточнения характера патологии; для хирургического лечения; неэффективность амбулаторного лечения; появление осложнений заболевания; развитие неотложного состояния с необходимостью срочной госпитализации и т. д.

Важным при рассмотрении истории заболевания является умение проследить изменение одного и того же симптома, последовательность присоединения других симптомов. Последовательное изложение жалоб помогает установить характер развития болезни, что необходимо для выявления основного заболевания, его осложнений и сопутствующих заболеваний. Так, например, если в начале заболевания пациента беспокоила ноющая боль только в одном зубе при накусывании, а в дальнейшем боль стала самопроизвольной, пульсирующей с иррадиацией по ходу ветвей тройничного нерва, затем боли стали носить разлитой характер, и с этого времени появилось онемение в области нижней губы, то можно сделать следующий вывод: болезнь продолжает свое развитие — процесс начался в области причинного зуба и постепенно распространился на челюстную кость. Уточнение данных анамнеза заболевания в данном случае необходимо для проведения дифференциальной диагностики между пульпитом, невралгией тройничного нерва, новообразованием и т. д.

При наличии опухоли в челюстно-лицевой области следует обратить внимание на начальные размеры и консистенцию, скорость роста, наличие

болевых ощущений и функциональных нарушений (препятствует ли приему пищи, движению языка, глотанию и т. д.).

При опросе пациента с врожденным дефектом губы, неба, ушных раковин необходимо выяснить, как протекала беременность у матери (попытаться установить тератогенный фактор). Если дефект неба или лица возник после рождения, следует исключить врожденный сифилис. Если дефект неба ограничен участком, примыкающим к основанию альвеолярного отростка, необходимо уточнить, не связывает ли больной или его родители возникновение дефекта с травмой либо воспалением десны, челюсти (установить наличие в анамнезе периостита, остеомиелита).

У больного с травматическими повреждениями челюстно-лицевой области необходимо выяснить: где, при каких обстоятельствах, кем и чем нанесена травма, терял ли больной сознание, была ли рвота, тошнота, кровотечение из полости рта, уха, носа, кем и куда доставлен пострадавший, какая ему оказана помощь (вводилась ли противостолбнячная сыворотка или анатоксин).

При обращении больного с послеоперационным кровотечением (после операции удаления зуба, вскрытия гнойника, проведенных в условиях поликлиники и т. д.) следует выяснить, бывали ли раньше аналогичные осложнения после оперативных вмешательств или случайных повреждений (для исключения заболеваний системы крови, артериальной гипертензии).

При нескольких заболеваниях всегда следует излагать историю болезни, которая послужила причиной госпитализации больного. Другие заболевания следует отметить в графе «Сопутствующее заболевание» и указать время (год, месяц), с которого больной страдает им. Так, например, если больной поступил с переломом тела нижней челюсти справа, то следует указать дату, обстоятельства и механизм травмы, когда и какая помощь была оказана пострадавшему. В случае, если больной до травмы страдал слюннно-каменной болезнью, следует это заболевание отнести к сопутствующим.

Следует отметить, что иногда приходится сталкиваться с диссимуляцией — сокрытие пациентами симптомов или причин болезни (например, женщины скрывают побои мужа, мужчины скрывают истинные обстоятельства травм, при наличии врожденных пороков родители нередко объясняют ребенку причину болезни, связанную с травмой и др.). Некоторые больные преувеличивают свое заболевание (аггравация), другие пациенты придумывают болезнь (симуляция).

Историю болезни детей и взрослых, доставленных в бессознательном состоянии, заполняют со слов сопровождающих лиц.

ИСТОРИЯ ЖИЗНИ БОЛЬНОГО (ANAMNESIS VITAE)

История жизни, или анамнез жизни, представляет собой медицинскую биографию больного, включающую необходимые сведения о его жизни и деятельности от момента рождения до поступления в клинику.

Детские и юношеские годы: место рождения, социальное положение, каким ребенком по счету родился, как рос, развивался. Учеба, образование. Материально-бытовые условия в детстве, общее состояние здоровья и физическое развитие.

Трудовой и бытовой анамнез: начальная и дальнейшая трудовая деятельность в хронологической последовательности. Характер выполняемой работы в настоящее время, условия, режим труда, наличие профессиональных вредностей. Жилищные условия. Питание: характер пищи, частота и регулярность приема пищи. Режим нерабочего времени. Личная гигиена тела.

Семейный и наследственный анамнез: семейное положение (когда женился или вышла замуж), состав семьи, состояние их здоровья. У женщин выясняют состояние менструального цикла, количество беременностей и родов, их течение, аборт и их осложнения. Состояние здоровья жены, мужа. Мужская и женская родословная больного. Были ли родители и ближайшие родственники больны наследственными или подобными заболеваниями.

Перенесенные заболевания описываются в хронологическом порядке: указываются ранения, контузии, операции — в каком возрасте перенес каждое заболевание отдельно. Опрашивают, не болел ли туберкулезом, венерическими заболеваниями, болезнью Боткина.

Вредные привычки: курение (давность, количество выкуренных сигарет в день). Употребление алкоголя (давность, количество, периодичность), наркотиков, снотворных. Токсикомания. Другие вредные привычки.

Аллергологический анамнез: указываются основные проявления аллергии у больного (появление сыпи на коже, зуда, затруднения дыхания, слезотечение и т. п.). Их связь с факторами окружающей среды, определенным местом (дома, на работе и прочее), профессиональными вредностями, временем года, характером пищи, запахом, пылью трав, цветов, контактов с шерстью, домашней пылью, химическими веществами. Реакция на введение лекарств, вакцин, сывороток. Эффект от применения медикаментозных средств. Наличие аллергологических заболеваний у родственников.

При написании этого раздела необходимо осветить лишь те вопросы, которые имеют прямое или косвенное отношение к возникновению и течению болезни, уточнить наличие сопутствующих заболеваний, в хронологическом порядке указать перенесенные заболевания (травмы, ранения, инфекционные, онкологические и др. заболевания) и операции. На-

пример, в случае массивных кровотечений из лунки удаленного зуба следует подумать о гемофилии или болезни Верльгофа; при наличии врожденных пороков развития челюстно-лицевой области нужно уточнить наследственный анамнез и особенности развития ребенка и т. п.

