

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Сибирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

И.Д. Тазин, А.С. Котов, В.В. Кравченко

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ ХИРУРГИЧЕСКОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

Учебное пособие

Томск
Издательство СибГМУ
2023

УДК 616.314-089-07-052(075.8)

ББК 56.65я73+53.42я73

Т 139

Тазин И.Д.

Т139 История болезни хирургического стоматологического больного: учебное пособие / И. Д. Тазин, А. С. Котов, В. В. Кравченко. – Томск: Изд-во СибГМУ, 2023. – 80 с.

Данное учебное пособие подготовлено с целью формирования у студентов правильного подхода к оформлению истории болезни хирургического стоматологического больного. Представлена информация для правильного сбора анамнеза, описания объективного статуса, постановки диагноза, проведения дифференциальной диагностики. В пособии приведена кодировка заболеваний по Международной классификации болезней (МКБ-10), алгоритмы организации и технологии оказания основных видов хирургической стоматологической помощи. В приложениях представлены нормальные показатели лабораторных исследований и учетные формы медицинской документации. В учебном пособии приведены тестовые задания для самоконтроля.

Пособие подготовлено в соответствии с ФГОС высшего профессионального образования. Предназначено для студентов, обучающихся по основным профессиональным программам, программам специалитета по специальности 31.05.03 «Стоматология», а также может быть полезным для врачей-ординаторов, хирургов-стоматологов и челюстно-лицевых хирургов.

УДК 616.314-089-07-052(075.8)

ББК 56.65я73+53.42я73

Рецензент

Молчанов Н.А. – д.м.н., профессор кафедры стоматологии ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России.

Утверждено и рекомендовано к печати учебно-методической комиссией лечебного факультета ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России (протокол № 5 от 02 ноября 2022 г.).

© Макет издательства СибГМУ, 2023

© И.Д. Тазин, А.С. Котов, В.В. Кравченко, 2023

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	4
Опрос больного (субъективное исследование).....	5
История развития настоящего заболевания	11
История жизни больного	13
Данные объективного исследования.....	15
Данные лабораторных и инструментальных методов исследований	28
Клинический диагноз, его обоснование	30
Дифференциальный диагноз.....	31
Этиология, патогенез заболевания, обоснование выбора метода лечения	32
Предоперационная концепция.....	32
Протокол операции	33
Дневник	33
Выписной (этапный) эпикриз	34
Краткий вариант Международной классификации хирургических стоматологических болезней и алгоритмы оказания специализиро- ванной помощи	35
Тестовые задания.....	55
Эталоны ответов на тестовые задания.....	61
Рекомендуемая литература	62
Приложения	63

ВВЕДЕНИЕ

Ведение медицинской документации является неотъемлемой частью лечебного процесса и одной из важнейших обязанностей будущего врача. Медицинская карта стационарного больного является медицинским, юридическим и финансовым документом, поэтому все записи в ней должны быть четкими, легко читаемыми, строго запрещается исправление текста с помощью корректирующей ленты и корректирующей жидкости. Выдающийся русский терапевт М.Я. Мудров писал: «История болезни должна иметь достоинство точного представления о случившемся (...). Она должна быть справедливой. Врачу нужно писать ее рачительно, подобно живописцу, малейшие черты и тени изображавшему на лице человека».

Как юридический документ, история болезни служит одним из основных источников, который становится определяющим в решении правовых вопросов, касающихся ответственности врача, пострадавшего, пациента, администрации стационара и других заинтересованных лиц. В клинике студенты работают над академической и клинической историями болезни. Академическая история болезни является учебной и служит необходимой ступенью в подготовке и развитии умений и навыков практической врачебной деятельности. История болезни сдается на проверку за 2 дня до окончания цикла, на последнем занятии проводится ее защита с анализом допущенных ошибок. В настоящем учебном пособии приведена схема написания учебной истории болезни хирургического стоматологического больного, содержащая необходимые для постановки диагноза данные основных и дополнительных методов обследования, кодировки заболеваний по Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10), алгоритм действий при различных заболеваниях. В пособии представлен образец оформления титульного листа истории болезни (Приложение 1).

Хочется верить, что данное пособие поможет будущим врачам стать профессионалами своего дела, освоить все тонкости составления медицинской документации.

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, беспокоящие больного в настоящее время, заставившие его обратиться к врачу, при этом главной задачей является их детальный анализ согласно схеме расспроса по органам и системам. 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 значения другим. 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 органам и 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, кровотоечения.

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 плевками, полным ртом. Примерное количество и изменение мокроты по отношению к положению 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, переменной положения тела, актом дефекации, волнением. Сезонность болей. Возникновение (внезапно, предшествование 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, произвольное 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, щелканье, 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; гиперестезия, гипостезия, анестезия), давность. Кожный зуд.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ (ANAMNESIS MORBI)

История развития болезни (anamnesis morbi) 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 больной 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 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 аллергических 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.

Например, 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 том числе на медицинские препараты. При наличии в анамнезе реакции на введение лекарственных препаратов (прежде всего, на местные анестетики и антибиотики), вакцин, сывороток, уточняется ее характер.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ (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, кифосколиотическая), 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 (саккадированное). Хрипы: сухие, свистящие, жужжащие; на вдохе,

на выдохе; влажные (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 окологрудинной 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, неподвиж-

ный), 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 исследова-

нии регионарных лимфатических узлов пальпация производится при незначительном наклоне головы пациента вниз, без напряжения мышц шеи. Мягкие ткани поднижнечелюстных и подподбородочных 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, шелканье).

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 — nn. 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 мышечкового 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 состоянии 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, необходимо обратить 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-глочные 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. Подвиж-

ность 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 высывании. 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 сли-

зистая 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 используют градуированный стоматологический зонд или гладилку. 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 зубном 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

Зубная формула 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:

О – отсутствует; **Р** – корень; **С** – кариес; **Р** – пульпит; **Pt** – периодонтит; **П** – пломбированный; **К** – коронка искусственная; **И** – искусственный зуб; **А** – пародонтит.

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, бипрогнатиче-

ский, 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, включая ее окраску, консистенцию, форму, плотное или неплотное прилегание к зубам, 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 или патология).

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, микробиологические, серологические, иммунологические и др. исследования.

Лабораторные показатели здорового человека даны в Приложении 2.

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, сиалогграфия, 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, негеногенная), 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 большое 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, фотографии 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) — это 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 трех 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 наблюдаемого 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 фактов 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 курируемого больного. Показания к выбору метода лечения определяются с учетом этиологических и патогенетических механизмов болезни и индивидуальных особенностей пациента.

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ КОНЦЕПЦИЯ

На больного, подлежащего оперативному лечению, оформляется предоперационная концепция (предоперационный эпикриз) по следующей схеме.

1. Ф.И.О. больного, возраст.
2. Будет оперирован по поводу (указать основное заболевание и его осложнения).
3. Диагноз поставлен на основании (жалоб больного, анамнеза развития заболевания, общих и местных признаков основного заболевания и его осложнений, данных лабораторных и инструментальных методов обследования).
4. Сопутствующие заболевания.
5. Показания к операции (абсолютные, относительные).
6. Противопоказания к операции.
7. Степень операционного риска.
8. Метод обезболивания, степень анестезиологического риска.
9. Информированное согласие пациента на данный вид обезболивания.
10. Возможные интраоперационные осложнения.
11. Возможные послеоперационные осложнения и их профилактика.
12. Информированное согласие пациента на операцию (см. Приложение 3).

ПРОТОКОЛ ОПЕРАЦИИ

Протокол операции записывается оперирующим хирургом в журнале записи оперативных вмешательств в стационаре (форма № 008/У) и дублируется лечащим врачом в истории болезни (см. Приложение 4).

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».

ВЫПИСНОЙ (ЭТАПНЫЙ) ЭПИКРИЗ

По выздоровлении или улучшении состояния больного на момент выписки оформляется выписной эпикриз. Этапный эпикриз пишется, если больной к моменту окончания курации продолжает стационарное лечение.

В эпикризе должны быть представлены: краткая характеристика течения основного заболевания и его осложнений, результаты обследования, характер и результаты проведенного лечения, осложнения, развернутый клинический диагноз, состояние при выписке, прогноз, заключение о трудоспособности, рекомендации по диете, режиму труда и отдыха после выписки, санаторно-курортному лечению, необходимости диспансерного наблюдения. На каждого выписанного больного лечащим врачом дополнительно заполняется форма № 066/У «Статистическая карта выбывшего из стационара» (см. Приложение 5).

Краткий вариант Международной классификации хирургических стоматологических болезней и алгоритмы оказания специализированной помощи

БОЛЕЗНИ ПУЛЬПЫ И ПЕРИАПИКАЛЬНЫХ ТКАНЕЙ (K04 по МКБ-10)

Обострение хронического периодонтита (K04.6 по МКБ-10)

Жалобы на боль ноющего характера в области (укажите зуб), усиливающуюся при накусывании.

Анамнез заболевания: (укажите зуб) ранее лечен, периодически беспокоил, ___ дней назад (укажите зуб) заболел вновь, появилась болезненность в области челюсти (верхней или нижней), боль при накусывании на (укажите зуб) нарастала.

Перенесенные и сопутствующие заболевания: (укажите).

