

ГОУ «ПРИДНЕСТРОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
УНИВЕРСИТЕТ им. Т. Г. ШЕВЧЕНКО»

Медицинский факультет
Кафедра стоматологии



РУКОВОДСТВО ПО НАПИСАНИЮ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ПО ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Учебно-методическое пособие

Тирасполь

*Издательство
Приднестровского
Университета*

2025

УДК 616.314-089.23-07(075.8)
ББК Р342я77+Р668я73
Р85

Составители:

А.П. Фукс, и.о. заведующего кафедрой
И.В. Гимиш, ассистент кафедры
И.А. Пулбере, ассистент кафедры
Д.В. Ванина, ассистент кафедры

Рецензенты:

Т.А. Чепендок, канд. мед. наук, доц., зав. кафедрой анатомии и общей патологии
Е.Ю. Китаева, главный врач ГУ «ГРСП им. В.М. Арестова»

Руководство по написанию истории болезни по ортопедической стоматологии: учебно-методическое пособие [Электронный ресурс] / ГОУ «Приднестровский государственный университет им Т. Г. Шевченко» ; Медицинский факультет ; составители: А.П. Фукс, И.В. Гимиш, И.А. Пулбере, Д.В. Ванина. – Тирасполь: Изд-во Приднестр. ун-та, 2025. – 114 с.

Системные требования: CPU (Intel/AMD) 1,5 ГГц / ОЗУ 2 Гб / HDD 450 Мб / 1024*768 / Windows 10 и новее / Microsoft Edge / Adobe Acrobat Reader 6 и новее.

Подготовлено в соответствии с государственным образовательным стандартом ФГОС 3++ по специальности 31.05.03 «Стоматология» для студентов III-V курса, ординаторов и практикующих стоматологов.

Представленная информация позволяет поставить правильный диагноз в ортопедической стоматологии. Для обучающихся важно использовать предложенный алгоритм написания истории болезни, чтобы максимально исключить вероятность утраты значимых данных для успешного достижения цели направленной на оказание качественной ортопедической стоматологической помощи.

УДК 616.314-089.23-07(075.8)
ББК Р342я77+Р668я73

Рекомендовано Научно-методическим советом ПГУ им. Т. Г. Шевченко

© Фукс А.П., Гимиш И.В., Пулбере И.А., Ванина Д.В., составление, 2025

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений.....	5
Введение.....	6
<i>Глава 1. Теоретические рекомендации к написанию историй</i>	
<i>болезней</i>	8
1.1 Паспортная часть	8
1.2 Жалобы больного (molestio).....	9
1.3 Перенесенные и сопутствующие заболевания (Anamnesis vitae)	12
1.4 Развитие настоящего заболевания (Anamnesis morbi)	15
1.5 Данные объективного исследования (Status presens communis)	16
1.6. Внутриротовое обследование (status localis).....	19
1.7 Зубная формула	26
1.8 Состояние тканей пародонта	30
1.9 Данные рентгеновских и лабораторных исследований.....	31
1.10 Предварительный диагноз	34
1.11 Дифференциальная диагностика.....	35
1.12 Окончательный или клинический диагноз и его обоснование	36
1.13 Этиология и патогенез заболевания.....	37
1.14 План лечения больного и его обоснование	39
1.15 Дневник курации больного (дата при повторном обращении), анамнез, статус, диагноз, лечение	41

1.16 Эпикриз.....	41
1.17 Рекомендации	42
1.18 Список литературы	43
<i>Глава 2. Образцы написания историй болезни по ортопедической стоматологии</i>	<i>45</i>
Приложения	66

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ЛПУ – лечебно-профилактическое учреждение

ГУ РКБ – Государственное учреждение «Республиканской клинической больницы»

ГУ «ГРСП» – ГУ «Государственная региональная стоматологическая поликлиника имени В.М. Арестова»

ГУП РС – ГУП «Республиканская стоматология»

СПИД – Синдром приобретённого иммунного дефицита

ИМТ – индекс массы тела

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ИГ – индекс гигиены

МКБ-10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра

РМА – папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс

ЭОД – электроодонтодиагностика

СРITN – индекс нуждаемости в лечении болезней пародонта у отдельных групп населения (Community Periodontal Index of Treatment Needs)

ИНР – Индекс эффективности гигиены рта

ОНИ-s – Упрощенный индекс гигиены полости рта Грина и Вермиллиона

PI – Индекс зубного налета

КПИ – Комплексный периодонтальный индекс

ОРЗ – острое респираторное заболевание

ВНЧС – височно-нижнечелюстной сустав

ИРОПЗ – индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба

СОПР – слизистая оболочка полости рта

ЧСПП – частичный съёмный пластинчатый протез

ПСПП – полный съёмный пластинчатый протез

МРТ – магнитно-резонансная томография

ВВЕДЕНИЕ

В основе плана обследования пациента обязательны два пункта:
«знать, что искать, иметь, чем искать»

[Артамонов Р., 1995].

На сегодняшний день всё больше становится актуальным вопрос организации стоматологической практики с чётко последовательным механизмом оказания стоматологической помощи. В связи с этим важно разработать модель ведения приёма стоматологического пациента, в которой должны учитываться все рабочие этапы. Следует помнить, что для правильной организации такого приёма необходимы правильные действия на каждом этапе, начиная с первичного обращения, консультации, обследования, ежедневного приёма и контроля повторного осмотра. Важен каждый шаг на этапе ведения пациента, так как мы имеем дело со здоровьем человека. С целью систематизации процесса упорядочивания оказания терапевтической стоматологической помощи используется история болезни, являющаяся необходимым документом для соблюдения чёткого механизма ведения медицинской практики врача-стоматолога.

История болезни – это основной медицинский юридический документ, который составляют для каждого больного, обращающегося в ЛПУ.

Грамотное оформление истории болезни определяет, насколько профессионален врач-стоматолог.

Над историей болезни студент работает в течение всего семестра изучаемой дисциплины путём проведения курации больного. Обучающийся оформляет и защищает историю болезни на практическом занятии.

Подробные истории болезни, обследования и записи помогают обеспечить качество оказания медицинской помощи и проводить различные исследования. Кроме того, они приносят пользу не только пациенту, но и практикующим врачам потому, что чет-

кая документация имеет неоценимое значение в случаях запроса, жалобы или судебного разбирательства. Точные и актуальные записи принимаются судами как доказательство деталей стоматологического лечения и являются важной частью правильных действий стоматолога.

Объем записей о пациентах будет варьироваться в зависимости от состояния, с которыми сталкивается пациент, и сложность требуемого лечения [1: стр. 4].

Исторически стоматологи используют бумажную форму для ведения записей о своих пациентах. Существенно увеличилось использование электронных записей стоматологов, включая и цифровую рентгенографию.

Все записи пациентов, традиционные и электронные, должны соответствовать настоящему законодательству. К электронным записям предъявляются следующие требования: точность, подлинность и доступность [2: стр. 7].

Требования к оформлению истории болезни стоматологического больного:

В рукописной форме:

– датированы, читабельны с выделением абзацев и красной строки;

– стиль написания: официально-деловой, профессиональными терминами, исключая иные толкования и разговорные, простонародные слова;

– допускаются общепринятые сокращения (ЛПУ, ГУ РКБ, ГУ «ГРСП», ГУП РС и т. д.)

В электронном виде:

– история болезни оформляется в формате файлов – *.doc, *.docx, в названии файла пишется фамилия автора

– допускаются общепринятые сокращения (ЛПУ, ГУ РКБ, ГУ «ГРСП», ГУП РС и т. д.);

– обязательные элементы: заголовки выделяются (прописными буквами или полужирным шрифтом);

– текст должен набираться шрифтом Times New Roman № 12 или № 14, межстрочный интервал – одинарный, поля – по 2 см со всех сторон;

– все иностранные слова и выражения должны сопровождаться переводом на русский язык.