При сборе аллергологического анамнеза указываются основные проявления аллергии у больного и их связь с факторами окружающей среды, временем года, характером пищи, профессиональными вредностями. У пациентов с риском возникновения аллергических реакций выясняют наличие консультаций аллерголога, проведение аллергологических тестов, в т. ч. на медицинские препараты. При наличии в анамнезе реакции на введение лекарственных препаратов (прежде всего, на местные анестетики и антибиотики), вакцин, сывороток, уточняется ее характер.

ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО (STATUS PRAESENS)

Объективное обследование (status praesens) состоит из общего осмотра, обследования по системам и обследования челюстно-лицевой области (*status localis*).

ОБЩИЙ ОСМОТР

Общий осмотр предполагает оценку:

- **состояния** больного (удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое, агонирующее);
- **сознания** (ясное, спутанное — ступор, безучастное — сопор, кома, возбужденное — бред, галлюцинации);
- **положения** больного в постели (активное, пассивное, вынужденное);
- **выражения лица** (обычное, возбужденное, страдальческое, безразличное, маскообразное);
- **телосложения** (астеническое, нормостеническое, гиперстеническое), осанки (правильная, сутулость), походки;
- **питания** (удовлетворительное, пониженное, чрезмерное, истощение), соответствия роста и веса;
- **кожных покровов и видимых слизистых оболочек**: цвет (обычной окраски, бледный, красный, синюшный, желтушный, гиперпигментация, депигментация); влажность (нормальная, умеренная, сухая кожа, шелушение); эластичность (тургор нормальный, снижен); наличие сыпи (с указанием характера, распространенности, локализации), расчесов, кровоизлияний, сосудистых звездочек, рубцов и др.;
- **подкожно-жировой клетчатки** (развита слабо, чрезмерно, умеренно, равномерно, неравномерно, места скопления жира); наличие пастозности, отеков; характер отеков: их локализация и распространенность (общие, местные), консистенция (мягкие, плотные);

– **лимфатических узлов**, доступных при пальпации (поднижнечелюстные, подподбородочные, шейные, затылочные, надключичные, подключичные, локтевые, паховые, подколенные), при этом отмечается их величина, консистенция, подвижность, болезненность, количество, спаянность между собой и кожей, наличие свищей.

ОБСЛЕДОВАНИЕ ПО СИСТЕМАМ

Обследование больного по системам проводится согласно общепринятой методике с использованием основных клинических методов исследования (внешний осмотр, пальпация, перкуссия и аускультация).

Система органов дыхания. Осмотр грудной клетки проводится в покое (статический) и во время глубокого вдоха и выдоха (динамический). Определяется:

– форма грудной клетки: нормальная (нормостеническая, гиперстеническая, астеническая), патологическая (эмфизематозная, паралитическая, рахитическая, ладьевидная, воронкообразная, кифосколитическая), симметричность, положение ключиц и лопаток, выраженность надключичных и подключичных ямок, ширина межреберных промежутков;

– дыхание: тип дыхания (брюшной, грудной, смешанный), число дыханий в минуту, глубина дыхания (поверхностное, средней глубины, глубокое), ритм дыхания (ритмичное, неритмичное, указать при наличии: дыхание Чейн-Стокса, Биота, Грокко, Кусмауля, гаспинг-дыхание), участие в акте дыхания обеих половин (равномерное, отставание одной из них — указать какой), вспомогательных мышц.

Пальпация грудной клетки: выявление болезненности (кожи, мышц, костных структур, межреберных промежутков). Голосовое дрожание на симметричных участках (не определяется, усиленное, нормальное, ослабленное). Резистентность грудной клетки. Ощущение шума трения плевры, «хруст снега». Подвижность ребер.

Перкуссия легких:

– сравнительная: на симметричных участках определяется характеристика перкуторного звука (легочный, коробочный, тимпанический, притупленный, тупой, металлический, амфорический);

– топографическая: высота стояния верхушек легких, ширина полей Кренига, определение нижних границ легких слева и справа по всем вертикальным топографическим линиям, подвижность нижнего края легких по среднеключичной, средней подмышечной, лопаточной, околопозвоночным линиям.

Аускультация легких. Характер дыхания: везикулярное (нормальное, ослабленное, усиленное); жесткое, бронхиальное, бронховезикулярное, амфорическое, с металлическим оттенком, прерывистое (саккодированное). Хрипы: сухие, свистящие, жужжащие; на вдохе, на выдохе; влаж-

ные (мелко-, средне-, крупнопузырчатые), звучные, незвучные, единичные, исчезают или уменьшаются при кашле. Локализация. Наличие крепитации. Шум трения плевры; нежный, грубый, локализация. Бронхофония: на симметричных участках (отсутствует, усиленная, ослабленная).

Сердечно-сосудистая система. Осмотр и пальпация области сердца и крупных сосудов:

– верхушечный толчок: не пальпируется, нормальный, усиленный, ослабленный, локализованный, разлитой, отрицательный;

– сердечный толчок: локализация, выявление сердечного горба;

– пульсация артерий и вен (нет, есть): сонных артерий, яремных вен, подключичных, височных артерий;

– пальпация сосудов включает определение пульса на лучевых артериях и характеристика его свойств: одинаковый или разный на обеих руках, ритм (пульс ритмичный, аритмичный, дефицит пульса), частота (частый, редкий, количество ударов в минуту), наполнение (полное, неполное), напряжение (твердый, мягкий), наличие пульса на сонных, височных, бедренных артериях и артерии тыла стопы;

– вены: расширение вен грудной клетки, брюшной стенки, конечностей, извитость, болезненность при пальпации, наличие уплотнений и изменения цвета по ходу сосудов.

Перкуссия сердца, сосудистого пучка: определение границ относительной и абсолютной тупости сердца, поперечного размера относительной тупости сердца, ширины сосудистого пучка во втором межреберье, конфигурации сердца (обычная, митральная, аортальная).

Аускультация сердца и сосудов:

– характеристика тонов (ясные, приглушенные, глухие, громкие, усиление или изменение I и II тонов в точках аускультации, появление добавочных тонов);

– шумы: выявление шумов сердца и экстракардиальных шумов (шум трения перикарда, плевроперикардиальный шум);

– аускультация крупных сосудов: сонных и бедренных артерий, яремных вен;

– определение артериального давления по методу Короткова на обеих руках.