Местные изменения: при внешнем осмотре изменений нет.

Поднижнечелюстные (укажите сторону) лимфатические узлы слегка увеличены, болезненны при пальпации. Рот открывается свободно. В полости рта: (укажите зуб) под пломбой, в цвете изменен, перкуссия его болезненна, имеется подвижность I-II степени. По переходной складке в проекции верхушек корней (укажите зуб) определяются гиперемия и небольшой отек слизистой оболочки. Пальпация переходной складки болезненна.

На рентгенограмме (укажите дату): (укажите зуб) — опишите изменения в околоверхушечных тканях (качество пломбирования каналов зубов, величину и контуры имеющегося разрежения костной ткани).

Диагноз: обострение хронического периодонтита (укажите зуб) (K04.6).

Лечение: под анестезией (укажите виды анестезии, название, концентрацию и дозу вводимого анестетика) проведено удаление (укажите зуб). Кюретаж лунки; лунка заполнилась сгустком крови. Даны рекомендации (укажите).

Одонтогенная цистогранулема (K04.8 по МКБ-10)

Жалобы на периодически появляющуюся боль в (укажите зуб). Зуб ранее лечен по поводу осложненного кариеса с пломбированием канала(ов).

Местные изменения: при внешнем осмотре конфигурация лица не нарушена. Поднижнечелюстные и околоушные лимфатические узлы не пальпируются. Рот открывается свободно. В полости рта: слизистая оболочка бледно-розового цвета. При пальпации альвеолярного отростка челюсти (верхней или нижней) с вестибулярной стороны определяется незначительное выбухание в области проекции верхушки (укажите зуб).

На рентгенограмме (укажите дату): в области верхушки (укажите зуб) имеется разрежение костной ткани округлой формы с четкими контурами диаметром ___ см. Канал (укажите зуб) запломбирован на 2/3.

Диагноз: кистогранулема в области (укажите зуб) (K04.8 по МКБ-10).

Операция резекции верхушки корня

Под анестезией (укажите виды анестезии, название, концентрацию и дозу вводимого анестетика) произведен разрез (полуовальный или трапециевидный) мягких тканей альвеолярного отростка до кости, основанием обращенный к переходной складке. Отслоен слизисто-надкостничный лоскут в области (укажите формулу зубов). При ревизии альвеолярного отростка обнаружена узора, которая расширена бором или долотом. С помощью фиссурного бора произведена резекция верхушки корня (укажите формулу зуба), которая удалена кюретажной ложкой вместе с кистогранулемой. Канал зуба ретроградно запломбирован амальгамой. Полость обработана 5 % раствором йода. Лоскут уложен на место и фиксирован (укажите шовный материал) швами. Наложена давящая повязка. Назначена медикаментозная терапия (укажите лекарственные препараты, выписанные больному, их дозировку). Даны рекомендации (укажите).

Радикулярная киста челюсти (K04.8 по МКБ-10)

Жалобы на безболезненную припухлость в области _____ челюсти (укажите локализацию).

Перенесенные и сопутствующие заболевания: (укажите).

Анамнез заболевания: ранее периодически болел (укажите зуб), но пациент к врачу не обращался. Припухлость заметил около _____ месяцев назад. Отмечает постепенное ее увеличение. В настоящее время в связи с косметической неудовлетворенностью обратился к хирургу-стоматологу.

Местные изменения: при внешнем осмотре отмечается небольшая припухлость (укажите локализацию). Кожа под припухлостью

обычной окраски, хорошо собирается в складку, при пальпации ткани мягкие, безболезненные. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Открывание рта свободное, безболезненное. В полости рта: слизистая оболочка бледно-розового цвета, достаточно увлажнена. Имеется ограниченная припухлость полуовальной формы с вестибулярной стороны альвеолярной части _____ челюсти в области (укажите зубы). Слизистая оболочка над припухлостью бледная с выраженным сосудистым рисунком. При пальпации припухлость податливая, умеренно плотная, безболезненная. В центре ее определяется слабовыраженный симптом пергаментного хруста. Коронки (укажите зуб) конвергируют, (укажите зуб) изменен в цвете.

На рентгенограмме альвеолярного отростка _____ челюсти (укажите дату): определяется разрежение костной ткани в области (укажите зубы) с ровными и четкими контурами округлой формы. Проведена ЭОД: (укажите зуб) не реагирует на токи свыше 200 мА.

Диагноз: радикулярная киста _____ челюсти в области (укажите зубы) (K04.8 по МКБ-10).

Операция цистэктомии

Корни зубов, у которых производится резекция верхушек, заранее пломбируются (накануне операции).

Под проводниковой (укажите какой) и инфильтрационной (укажите название, концентрацию и дозу вводимого анестетика) анестезиями произведен полуовальный (или трапециевидный) разрез слизистой оболочки и надкостницы до кости. Сформирован лоскут, основанием обращенный к переходной складке так, чтобы будущая костная рана была несколько меньше слизисто-надкостничного лоскута. Отслоен слизисто-надкостничный лоскут в области (укажите зубы). В истонченной и вздутой компактной пластине кости альвеолярного отростка имелась узора, которая расширена борами. Обнаружена и полностью выделена оболочка радикулярной кисты, резецированы верхушки корней (укажите зубную формулу), которые удалены вместе с оболочкой радикулярной кисты. Фрезой сглажены острые края образовавшейся полости. Рана промыта растворами антисептиков, костная полость заполнена остеопластическим материалом (укажите каким), лоскут уложен на место, рана ушита (укажите шовный материал) швами. Наложена давящая повязка. Назначена медикаментозная терапия (укажите лекарственные препараты, выписанные больному, их дозировку).

Операция цистотомии

Под проводниковой (укажите какой) и инфильтрационной (укажите название, концентрацию и дозу вводимого анестетика) анестезиями произведен полуовальный разрез так, чтобы он совпадал с границами костной раны. Отслоен слизисто-надкостничный лоскут в области (укажите формулу зубов). Имелась узора кости, которая расширена бором и кусачками в пределах полного диаметра кисты. Обнаружена оболочка кисты и иссечена ее передняя стенка по границе костной раны. «Причинный» зуб (укажите) удален. Полость кисты промыта 3 % раствором перекиси водорода. В полость кисты укладывают слизисто-надкостничный лоскут, в который послойно плотно вводят йодоформный тампон, фиксируя лоскут (или подшивают край слизисто-надкостничного лоскута к оболочке кисты). Наложена давящая повязка. Назначена медикаментозная терапия (укажите лекарственные препараты, выписанные пациенту, их дозировку).

ДРУГИЕ БОЛЕЗНИ ЧЕЛЮСТЕЙ (К10 по МКБ-10)

Острый гнойный периостит (К10.2 по МКБ-10)

Пример 1

Жалобы на припухлость щеки (справа или слева), боли в этой области, повышение температуры до ____°С.

Перенесенные и сопутствующие заболевания: (укажите).

Анамнез заболевания: ____ дней назад заболел (укажите зуб); через два дня появилась припухлость в области десны, а затем и в щечной области. Больной к врачу не обратился, делал внутриворотные теплые содовые ванночки, принимал (укажите лекарственные препараты), однако боль нарастала, припухлость увеличивалась, и пациент обратился к врачу-стоматологу.

Местные изменения: при внешнем осмотре определяется асимметрия лица за счет отека в щечной и подглазничной областях (справа или слева). Кожа над данными областями в цвете не изменена, пастозная при пальпации, собирается в складку. Поднижнечелюстные лимфатические узлы (справа или слева) увеличены, утолщены, слабо болезненны при пальпации. Рот открывается свободно. В полости рта: (укажите зуб) коронка разрушена, перкуссия его умеренно болезненная, подвижность I–II степени. Переходная складка в области (укажите зубы) сглажена, значительно выбухает, болезненна при пальпации, определяется флюктуация.

Диагноз: острый гнойный периостит верхней челюсти (справа или слева) в области (укажите зуб) (K10.2 по МКБ-10).

Пример 2

Жалобы на припухлость нижней губы и подбородка, распространяющуюся на верхний отдел подбородочной области; ноющие боли в переднем отделе нижней челюсти, общую слабость, отсутствие аппетита; повышение температуры тела до ____°С.

Анамнез заболевания: после переохлаждения ____ дней назад появилась самопроизвольная боль в ранее леченном (укажите зуб), боль при накусывании. На __-й день от начала заболевания боль в зубе значительно уменьшилась, но появилась припухлость мягких тканей нижней губы, которая постепенно увеличивалась. Лечение больной не проводил. В поликлинику обратился на __-й день заболевания.

Перенесенные и сопутствующие заболевания: (укажите).

Непереносимость (укажите медикаментозное средство).

Местные изменения: при внешнем осмотре определяется отек кожи в области нижней губы и подбородка. Кожа в цвете не изменена, собирается в складку. Подбородочные лимфатические узлы слегка увеличены, слабо болезненны при пальпации. Открывание рта не затруднено. В полости рта: переходная складка в области (укажите зубы) сглажена, слизистая оболочка ее отечна и гиперемирована. При пальпации определяются болезненный инфильтрат в этой области и положительный симптом флюктуации. Коронка (укажите зуб) частично разрушена, перкуссия его слабо болезненна, подвижность зуба I–II степени. Перкуссия (укажите зуб) безболезненна.