Глава 1

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К НАПИСАНИЮ ИСТОРИЙ БОЛЕЗНЕЙ

Цель написания истории болезни – сформировать у будущего врача-стоматолога алгоритм обследования стоматологического пациента на амбулаторном или стационарном приёме, вне зависимости от причины обращения; научить студента правильно интерпретировать полученную информацию со слов пациента и задокументировать согласно законодательству.

Надлежащее клиническое обследование в сочетании с точной регистрацией результатов имеет важное значение для освоения клинической практики.

Неотъемлемой частью современной истории болезни стало наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство (лечение). Тем не менее, принцип построения истории болезни и умение заполнять обязательную медицинскую документацию, предусмотренную МЗ ПМР во время приёма пациента врачом-стоматологом, остается устойчивым [1: стр. 10].

1.1 Паспортная часть

Дата заполнения _____
Ф.И.О. _____
Пол _____ Адрес _____ Возраст _____
Профессия _____

[1: стр. 15, 16]

1.2 Жалобы больного (molestio)

«Слушай своего пациента, он говорит тебе диагноз»

William Osler [3: стр. 551–554]

У стоматологического пациента жалобы могут быть разнообразны.

Жалобы излагаются самостоятельно или его представителями, сопровождающими лицами, родственниками, если пациент находится в бессознательном состоянии или в состоянии аффекта.

Жалобы собираются подробно и последовательно, сначала описывают главные жалобы (те, которые больше всего беспокоят больного), а затем сопутствующие.

Жалобы, с которыми пациенты обращаются в ортопедическую стоматологию, условно можно разделить на три основные группы:

1. *Эстетические жалобы*: изменение цвета или формы зубов, их неправильное положение в зубном ряду, частичное или полное разрушение коронки, отсутствие зубов в зоне улыбки, повышенная стираемость зубов, снижение высоты нижней трети лица, заеды в уголках рта, опущенные уголки рта, оголение шеек зубов (рецессия десны), потемнение десны в области контакта с ортопедической конструкцией, наличие «чёрных треугольников» между зубами.

2. *Морфологические жалобы*: частичный или полный дефект коронковой части зуба, полное или частичное отсутствие зубов в зубном ряду (затруднённое пережевывание и откусывание пищи), патологическая подвижность, стираемость или деформация зубного ряда (боли при открывании или закрывании рта), оголённые шейки и корни зубов (боли или дискомфорт во время приёма пищи), неправильный прикус, наличие дефектов челюсти или нёба.

3. *Функциональные жалобы*: болевые ощущения в зубах (в том числе под коронками), затруднённое жевание, глотание, речь или дыхание, проникновение пищи или жидкости в носовую полость или гайморовы пазухи, ограниченное или болезненное открывание рта, смещение нижней челюсти при движении, нарушение

прикуса, боли в жевательных мышцах, скрежетание зубами, неприятные ощущения под съёмными протезами (жжение, боль), а также поломки самих протезов [4: стр. 15, 16].

В описании боли учитываются характеристики такие как: время (болезненные и безболезненные интервалы), продолжительность (более одного дня считается продолжительная), расположение (локализованная, разлитая, иррадиирующая), интенсивность (лёгкая боль не создает никаких видимых физических реакций, тяжелая боль связана с реакцией пациента на провокацию больной области), сопутствующие симптомы (гиперестезия, гипоестезия, анестезия, парестезия или дизестезия) должны быть упомянуты

При описании болевых ощущений важно учитывать следующие характеристики:

- время появления боли – наличие чередующихся болезненных и безболезненных периодов;

- продолжительность – боль считается затяжной, если сохраняется более одного дня;

- локализация – боль может быть чётко ограниченной (локализованной), разлитой или отдающей в другие участки тела (иррадиирующей);

- интенсивность – лёгкая боль обычно не вызывает выраженной реакции, в то время как сильная боль сопровождается явным дискомфортом при обследовании болезненной зоны;

- сопутствующие ощущения – необходимо указать наличие симптомов, таких как повышенная чувствительность (гиперестезия), пониженная чувствительность (гипоестезия), полное отсутствие чувствительности (анестезия), а также аномальные ощущения – покалывание, онемение или жжение (парестезия, дизестезия).

Эти параметры помогают врачу более точно охарактеризовать болевой синдром и поставить правильный диагноз [5: стр. 5].

Также необходимо различать:

Главные жалобы – это жалобы, которые являются ведущими при данном заболевании.

Второстепенные жалобы – это субъективные ощущения, указывающие лишь на наличие заболевания, но не специфичные для определенной болезни (общая слабость, чувство жара и т. д.),

либо те жалобы, которые связаны с сопутствующим заболеванием, не имеющим прямого отношения к данному заболеванию.

Второстепенные жалобы не связаны с основным заболеванием, но с помощью них мы получаем полное представление об общем состоянии пациента. Врачу важно учитывать данную информацию при составлении выбора материалов и плана лечения, так как они могут негативно повлиять на лечение или ухудшить общее состояние пациента во время лечения:

- слабость,
- утомляемость,
- похудание,
- лихорадка, потливость,
- кожный зуд,
- нарушение сна,
- новые припухлости,
- кровотечение/синяк.

Примеры системных заболеваний:

Анемия и дискразии крови: проявления системного заболевания полости рта (например, глоссит при дефиците В12), повышенный риск кровотечения и значительный риск общей анестезии у пациентов с серповидно-клеточной анемией.

Лейкемия: повышенный риск кровотечения, восприимчивость к оральным инфекциям и оральные проявления системных заболеваний.

Сердечно-сосудистая система: грудная боль (одышка), сердцебиение, обморок (потеря сознания).

Клапанная болезнь сердца: повышенный риск инфекционно-го эндокардита, который может потребовать антибиотикопрофилактики.

Аритмии, стенокардия: риск кровотечения при приеме антикоагулянтов/антиагрегантов, риск неотложной медицинской помощи, некоторые местные анестетики могут быть противопоказаны.

Дыхательная система: одышка, хрипы, кашель, кровохарканье.

Астма и хроническая обструктивная болезнь легких: риск неотложной медицинской помощи, пероральные побочные эффекты неправильно введенных стероидных ингаляторов и проблемы с позиционированием стоматологического кресла.

Желудочно-кишечный тракт: расстройство желудка, тошнота или рвота, дисфагия (затрудненное глотание), одинофагия (боль при глотании), гастроэзофагальная рефлюксная болезнь (вторичная эрозия зубов из-за кислотного рефлюкса).

Воспалительные заболевания кишечника: оральные проявления системного заболевания (например, язвы при болезни Крона).

Алкоголизм и гепатит: повышенный риск кровотечения, измененный метаболизм лекарств и проблемы инфекционного контроля.

Нервная система: судороги, головная боль, моторные или сенсорные нарушения (например, слабость, тремор, онемение), эпилепсия (риск неотложной медицинской помощи), Болезнь Паркинсона (снижение способности выполнять мероприятия по гигиене полости рта).

Скелетно-мышечная система: боль/скованность в суставах (включая височно-нижнечелюстной сустав), отек суставов, дисфункция ВНЧС (может с трудом открывать рот) [6: стр. 7].

1.3 Перенесенные и сопутствующие заболевания (Anamnesis vitae)

Сведения этого раздела обследования больного собираются и систематизируются в следующем порядке:

Сведения о медицинской биографии больного:

- условия его жизни и быта,
- особенности семейной жизни,
- место рождения больного,
- детский, юношеский периоды физического и умственного развития, формирования личности больного,
- следует уточнить состояние здоровья членов семьи.

Перенесённые и имеющиеся на данный момент сопутствующие заболевания (в хронологическом порядке):

- методы лечения заболеваний общего генеза и связанные со стоматологическим статусом,
- проведённые ранее виды протезирования,
- применявшиеся препараты (обезболивающие, антибиотики, гормоны, средства), влияющие на общесоматический статус,

– определить препараты, применение которых опасно для больного в результате их непереносимости.

Примеры лекарств:

Антикоагулянты или антиагреганты значительно увеличивают риск кровотечения у пациента.

Комбинированные оральные контрацептивы предрасполагают к заболеваниям дёсен.