Система органов пищеварения. Осмотр ротовой полости: детально описывается при обследовании челюстно-лицевой области.

Осмотр живота осуществляется в вертикальном и горизонтальном положении пациента: величина, форма (нормальной конфигурации, выпячен, равномерно или неравномерно вздут, втянут, отвислый), наличие асимметрии и локальных выпячиваний, расширенных на брюшной стенке подкожных вен, рубцов (локализация, размеры), сыпи, пигментации, грыж, определение видимой перистальтики и пульсации.

Пальпация живота проводится в положении лежа и стоя:

– поверхностная: выявление болезненности (локализация; ограниченная или разлитая), напряженности мышц передней брюшной стенки, грыж, определение асцита методом флюктуации;

– глубокая пальпация выполняется в определенной последовательности: сигмовидная, нисходящий отдел поперечно-ободочной кишки; слепая, восходящий отдел поперечно-ободочной кишки, терминальный отдел подвздошной кишки, большая кривизна и пилорический отдел желудка, поперечный отдел поперечно-ободочной кишки.

Перкуссия живота: характер звука (тимпанический над желудком, над кишечником, тупой при скоплении жидкости, кала, над опухолью), определение свободной или осумкованной жидкости, верхнего уровня жидкости в вертикальном положении.

Аускультация живота: перистальтика (нормальная, ослабленная, усиленная, отсутствует), шум трения брюшины, сосудистые шумы.

Гепатолиенальная система. Осмотр области печени и селезенки позволяет выявить выбухание, пульсацию.

Перкуссия печени: определение верхней и нижней границ печени по передней подмышечной, среднеключичной и окологрудной линиям справа, размеров печени по Курлову.

Пальпация нижнего края печени: локализация, характер края (не определяется, острый, ровный или неровный), консистенция (мягкая, твердая, плотная, хрящевая), чувствительность (безболезненный, болезненный), поверхность (гладкая, бугристая).

Желчный пузырь: пальпируется или не пальпируется, болезненность, подвижность, консистенция (мягкая, плотная, бугристая), наличие симптомов Ортнера, Курвуазье, Мерфи, Кера, Мюсси.

Селезенка: перкуссия границ и их смещение при дыхании, смене положения тела; размеры (длинник, поперечник), при пальпации определяется локализация нижнего края, форма, консистенция, подвижность, болезненность, поверхность.

Система мочеотделения. Осмотр поясничной области: припухлость, гиперемия кожных покровов.

Пальпация почек проводится в положении лежа и стоя, оценивается консистенция, размеры (увеличение), положение (опущение, смещение), болезненность, характеристика поверхности. Симптом Пастернацкого справа и слева (отрицательный, положительный).

Эндокринная система. Осмотр и пальпация щитовидной железы: степень увеличения и его характер (диффузное, узловое, смешанное). Консистенция (мягкая, плотная), поверхность (гладкая, бугристая). Симптомы Мебиуса, Штельвага, Кохера, Греффе и др., экзофтальм (есть или нет), тремор рук. Слизистый отек лица.

Поджелудочная железа: пальпируется или нет, наличие болезненности.

Характерные признаки изменения со стороны других желез внутренней секреции:

– **гипофиз, надпочечники:** акромегалия, ожирение, кахексия, гигантизм, пигментация кожи и др.;

– **половые железы:** первичные и вторичные половые признаки, евнухоидизм, атипичное оволосение.

Нервная система и органы чувств. Настроение (хорошее, подавленное, угнетенное, быстрая смена настроения), ориентация в окружающей обстановке, времени, пространстве (правильная, неправильная), контактность больного, интеллект, память, сон, речь.

Двигательная сфера: глазные щели, птоз, движение глазных яблок, нистагм. Координация движений. Устойчивость в позе Ромберга (устойчив, неустойчив).

Рефлекторная сфера: зрачки (одинаковые, неодинаковые; сужены, расширены; анизокория; реакция на свет). Сухожильные и периостальные рефлексы (одинаковые, неодинаковые, ослаблены, усилены), наличие патологических симптомов (Бабинского, Брудзинского, Россолимо, Оппенгейма).

Вегетативная сфера: дермографизм (красный или белый), нестойкий, разлитой, отечный, наличие гипергидроза.

Рецепторная сфера: зрение, слух, обоняние. Болезненность по ходу ветвей тройничного нерва. Болевая и температурная чувствительность (усилена, ослаблена, отсутствует). Ригидность затылочных мышц.

Объективное обследование челюстно-лицевой области и шеи

Объективное обследование челюстно-лицевой области включает внешний осмотр, пальпацию, обследование полости рта, исследование зубов. Обследование проводится в стоматологическом кресле, на столе в перевязочной или в кровати (в зависимости от состояния больного). Необходимо иметь набор стерильных инструментов:

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

– стоматологическое зеркало для осмотра зубов и неба;

– стоматологический клювовидный пинцет;

– зубной зонд — угловой или штыковидный (для исследования дефектов зубов и определения наличия десневых карманов); ручкой зонда производят перкуссию зубов;

– тонкий зонд Баумана для зондирования протоков слюнных желез;

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

Внешний осмотр

Внешний осмотр заключается в определении **асимметрии лица** за счет припухлости, опухолевидных образований, дефектов и деформаций лицевого скелета и мягких тканей лица, наличия свищей, рубцов, ссадин, разрывов кожи, зияющих ран. Обращают внимание на внешние проявления поражений черепно-мозговых нервов (парезы и параличи мимической мускулатуры), осматриваются орган зрения, нос, наружные слуховые проходы, шея (длинная, короткая, толстая, тонкая).

При травмах челюстно-лицевой области визуально устанавливают характер и механизм ранения, определяют наличие изолированных повреждений мягких тканей лица без нарушения целостности кожных покровов или слизистой оболочки полости рта (ушибы) и с нарушением их (ссадины, раны), либо сочетанных повреждений мягких тканей лица и костей лицевого черепа.

Гематомы: локализация, размеры, окраска кожных покровов, флюктуация.

Раны: локализация, форма (линейная, округлая, треугольная, в форме дуги, неправильная); края (острые, гладкие, неровные, размозженные), размеры, глубина (поверхностные, глубокие: непроникающие или проникающие в полость рта, носа, верхнечелюстную пазуху, орбиту), наличие входного и выходного отверстия (при колотых ранах и огнестрельных ранениях), дефектов мягких тканей и отрывов части органов (при укушенных ранах).