Диагноз: острый гнойный периостит нижней челюсти в области (укажите зуб) (K10.2 по МКБ-10).

Хирургическое вмешательство по поводу острого гнойного периостита

Под инфильтрационной (или проводниковой, в этом случае укажите вид анестезии) анестезией (укажите название, концентрацию и дозу вводимого анестетика) удален (укажите зуб), произведен разрез по переходной складке в области (укажите формулу зубов) длиной 3 см до костной ткани. Получен гной (количество, консистенция). Рана дренирована резиновой полоской. Назначена медикаментозная терапия (укажите лекарственные препараты, выписанные пациенту, их дозировку). Даны рекомендации (укажите).

Перевязка после вскрытия поднадкостничного абсцесса при остром гнойном периостите

Состояние больного удовлетворительное. Отмечает улучшение (или ухудшение, или отсутствие изменений). Боль в области челюсти уменьшилась (или усилилась, или осталась прежней). При осмотре: припухлость окологлазничных тканей уменьшилась (или увеличилась, или осталась прежней), из раны выделяется небольшое количество гноя. Рана промыта 3 % раствором перекиси водорода и раствором фурацилина в разведении 1:5000. В рану введены сорбент и резиновая полоска (или рана дренирована резиновой полоской).

Пример 3

Жалобы на боль в области твердого неба (справа или слева) пульсирующего характера и наличие на нем припухлости. Боль усиливается при прикосновении к припухлости языком.

Анамнез заболевания: ____ дня назад появились боли в ранее леченном (укажите зуб), боль при накусывании, ощущение «выросшего зуба». Затем боли в зубе уменьшились, но появилась болезненная припухлость на твердом небе, которая постепенно увеличивалась в размерах.

Перенесенные и сопутствующие заболевания: (укажите).

Местные изменения: при внешнем осмотре конфигурация лица не изменена. При пальпации определяется увеличение поднижнечелюстных лимфатических узлов (справа или слева), которые безболезненны. Открывание рта свободное. В полости рта: на твердом небе соответственно (укажите зуб) имеется овальной формы выбухание с четкими границами, слизистая оболочка над ним гиперемирована, болезненна при пальпации. В центре его определяется флюктуация. (Укажите зуб) — коронка частично разрушена, глубокая кариозная полость. Перкуссия болезненная, подвижность зуба I–II степени.

Диагноз: острый гнойный периостит верхней челюсти (правой или левой). Небный абсцесс (K10.2 по МКБ-10).

Лечение: под небной и резцовой анестезиями (укажите название, концентрацию и дозу вводимого анестетика) удален (укажите зуб). Проведено вскрытие абсцесса твердого неба с иссечением мягких тканей до кости в виде треугольного лоскута в пределах всего инфильтрата, получен гной. Рана дренирована резиновой полоской. Назначена медикаментозная терапия (укажите лекарственные препараты, выписанные пациенту, их дозировку). Даны рекомендации (укажите)

Острый одонтогенный остеомиелит (К10.2 по МКБ-10)

Жалобы на постоянные ноющие боли в области половины (правой или левой) нижней челюсти, резкую слабость, повышение температуры тела до ___°С, озноб, потливость, неприятный запах изо рта.

Перенесенные и сопутствующие заболевания: (укажите).

Анамнез заболевания: ___ дней назад появились боли в ранее леченном (укажите зуб) при накусывании. Затем припухли десна и щека (справа или слева). Ночью больной отмечал озноб. Утром обратился к врачу. (Укажите зуб) был удален. Улучшения не наступило. Нарастали боли в челюсти, общая слабость, появились онемение кожи нижней губы (справа или слева), неприятный запах изо рта. Припухлость мягких тканей увеличилась, температура тела повысилась до ___°С.

Местные изменения: при внешнем осмотре определяется асимметрия лица за счет отека и инфильтрата в поднижнечелюстной и щечной областях (справа или слева). Кожа над ним гиперемирована, напряжена, в складку не собирается. Пальпация тканей болезненна. Тактильная и болевая чувствительность кожи нижней губы и подбородка (справа или слева) снижена (положительный симптом Венсана). Пальпация нижнего края тела нижней челюсти (справа или слева) резко болезненна. В полости рта: слизистая оболочка альвеолярного отростка нижней челюсти в области (укажите зубы) муфтообразно утолщена, гиперемирована, отечна. Перкуссия (укажите зубы) болезненна, зубы подвижны (укажите степень подвижности). Из лунки (укажите зуб) выделяется гной.

Диагноз: острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти (справа или слева) (К10.2 по МКБ-10).

Лечение: под мандибулярной анестезией (укажите название, концентрацию и дозу вводимого анестетика) удален (укажите зуб), выполнены разрезы длиной ___ см до кости по переходной складке и с язычной стороны альвеолярного отростка нижней челюсти до кости в области (укажите зубы). Получен гной (количество и консистенция). Раны дренированы резиновыми полосками. Даны рекомендации (укажите). Назначена медикаментозная терапия (укажите лекарственные препараты, выписанные пациенту, их дозировку).

Альвеолит (К10.3 по МКБ-10)

Жалобы на постоянные ноющие боли в области лунки удаленного (укажите зуб), отдающие в ухо и висок, запах изо рта.

Перенесенные и сопутствующие заболевания: (укажите).

Анамнез заболевания: (укажите зуб) удален 2 дня назад по поводу хронического периодонтита. На 2-й день появилась боль в области лунки (укажите зуб), которая постепенно усиливалась.

Местные изменения: при внешнем осмотре конфигурации лица не изменена. При пальпации определяются увеличенные до ___ см подвижные, слегка уплотненные и болезненные лимфатические узлы в поднижнечелюстной (правой или левой) области. Открывание рта свободное, безболезненное. В полости рта: слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, достаточно увлажнена. Слизистая оболочка в области лунки (укажите зуб) слегка гиперемирована и отечна. Края лунки (укажите зуб) покрыты серым фибринозным налетом. При обследовании лунки (укажите зуб) определяется частично распавшийся кровяной сгусток.

Диагноз: альвеолит в области удаленного (укажите зуб) (K10.3 по МКБ-10).

Перевязка при альвеолите

Под проводниковой (укажите какой) и инфильтрационной (укажите название, концентрацию и дозу вводимого анестетика) анестезиями с помощью шприца и тупой иглы произведено струйное промывание лунки (укажите зубную формулу) теплым 3 % раствором перекиси водорода и раствором фурацилина в разведении 1:5000. Кюретажной ложкой из лунки аккуратно удален распавшийся кровяной сгусток с остатками пищи. Лунка вновь промыта антисептиками, затем она высушена марлевым тампоном и в нее введен (укажите препарат). Назначена медикаментозная терапия (укажите лекарственные препараты, выписанные больному, их дозировку).

НАРУШЕНИЯ РАЗВИТИЯ И ПРОРЕЗВАНИЯ ЗУБОВ (K00 по МКБ-10)

Полуретенция и дистопия зубов (K01.0, K01.1, K07.3 по МКБ-10)

Жалобы на периодические боли в области нижней челюсти (справа или слева) и затрудненное открывание рта.

Перенесенные и сопутствующие заболевания: (укажите).

Анамнез заболевания: больным себя считает около ___ месяцев. В _____ месяце впервые почувствовал появление болезненной припухлости десны в области (укажите зуб) и некоторое затруднение при открывании рта. Обратился в стоматологическую поликлинику, где

проводилось лечение (укажите какое). Указанные выше явления стихли. Направлен на консультацию к хирургу-стоматологу.

Местные изменения: при внешнем осмотре конфигурация лица не нарушена; при пальпации определяется увеличенный (___ см в диаметре), безболезненный, подвижный поднижнечелюстной лимфатический узел (справа или слева). Открывание рта свободное, безболезненное. В полости рта: слизистая оболочка преддверия рта бледно-розового цвета, достаточно увлажнена. (Укажите зуб) прорезался ___ буграми, смещен в ___ сторону (укажите зуб).

На рентгенограмме коронка (укажите зуб) смещена, медиальными буграми прилежит к корню (укажите зуб).

Диагноз: полуретенция и дистопия (укажите зуб) (K01.0 по МКБ-10).

Операция атипического удаления зуба

Под инфильтрационной или проводниковой (в этом случае укажите какой) анестезией (укажите название, концентрацию и дозу вводимого анестетика) проведен углообразный (или трапециевидный, или полуовальный) разрез и отслоен слизисто-надкостничный лоскут в области (укажите зуб). Бором трепанирована компактная пластинка костной ткани альвеолы в области (укажите формулу удаляемого зуба) с вестибулярной стороны (при удалении 38 или 48 зуба — дополнительно в ретромоллярной области). Костная ткань удалена бором.

Зуб вывихнут элеватором и удален щипцами. Рана промыта 3 % раствором перекиси водорода. Лоскут уложен на место, рана ушита (укажите шовный материал) швами. Наложена давящая повязка. Назначена медикаментозная терапия (укажите лекарственные препараты, выписанные пациенту, их дозировку).

Перикоронарит (K05.2 по МКБ-10)

Жалобы на боль в области (укажите зуб), боль при глотании, затрудненное открывание рта.