Стероидные ингаляторы могут вызывать местную иммуносупрессию, приводящую к оральному кандидозу.

Противосудорожные препараты могут вызвать медикаментозное разрастание дёсен (фенитоин, топирамат, ламотриджин).

Блокаторы кальциевых каналов вызывают медикаментозное разрастание дёсен (амлодипин).

Иммунодепрессанты предрасполагают к злокачественным новообразованиям и инфекциям (кандидоз полости рта, абсцессы полости рта).

Список общих заболеваний велик. Предлагаем перечень заболеваний, которые могут напрямую влиять на лечение зубов (выбор метода обезболивания и анестетика, использование дополнительных аппаратных методов лечения, назначение медикаментозного лечения):

- ревматическая лихорадка или ревматический порок сердца,
- шум в сердце или пролапс митрального клапана,
- инфаркт миокарда,
- кардиостимулятор,
- высокое кровяное давление,
- искусственные суставы;
- гепатит и другие проблемы с печенью,
- туберкулёз,
- язва, гастрит,
- заболевания щитовидной железы и другие эндокринные заболевания,
- астма,
- ВИЧ, СПИД и другие заболевания, снижающие иммунитет,
- злокачественные опухоли,
- психическое заболевание (эпилепсия, судороги).

Наследственные заболевания – выясняются заболевания родителей, ближайших родственников:

- злокачественные образования,
- врожденные уродства.

Вредные привычки:

- употребление в больших количествах алкоголя,
- наркотическая зависимость,
- употребление курительных средств,
- нерегулярное питание.

Аллергический анамнез:

– есть ли у пациента аллергия, и, если да, уточняется, какая реакция у него была (например, легкая сыпь или анафилаксия) и на какое вещество;

– есть ли в семье родственники с аллергическими заболеваниями: бронхиальная астма, поллиноз или сенная лихорадка, экзема, ревматизм и др.;

– получал ли пациент ранее лекарственные препараты; какие лекарственные средства пациент принимал неоднократно, какое лекарственное средство больной принимал длительное время или часто, так как аллергическая реакция чаще всего может возникать на многократно применяемые препараты;

– пациента спрашивают о наличии грибковых поражений кожи и ногтей типа эпидермофитии и трихофитии; известно, что у 8–10 % больных с этими поражениями могут возникать острые аллергические реакции на первое введение пенициллина за счет общих антигенных свойств трихофитона и эпидермофитона с пенициллином и возможной латентной сенсибилизации к нему;

– аллергическая реакция на пищевые, бытовые, косметические аллергены;

– вводились ли иммунные сыворотки и вакцины;

– профессиональный контакт с лекарствами, химическими препаратами.

Беременность:

Важно знать, беременна ли пациентка, и если да, то какой срок беременности, так как это может существенно повлиять на решение стоматологических проблем (например, некоторые лекарства будут противопоказаны, и следует избегать необязательных рентгенологических исследований) [1: стр. 11] [6: стр. 7].

Для выявления заболеваний, которые могут повлиять на проведение запланированного стоматологического лечения, перед

началом терапии проводят предварительный опрос пациентов. Для этого используют специальные стандартизированные анкеты, которые заполняются самими пациентами. Достоверность и полноту предоставленных данных пациент подтверждает своей подписью. Однако заполнение анкеты не заменяет непосредственного общения врача с пациентом [7: стр. 18].

1.4 Развитие настоящего заболевания (Anamnesis morbi)

Этот этап включает в себя, прежде всего, оформление информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство в виде документа на бумажном носителе по форме, предусмотренной Приложением № 2 к Приказу Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 21 июля 2023 года № 576 «Об утверждении Порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства». (см. Приложение 1) [8: стр. 2].

При сборе анамнеза заболевания следует уточнить следующие моменты:

– время начала заболевания – когда впервые появились болевые ощущения, ухудшение самочувствия, изменения внешности, нарушения речи, заметные пациенту или окружающим;

– предполагаемые причины развития заболевания – пациент может связывать начало патологии с осложнениями кариозного процесса, заболеваниями пародонта (пародонтит, пародонтоз), травмами, хирургическими вмешательствами в челюстно-лицевой области и другими факторами (следует указать дату последнего лечения кариеса или его осложнений);

– информация об удалении зубов – были ли зубы удалены одномоментно или постепенно, с указанием даты последнего удаления;

– сведения о проведённых операциях в челюстно-лицевой области – дата вмешательства, проводилась ли ранее анестезия при

стоматологическом лечении или удалении зубов, оценка её эффективности (удовлетворительная / неудовлетворительная);

– данные о протезировании – протезируется ли пациент впервые или повторно, какие конструкции использует (съёмные / несъёмные), срок их ношения, субъективная оценка качества предыдущего протезирования (удовлетворительно / неудовлетворительно), а также причины недовольства (эстетические недостатки, нарушение окклюзии, плохая фиксация, болевой синдром и т. д.) [4: стр. 17].

Пародонтальный анамнез:

– о средствах и техник, с помощью которых пациент обеспечивает гигиену полости рта и зубов,

– частота и вид предыдущих сеансов профилактики,

– история хирургического вмешательства на тканях пародонта.

Полезны старые рентгенограммы, чтобы оценить эволюцию апикального и маргинального периодонта во времени.

Рентгенограммы должны быть датированы и должным образом связаны с пациентом по имени и интерпретации документально – подтверждённых выводов.

При составлении истории болезни обучающимся (врачу) следует избегать разговорных выражений, не относящихся к медицинской терминологии, таких как «был у зубодёра», «вкрутил штырь», «заделал дырку» и т. д. Вместо них необходимо использовать профессиональные термины: «обратился к стоматологу», «установили штифт», «врач сделал реставрацию». Однако, если для точности необходимо передать слова пациента дословно, их следует оформлять в кавычках, указывая, что это прямая речь больного [7: стр. 17].

1.5 Данные объективного исследования (Status praesens communis)

Внешний осмотр больного:

Общее состояние больного (удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, критическое), его сознание (ясное, неясное, ступор, помрачение, кома, бред, галлюцинации); раздражительность, подавленность, замкнутость.

Выражение лица пациента (спокойное, безразличное, страдальческое, отсутствие контакта).

Телосложение (нормостеническое, астеническое, гиперстеническое)

$$\text{ИМТ у мужчин и женщин} = \text{масса (кг)} / (\text{рост (м)})^2$$

Для вычислений необходимо взять вес в килограммах и разделить на собственный рост в метрах, возведенный в квадрат.

Например, человек весит 86 кг при росте 1,76 м.

Расчет: масса = 86 кг / рост = 1,76 м

$$\text{ИМТ} = 86 / (1,76 * 1,76) = 27,7 \text{ (избыточный вес)}$$

«Индекс Массы Тела» (см. Приложение 2).

При осмотре головы оценивают:

– форму и пропорции черепа, при необходимости используя антропометрические методы исследования.

При анализе эстетики лица проводят:

– осмотр в фас, оценивая симметрию лица, вертикальные пропорции, расположение зубов относительно средней линии, выраженность носогубных и подбородочной складок, а также смыкание губ;

– осмотр в профиль, определяя пропорции лица в сагиттальная (срединная сагиттальная плоскость), горизонтальная (плоскость физиологической горизонтали) и фронтальная (плоскость ушной вертикали) плоскостях;

Измерение высоты нижнего отдела лица:

Данный параметр (высота прикуса, окклюзионная высота, окклюзионный вертикальный размер) определяется в положении центральной окклюзии, то есть при смыкании зубных рядов в положении максимального контакта. Измерение осуществляется в состоянии относительного физиологического покоя нижней челюсти – между двумя анатомическими точками, расположенными соответственно на верхней и нижней челюстях.

В клинической практике применяются различные методы определения данного параметра, включая:

– метод физиологического покоя – основан на измерении расстояния между челюстями в покое и с учётом высоты окклюзионного разобщения;

– метод фонетических проб – используется артикуляция определённых звуков («М», «Эмма») для оценки позиции нижней челюсти;

– метод эстетической оценки – визуальная оценка внешнего вида лица при разной высоте прикуса;

– метод гнатодинамометрии – измерение тонуса мышц жевательного аппарата при различных положениях челюсти;

– радиографические методы – такие как телерентгенография, позволяют оценить соотношение челюстей в боковой проекции.