Рубцы: локализация, форма, размеры, цвет (красный, розовый, белый), отношение к подлежащим тканям (подвижный, неподвижный), поверхность (гладкая, бугристая, шелушащаяся, наличие язв, трещин); плотность, чувствительность (не изменена, снижена, отмечается зуд, болезненность), нарушение функции органа (эктропиум, деформация, сужение естественных отверстий и др.).

Припухлость и опухолевидное образование: локализация, визуальные границы, цвет кожных покровов (не изменен, гиперемия, синюшность). Полная картина складывается в сочетании с пальпаторным исследованием.

Описание опухолевидного образования следует приводить по следующему алгоритму:

- локализация;
- количество;
- размер в сантиметрах;

- консистенция (мягкое, мягко-эластичное, плотно-эластичное, плотное);
- форма и очертания (гладкая, бугристая, плоская; с четкими или нечеткими контурами; экзофитного, язвенного, инфильтративного или смешанного характера);
- болезненность (безболезненное, определяется слабо или умеренно выраженная болезненность, отмечается сильная боль при пальпации);
- смещаемость (подвижное, неподвижное; смещаемое, ограниченно смещаемое, несмещаемое);
- спаянность с окружающими тканями (кожей, хрящом, костью).

Дефекты и деформации: локализация (мягкие ткани, костные структуры, с указанием конкретной анатомической области); характер (врожденный, приобретенный), форма, размеры, глубина дефекта (несквозные, сквозные, непроникающие, проникающие), нарушение функций органов челюстно-лицевой области.

Свищи: локализация, количество, размеры, отделяемое (отсутствует, серозное, гнойное, геморрагическое, слюна), характеристика свищевого хода (определяется при зондировании).

Пальпация

Пальпация проводится по топографическим областям лица и шеи, при этом последовательно исследуются околоушные, затылочные, поднижнечелюстные, подбородочные области, верхние, средние и нижние трети боковых треугольников шеи, щитовидная железа, с обязательным сравнением симметричных участков. При исследовании регионарных лимфатических узлов пальпация производится при незначительном наклоне головы пациента вниз, без напряжения мышц шеи. Мягкие ткани поднижнечелюстных и подбородочных областей, дна рта, щек, тела и корня языка пальпируются бимануально со стороны слизистой и кожи.

Пальпация патологических изменений: уточнение границ, определение болезненности, консистенции опухолевидного образования, подвижность, спаянность с подлежащими тканями, способность кожи собираться в складку. Сравнительное пальпаторное исследование костей лицевого скелета позволяет установить деформацию, патологическую подвижность, крепитацию отломков при переломах.

Височно-нижнечелюстной сустав (ВНЧС): пальпация суставной головки ВНЧС, определение объема движений нижней челюсти в различных плоскостях, шумы в суставе (трение, крепитация, щелкание).

Регионарные лимфатические узлы: не увеличены, увеличены (с указанием группы увеличенных лимфоузлов), размеры, форма (овоидная, округлая, конгломерат), консистенция (эластичные, плотно-эластичные, плотные), болезненность, подвижность, спаянность между собой и окружающими тканями, изменения кожи над ними (покраснение, изъязвление, свищ).

При остром воспалительном процессе обусловленном одонтогенной, стоматогенной, гематогенной инфекцией, лимфоузлы увеличены, болезненны, малоподвижны, могут сливаться в конгломераты, при абсцедировании — в центре определяется очаг флюктуации. При хроническом воспалении в полости рта лимфоузлы увеличиваются медленно и постепенно остаются подвижными и безболезненными. При метастазировании злокачественных новообразований регионарные лимфоузлы увеличены в размерах, округлой формы, малоподвижны, спаяны с окружающими тканями. При туберкулезном поражении наблюдается малоболезненный, плотный пакет лимфатических узлов. В случае первичного сифилитического поражения слизистой оболочки полости рта лимфоузлы увеличенные и плотные (склерозированные).

При пальпации определяют **чувствительность кожи** лица, **болезненность в точках Валле** (точки выхода ветвей тройничного нерва — *pp. supraorbitalis, infraorbitalis et mentalis*). При пальпации можно определить **симптом флюктуации** при гнойно-воспалительных процессах (абсцессах и флегмонах), **симптом пластмассовой игрушки** (симптом Бернадского), **симптом пергаментного хруста** (симптом Рунге-Дюпиетрена) при наличии радикулярных и фолликулярных кист в челюстных костях.

Аускультация

При аускультации можно определить шумовые проявления при движении суставной головки ВНЧС в разных фазах открывания рта; шум прохождения воздуха при наличии сообщения полости рта с верхнечелюстной пазухой; систолический шум сосудистых опухолей и аневризм.

Обследование ротовой полости

Открывание рта в норме должно быть свободное и безболезненное, на 5 см или три поперечника II–IV пальцев, введенных между центральными резцами. Следует обратить внимание на наличие хруста в височно-нижнечелюстном суставе и смещения нижней челюсти в сторону при открывании рта. Затрудненное и болезненное открывание рта наблюдается при переломах мышечного отростка нижней челюсти, заболеваниях височно-нижнечелюстного сустава, воспалительных процессах с вовлечением жевательных мышц (воспалительная контрактура). Различают 3 степени ограничения открывания рта:

I (легкая) — раскрытие рта на 2 пальца в поперечнике;

II (средней тяжести) — раскрытие рта на 1 палец в поперечнике;

III (тяжелая) — зубные ряды сомкнуты настолько, что между ними трудно ввести стоматологическое зеркало или шпатель.

Запах изо рта может быть кислым, гнилостным, алкогольным, аммиачным и др. Неприятный запах (галитоз) обусловлен заболеваниями зубов, десен, пищевода (рак, дивертикулы), желудка (рак, гастрит), легких (абсцессы, гангрена).

Исследование преддверия ротовой полости начинают с осмотра красной каймы губ, слизистой оболочки губ, щек, десен (десневой край, межзубные сосочки, десневая борозда), верхнего и нижнего сводов преддверия (переходных складок), уздечек губ и языка (место прикрепления, длина, толщина, подвижность). При этом обращают внимание на окраску (гиперемированная, бледная, цианотичная, пигментированная) и степень увлажненности слизистой оболочки, наличие афт, эрозии, трещин, дефектов, рубцовых деформаций.