Перенесенные и сопутствующие заболевания: (укажите).

Анамнез заболевания: боль и затрудненное открывание рта возникли ___ дней назад, постепенно нарастали. Прием внутрь анальгетиков улучшения не принес, и больной обратился к врачу.

Местные изменения: при внешнем осмотре отмечается припухлость в (укажите локализацию) поднижнечелюстной области за счет отека тканей. Кожа над припухлостью в цвете не изменена, в складку

собирается свободно. При пальпации определяются увеличенные (до 2 см в диаметре), уплотненные, болезненные, ограниченно подвижные поднижнечелюстные лимфатические узлы (справа или слева). Открывание рта ограничено (укажите степень открывания рта), болезненно. В полости рта: слизистая оболочка отечна, гиперемирована в ретромолярной области и по переходной складке в области (укажите зуб), а также и по передней небной дужке. (Укажите зуб) прорезался медиальными буграми. В области (укажите зуб) имеется капюшон слизистой оболочки, из-под которого выделилась капля гноя. Пальпация тканей в области (укажите зуб) резко болезненна. Миндалины не увеличены. Ткани челюстно-язычного желобка свободны.

Диагноз: перикоронарит в области (укажите зуб) (K05.2 по МКБ-10).

Операция рассечения капюшона

Под проводниковой (укажите, какой) и (или) инфильтрационной (укажите название, концентрацию и дозу вводимого анестетика) анестезиями рассечены ткани ретромолярной области до кости через середину капюшона. Края раны раздвинуты, получено небольшое количество гноя, рана промыта раствором фурацилина в разведении 1:5000 и в нее введены лекарственное средство и резиновая полоска. Даны рекомендации (укажите). Назначена медикаментозная терапия (укажите лекарственные препараты, выписанные пациенту, их дозировку).

Операция иссечения капюшона

Под мандибулярной и (или) инфильтрационной (укажите название, концентрацию и дозу вводимого анестетика) анестезиями произведено иссечение мягких тканей в области (укажите зуб), коронка зуба полностью освобождена от слизистой оболочки. Даны рекомендации (укажите). Назначена медикаментозная терапия (укажите лекарственные препараты, выписанные пациенту, их дозировку).

ДРУГИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ДЕСНЫ И БЕЗЗУБОГО АЛЬВЕОЛЯРНОГО КРАЯ (K06 по МКБ-10)

Перфорация дна верхнечелюстной пазухи (J01.0 по МКБ-10)

Жалобы на попадание жидкой пищи и жидкостей из полости рта в полость носа, невозможность надуть щеки.

Анамнез заболевания: 3 дня назад в стоматологической поликлинике был удален разрушенный (укажите зуб). Удаление было сложным, отмечалось сильное кровотечение. Через 2 дня во время приема пищи отметил попадание жидкостей в полость носа.

Перенесенные заболевания: (укажите).

Местные изменения: лицо симметричное. Кожа и видимые слизистые физиологической окраски, без высыпаний. Носовое дыхание затруднено. Отделяемое из полости носа (характер).

Движение нижней челюсти в полном объеме. В полости рта: лунка удаленного (укажите зуба) не заполнена кровяным сгустком. Носоротовая и ротовая пробы положительны. При зондировании лунки зонд проваливается в гайморову пазуху.

Зубная формула: (укажите).

На рентгенограмме придаточных пазух носа (укажите дату): в полуаксиальной проекции пневматизация гайморовых пазух не нарушена.

Диагноз: перфорация дна верхнечелюстной пазухи (правой или левой) в области лунки удаленного отверстия (укажите зуб) (J01.0 по МКБ-10).

Операция пластического закрытия перфорационного отверстия дна верхнечелюстной пазухи

Под туберальной (инфильтрационной) и небной анестезиями (укажите анестетик) проведено выкраивание трапециевидного лоскута в области лунки (укажите зуб), широким основанием обращенного к переходной складке. Распатором отслоен слизисто-надкостничный лоскут. По периметру лунки (укажите зуб) проведена деэпителизация. Лоскут уложен на место с перекрытием лунки (укажите зуб). Лоскут фиксирован к слизистой оболочке узловыми швами из фтореста. Даны рекомендации (укажите). Назначена медикаментозная терапия (укажите лекарственные препараты, выписанные пациенту, их дозировку).

Острый край альвеолы.

Жалобы на боль в области _____ челюсти (укажите локализацию).

Перенесенные и сопутствующие заболевания: (укажите).

Анамнез заболевания: (укажите зубы) были удалены _____ дней назад. Боль в области _____ челюсти появилась после того, как

больной начал пользоваться вновь изготовленным съемным протезом.

Местные изменения: при внешнем осмотре конфигурация лица не нарушена. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Открывание рта свободное, безболезненное. В полости рта: слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, достаточно увлажнена. В области удаленных (укажите зубы) пальпируется резко болезненный острый край альвеолярного отростка, покрытый неизменной слизистой оболочкой.

Диагноз: острый край альвеолы в области удаленных (укажите зубы).

Лечение

1. *Альвеолоэктомия.* Под проводниковой (укажите какой) и (или) инфильтрационной (укажите название, концентрацию и дозу вводимого анестетика) анестезиями проведен углообразный (или полуовальный, или трапециевидный) разрез в области (укажите зубную формулу) и отслоен слизисто-надкостничный лоскут. Обнажен острый край альвеолы, который удален костными кусачками и сглажен фрезой. Лоскут уложен на место. Рана ушита кетгутом. Наложена давящая повязка.
2. *Альвеолотомия (по Я.З. Эштейну).* Под инфильтрационной анестезией (укажите концентрацию и дозу вводимого анестетика) проведено с помощью распатора сглаживание острого края альвеолы через пленку (типа рентгеновской).

ДРУГИЕ БОЛЕЗНИ ГУБ И СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА (K13 по МКБ-10)

Ретенционная киста слизистой оболочки полости рта (K11.6 по МКБ-10)

Жалобы на новообразование в области слизистой оболочки нижней губы.

Перенесенные и сопутствующие заболевания: (укажите)

Анамнез заболевания: около ___ месяцев назад во время еды больной прикусил нижнюю губу. Через несколько дней после этого заметил появление небольшого образования в толще губы, которое постепенно увеличивалось, не болело, но мешало при еде. Обратился к хирургу-стоматологу.

Местные изменения: при внешнем осмотре конфигурация лица не изменена. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Открывание рта свободное, безболезненное. В полости рта: слизистая оболочка бледно-розового цвета, достаточно увлажнена. На внутренней поверхности нижней губы (укажите локализацию) имеется новообразование округлой формы диаметром ___ см, по окраске отличающееся от окружающей слизистой оболочки. При бимануальной пальпации в толще нижней губы определяется округлой формы образование, мягкоэластичной консистенции, безболезненное, подвижное.

Диагноз: ретенционная киста нижней губы (K11.6 по МКБ-10).

Операция удаления оболочки ретенционной кисты нижней губы.

Под инфильтрационной анестезией (укажите название, концентрацию и дозу вводимого анестетика) двумя полуовальными сходящимися разрезами иссечена слизистая оболочка нижней губы. Оболочка ретенционной кисты полностью выделена и удалена, проведен гемостаз. Рана ушита (укажите шовный материал) швами. Наложена давящая повязка.

БОЛЕЗНИ ЯЗЫКА (K14 ПО МКБ-10)

Фиброма языка (K11.6 по МКБ-10)

Жалобы на новообразование на языке (укажите локализацию).

Перенесенные и сопутствующие заболевания: (укажите).

Анамнез заболевания: пациент заметил появление новообразования на языке (укажите локализацию) около ___ месяцев назад. Отмечал медленный рост новообразования.

Местные изменения: при внешнем осмотре нарушения конфигурации лица не отмечено. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Открывание рта свободное, безболезненное. В полости рта: слизистая оболочка бледно-розового цвета, хорошо увлажнена. На языке (укажите локализацию) имеется новообразование округлой формы диаметром ___ см, на широкой ножке, при пальпации — плотное, безболезненное, подвижное. Поверхность новообразования — гладкая.

Диагноз: фиброма языка (укажите локализацию) (K11.6 по МКБ-10).

Операция иссечения доброкачественного новообразования (фиброма, папиллома и др.)

Под инфильтрационной анестезией (укажите название, концентрацию и дозу вводимого анестетика) двумя полуовальными сходящимися разрезами произведено иссечение новообразования в пределах здоровых тканей до мышечного слоя. Макропрепарат направлен на гистологическое исследование. Рана ушита (укажите шовный материал) швами.

БОЛЕЗНИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ (K11 по МКБ-10)

Слюннокаменная болезнь (K11.5 по МКБ-10). *Жалобы* на боль и припухлость в (укажите локализацию) поднижнечелюстной области, появляющиеся во время еды и исчезающие через несколько минут.

Перенесенные и сопутствующие заболевания: (укажите).

Анамнез заболевания: припухлость в _____ поднижнечелюстной области впервые появилась _____ месяцев назад во время приема кислой пищи. Затем около _____ месяцев данных явлений не было. Около ___ дней назад вновь появилась припухлость поднижнечелюстной области после приема пищи, в связи с чем больной обратился к врачу.