Несмотря на существование множества методик, ни одна из них не признана универсальной и обладающей абсолютной точностью. Выбор способа измерения зависит от клинической ситуации, состояния пациента и предпочтений врача. Это объясняет отсутствие единого мнения в литературе по поводу оптимального способа определения окклюзионной высоты.

Характеристика кожных покровов:

– цвет: розовый, бледно-розовый, мраморность, гиперемия, цианоз, землистый,

– упругость, эластичность,

– наличие новообразования, пигментации или депигментации, рубцов, ссадин, синяков,

– определение тонуса и напряжения жевательных и мимических мышц (напряжение мышц околоушной полости нередко появляется в результате вредных привычек и при деформациях зубных дуг).

Пальпаторное исследование челюстно-лицевой области в ортопедической стоматологии:

– пальпация лимфатических узлов подчелюстных, подбородочных, щечных, позадичелюстных, околоушных и шейных. В норме лимфатические узлы не пальпируются. При патологии лимфатические узлы характеризуются слабоболезненные, болезненные, плотные, эластичные, размягчённые, спаянные или неспаянные между собой, спаянные с окружающими тканями, кожа над лимфатическими узлами изменена (гиперемирована, синюшная, наличие свищевых выводных протоков) или не изменена,

– пальпация мимических и жевательных мышц безболезненна или болезненна,

– пальпация височно-нижнечелюстного сустава исследуют введением указательных пальцев обеих рук одновременно в наружные слуховые проходы пациента.

Во время движений нижней челюсти обращаем внимание на:

- открывание и закрывание рта (девиация или дефлексия),
- боковые движения влево и право,
- симметричность движений с обеих сторон,
- наличие шумов,
- степень открывания рта,
- болезненность.

Деформации могут быть представлены:

– воспалительные очаги, сопровождающиеся припухлостью, размягчением, флюктуацией, повышением местной температуры.

– травмирование тканей сопровождается образованием определённых размеров раны (нарушение целостности кожных покровов по площади и глубине, дисфункцией повреждённого органа), наличие гематом.

– новообразования опухолеподобные, внимательно оцениваем консистенцию, размеры, характер поверхности (ровная, бугристая), подвижность в различных направлениях [4: стр. 19], [7: стр. 19].

1.6 Внутриротовое обследование (status localis)

Последовательность осмотра и пальпации тканей и органов полости рта:

1. Осмотр красной каймы губ и преддверия полости рта (мелкое преддверие до 5 мм, среднее: 8–10 мм, глубокое более 10 мм):

- здоровая десна имеет бледно-розовый цвет, межзубные сочочки и свободная десна окрашены более интенсивно,
- цвет красной каймы губ,
- сухость,
- симметричность,
- опущение или поднятие углов рта,
- наличие высыпаний, различных пятен, трещин, изъязвлений, десквамация эпителия и другие не характерные в норме образования.

2. Осмотр слизистой оболочки полости рта протезного ложа (влажность и окраску, патологические изменения, отечность, гиперемия, кровоизлияния, рубцы, свищи, опухоли и т. д.):

- осмотр щёк, языка (описывается положение в полости рта, длина и ширина, состояние сосочков и рельеф поверхности, цвет и влажность), подъязычной области, места расположения больших и малых устьев выводных протоков слюнных желёз, обращается внимание на функцию слюнных желез путем их массажа;

- определение податливости и подвижности слизистой оболочки протезного ложа. В отдельных участках СОПР имеет различную податливость и подвижность:

- слизистая оболочка плотная в области альвеолярного отростка верхней челюсти, передней трети твердого нёба и в области срединного нёбного шва;

- слизистая оболочка имеет выраженную податливость в задней трети, ближе к линии А;

- является подвижной на месте перехода с верхней губы и щек на альвеолярный отросток, в области перехода слизистой оболочки с нижней губы и щеки на альвеолярную часть нижней челюсти.

Подвижная слизистая оболочка может быть нормальная, атрофичная или гипертрофированная.

В зависимости от клинического строения слизистой оболочки, выбираются методы снятия слепков.

Разработаны также приборы для определения податливости слизистой оболочки полости рта, но они не выпускаются промышленностью, поэтому используются классификации для определения податливости слизистой оболочки:

- **по Суппле** (1 – умеренная податливая, 2 – слизистая оболочка тонкая, атрофичная плохо податливая, 3 – слизистая оболочка разрыхленная, чрезмерно податливая, 4 – слизистая оболочка с наличием тяжей);

- **по Люнду** (1 – область сагиттального шва – срединная фиброзная зона плотно сращена с надкостницей и податливость минимальна, 2 – область альвеолярного отростка – периферичная фиброзная зона – подслизистый слой незначительный и податливость незначительна, 3 – область поперечных складок – передний отдел твердого неба – жировая зона податливость сред-

ней степени, 4 – задняя треть твердого неба – железистая зона
мощный слой небных желез – податливость максимальная;

• **Н.В. Калинина** выделяет 4 типа слизистой оболочки в зависимости от конституции и общего состояния организма:

I *mun* – слизистая оболочка хорошо воспринимает жевательное давление, атрофия альвеолярного отростка и альвеолярной части, как правило, незначительная;

II *mun* – тонкая слизистая оболочка, характерная для людей астенической конституции, чаще женщин, встречается при разной степени атрофии альвеолярной части и альвеолярного отростка и у людей пожилого и преклонного возраста со значительной степенью атрофии челюсти;

III *mun* – рыхлая, податливая слизистая оболочка, встречающаяся преимущественно у гиперстеников, а также у людей с общесоматическими заболеваниями. Чаще всего это нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы, диабет, психические заболевания;

IV *mun* – характерно наличие подвижной слизистой оболочки, расположенной в пределах альвеолярных гребней. Отмечается у людей, болевших пародонтитом, часто может быть в результате травмы или атрофии альвеолярного гребня вследствие повышенного давления со стороны протеза.

Например, при атрофичной слизистой оболочке показаны разгружающие оттиски, при гипертрофированной – компрессионные, а при неравномерной податливости слизистой оболочки – дифференцированные оттиски.

3. При пальпации альвеолярных гребней и нёба врач оценивает их форму и состояние, обращая внимание на:

– наличие острых костных выступов, ретинированных корней, опухолей или других уплотнений, которые могут повлиять на процесс протезирования или потребовать дополнительного лечения;

– конфигурация вестибулярного ската альвеолярного гребня (с наклоном, вертикальная, с выступами);

– тип альвеолярного гребня (овальный, острый, плоский, грибовидный);

– характер свода твердого нёба (высокий, средний, плоский);

– тип сагиттального шва (плоский, вогнутый, выпуклый, вытянутый вогнутый);

– степень выраженности границ задней части твердого нёба, слепых ямок и атрофии альвеолярного отростка или альвеолярной части [9: стр. 191].

В ортопедической стоматологии используются различные классификации атрофий тканей протезного ложа необходимые для описания внутриротовых изменений полости рта:

• **на беззубой верхней челюсти по Шредеру:**

1 класс – альвеолярный отросток и свод твёрдого нёба хорошо выражен, переходная складка расположена высоко, торус отсутствует или выражен незначительно;

2 класс – отмечается умеренная атрофия альвеолярного отростка, свод твердого неба средней глубины, торус хорошо выражен;

3 класс – наблюдается выраженная атрофия альвеолярного отростка, твердое небо плоское, торус выражен слабо.

Оптимальные условия для ортопедического лечения наблюдаются при первом типе беззубой верхней челюсти.

К существующей классификации Шредера, А.И. Дойников добавил 4-й и 5-й типы беззубых челюстей.