Исследование собственно ротовой полости следует проводить при хорошем освещении. Осматривают слизистую оболочку, покрывающую язычную поверхность альвеолярного отростка нижней челюсти, десневого края с межзубными сосочками и дна полости рта. При обнаружении ран, язв, рубцов следует подробно их описать, акцентируя внимание на состояние краев раны и окружающей слизистой оболочки, дна раны или язвенного дефекта, характер раневого отделяемого, цвет, консистенцию, количество, запах, наличие грануляций и эпителизации.

Исследуют подъязычные валики, располагающиеся по обе стороны от средней линии нижней поверхности языка в виде овальных возвышений, под слизистым слоем которых находятся подъязычные слюнные железы. Далее осматривают челюстно-язычные желобки (углубление между подъязычным валиком и языком, ограниченное с медиальной стороны боковой поверхностью корня языка, с латеральной — язычной поверхностью альвеолярного отростка нижней челюсти). С помощью стоматологического зеркала в правой руке (оттягивая угол рта справа), шпателя в левой (оттесняя боковую поверхность языка в области корня к средней линии) производится исследование челюстно-язычного желобка справа. При исследовании челюстно-язычного желобка слева меняется соответственно положение рук и инструментов в них. Заканчивается исследование челюстно-язычных желобков пальпацией. В норме челюстно-язычный желобок с обеих сторон выражен и свободен. Челюстно-язычный желобок сглажен (не выражен) при гнойно-воспалительных процессах, локализующихся в области язычной (внутренней) поверхности нижней челюсти, в области корня языка и дна полости рта.

Затем осуществляют осмотр ретромолярного пространства (участок слизистой оболочки полости рта позади третьих моляров у основания ветви нижней челюсти), где могут возникать патологические процессы, связанные с нарушениями прорезывания зубов мудрости (перикоронарит, ретромолярный периостит, абсцесс и др.). Слизистая оболочка становится гиперемированной, отечной, резко болезненной, в виде «капюшона» прикрывает зуб мудрости, при надавливании из-под «капюшона» выделяется серозно-гнойный экссудат.

При осмотре слизистой оболочки, покрывающей верхнюю челюсть, фиксируют внимание на состояние резцового сосочка, поперечных небных складок, наличие дефектов и рубцов, пальпаторно исследуют альвеолярный отросток, небный отросток (носовой гребень, резцовый шов, небные кости), ткани за бугром верхней челюсти. Исследуя глотку, необходимо осмотреть мягкое небо (небный язычок, небно-язычные и небно-глоточные дужки), небные миндалины (гипертрофия или атрофия миндалин, наличие налетов, некрозов), при необходимости определяют глоточный рефлекс.

При обследовании пациентов с **врожденными и приобретенными дефектами** неба следует описать локализацию, размер и края дефекта, определить степень подвижности мягкого неба, укорочение неба, отметить наличие сочетанных дефектов (расщелина верхней губы и альвеолярного отростка верхней челюсти). При обнаружении свища следует выяснить его связь с верхнечелюстной пазухой, полостью носа или кистой верхней челюсти. Для этого уточняют анамнестические данные (перфорация дна пазухи при операции удаления зуба), определяют попадание жидкости в полость носа через рот, воздушные пробы на наличие синус-орального соустья: больного просят надуть щеки — при наличии сообщения с верхнечелюстной пазухой это невозможно, проводят зондирование.

Пальпаторное исследование альвеолярных отростков челюстей и переходных складок преддверия полости рта позволяет определить участки уплотнения и инфильтрации, их границы и болезненность, наличие дефектов и опухолевидных образований, свищевых ходов, а также размеры, консистенцию, подвижность опухоли. Пальпация производится на симметричных участках челюстей указательным пальцем правой руки путем надавливания на слизистую оболочку десны, соответственно верхушки корней причинных зубов.

При подозрении на наличие кист челюстных костей или некоторых опухолей (например, амелобластомы) пальпаторно определяется пергаментный хруст, обусловленный прогибанием над кистозной полостью истонченной кортикальной пластинки челюсти.

При травматических повреждениях челюстно-лицевой области необходимо обращать внимание на состояние слизистой оболочки полости рта, наличие и локализацию разрывов и кровоизлияний, патологическую подвижность отдельных зубов, альвеолярных отростков или участков челюстных костей. Определение подвижности костных отломков при переломах верхней челюсти проводится бимануально: большие пальцы обеих рук ладонной поверхностью кладут на жевательную поверхность моляров верхней челюсти, а указательные пальцы — на переднюю стенку верхнечелюстной пазухи в области собачьей ямки и осторожно смещают костные отломки. Подвижность костных отломков нижней челюсти исследуют

следующим образом: указательные пальцы кладут на жевательную поверхность моляров с обеих сторон, а большие пальцы — на край тела нижней челюсти и производят попытку смещения отломков.

При обследовании ротовой полости необходимо оценить **состояние больших** (околоушных, поднижнечелюстных и подъязычных) и **малых слюнных желез** (губных, щечных, молярных, небных, язычных и др.). Определяют размеры, консистенцию, болезненность, функциональную активность и характер слюны, наличие конкрементов, осматривают устья выводных протоков больших слюнных желез и при необходимости осуществляют диагностическое исследование зондом Баумана.

Исследование языка начинается с осмотра его спинки, боковых поверхностей и поверхности, обращенной ко дну полости рта, необходимо обращать внимание на форму языка, состояние слизистой оболочки, ее цвет, степень влажности, выраженность сосочков, наличие налета, трещин, язв, отпечатков зубов, отклонение языка в сторону при высовывании. Для того, чтобы выполнить пальпацию языка, его кончик захватывают марлевой салфеткой и выдвигают вперед. При пальпации можно обнаружить инородные тела (пирсинг), абсцессы и опухоли языка.