Местные изменения: при внешнем осмотре конфигурация лица не нарушена. При пальпации определяется слегка увеличенная и уплотненная поднижнечелюстная (правая или левая) слюнная железа. Регионарные лимфатические узлы поднижнечелюстной (правой или левой) области увеличены (до 1 см в диаметре), мягкие, безболезненные при пальпации. В полости рта: слизистая оболочка бледно-розового цвета, достаточно увлажнена. При пальпации выявляется уплотнение по ходу выводного протока слюнной железы (справа или слева) в подъязычной области. Из выводного протока выделяется мутная слюна. При зондировании протока определяется инородное тело.

На рентгенограмме дна полости рта (укажите дату): отмечается тень конкремента справа размером ___ см.

Диагноз: слюннокаменная болезнь _____ поднижнечелюстной железы, камень выводного протока железы (K11.5 по МКБ-10).

Операция удаления слюнного камня из протока поднижнечелюстной слюнной железы

Под (язычной, мандибулярной или торусальной) анестезией (укажите название, концентрацию и дозу вводимого анестетика) произведена перевязка слизистой вместе с протоком дистальнее конкремента. Рассечена слизистая оболочка длиной 2 см над введенным в проток зондом в области локализации конкремента. Обнаружен и удален конкремент размером ___ см. Рана частично ушита (укажите шовный материал) швом. Резиновая полоска введена в проток. Даны рекомендации (укажите). Назначена медикаментозная терапия (укажите лекарственные препараты, выписанные пациенту, их дозировку).

СТОМАТИТ И РОДСТВЕННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ (К12 по МКБ-10)

Абсцессы челюстно-лицевой области (К12.2 по МКБ-10)

Пример 1. Абсцесс челюстно-язычного желобка

Жалобы на боль при глотании, затрудненное и болезненное открывание рта, повышенную температуру тела.

Перенесенные и сопутствующие заболевания: (укажите).

Анамнез заболевания: (укажите зуб) неоднократно беспокоил ранее. Неделю назад вновь появилась боль в (укажите зуб). Больной обратился к врачу, был удален (укажите зуб). На следующий день появились боль при глотании и затрудненное открывание рта. Принимал (укажите препараты). Однако боль усиливалась, повысилась температура тела, в связи с чем пациент вновь обратился к врачу хирургу-стоматологу.

Местные изменения: при внешнем осмотре выявляется небольшая припухлость в подчелюстной области (укажите локализацию). Кожа над припухлостью не изменена в цвете, свободно собирается в складку. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены и болезненны. Открывание рта болезненно, затруднено (укажите степень открывания рта). В полости рта: после анестезии по Берше – Дубову рот больному открыт. Обнаружено, что слизистая оболочка в заднем отделе подъязычной области отечна, гиперемирована, подъязычный валик набухает. При пальпации определяется болезненный инфильтрат с участком флюктуации в центре. (Укажите зуб) разрушен, перкуссия болезненна.

Диагноз: абсцесс _____ челюстно-язычного желобка (К12.2 по МКБ-10).

Операция вскрытия абсцесса челюстно-язычного желобка

Под мандибулярной (или язычной) анестезией (укажите название, концентрацию и дозу вводимого анестетика) проведен разрез слизистой оболочки длиной 2 см в месте наибольшего выбухания в области челюстно-язычного желобка ближе к телу нижней челюсти. Кровоостанавливающим зажимом типа «Москит» осторожно разведены подлежащие ткани по направлению к диафрагме рта. Полученной (укажите количество). Рана дренирована резиновой полоской. Даны рекомендации (укажите). Назначена медикаментозная терапия (укажите лекарственные препараты, выписанные пациенту, их дозировку).

Пример 2. Абсцесс крыловидно-нижнечелюстного пространства.

Жалобы на болезненное и затрудненное глотание, плохое открывание рта, повышение температуры тела до ___ °С.

Перенесенные и сопутствующие заболевания: (укажите).

Анамнез заболевания: ___ дней назад появилась боль при накусывании в области (укажите зуб), затем затрудненное открывание рта и болезненность при глотании, повысилась температура тела до ___ °С. Принимал (укажите медикаменты), но улучшения не наступало, в связи с чем больной обратился к врачу повторно.

Местные изменения: при внешнем осмотре имеется небольшая припухлость в заднем отделе поднижнечелюстной области. Кожа над припухлостью не изменена в цвете, собирается в складку. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены (справа или слева), болезненны при пальпации. Открывание рта болезненно и затруднено (укажите степень открывания рта). Пальпация позади ветви нижней челюсти болезненна. После анестезии по Берше – Дубову рот стал лучше открываться, был проведен осмотр полости рта: слизистая оболочка отечна и гиперемирована в области крыловидно-челюстной складки. При ее пальпации определяется болезненность. Пальпация области челюстно-язычного желобка и боковой стенки глотки слегка болезненна. (Укажите зуб) разрушен, перкуссия болезненна.

Диагноз: абсцесс _____ крыловидно-нижнечелюстного пространства (K12.2 по МКБ-10).

Операция вскрытия абсцесса крыловидно-нижнечелюстного пространства

Под анестезией по Берше – Дубову (укажите название, концентрацию и дозу вводимого анестетика) проведен разрез несколько наружу от крыловидно-нижнечелюстной складки и параллельно ей, длиной 2 см на глубину 0,5 см. Подлежащие ткани разведены кровоостанавливающим зажимом типа «Москит», который продвинут в крыловидно-нижнечелюстное пространство до внутренней поверхности ветви нижней челюсти. Получен гной (укажите количество). Рана дренирована резиновой полоской. Даны рекомендации (укажите). Назначается медикаментозная терапия (укажите лекарственные препараты, выписанные пациенту, их дозировку).

**ПОВЕРХНОСТНАЯ ТРАВМА ГОЛОВЫ (S00 по МКБ-10)
ПЕРЕЛОМ ЧЕРЕПА И ЛИЦЕВЫХ КОСТЕЙ (S02 по МКБ-10)
ВЫВИХ, РАСТЯЖЕНИЕ И ПЕРЕНАПРЯЖЕНИЕ СУСТАВОВ И СВЯЗОК ГОЛОВЫ (S03 по МКБ-10)**

Повреждения зубов и мягких тканей лица (S00.5 по МКБ-10)

Жалобы на кровотечение из лунки выбитого зуба и боли в области верхней губы, затруднение приема пищи.

Анамнез заболевания: ___ часа назад (укажите обстоятельства травмы) был «выбит» (укажите зуб). Появилось кровотечение из лунки травмированного зуба. Больной обратился к врачу, с собой принес выбитый зуб.

Перенесенные заболевания: (укажите)

Местные изменения: при внешнем осмотре имеется припухлость верхней губы за счет отека и гематомы. Кожа и слизистая верхней губы синюшного цвета. Поднижнечелюстные лимфатические узлы не увеличены. Открывание рта свободное. При пальпации верхней губы определяется боль, на слизистой оболочке верхней губы имеется рвано-ушибленная рана длиной ___ см с неровными краями.

Лунка (укажите зуб) заполнена кровяным сгустком, слизистая оболочка десны в области (укажите зубы) гиперемирована, с участками кровоизлияний, пальпация альвеолярного отростка в этой области болезненна, наружная стенка альвеолы (укажите зуб) сохранена. Коронка и корень выбитого зуба целы.

Диагноз: полный вывих (укажите зуб), рвано-ушибленная рана верхней губы (S00.5 по МКБ-10).

Операция реплантации зуба и первичная хирургическая обработка раны верхней губы

Под инфильтрационной и резцовой анестезиями (укажите название, концентрацию и дозу вводимого анестетика) осторожно удален кюретажной ложкой кровяной сгусток из лунки (укажите зуб). (Укажите зуб) промыт раствором антисептиков, его верхушка ре-зецирована и канал ретроградно запломбирован амальгамой, (укажи-те зуб) введен в лунку и фиксирован шиной-каппой. Рана в области верхней губы обработана 3 % раствором перекиси водорода и ушита (укажите шовный материал) швами наглухо. Даны рекомендации (укажите). Назначена медикаментозная терапия (укажите лекарствен-ные препараты, выписанные пациенту, их дозировку).

Перелом скуловой кости (S02.4 по МКБ-10)

Жалобы на боли в _____ скуловой области, отек, гематому, кровотечение из носа, ограниченное открывание рта, онемение мяг-ких тканей скуловой области и крыла носа.

Анамнез заболевания: укажите давность и обстоятельства травмы. Сознание не терял, головокружения, тошноты и рвоты не было. Отмечал кровотечение из носа.

Перенесенные заболевания: (укажите)

Местные изменения: лицо асимметрично за счет отека, гема-томы в _____ скуловой области. Открывание рта ограничено до 1,5–2 см. При пальпации обнаруживается костная ступенька в области нижнеглазничного и наружного края орбиты и скулоальвеолярного гребня. При пальпации скуловой дуги определяется незначительная деформация. Отмечается снижение кожной чувствительности в под-глазничной области и крыла носа. Прикус не нарушен. По переход-ной складке в области (укажите зубы) имеется кровоизлияние.

Зубная формула: (укажите).

На рентгенограмме придаточных пазух носа (укажите дату): в полуаксиальной проекции определяются снижение пневматизации гайморовой пазухи (гемосинус), нарушение целостности нижнеглаз-ничного края орбиты, скуловерхнечелюстного шва, скулоальвеоляр-ного гребня и скуловой дуги.