• **на обеих беззубых челюстях по Дойникову А.И.:**

1 класс – альвеолярный отросток и свод твердого неба хорошо выражены; переходная складка расположена высоко на верхней челюсти и низко – на нижней;

2 класс – отмечается умеренная атрофия альвеолярных отростков;

3 класс – выраженная, равномерная атрофия альвеолярных отростков;

4 класс – относительно хорошо выражен альвеолярный отросток в области фронтального участка, при этом в боковых отделах наблюдается резкая атрофия;

5 класс – во фронтальном участке альвеолярный отросток подвергся значительной атрофии, но хорошо сохранен в боковых отделах.

• **для беззубой нижней челюсти классификация Келлеру:**

1-й тип – челюсть с хорошо выраженной альвеолярной частью; переходная складка отстоит на значительном расстоянии от гребня;

2-й тип – выраженная равномерная атрофия всей альвеолярной части; подвижная слизистая оболочка расположена почти на уровне гребня;

3-й тип – альвеолярная часть хорошо сохранена во фронтальном отделе, тогда как в области жевательных зубов наблюдается резкая атрофия;

4-й тип – в переднем отделе альвеолярная часть резко атрофирована, а в области жевательных зубов, напротив, хорошо выражена.

- **на беззубой нижней челюсти по В.Ю. Курляндскому** (данная классификация учитывает не только степень атрофии альвеолярного отростка, но также топографические особенности и уровни прикрепления мышц):

1-й тип – альвеолярный отросток располагается выше уровня прикрепления мышц как с внутренней, так и с внешней сторон;

2-й тип – атрофия альвеолярного отростка и тела челюсти достигает уровня прикрепления мышц с обеих сторон;

3-й тип – степень атрофии тела челюсти превышает уровень прикрепления мышц, располагаясь ниже него;

4-й тип – более выраженная атрофия наблюдается в области боковых (жевательных) зубов;

5-й тип – наибольшая степень атрофии отмечается в области передних зубов.

Наиболее благоприятными для лечения считаются первый и третий типы беззубой нижней челюсти.

- **классификация беззубых челюстей для верхней и нижней челюсти по И. М. Оксману:**

1-й тип – высокий альвеолярный отросток, хорошо выраженные бугры, четко очерченный свод твердого неба и высокое прикрепление переходной складки;

2-й тип – умеренная (средняя) степень атрофии альвеолярного отростка;

3-й тип – выраженная, но равномерная атрофия; переходная складка расположена на уровне альвеолярного гребня;

4-й тип – неравномерная атрофия альвеолярного отростка.

- **классификация турса по Ланда:**

1 класс – встречается у 7–15 % населения; имеет овальную форму, расположенную в задней трети твердого неба;

2 класс – удлинённая, невысокая форма, локализованная в задней трети неба;

3 класс – удлинённый, высокий торус эллипсоидной формы, охватывающий переднюю и среднюю трети твёрдого неба;

4 класс – длинный и узкий, располагающийся в передней трети неба;

5 класс – протяжённый по всей длине твёрдого неба.

Например, торус, наиболее часто встречающийся в средней трети твёрдого неба, отрицательно влияет на стабильность полносъёмного протеза верхней челюсти [4: стр. 23,24], [9: стр. 198-200].

4. Определение типа десны:

Толстый биотип характеризуется достаточно уплотнённой десной, толщиной от 2 мм, граница десны широкая с корональным расположением. Поверхность бугристая с видом «апельсиновой корки».

Средний биотип – десна умеренной толщины, достаточно эластичная, обладает хорошей кровоснабженностью и устойчивостью к внешним воздействиям.

Тонкий биотип отличается толщиной менее 1,5 мм, с гладкой блестящей поверхностью, визуальна коронка зуба вытянутой треугольной формы. Для клинического теста определения биотипа можно использовать зонд, кончик которого при тонком биотипе просвечивается через маргинальный край десны, а при толстом – нет.

Например, патологические изменения слизистой оболочки полости рта:

- набухшая синюшная слизистая оболочка говорит о наличии хронических воспалительных заболеваний во рту,

- резкое покраснение слизистой наблюдается при многих инфекционных заболеваниях (корь, скарлатина, дифтерия), а также при травме, воспалении, общих заболеваниях,

- отёк слизистой оболочки полости рта наблюдается при заболеваниях сердца, почек,

- при наличии рубцов на слизистой оболочке; увеличенные или, напротив, сглаженные сосочки языка указывают на наличие заболеваний желудочно-кишечного тракта,

- наличие кровоточивости слизистой оболочки полости рта, часто возникает при заболеваниях пародонта, стоматитах, заболеваниях крови, авитаминозах, эндокринных нарушениях, а так-

же при хронической травме мягких тканей коронками, пломбами, зубными отложениями и т. д.

5. Исследование височно-нижнечелюстных суставов заключается в:

- выявление степени открывания рта (норма – 35–50 мм, I степень ограничения (полное/свободное) – 30–34 мм, II степень ограничения (неполное) – 20–29 мм, III степень ограничения (затрудненное) – менее 20 мм);

- определение характера движения нижней челюсти: плавное, прерывистое, отклонение челюсти при открывании рта, смещение вправо или влево;

- наличие боли и хруста в области сустава при движении нижней челюсти;

- описание болезненных участков при пальпации в области сустава.

Например, ограничение открывания рта может свидетельствовать о дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, воспалении, рубцовых изменениях или других патологических состояниях [9: стр. 192].

6. Определение центральной окклюзии — это установление взаимного положения оставшихся зубов относительно положения физиологического покоя нижней челюсти. При этом важно оценить, не изменилась ли высота нижней трети лица, не произошло ли смещение нижней челюсти назад (дистально), а также проверить положение сохранившихся зубов по отношению к окклюзионной плоскости. Различные отклонения становятся особенно заметны при подборе правильной высоты прикуса с помощью окклюзионных валиков в положении центральной окклюзии, что позволяет своевременно выявить возможные осложнения [9: стр. 193].

Для постановки диагноза используется:

1. Перкуссия проводится постукиванием металлической ручкой инструмента равномерно в вертикальном и горизонтальном направлении.

2. Пальпация – ощупывание подушечками пальцев мягких тканей и выступающих костных отростков лицевого скелета.

3. Зондирование производится угловым зондом для обнаружения дефектов твёрдых тканей зубов, для выявления кровоте-

чивости тканей пародонта, определение наличия над- и поддесневового зубного камня и пародонтологического кармана.

4. Реакция провокации болевого приступа при помощи физических раздражителей (термодиагностика) [6: стр. 9,10].

5. Исследование диагностических моделей:

На основании диагностических моделей получают сведения об:

- объёме утраты твёрдых тканей зубов (ИРОПЗ по И.Ю. Миликевичу),
- характере и топографии дефекта (описывается согласно классификации Гаврилова или Кеннеди),
- о положении его относительно соседних зубов и зубов-антагонистов,
- уточнение конструктивных особенностей зубных протезов и лечебных аппаратов,
- контроля эффективности лечения (контрольные модели).

Кроме того, на моделях проводят дополнительную оценку в зависимости от клинического случая:

- состояния зубных рядов и их соотношений,
- изменения, происходящие в зубных рядах со временем (наличие или отсутствие феномена Попова-Годона и истирания),
- окклюзионные контакты с использованием аппаратов, имитирующих движения нижней челюсти (исследование модели в артикуляторе),
- ряд антропометрических измерений (размеры зубов, протяжённость зубных рядов, форма зубных дуг, ширина зубных рядов в различных отделах, а также определяется симметричность или асимметрия расположения зубов).

Получают диагностическую модель с помощью снятия слепков полости рта и дальнейшей отливки модели из гипса [9: стр. 232].

1.7 Зубная формула

Тщательный осмотр всех органов полости рта помогает выявлять сопутствующие заболевания или приближающуюся угрозу и осмотр зубов не является исключением. Исследование состояния зубов необходимо начинать с осмотра прикуса, учитывая

возрастные этапы развития, отметить нарушение, его вид и характер патологии прикуса.

Вид прикуса:

Физиологический – ортогнатический, прямой, бипрогнатический, опистогнатический.

Патологический – прогнатический, прогенический, перекрестный, глубокий, открытый, фиксированный, не фиксированный [4: стр. 21], [7: стр. 22].