Исследование зубов и периодонта

Исследование зубов проводят с помощью стоматологического зеркала, зубного зонда и стоматологического пинцета. Стоматологическое зеркало имеет вогнутую сферическую поверхность, что позволяет видеть обследуемый зуб, участок слизистой оболочки в увеличенном отображении, а также недоступные прямому визуальному осмотру поверхности зубов. Стоматологические зонды (прямые и изогнутые) используют для обнаружения дефектов твердых тканей зуба, определения размеров кариозных полостей, обнаружения размягченного дентина и болезненности кариозной полости. По неизменной поверхности эмали острие зонда свободно скользит, при дефектах эмали и даже при небольшой шероховатости скольжение затруднено или невозможно. Ручкой зонда проводят перкуссию зубов, постукивая в вертикальном направлении оси зуба. Угловой зонд можно использовать для зондирования зубодесневых карманов. Десневой край в норме имеет бледно-розовую окраску, плотно прилегает к шейкам зубов. При патологических состояниях прикрепленная слизистая оболочка десны может быть гиперемированной или бледной, разрыхленной, кровоточащей, изъязвленной и т. д., из-под десневого края выделяется гной, может определяться рецессия десневого края. Для определения глубины зубодесневого кармана градуированный стоматологический зонд или гладилку вводят между зубом и десной. При патологическом зубодесневом кармане инструмент проникает на глубину 3 мм и более.

Исследование начинают в той части зубного ряда, где со слов больного предположительно локализуется патологический очаг. Затем обследуют остальные зубы, определяют их количество, цвет и положение в зуб-

ном ряду, наличие сверхкомплектных или молочных зубов, прорезывание зубов мудрости, характер смыкания, наличие протезов. Данные осмотра записывают в виде зубной формулы согласно международной цифровой системе обозначения постоянных зубов:

	Верхняя челюсть																	
Правая	18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28	Левая
сторона	48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38	сторона
	Нижняя челюсть																	
	или молочных зубов:																	
	55 54 53 52 51 61 62 63 64 65																	
	85 84 83 82 81 71 72 73 74 75																	

Выявленные патологические изменения обозначают условными знаками над или под соответствующими зубами:

- 0 — здоровый;
- 1 — кариозный;
- 2 — вторичный кариес;
- 3 — пломбированный;
- 4 — удален из-за осложнений кариеса;
- 5 — удален по другим причинам;
- 6 — силанты;
- 7 — элемент моста, коронки или имплантат;
- 8 — непрорезавшийся;
- 9 — не определено;
- T — травма.

Важным этапом обследования является выявление соотношения зубных рядов (определение прикуса). В норме зубной ряд образует подковообразную дугу, при этом зубы в пределах одной челюсти соприкасаются друг с другом только боковыми поверхностями. Прорезавшийся вне зубной дуги зуб затрудняет жевание, создает условия для постоянной травматизации слизистой оболочки щеки, губ, языка.

При смыкании зубных рядов определяют **тип окклюзии (прикус)**, который характеризуют по трем позициям: соотношение челюстей в сагиттальной, вертикальной и горизонтальной плоскостях; форма зубных дуг; положение отдельных зубов. Прикус может быть физиологическим (ортогнатический, прогенический, бипрогнатический, прямой) или патологическим (микрогения, косой, открытый и др.). Признаками физиологического прикуса являются следующие:

- соответствие средних линий между центральными резцами верхней и нижней челюстей;
- контакт между зубами-антагонистами (у каждого зуба имеется два антагониста, за исключением центральных нижних резцов и третьих моляров).

Исследование периодонта и слизистой оболочки ротовой полости включает оценку состояния десны: окраска, консистенция, форма, плотно прилегает к зубам или нет, кровоточивость, наличие элементов поражения, налета, десквамации, свищей, выраженность десневых сосочков.

ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЙ

Дополнительные (специальные) методы исследования имеют важное диагностическое значение. Вид и объем исследования зависит от характера патологии, уровня оснащенности лечебно-профилактического учреждения. В учебную историю болезни заносятся лишь те данные дополнительного обследования, которые необходимы для оценки состояния больного и постановки основного и сопутствующих диагнозов. По результатам каждого из методов исследования делается заключение (норма; при выявлении патологии: в чем заключается?)

Температура тела и ее динамика

В учебной истории болезни дублируется температурный лист, оценивается тип температурной кривой (постоянная, послабляющая, перемежающаяся, истощающая).

Лабораторные исследования

В хронологическом порядке приводятся результаты лабораторных исследований: общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови, определение группы крови и резус-фактора. В зависимости от показаний: микробиологические, серологические, иммунологические и др. исследования.

Инструментальные исследования

Рентгенологическое исследование является ведущим методом диагностики заболеваний челюстно-лицевой области: выполняются рентгенографические исследования зубов, челюстей и других костей лицевого скелета, придаточных пазух носа, слюнных желез, височно-нижнечелюстных суставов. Наиболее информативными из рентгенографических методов исследования являются **компьютерная томография (КТ) и магнитная резонансная томография (МРТ)**, позволяющие визуализировать исследуемые органы и топографические взаимоотношения, определить размеры и форму патологических образований.

Рентгенограммы описываются в соответствии со следующим алгоритмом:

– **вид исследования** (обзорная рентгенограмма черепа с указанием проекции, рентгенограмма околоносовых пазух, скуловых костей, сиалография, ортопантограмма, дентальные рентгенограммы и т. д.);

– **характеристика снимка** (жесткость, контрастность, наличие артефактов);

– **патологические изменения** костной структуры (патологическая тень, периостальные наслоения): не выявлены; при наличии приводится детальный анализ рентгенологической картины. При оценке *патологических теней* (разрежение, уплотнение) обращают внимание на локализацию и отношение к корням зубов и фолликулам, количество, форму (округлая, овальная, неправильная), размеры, характер контуров (ровные и неровные, четкие и нечеткие; гладкие, полициклические формы), интенсивность (гомогенная, негомогенная), характер структуры (многокамерная, ячеистая). При анализе *периостальных наслоений* имеют значение такие признаки, как локализация; протяженность (в пределах или вне патологического очага); форма (вид): линейные, слоистые (луковичные), спикулообразные (игольчатые), бахромчатые, в виде козырька (треугольник Кадмана); контуры; состояние костного вещества в пределах периостальных наслоений (истончение, разволокнение и др.);

– **состояние корней зубов** (у детей зачатков постоянных зубов): резорбция, деформация, степень формирования апикальной части корня, смещение корней зубов (конвергенция, дивергенция);

– **состояние окружающих мягких тканей:** увеличение объема, повышение интенсивности, обызвествление, дополнительные тени, участки просветления;

– **заключение:** на основании выявленных рентгенологических симптомов делается вывод о соответствии рентгенологической картины определенному заболеванию или нескольким схожим заболеваниям челюстно-лицевой области.