Диагноз: травматический перелом _____ скуловой кости со смещением (S02.4 по МКБ-10).

Операция открытой репозиции скуловой кости.

Под премедикацией (укажите лекарственные средства), анестезией у подглазничного отверстия и внеротовой туберальной анестезией (укажите анестетик) проведен разрез кожи длиной 1 см по нижнему краю скуловой кости. В рану введен однозубый крючок Лимберга, острый конец которого проведен под скуловую кость. Скуловая кость репонирована движением по направлению вверх, наружу и вперед. На кожу наложены швы фторестом. Асептическая повязка. Холод на скуловую область. Даны рекомендации (укажите). Назначена медикаментозная терапия (укажите лекарственные препараты, выписанные пациенту, их дозировку).

Перелом нижней челюсти (S02.6 по МКБ-10)

Жалобы на боль и припухлость в области нижней челюсти _____, болезненное открывание рта, невозможность пережевывания пищи, кровотечение изо рта.

Анамнез заболевания: укажите давность и обстоятельства травмы. Сознания не терял, головокружения, тошноты и рвоты не было. Укажите, куда пациент обращался и какая помощь была оказана. Больной был направлен в отделение челюстно-лицевой хирургии ТОКБ.

Перенесенные заболевания: (укажите).

Местные изменения: при внешнем осмотре имеется асимметрия лица за счет отека, гематомы _____ цвета (укажите локализацию). Симптом «нагрузки» резко положительный в _____ области. Прикус нарушен за счет смыкания зубов в _____ отделе нижней челюсти. Определяется разрыв десны по переходной складке в области (укажите зубы), имеются кровоизлияние в слизистую оболочку и отек. Отмечается патологическая подвижность отломков нижней челюсти в области (укажите зубы).

Зубная формула: (укажите).

На рентгенограмме нижней челюсти (укажите дату): в фасной и _____ боковой проекциях определяется линия перелома нижней челюсти в области (укажите зубы, а также состояние зубов в линии перелома).

Диагноз: открытый травматический перелом нижней челюсти в _____ области со смещением отломков (S02.6 по МКБ-10).

Шинирование при переломе нижней челюсти

Под премедикацией (укажите препараты), анестезией по Берше – Дубову или внеротовой мандибулярной анестезией (укажите анестетик) на зубах верхней и нижней челюстей зафиксированы шины Тигерштедта с зацепными петлями. После репозиции отломков наложена резиновая тяга. Прикус восстановлен, имеется контакт всех зубов. Даны рекомендации (укажите). Назначена медикаментозная терапия (укажите лекарственные препараты, выписанные пациенту, их дозировку).

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. История болезни является
 - 1) медицинским документом
 - 2) юридическим документом
 - 3) финансовым документом
 - 4) медицинским и юридическим документом
 - 5) медицинским, юридическим и финансовым документом

2. К субъективным методам обследования относятся
 - 1) жалобы
 - 2) анамнез данного заболевания
 - 3) анамнез жизни
 - 4) аллергологический анамнез
 - 5) сиалогграфия

3. В постановке диагноза имеют значение следующие характеристики болевого синдрома
 - 1) локализации боли
 - 2) иррадиация
 - 3) интенсивность
 - 4) связь с какими-либо факторами (приемом пищи, травмой)
 - 5) пол и возраст пациента

4. Исследования лимфоузлов челюстно-лицевой области
 - 1) количество и их величина
 - 2) болезненность, спаянность с окружающими тканями
 - 3) консистенция
 - 4) локализация
 - 5) аускультация

5. В постановке диагноза имеет значение место проживания больного
 - 1) имеет при всех заболеваниях
 - 2) имеет при некоторых паразитарных заболеваниях
 - 3) имеет при некоторых эндокринных заболеваниях
 - 4) имеет при некоторых заболеваниях сердечно-сосудистой системы
 - 5) не имеет

6. Влияние неблагоприятных факторов внешней среды на постановку диагноза

- 1) повышенная радиация
- 2) наличие эндемических очагов заболеваний
- 3) недостаток микроэлементов
- 4) наличие очагов инфекционных заболеваний
- 5) температура окружающей среды

7. К объективным методам обследования относятся

- 1) осмотр
- 2) пальпация
- 3) перкуссия
- 4) аускультация
- 5) фистулография

8. Типы патологического дыхания

- 1) одышка при физической нагрузке
- 2) дыхание Куссмауля
- 3) дыхание Чейн – Стокса
- 4) дыхание Биота
- 5) дыхание Микулича

9. При комах наблюдается тип дыхания

- 1) поверхностное
- 2) дыхание Куссмауля
- 3) дыхание Чейн – Стокса
- 4) дыхание Биота
- 5) бронхиальное

10. К нарушениям ритма сердечных сокращений относятся

- 1) дыхательная аритмия
- 2) мерцательная аритмия
- 3) тахикардия
- 4) брадикардия
- 5) флюктуация

11. Вне зависимости от характера стоматологического заболевания, больному необходимо провести параклинические исследования, кроме
- 1) общего и биохимического анализа крови, анализа мочи
 - 2) флюорографии
 - 3) сиалогграфии
 - 4) ЭКГ
 - 5) исследований крови на ВИЧ, гепатиты, сифилис
12. Наиболее важными данными при обосновании клинического диагноза являются
- 1) жалобы
 - 2) анамнез заболевания
 - 3) данные объективного исследования
 - 4) данные параклинических методов исследования
 - 5) дополнительные методы исследования
13. Характерные признаки местного воспалительного процесса
- 1) Cyanosis
 - 2) Rubor, color
 - 3) Dolor
 - 4) Tumor et function lesa
 - 5) Incisio
14. Контрастное исследование слюнных желез
- 1) сцинтиграфия
 - 2) МРТ
 - 3) сиалогграфия
 - 4) телерентгенография
 - 5) зонография
15. Пальпацией височно-нижнечелюстного сустава определяют
- 1) размеры суставной головки
 - 2) наличие воспалительного экссудата
 - 3) болезненность и подвижность
 - 4) шумовые явления
 - 5) строение суставной головки

16. Выводной проток околоушной слюнной железы называется

- 1) сиалов
- 2) стенонов
- 3) боталлов
- 4) вартонов
- 5) мадяров

17. Выводной проток подчелюстной слюнной железы называется

- 1) сиалов
- 2) стенонов
- 3) боталлов
- 4) вартонов
- 5) мадяров

18. Симптом Малевича характерен для

- 1) перелома нижней челюсти
- 2) перелома скуловой кости
- 3) перикоронарита
- 4) перелома верхней челюсти Ле-Фор II
- 5) перелом костей носа

19. При назначении лекарственной терапии учитывается все, кроме

- 1) совместимости лекарственных препаратов
- 2) аллергологического анамнеза больного
- 3) пола больного
- 4) полипрагмазии
- 5) возраста больного

20. Цвет слизистой оболочки полости рта в норме обусловлен

- 1) васкуляризацией
- 2) характером употребляемой пищи
- 3) расовой принадлежностью
- 4) уровнем гигиены полости рта
- 5) тяжелой физической работой

21. Дополнительные методы исследования при обследованиях пациента с заболеваниями челюстно-лицевой области

- 1) опрос
- 2) пальпация

- 3) УЗИ
- 4) рентгенологические исследования
- 5) аускультация

22. Возможные жалобы пациента с ксеростомией

- 1) образование эрозий, пузырей на слизистой оболочке
- 2) сухость, жжение, зуд
- 3) образование афт, язв на слизистой оболочке
- 4) чувство оскомины, инородного тела
- 5) образование белесоватого налета на слизистой оболочке

23. Цель проведения цитологического исследования

- 1) определение границ патологического очага
- 2) оценка морфологической структуры клеточных элементов
- 3) диагностика аутоиммунных заболеваний
- 4) анализ микробной флоры
- 5) анализ грибковой флоры

24. Абсолютным показанием к операции является

- 1) ситуация, когда только операция может спасти жизнь больного
- 2) проникающие ранения в полость рта
- 3) ситуация, когда без операции резко нарушается трудоспособность
- 4) ситуация, когда результаты оперативного лечения обычно лучше, чем консервативного
- 5) проникающие ранения в верхнечелюстную пазуху

25. Операции малого объема и травматичности

- 1) цистэктомия
- 2) уранопластика
- 3) костная пластика нижней челюсти
- 4) реконструктивные и восстановительные операции челюстно-лицевой области
- 5) хейлопластика

26. Операции среднего объема и травматичности

- 1) цистэктомия
- 2) уранопластика

- 3) костная пластика нижней челюсти
- 4) реконструктивные и восстановительные операции челюстно-лицевой области
- 5) хейлопластика

27. Операции большого объема и травматичности

- 1) цистэктомия
- 2) уранопластика
- 3) костная пластика нижней челюсти
- 4) реконструктивные и восстановительные операции челюстно-лицевой области
- 5) хейлопластика

28. При определении операционно-анестезиологического риска учитываются все критерии, кроме

- 1) общего состояния больного
- 2) характера анестезии
- 3) пола больного
- 4) возраста
- 5) характера и объема планируемого оперативного вмешательства