Обследование необходимо проводить таким образом, чтобы врач смог подробно рассмотреть и отметить все изменения твердых тканей, поэтому предлагается следующая последовательность: зубные ряды делятся на квадранты и обследование каждого зуба начинать в определённой последовательности относительно их нумерации (сверху вниз, справа налево относительно пациента).

Критерии оценки зубов:

- форма, размер и цвет зубов,
- состояние твёрдых тканей, наличие и оценка пломб, некариозные поражения,
- положение зубов относительно зубного ряда (сверхкомплектные, дистопированные, ретинированные, полуретинированные зубы),
- определение степени разрушения окклюзионной поверхности зубов: определяют визуально, ориентируясь по анатомическим образованиям, с помощью градуированного стоматологического зеркала.

В настоящее время для определения ИРОПЗ применяют компьютерные технологии, специальные программы позволяют по цвету определять площади объектов и производить вычисление индексов (см. Приложение 3) [9: стр. 12].

– наличие протезов в полости рта (наличие вкладок, искусственных коронок и их состояние, несъёмные частично или полностью съёмные конструкции).

Осмотр и обследование зубов проводят:

- зондом оценивают состояние тканей пародонта, состояние пломб и наличие кариозного процесса,
- зеркалом осматривают все стенки зуба,
- пинцетом определяют подвижность.

Определение патологической подвижности зубов по А.И. Евдокимову:

– I-я степень подвижности зубов – это движения зуба в вестибуло-оральном направлении на 1 мм,

– II-я степень – это движение зуба в вестибуло-оральном и мезио-дистальном направлении более 1 мм,

– III-я – присоединяется подвижность в вертикальном направлении.

Перкуссию можно проводить обратной стороной ручки зеркала или зонда в горизонтальном и вертикальном направлении. Информативнее всего, в процессе перкуссии сравнивать со здоровыми зубами, чтобы оценить болевой эффект и сопоставить с жалобами пациента.

При исследовании зубной дуги необходимо записать формулу, а также сказать о положении зубов в зубной дуге.

Зубная формула постоянного прикуса (Одонтограмма ВОЗ)

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

Оценка зубов должна быть записана с помощью одонтограммы или списка клинических данных на каждый зуб. Каждый зуб имеет свои цифровые обозначения от 1 до 8.

Первая цифра-обозначает – номер квадранта (по часовой стрелке 1–4 для постоянного прикуса, а 5–8 для временного прикуса).

Вторая цифра – номер зуба.

Пример:

4.5: 4 – это нижняя челюсть справа, а 5 – это второй премоляр.

7.3: 7 – это нижняя челюсть слева, а 3 – это клык.

6.8: такого зуба не существует.

Для обозначения в стоматологической карточке пациента форма № 043 используют обозначения на русском языке или английском (для одной зубной формулы применяется один алфавит). Буквенные обозначения, размещенные над или под цифрой, указывают состояние каждого зуба [10: стр. 242].

Приняты следующие обозначения:

C – кариес

- П – пломба
- Р – пульпит
- К – зуб, покрытый коронкой
- Pt – периодонтит
- О – отсутствует зуб
- Р – корень
- А – пародонтоз (I, II, III, IV степень подвижности)
- И – искусственный зуб
- Ш – штифтовый зуб
- ЧСПП – частичный съёмный пластинчатый протез
- ПСПП – полный съёмный пластинчатый протез
- Б/П – бюгельный протез
- Им – имплантат

Определение нарушения непрерывности зубного ряда: размера и степени дефекта (эстетический и функциональный).

Степень выраженности эстетических и функциональных нарушений определяется размером и расположением дефекта, а подбор конструкции зубочелюстных и челюстно-лицевых протезов в каждом случае требует индивидуального подхода и использование классификаций:

- классификация дефектов зубных рядов по Е.И. Гаврилову (см. Приложение 4)
- классификация Кеннеди (см. Приложение 5) [9: стр. 190].

Описание патологической стираемости.

Оценка патологических изменений проводится с учётом следующих критериев:

- По стадии развития процесса:

I стадия – поражение в пределах эмали.

II стадия – поражение охватывает эмаль и частично дентин.

III стадия – поражение распространяется в пределах дентина.

- По степени убыли твёрдых тканей (по М. Г. Бушану):

I степень – незначительное истирание эмали на буграх и режущем крае.

II степень – обнажение дентина вследствие износа эмали.

III степень – истирание эмали и дентина от полости зуба до уровня десны.

- По глубине поражения твёрдых тканей (по А. Л. Грозовскому):

I форма – горизонтальная.

II форма – вертикальная.

III форма – смешанная.

• По распространённости патологического процесса

по В.Ю. Курляндскому:

I форма – локализованная.

II форма – генерализованная.

по Е. И. Гаврилову:

I форма – очаговая.

II форма – разлитая.

По характеру компенсаторно-приспособительных реакций жевательного аппарата (**по Е. И. Гаврилову**):

I форма – некомпенсированная.

II форма – компенсированная.

III форма – субкомпенсированная [4: стр. 22].

1.8 Состояние тканей пародонта

Наличие зубных отложений.

Для оценки качества чистки зубов используют индексы гигиены и пародонтальные индексы. Индексные оценки состояний тканей пародонта позволяют оценивать глубину и распространённость патологического процесса, динамику заболеваний в течение длительного времени и сопоставлять эффективность различных методов лечения.

Индексы гигиены:

– Индекс необходимости лечения болезней пародонта CPITN (см. Приложение 6).

– Гигиенический индекс Федорова – Володкиной (см. Приложение 7).

– Индекс эффективности гигиены рта (РНР) (см. Приложение 8).

– Упрощенный индекс гигиены полости рта Грина и Вермиллиона ОНІ-s (см. Приложение 9).

– Индекс зубного налета (PI) Силнесс и Лоэ (см. Приложение 10) [6: стр. 28-32].

– Индекс гингивита (РМА-Парма) (см. Приложение 11).

Пародонтальные индексы:

- Индекс кровоточивости дёсен по Мюллеману (см. Приложение 12) [7: стр. 25].
- Комплексный периодонтальный индекс (КПИ) по П. А. Леус (см. Приложение 13).
- Классификация гингивальных рецессий по Миллеру (см. Приложение 14).
- Классификация вертикального поражения Тарнову и Флетчеру (см. Приложение 15).
- Классификацию фуркационных дефектов Lindhe J. (см. Приложение 16).
- Индекс глубины пародонтальных карманов по Миллеру (см. Приложение 17) [11: стр. 40-56].

1.9 Данные рентгеновских и лабораторных исследований

1. Параклинические методы исследования:

Температурная диагностика – определение реакции зуба (в основном пульпы) на температурные раздражители с помощью холодной или горячей воды, нагретого инструмента. Нормальная реакция-ощущение холода/тепла кратковременное, исчезает сразу после прекращения воздействия. Это указывает на здоровую пульпу. Патологическая реакция (воспаление пульпы)-чувствительность повышена – боль возникает при незначительных температурных изменениях (5–7 °С). Боль длительная, интенсивная, ноющая – характерный признак пульпита.

2. Электроодонтодиагностика – это измерение уровня сопротивления тканей ротовой полости электрическому току. Чем выше показатели, тем глубже воспалительный процесс проник внутрь организма.

Здоровые зубы реагируют на ток силой 2 – 6 мкА. При воспалении пульпы ЭОД снижено до 20 – 40 мкА, при гибели пульпы – более 100 мкА.

3. Рентгенологические обследования основываются на разной способности тканей поглощать рентгеновские лучи.

На пленочных рентгенограммах должна быть четко указана дата, когда они были сделаны, а также имена пациента и стоматолога. Точно так же и цифровые рентгенограммы должны быть точно и постоянно связаны с датой их взятия, а также с данными пациента и стоматолога.

Все рентгенограммы должны быть приемлемого диагностического качества.