Функционально-инструментальные методы: электрокардиография, реовазография, электроодонтодиагностика, диафаноскопия, электромиография и др.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) позволяет обнаружить патологические очаги в мягких тканях, выявить метастазы злокачественной опухоли в регионарных лимфоузлах.

Эндоскопические исследования приобретают важное значение при обследовании носоглотки, ротоглотки, верхнечелюстных пазух.

Аллергологические диагностические пробы проводятся по показаниям под контролем аллерголога с целью уточнения реакции пациента на лекарственные препараты (прежде всего, на местные анестетики и антибиотики).

Морфологические исследования: цитологические, гистологические, гистохимические. Необходимы для верификации онкологических заболеваний челюстно-лицевой области.

Антропометрические исследования челюстно-лицевой области, изготовление слепков лица, фотограммы лица в анфас и профиль выполняются при планировании пластических операций.

Заключения специалистов-консультантов зачастую служат одним из обоснований диагноза, поэтому больные осматриваются смежными специалистами для установления окончательного диагноза.

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ, ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

Диагноз (от греч. *diagnosis* — распознавание) — краткое врачебное заключение о сущности заболевания и состоянии больного, выраженное в терминах современной медицинской науки. Диагноз является результатом исследования больного и изучения симптомов заболевания. По степени обоснованности выделяют предварительный диагноз (гипотетический), окончательный диагноз (обоснованный) и диагноз под вопросом (при отсутствии уверенности в правильности диагностики).

Для постановки диагноза выбираются и анализируются ведущие симптомы заболевания, полученные при изучении жалоб, анамнеза и объективного обследования больного, проводится оценка клинической картины заболевания в совокупности с данными лабораторных и инструментальных методов исследований.

Клинический диагноз формулируется следующим образом. На основании жалоб больного (указать каких), данных анамнеза (указать каких), данных объективного обследования (указать каких), результатов лабораторных и инструментальных исследований (указать каких) выставляется диагноз основного заболевания, осложнений основного заболевания и сопутствующие заболевания. При оформлении диагноза учитываются современные классификации, указывается степень тяжести, функциональный класс и функциональная недостаточность органа.

Клинический диагноз должен быть установлен не позднее 3-х суток пребывания больного в стационаре, за исключением сложных клинических ситуаций. Заключительный клинический диагноз выставляется при выписке больного (в учебной истории болезни оформляется перед окончанием курации).

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Дифференциальная диагностика играет важную роль не столько в распознавании заболевания, сколько в проверке диагноза и исключения возможных заболеваний путем поиска различий между конкретным случаем и сходными болезнями.

Как правило, определяют один или несколько ведущих симптомов, выбирают все заболевания, для которых этот симптом (синдром) является общим, и сравнивают клиническую картину данного заболевания с предполагаемыми. Чем специфичнее симптом, тем меньше перечень болезней для дифференциального поиска. На основании установления сходства на-

блюдаемого случая с определенным заболеванием и отличия его от всех остальных возможных, доказывают, что поставленный диагноз является более вероятным.

ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ

В этом разделе учебной истории болезни приводится этиология данного заболевания с учетом современных представлений и выделением факторов из анамнеза и объективного исследования курируемого пациента, описываются механизмы развития болезни (патогенез) в наблюдаемом клиническом случае.

В учебной истории болезни отражаются вопросы терапии данного заболевания: общие принципы с указанием всех существующих методов и обоснование лечения у курируемого больного. Показания к выбору метода лечения определяются с учетом этиологических и патогенетических механизмов болезни и индивидуальных особенностей пациента.

ДНЕВНИК

Дневник содержит сведения о проводимом лечении, динамике состояния больного и эффективности назначенного лечения. Записи производятся за каждый день курации, указывается дата, состояние больного и течение болезни, назначения.

В дневнике необходимо оценить общее состояние больного, основываясь на субъективных и объективных данных. Следует указать жалобы больного на момент курации, привести в краткой форме результаты объективного исследования с обязательным отражением их динамики: частота пульса, дыхания, артериальное давление, локальные изменения. При описании местного статуса у прооперированных больных указываются изменения послеоперационной раны и окружающих тканей, состоятельность (снятие) швов. При проведении в день курации лабораторных и инструментальных исследований, манипуляций или консультаций специалистов их результаты обязательно вносятся в дневник, а также записываются назначения с указанием режима, диеты, дозы, времени и пути введения лекарственных препаратов, физиотерапевтических процедур, дополнительных исследований.

При необходимости хирургического лечения оформляется предоперационный эпикриз, в котором приводятся конкретные показания и противопоказания к операции, указывается метод обезболивания, план предоперационной подготовки, отмечается согласие больного или родственников (для несовершеннолетних) на оперативное вмешательство. Протокол операции переписывается в дневник из операционного журнала или клинической истории болезни. Если операция выполнена до курации, то куратор вносит ее

название, дату и время проведения в раздел «История развития настоящего заболевания».

Эпикриз

Эпикриз (от греч. *epukrasis* — «после решения») — окончательное заключение о течении и исходе заболевания у курируемого больного. Это заключительный раздел истории болезни, в котором обобщаются и освещаются все имеющиеся сведения о пациенте.

В эпикризе отражаются:

- **паспортные данные:** фамилия, имя, отчество больного, его возраст;
- **время пребывания больного в стационаре** (дата поступления и дата выписки);
- **развернутый клинический диагноз** и его обоснование — **результаты обследования** больного (кратко перечисляются данные опроса, объективного и дополнительных исследований);
- **сведения о проведенном лечении:** операции, переливание крови, медикаментозное лечение с указанием препаратов и курсовых доз, физиотерапия, лечебная гимнастика, лекарства);
- **особенности течения болезни** и эффективность лечения;
- **исход болезни:** полное выздоровление, неполное выздоровление, значительное улучшение, без перемен, ухудшение;
- **рекомендации при выписке;** указывается в каком состоянии больной выписан и куда: домой (указать режим), на амбулаторное лечение; переведен в другое лечебно-профилактическое учреждение (указать конкретное учреждение и отделение); отмечается трудоспособность (продолжает болеть; при выписке трудоспособным необходимо указать дату, с которой больному следует приступить к работе); излагаются конкретные рекомендации относительно режима, диеты, медикаментозной терапии (с перечислением лекарственных средств, дозировок и схем применения), целесообразность санаторно-курортного, ортопедического лечения, необходимость консультаций специалистов и проведения дополнительных исследований; указываются сроки повторных и/или профилактических осмотров;
- **прогноз:** для жизни, для выздоровления и для трудоспособности.