29. Наилучшим материалом для замещения костного дефекта является

- 1) ксеногенная кость
- 2) аутогенная кость
- 3) лиофилизированная кость
- 4) аллопластический материал
- 5) формализированная кость

30. Метод исследования плотности костной ткани

- 1) компьютерная томография
- 2) УЗИ
- 3) денситометрия
- 4) эхоosteометрия
- 5) аксиография

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ НА ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Номер вопроса	Номер ответа
1	5
2	1,2,3,4
3	1,2,3,4
4	1,2,3,4
5	2,3
6	1,2,3,4,5
7	1,2,3,4
8	2,3,4
9	1
10	1,2
11	3
12	1,2,3,4
13	2,3,4
14	3,4
15	2
16	2
17	4
18	2,4
19	3
20	1,3
21	3,4
22	2
23	2
24	1,2,5
25	1
26	3
27	3
28	3
29	2
30	3,4

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Робустова, Т.Г. Хирургическая стоматология / Т. Г. Робустова. – Медицина, 2014. – 688 с.
2. Ковальский, В.Л. Алгоритмы организации и технологии оказания основных видов стоматологической помощи / В. Л. Ковальский. – Москва: Медицинская книга, 2004. – 180 с.
3. История болезни хирургического больного: учебное пособие / Н. В. Мерзликин и др. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 144 с.
4. Схемы историй болезни стоматологических больных: Методические рекомендации / С. С. Ксебаев и др. – Казань: Медицинская книга, 2012. – 112 с.
5. Учебная история болезни: Правила обследования пациента и оформление результатов: учебно-методическое пособие / Е. М. Каулина и др. – Нижний Новгород: Медицинская книга, 2019. – 36 с.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Образец оформления титульного листа истории болезни

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Сибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра стоматологии

Заведующий кафедрой _____
Преподаватель _____

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Куратор: студент(ка) _____ группы _____ факультета

фамилия

имя, отчество

Дата начала курации _____

Дата окончания курации _____

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Лабораторные показатели здорового человека

Общий анализ крови

Показатели		Нормальные значения	Единицы СИ
Гемоглобин	М	138,0–172,0	г/л
	Ж	121,0–151,0	
Эритроциты	М	4,5–5,7	10^{12} /л
	Ж	3,9–5,0	
Цветной показатель		0,85	-
Гематокритное число	М	0,407–0,503	-
	Ж	0,361–0,443	
Ретикулоциты		0,5–1,5	%
Тромбоциты		190–405	10^9 /л
Лейкоциты		3,8–9,8	10^9 /л
Миелоциты		0	0
Метамиелоциты		0	0
Нейтрофилы	Палочкоядерные	1,6	%
		0,040–0,300	10^9 /л
	Сегментоядерные	47–72	%
		2,000–5,500	10^9 /л
Эозинофилы		0,5–5,0	%
		0,020–0,300	10^9 /л
Базофилы		0–1	%
		0–0,065	10^9 /л
Лимфоциты		19–37	%
		1,200–3,300	10^9 /л
Моноциты		3–11	%
		0,09–0,60	10^9 /л
Скорость оседания эритроцитов	М	1–14	мм/ч
	Ж	2–20	10^9 /л

Биохимический анализ крови

Показатель		Норма	Единицы измерения
Глюкоза		3,9–6,4	Ммоль/л
Общий белок		65–85	г/л
Альбумины		36–50	г/л
Глобулины:		20–30	г/л
	α1	3,6–5,6	%
	α2	5,1–8,3	%
	β	9–13	%
	γ	15–22	%
Альбумино-глобулиновый коэффициент (А/Г)		1,5–1,7	–
Билирубин общий		3,4–20,5	Мкмоль/л
	Прямой	0,86–5,30	
	Непрямой	1,7–17,1	
Тимоловая проба		0–4	Ед S-H
АСТ		0–40	Е/л
АЛТ		0–40	Е/л
У-ГТ	М	11–50	Е/л
	Ж	7–32	
А-амилаза		29–90	Е/л
ЛДГ		240–480	Е/л
КФК		М < 200, Ж < 180	Е/л
КФК МВ		0–24	Е/л
Щелочная фосфатаза		39–117	Е/л
Холестерин общий		3,1–6,5	Ммоль/л
Триглицериды		0,55–1,65	Ммоль/л
ЛПВП		0,78–2,07	Ммоль/л
ЛПНП		1,81–4,92	Ммоль/л
Мочевина		2,5–8,32	Ммоль/л
Креатинин	М	0,088–0,177	Ммоль/л
	Ж	0,044–0,141	
СРБ		Отр.	Мг/л
Ревмофактор		Отр.	Ед/мл или МЕ/мл

Кальций общий		2,0–2,6	Ммоль/л
Кальций ионизированный		1,15–1,27	Ммоль/л
Натрий		135–150	Ммоль/л
Калий		3,6–5,5	Ммоль/л
Хлориды		101–111	Ммоль/л
Железо сыво- роточное	М	12,5–28,0	Мкмоль/л
	Ж	10,0–26,0	
ОЖСС		45–75	Мкмоль/л
Фибриноген		2,0–4,0	г/л
МНО		0,88–1,37	-
ПТИ		80–105	%
АЧТВ		32–49	С
Время кровотечения (по Дьюку)		2–5	мин
Время свертывания крови:	По Ли – Уайту	5–10	мин
	По Сухареву	3–5	
Протромбиновое время		16–20	сек
Тромбиновое время		15–18	сек
Фибринолитическая активность крови		7–10	мин
Время рекальцификации		60–120	сек
Толерантность плазмы к гепарину		4,3–6,3	мин
Д-димер		33,5–727,5	Нг/мл

Общий анализ мочи

Показатель	Нормальные значения
Относительная плотность	1,020–1,026
Цвет	Соломенно-желтый
Прозрачность	Прозрачная
Количество мочи в сутки	800–1500 мл
Реакция	Нейтральная или слабокислая
Белок	Отсутствует (в сутки — 0,025–0,070 г)
Глюкоза	Отсутствует (в сутки — не более 0,02%)
Ацетон	Отсутствует
Кетоновые тела	Отсутствует
Уробилиновые тела	Отсутствует
Билирубин	Отсутствует

Микроскопическое исследование мочи

Показатель		Нормальное значение
Осадок мочи		
Эпителиальные клетки		0–3 в поле зрения
Лейкоциты	М	0–2 в поле зрения
	Ж	1–2 в поле зрения
Эритроциты		Единичные в препарате
Цилиндры		Отсутствуют
Слизь		Отсутствуют
Бактерии		Не более 50 000 в 1 мл

Метод Аддиса – Каковского

За сутки выделяются с мочой	
Лейкоциты	До 2 000 000
Эритроциты	До 1 000 000
Цилиндры	До 20 000

Метод Нечипоренко

В 1 мл мочи содержится	
Лейкоциты	До 4 000
Эритроциты	До 1 000
Цилиндры	0–1 на камеры подсчета

Метод Штернгеймера – Мальбина

В 1 мл мочи содержится	
Активные лейкоциты	От 0 до 200

Функциональное исследование почек

Проба Земницкого	Суточное количество мочи — 65–75 % от выпитой жидкости. Дневной диурез — 2/3–3/4 суточного диуреза. Колебания относительной плотности мочи в течение суток — как минимум на 17 ед. (например, от 1,004 до 1,024)
Проба Реберга	Клубочковая фильтрация — 75–125 мг/мин. Реабсорбция — 98,2–98,8 %

Макроскопия кала		
Показатели		Нормальные значения
Количество за сутки		100–250 г
Консистенция		Оформленный (мягкий и плотный)
Форма		Цилиндрическая
Цвет		Коричневый
Реакция		Нейтральная или слабощелочная
Слизь, кровь		Отсутствуют
Микроскопия кала		
Мышечные волокна		Отсутствуют или переваренные, потерявшие поперечную исчерченность
Соединительная ткань		Отсутствует или содержатся отдельные волокна
Нейтральный жир		Отсутствует или в небольшом количестве
Жирные кислоты и мыла		Небольшое количество
Растительная клетчатка	Перевариваемая	Единичные клетки или клеточные группы
	Неперевариваемая	Содержится в разных количествах
Крахмал		Отсутствует
Детрит		Разное количество
Слизь, эпителий		Отсутствует
Лейкоциты		Единичные

Химический состав кала (в пересчете за суточное количество)

Билирубин	Отсутствует
Уробилин	40–250 мг

Автоматический анализатор крови

RBC	Red Blood Cells — красные клетки крови	Эритроциты
HGB	Hemoglobin — гемоглобин	Концентрация гемоглобина
ESR	Erythrocyte Sedimentation Rate	Скорость оседания эритроцитов (СОЭ)
HCT	Hematocrit	Гематокрит