Стоматологи, использующие цифровые рентгенограммы, могут использовать инструменты улучшения доступные в их программном обеспечении для управления такими факторами, как контрастность, яркость и резкость, чтобы улучшить качество диагностики изображения. Тем не менее, инструменты улучшения должны использоваться с осторожностью, так как они могут вносить артефакты и искажения, не точно отображать изображенную анатомию. Это важно, обратите внимание, что, хотя цифровыми изображениями можно манипулировать и улучшать, но оригинальные неизменные изображения должны быть сохранены, должным образом связаны вместе с картой пациента и сохраняется в течение необходимого срока хранения (сроки хранения регламентируются нормативно – правовыми приказами Министерства Здравоохранения и локальными актами медицинского учреждения) [2: стр. 9].

Выделяют следующие виды рентгенологических исследований:

- рентгенография опорных зубов, включающая прицельные снимки и ортопантограмму,
- рентгенография височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС),
- томография для детального изучения костных структур,
- телерентгенография ВНЧС, позволяющая оценить положение челюстей и сустава в черепно-лицевом отделе,
- магнитно-резонансная томография (МРТ) – в настоящее время является «золотым стандартом» в диагностике мягкотканых структур ВНЧС, особенно для оценки положения суставного диска [5: стр. 50].

Рентгенологические исследования выполняются по показаниям в следующих случаях:

- при наличии зубов с крупными пломбами или ранее покрытых коронками,

- при изменении цвета зуба,
- при выявлении подвижности зубов,
- при повышенной стираемости твердых тканей зуба,
- при подозрении на кариозный процесс на контактных поверхностях,
- при диагностике системных и очаговых поражений пародонта,
- для контроля качества пломбирования корневых каналов.
- при подозрении на наличие оставленного корня или корневых остатков.

При описании патологических изменений анализа рентгеновского снимка зубов и следует обратить внимание на следующее:

- состояние периодонтальной щели, наличие костного кармана,
- состояние канала корня, характер его заполнения пломбировочным материалом (неполное, до верхушечного отверстия, за верхушку корня),
- патологические изменения периапикальных тканей в области верхушки корня (разрежение костной ткани, с четкими и нечеткими границами, уплотнение костной ткани),
- форму корня зуба: прямая, искривленная,
- изменения в области коронки зуба (кариозный процесс, неплотное прилегание пломбы, искусственной коронки, свисание пломбы на десневой край),
- атрофию межзубной и межлуночковой перегородки.

На рентгенограмме височно-нижнечелюстного сустава необходимо обратить внимание на: положение головки нижней челюсти, ширину суставной щели, структурные изменения элементов сустава [9: стр. 193].

4. Определение потери жевательной эффективности с помощью физиологического статического метода – определении доли участия каждого зуба в процессе жевания: все зубы двух челюстей условно принимаются за 100 %, сумма всех коэффициентов составляет жевательный индекс:

– потеря жевательной эффективности по Н. И. Агапову – данная жевательная проба используется для оценки состояния жевательного аппарата у подростков и взрослых при проведении

медицинского освидетельствования для определения годности к военной службе, однако метод по Н. И. Агапову не подходит для оценки жевательной эффективности у пациентов с аномалиями прикуса. В расчёт принимаются только отсутствующие зубы и их антагонисты, без учёта окклюзионных нарушений.

Например, при отсутствии 23-го зуба определяем, что коэффициент потери жевательной эффективности для клыка 3%, нижний клык тоже не участвует в акте жевания, поэтому потеря жевательной эффективности по Агапову равна $3 \times 2 = 6\%$. Рекомендовано протезирование мостовидным протезом с опорой на зубы 2.4, 2.2 или имплантацией (см. Приложение 18),

– потеря жевательной эффективности по И. М. Оксману – кроме функциональной ценности утерянных зубов (по Агапову), учитывает также функциональное состояние оставшихся зубов по их подвижности. При подвижности зуба I-й степени учитываются в норме, при II-й степени их функциональная ценность снижается в половину (делим на 2), при подвижности III-й степени приравнивается к нулю.

Например, при отсутствии 17, 16, 15, 14, 25, 26, 27 зубов без подвижности оставшихся зубов определяем, что коэффициент потери жевательной эффективности для 7-го зуба 5%, для 6-го зуба 6%, для 5-го зуба 3%, нижние зубы также не участвуют в акте жевания, поэтому потеря жевательной эффективности по Оксману равна $28\% \times 2$ (с двух сторон) = 56%. Рекомендовано протезирование частично съёмным пластинчатым протезом, бюгельным протезом или имплантацией (см. Приложение 19) [4: стр. 27].

Лабораторные и инструментальные методы исследования:

1. Аллергологические исследования и пробы (методы иммунодиагностики «in vitro», тесты со стандартным набором антигенов).

2. Биохимические исследования:

– определение уровня глюкозы в крови (норма: см. Приложение 20) [12: стр. 13–36].

1.10 Предварительный диагноз

Предварительный диагноз – это медицинское заключение, которое формируется на раннем этапе, основываясь на жалобах

пациента, данных из его медицинских документов и результатах первичного осмотра. Он отражает предположение о возможном заболевании, но пока не является окончательным.

Такой диагноз нужен для того, чтобы определить, в каком направлении дальше проводить обследование. В процессе диагностики он может быть подтверждён, уточнён, использоваться как основа для постановки окончательного диагноза или исключён.

Предварительный должен отражать как морфологические, так и функциональные нарушения, содержать характеристику основного патологического состояния, осложнения, сопутствующего патологического состояния.

Важно помнить, что в формулировке не используют вопросительные знаки, потому что, несмотря на его гипотетичность, диагноз должен быть изложен как рабочее предположение, а не как вопрос [1: стр. 41-42].

1.11 Дифференциальная диагностика

Дифференциальная диагностика – это процесс отличия схожих между собой состояний. Помимо общих признаков нарушенного развития, существуют и уникальные особенности, характерные только для определённых его форм.

Главная цель дифференциальной диагностики – определить конкретный тип нарушения развития и отнести наблюдаемый случай к одной из известных форм аномального развития.

Данный раздел имеет особое значение, так как демонстрирует способность обучающегося к клиническому мышлению. Анализ и синтез подлежат не только жалобы пациента, данные анамнеза и объективного осмотра, но и результаты лабораторных и инструментальных исследований.

Особое внимание следует уделить дифференциации частичной потери зубов от сопутствующих и сочетанных заболеваний.

Например,

– игнорирование начальной стадии локализованного пародонтита, протекающего без явных воспалительных признаков, патологической подвижности зубов и субъективных жалоб или деформаций зубных рядов может привести к неверной тактике лечения.

– в ситуациях, когда частичная утрата зубов сочетается с выраженным стиранием твёрдых тканей коронок оставшихся зубов, крайне важно установить наличие или отсутствие снижения высоты нижнего отдела лица, так как это напрямую определяет план ортопедического лечения.

После завершения обследования пациента и постановки диагноза необходимо составить план лечебных мероприятий, включающий подготовительный этап. Проведение ортопедического лечения без предварительной подготовки невозможно и недопустимо [9: стр. 193].

1.12 Окончательный или клинический диагноз и его обоснование

Проводится полное формулирование клинического диагноза, в котором отражено основное заболевание, его осложнения и сопутствующие заболевания (см. Приложение 21).

На основании жалоб пациента, характерных клинических признаков, выявленных при объективном обследовании, данных лабораторных, рентгенологических и других доступных диагностических методов следует определить:

- основное заболевание зубочелюстной системы и его осложнения,
- сопутствующие стоматологические заболевания,
- общие сопутствующие заболевания, способные оказывать влияние на ход лечения и реабилитации.

Для упрощения планирования обоснованных лечебных и реабилитационных мероприятий диагностический процесс рекомендуется проводить по строго определённой последовательности, последовательно оценивая:

- целостность зубных рядов,
- состояние твёрдых тканей зубов,
- состояние пародонта,
- состояние окклюзии и соотношение челюстей,
- функциональное состояние височно-нижнечелюстных суставов и жевательных мышц,
- состояние имеющихся ортопедических конструкций и протезного поля, включая слизистую оболочку полости рта, язык,

преддверие рта, губы и беззубые альвеолярные гребни [12: стр. 10].