В случае смерти больного эпикриз составляется в той же последовательности, но с более детальным изложением трудностей дифференциальной диагностики, особенностей течения заболевания и развития осложнений, которыми обусловлен летальный исход болезни, приводятся данные патологоанатомического вскрытия.

В учебной истории болезни необходимо привести список литературы, которую использовал куратор в своей работе. При оформлении списка

рекомендуется придерживаться правил описания библиографических источников в соответствии с ниже перечисленными примерами.

Учебники, учебно-методические пособия

1. *Бернадский, Ю. И.* Травматология и восстановительная хирургия черепно-лицево-носовой области / Ю. И. Бернадский. М. : Медицинская литература, 1999. 456 с.
2. *Артюшкевич, А. С.* Раннее хирургическое лечение врожденных расщелин верхней губы и неба : учеб.-метод. пособие / А. С. Артюшкевич, Г. М. Руман. Минск, 2006. 16 с.
3. *Комплексное лечение больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области : учеб.-метод. пособие / О. П. Чудаков [и др.].* Минск : БГМУ, 2005. 66 с.

Монографии

1. *Козин, И. А.* Эстетическая хирургия врожденных расщелин лица / И. А. Козин. М. : Мартис, 1996. 563 с.
2. *Фрадкин, С. З.* Меланома кожи / С. З. Фрадкин, И. В. Залуцкий. Минск : Беларусь, 2000. 221 с.

Статья из журнала

1. *Васильев, С. А.* Классификация пластического материала / С. А. Васильев // *Анналы пластич., реконструкт. и эстет. хирургии.* 2001. № 4. С. 51–56.
2. *Хирургическое и комбинированное лечение больных с местнораспространенными первичными и рецидивными злокачественными опухолями кожи мягких тканей головы и шеи / Д. В. Овчинников [и др.]* // *Рос. онкол. журн.* 2002. № 2. С. 14–17.
3. *Alsarraf, R.* Outcomes instruments in facial plastic surgery // *Facial. plast. surg.* 2002. Vol. 18, № 2. P. 77–86.

Автореферат диссертации

1. *Иванов, С. А.* Хейлопластика как метод первичной хирургической реабилитации больных опухолями нижней губы : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.27 / С. А. Иванов ; БелМАПО. Минск, 2005. 16 с.
2. *Соколов, В. Н.* Клинико-морфологическое обоснование восстановительных операций на голове и шее ангиосомными трансплантатами : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.21 / В. Н. Соколов ; ЦНИИ стоматологии. М., 2001. 35 с.

Электронные ресурсы

1. *Дубина, И. Н.* Оценка точности и надежности измерений // *Математические основы проектирования и анализа результатов эмпирических социально-экономических исследований [Электронный ресурс] : дистанционно-очный учебный курс.* 2006. Режим доступа : <http://www.econ.asu.ru>. Дата доступа : 25.01.2006.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Афанасьев, В. В.* Хирургическая стоматология (запись и ведение истории болезни) : практ. рук. / В. В. Афанасьев, Г. А. Пашинян, В. Н. Новосельская ; под общ. ред. проф. В. В. Афанасьева М. : ГОУ ВУНМЦ, 2005. 128 с.
2. *Воспалительные заболевания и травмы челюстно-лицевой области : дифференциальный диагноз, лечение : спр. / А. С. Артюшкевич [и др.].* Минск : Беларусь, 2001. 254 с.

3. *Змачинская, И. М.* Схема учебной истории болезни : метод. рек. / И. М. Змачинская, С. И. Неробеева. Минск : БГМУ, 2003. 16 с.
4. *Линденбратен, Л. Д.* Медицинская радиология (основы лучевой диагностики и лучевой терапии) : учеб. / Л. Д. Линденбратен, И. П. Королук. 2-е изд., перераб. и доп. М. : Медицина, 2000. 672 с.
5. *Методические* рекомендации по написанию истории болезни : метод. рек. / Н. Ф. Сорока [и др.]. 2-е изд. Минск : БГМУ, 2004. 11 с.
6. *Методика* обследования терапевтического больного : учеб. пособие / Г. И. Юпатов [и др.] ; под общ. ред. Г. И. Юпатова. Витебск : ВГМУ, 2007. 15 с.
7. *Милькаманович, В. К.* Методическое обследование, симптомы и симптомокомплексы в клинике внутренних болезней : рук-во для студентов и врачей. Минск : Полифакт-Альфа, 1994. 672 с.
8. *Михайловская, В. П.* Написание истории болезни по терапевтической стоматологии детского возраста : метод. рек. / В. П. Михайловская, К. А. Горбачева, О. В. Минченя. Минск : БГМУ, 2009. 20 с.
9. *Методы* лучевого исследования челюстно-лицевой области : учеб.-метод. пособие / И. И. Сергеева [и др.]. Минск : БГМУ, 2005. 40 с.
10. *Третьякович, А. Г.* Справочник клинических синдромов и симптомов в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / А. Г. Третьякович, А. В. Глинник. Н. Новгород : НГМА, 1999. 208 с.
11. *Рогацкин, Д. В.* Искусство рентгенографии зубов / Д. В. Рогацкин, Н. В. Гиннали. М., 2007. 146 с.
12. *Чудаков, О. П.* Методические указания по составлению и написанию клинической истории болезни хирургического стоматологического больного / О. П. Чудаков. Минск, 1986. 84 с.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	3
Опрос больного (субъективное исследование)	5
Паспортная часть	5
Жалобы больного.....	5
История развития настоящего заболевания (anamnesis morbi).....	10
История жизни больного (anamnesis vitae)	11
Объективное обследование больного (status praesens)	13
Общий осмотр	13
Обследование по системам.....	14
Данные лабораторных и инструментальных методов исследований	25
Клинический диагноз, его обоснование	27
Дифференциальный диагноз	27
Этиология, патогенез заболевания, обоснование выбора метода лечения	28
Дневник.....	28
Эпикриз.....	29
Литература.....	30