MCV	Mean Corpuscular Volume — отношение объема эритроцитов к их числу в определенном объеме крови (RBC/HCT)	Средний объем эритроцита в кубических микрометрах (мкм) или фемтолитрах (фл)
RDW	Red Cell Distribution Width — «ширина распределения эритроцитов»	Так называемый «анизотоз эритроцитов», помогает оценить степень его. В норме 11,5–14,5 %
MCH	Mean Corpuscular Hemoglobin — среднее содержание гемоглобина в отдельном эритроците HGB/RBC	Отношение количества гемоглобина в 100 мл крови к числу эритроцитов в том же объеме. В норме — 0,42–0,52 фмоль в 1 эритроците
MCHC	Mean Corpuscular Hemoglobin Concentration — средняя концентрация гемоглобина в эритроците (количество гемоглобина (г) в 100 мл эритроцитов)	Отражает степень насыщения эритроцитов гемоглобином. Предельная загрузка эритроцита гемоглобином при нормальном объеме клетки составляет 36/100 мл
WBC	White Blood Cells — белые клетки крови	Лейкоциты
LYM% (LY%)	Lymphocyte	Относительное (%) содержание лимфоцитов
LYM#(LY#)		Абсолютное содержание лимфоцитов
MXD%	Mixed — комбинированный, смешанный	Относительное (%) содержание смеси моноцитов, базофилов и эозинофилов
MXD#		Абсолютное содержание смеси моноцитов, базофилов и эозинофилов
NEUT% (NE%)	Neutrophil	Относительное (%) содержание нейтрофилов
NEUT#(NE#)		Абсолютное содержание нейтрофилов

MON%(MO%)	Monocyte	Относительное (%) содержание моноцитов
MON#(MO#)		Абсолютное содержание моноцитов
EO%	Eosinophil	Относительное (%) содержание эозинофилов
EO#		Абсолютное содержание эозинофилов
BA%	Basophil	Относительное (%) содержание базофилов
BA#		Абсолютное содержание базофилов
IMM%	Immature — незрелый	Относительное (%) содержание незрелых гранулоцитов
IMM#		Абсолютное содержание незрелых гранулоцитов
ATL%	Atypical Lymphocyte	Относительное (%) содержание атипичных лимфоцитов
ATL#		Абсолютное содержание атипичных лимфоцитов
GR%	Granulocyte	Относительное (%) содержание гранулоцитов
GR#		Абсолютное содержание гранулоцитов
PLT	Platelets — кровяные пластинки	Тромбоциты
MPV	Mean Platelet Volume — средний объем тромбоцитов	Показатель MPV дает информацию о размерах тромбоцитов (макро- или микротромбоцитопения)
PCT	Plateletcrit — тромбоцитрит	Доля (%) объема цельной крови, занимаемая тромбоцитами
PDW	Platelet Distribution Width — распределение тромбоцитов по их размеру	Показатель гетерогенности тромбоцитов

Автоматический анализатор мочи

Glu	Глюкоза
Bil	Билирубин
Ket	Кетоновые тела
SG	Относительная плотность
Bld	Эритроциты
pH	Реакция мочи
Pro	Протеин
Uro	Уробилиноген
Nit	Нитриты
Leu	Лейкоциты
Malb	Микроальбуминурия
Crea	Креатинин
Malb/Crea	Отношение микроальбумина к креатинину (расчетный параметр)

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Информированное добровольное согласие на оперативное вмешательство

Я _____
(фамилия, имя, отчество полностью)

_____ года рождения, проживающий(ая) по адресу:

**Этот раздел бланка заполняется только для лиц, не достигших
возраста 15 лет, или недееспособных граждан:**

Я, паспорт: _____
выдан: _____ являюсь законным пред-
ставителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка
или _____ лица, _____ признанного _____ недееспособным:

Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина полностью, год
рождения _____

Находясь на лечении (обследовании) в отделении _____

Хирургическое отделение _____
(название отделения, номер палаты)

Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемо-
му) операции:

(название медицинского вмешательства) _____

и прошу персонал медицинского учреждения о ее проведении.

Подтверждаю, что я ознакомлен (ознакомлена) с характером предсто-
ящей мне (представляемому) операции. Мне разъяснены особенности
и ход предстоящего оперативного лечения, и я понимаю их.

Мне разъяснено, и я осознаю, что во время операции могут возник-
нуть непредвиденные обстоятельства, в том числе и кровотечение,
инфицирование, осложнения со стороны сердечно-сосудистой и ды-
хательной систем. В таком случае я согласен (согласна) на то, что ход
операции может быть изменен врачами по их усмотрению.

Я предупрежден (предупреждена) о факторах риска и понимаю, что
проведение операции сопряжено с риском потери крови, возможно-
стью инфекционных осложнений, нарушений со стороны сердечно-
сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, непред-

намеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного исхода.

Я предупрежден (предупреждена), что в ряде случаев могут потребоваться повторные операции, в том числе в связи с возможными послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания, и даю свое согласие на это.

Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в том числе носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе оперативного вмешательства.

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною понятны и добровольно даю свое согласие на

" ___ " _____ 20__ г. Подпись _____

пациента/законного представителя

Расписался в моем присутствии:

Врач-хирург

(должность, Ф.И.О.) (подпись)

Примечание

Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законном порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений, после сообщения им сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

При отсутствии законных представителей решение о медицинском вмешательстве принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум — непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время — ответственного дежурного врача и законных представителей.

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум — непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время — ответственного дежурного врача.

Дополнительная информация: _____

«__» _____ 20 __ г.

Подпись _____
пациента/законного представителя

Расписался в моем присутствии:

Врач-хирург _____

(должность, Ф.И.О.) (подпись)

Консилиум врачей в составе:

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

«__» _____ 20 __ г.

**Форма № 008/У-07. Журнал записи оперативных вмешательств
в стационаре**

Утвержден

Приказом Минздрава

от 18.11.2008 № 1050

_____ (наименование организации здравоохранения)

Начат «__» _____ 20__ г.

Окончен «__» _____ 20__ г.

Операция № п/№ _____

Медицинская карта № _____

Отделение _____

Ф.И.О. пациента _____

Дата рождения «__» _____ г.

Дата операции «__» _____ 20__ г.

Время операции: начало — __:__; окончание — __:__

Диагноз до операции _____

Диагноз после операции _____

Операция _____

Обезболивание _____

Шкала риска _____

Операционная бригада: _____

Хирург _____

Ассистенты _____

Анестезиолог _____

Протокол операции _____

Описание препарата (удаленного органа, части органа) _____

15. Описание препарата — описание удаленного макропрепарата.
16. Биопсия — результаты исследований.
17. Оператор — подпись оперирующего хирурга.

Журнал хранится в операционной, заполняется оперирующим хирургом; если в больнице несколько операционных, то в каждой из них ведется свой отдельный журнал.

В случае формирования Журнала записи оперативных вмешательств в стационаре с помощью компьютерной технологии ведения медицинской карты стационарного пациента, поля 1–8 заполняются автоматически с возможностью редактирования. При создании печатной копии электронного документа названия полей не выводятся на печать, если в данное поле не была внесена информация.

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

Форма № 066/У. Статистическая карта выбывшего из стационара

Наименование учреждения _____

1. Ф.И.О. _____

Пол (муж., жен.), дата рождения _____

2. Проживает постоянно (адрес) _____

Житель: город, село _____

3. Кем направлен больной _____

Отделение _____

Профиль коек _____

4. Доставлен в стационар по экстренным показаниям: да/нет.

5. Через сколько часов после заболевания (получения травмы):

В первые 6 ч

7–24 ч

Позднее 24 ч

6. Дата поступления в стационар: «__» _____ месяц ____ год ____ час

7. Исход заболевания:

Выписан

Умер

Переведен

7а. Дата выписки, смерти: 20__ г. _____ месяц ____ число _____ час

7б. Проведено дней _____

8. Диагноз направившего учреждения _____

9. Госпитализирован в данном году по поводу данного заболевания:

Впервые

Повторно

10. Диагноз стационара

Основной	Осложнения	Сопутствующие заболевания	
Клинический заключи- тельный			10 а
Патологоанатомический			10 б

11. В случае смерти указать причину:

1. Непосредственная причина смерти (заболевание или осложнение основного заболевания).
2. Заболевание, вызвавшее или обусловившее непосредственную причину смерти.
3. Основное заболевание указывается последним.
4. Другие важные заболевания, способствовавшие смертельному исходу, но не связанные с заболеванием или его осложнением, послужившим непосредственной причиной смерти.

12. Хирургические операции

Дата, час	Название операции	Осложнения	
			11а
			11б

13. Обследование на РВ «__» _____ 20 __ г.

Результат _____

14. Инвалид Отечественной войны: да/нет

Подпись _____

Учебное издание

**Иван Дмитриевич Тазин
Александр Сергеевич Котов
Виктория Владимировна Кравченко**

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ ХИРУРГИЧЕСКОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

Учебное пособие

Редактор Антошина Е.В.
Технический редактор Забоенкова И.Г.
Обложка Забоенкова И.Г.

Издательство СибГМУ
634050, г. Томск, пр. Ленина, 107
тел. +7 (3822) 901–101, доб. 1760
E-mail: otd.redaktor@ssmu.ru

Подписано в печать 28.12.2022 г.
Формат 60x84 $\frac{1}{16}$. Бумага офсетная.
Печать цифровая. Гарнитура «Times». Печ. л. 5. Авт. л. 8.
Тираж 100 экз. Заказ № 1

Отпечатано в Издательстве СибГМУ
634050, Томск, ул. Московский тракт, 2
E-mail: lab.poligrafii@ssmu.ru