1.13 Этиология и патогенез заболевания

При описании патологии и патогенеза заболевания в клиническом случае важно учитывать современные взгляды на этиологию и механизмы развития болезни.

1. Основные причины развития аномалий и деформаций зубочелюстной системы можно условно разделить на следующие группы:

По происхождению:

- филогенетические (изменения, возникшие в процессе эволюционного развития человека),
- наследственные (передающиеся по наследству от родителей к детям),
- врождённые (возникающие в период внутриутробного развития),
- приобретённые (формирующиеся под действием внешних и внутренних факторов после рождения),

Например,

Травматические повреждения – огнестрельные, неогнестрельные;

Патологические воспалительные процессы – остеомиелит, периодонтит, абсцессы и флегмоны;

Доброкачественные и злокачественные новообразования – кисты, опухоли мягких и твёрдых тканей челюстно-лицевой области;

Специфические инфекционные заболевания – сифилис, туберкулёз, актиномикоз [13: стр. 15].

Развитие дефектов зубного ряда нарушает не только его целостность, но и запускает сложные изменения как в области утраченного зуба, так и во всём зубочелюстном аппарате.

2. В основе патогенеза лежит постепенное смещение и перестройка зубных рядов:

Сначала изменения происходят вблизи дефекта: наклоны, смещения соседних зубов, затем перестраивается весь зубной ряд и окклюзионные взаимоотношения, изменяется положение

нижней челюсти, нарушается функция жевательных мышц и суставов.

Основные теоретические положения патогенеза:

Теория относительного артикуляционного равновесия Попова-Годона – любое изменение в зубном ряду нарушает баланс между зубами-антагонистами и приводит к их перемещению до достижения нового условного равновесия.

Теория относительного физиологического равновесия Шрёдера-Катца – целостность зубных рядов поддерживается системой сил: мышечного давления, контактов антагонистов, пародонта. Нарушение одного элемента изменяет равновесие всей системы.

Закон механики взаимно-уравновешивающих сил Д.А. Калвелеса – потеря зуба меняет направление и величину действующих сил, вызывая компенсаторные смещения соседних зубов.

Теория межтканевой жидкости В.Ю. Курляндского – при отсутствии зуба изменяется давление в тканях беззубого альвеолярного отростка, что способствует его постепенной атрофии.

Явление «ложной гипертрофии» по А.И. Абрикосову – из-за давления протезов или компенсаторной гиперплазии мягких тканей в области дефекта формируется ложное увеличение объёма слизистой оболочки [14: стр. 9].

К основным патологическим состояниям относятся те, которые привели в данное время больного к врачу и являются более серьезными в отношении лечения. Осложнениями следует считать те нарушения, которые патогенетически связаны с основными заболеваниями, т. е. ими обусловлено их развитие.

Пример описания (на примере частичного отсутствия зубов):

Этиология:

Травматическое удаление зуба, осложнённый кариес, периодонтит, осложнения после ортодонтического или ортопедического лечения, воспалительные заболевания пародонта.

Патогенез:

Удаление или утрата зуба приводит к нарушению целостности зубного ряда и исчезновению контактных пунктов. Это вызывает перераспределение окклюзионных нагрузок на соседние и на зубы – антагонисты. Под действием неравномерных давлений происходит их наклон в сторону дефекта, выдвигание антагонистов в область отсутствующего зуба.

Формируется феномен Попова-Годона, сопровождающийся перегрузкой пародонта и изменением окклюзионных контактов.

При длительном отсутствии восстановления дефекта развиваются вторичные деформации зубных рядов, снижается высота нижнего отдела лица, нарушается функция жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава. В тяжёлых случаях возможно развитие дисфункции ВНЧС и синдрома Костена [14: стр. 11, 12].

Важно! Описание должно быть основано на актуальных данных и учитывать современные методы диагностики и лечения [10: стр. 304, 305].

1.14 План лечения больного и его обоснование

Основные цели при составлении плана ортопедического лечения:

- восстановление жевательной функции,
- устранение эстетических и фонетических нарушений,
- коррекция морфологических изменений в зубочелюстной системе.

Второстепенные задачи:

- нормализация работы жевательных мышц и височно-нижнечелюстных суставов,
- сохранение оставшихся зубов за счёт снижения риска их дальнейшего разрушения,
- проведение профилактических мероприятий для предотвращения осложнений и развития вторичных деформаций зубных рядов [9: стр. 195].

После проведения комплексного обследования пациента и постановки диагноза необходимо составить план лечебных мероприятий – является важным документом как для пациента, так и для врача и администрации медицинского учреждения, служит основным обоснованием назначенного лечения, представляет собой юридически значимый документ в случае возникновения медицинских споров.

В истории болезни необходимо указать один из вариантов протезирования, описать последовательность манипуляций, на-

правленных на создание благоприятных условий для восстановления эстетических или функциональных нарушений. Если подготовка полости рта была проведена раньше, то в истории болезни следует указать, что «полость рта санирована».

Подготовка полости рта к ортопедическому лечению включает:

Терапевтические методы лечения – профессиональная гигиена полости рта (удаление зубных отложений), устранение очагов инфекции (лечение кариеса, его осложнений, заболеваний пародонта), лечение заболеваний СОПР.

Ортодонтические методы лечения: вернуть зубам оптимальный наклон и создать место для протезирования необходима установка брекет-системы.

Хирургические методы лечения: удаление зубов и корней, не подлежащих сохранению, проведение сопутствующих хирургических манипуляций (остеотомия, кюретаж, гингивотомия, резекция верхушки корня и другие).

В плане лечения обязательно подробно отражаются:

– выбранный метод восстановления целостности зубного ряда (съёмное/несъёмное протезирование, комбинированные конструкции);

– клинические этапы протезирования;

– рецептура и характеристики лекарственных препаратов, применяемых в процессе лечения, их фармакологическое действие и особенности применения [9: стр. 194].

При решении стандартных и несложных клинических задач, как правило, существует единственный оптимальный вариант лечения. Однако в случае более сложных ситуаций может быть несколько подходов к протезированию, отличающихся, в том числе, и по стоимости – например, выбор между более доступными и дорогостоящими материалами.

При составлении плана протезирования важно учитывать ряд ключевых критериев:

1. Форма ведения плана протезирования. В частных клиниках часто применяются специализированные медицинские информационные системы, позволяющие вести электронные медицинские карты и оформлять план протезирования в цифровом формате.

2. Полнота плана. Каждый план должен быть исчерпывающим, подробно раскрывающим каждый этап.

3. Доступность для понимания. Документ должен быть составлен таким образом, чтобы его содержание было понятно, как пациенту, так и любому другому специалисту.

4. Обоснованность плана. Он должен включать только те процедуры и манипуляции, использование которых полностью обосновано. [7: 42–44] [10: стр. 327–365].

1.15 Дневник курации больного (дата при повторном обращении), анамнез, статус, диагноз, лечение

Дневник ведется в соответствии с датами приёма больного в амбулаторной истории болезни, фиксируя все этапы наблюдения пациента:

– Фиксируются новые жалобы, либо отмечается отсутствие изменений. Если жалоб нет, то следует писать: «Жалоб не предъявляет».

– В анамнезе (изменения в динамике): реакция пациента на лечение, новые симптомы или улучшения. Объективный статус (стоматологический статус)

– Краткие данные осмотра полости рта и сравнительный анализ с данными предыдущего осмотра.

– В диагнозе указывается предварительный, клинический или окончательный диагноз с учетом динамики заболевания.

– В лечении указывается перечень проведенных лечебных мероприятий на текущем этапе, назначения для пациента (лекарства, процедуры, рекомендации).

Такой формат позволяет четко отслеживать динамику лечения и при необходимости корректировать тактику. Важно указывать лечебные манипуляции и назначения [7: стр. 42].

1.16 Эпикриз

Является заключительным разделом истории болезни, в котором должны быть кратко представлены основные клинические

данные с оценкой индивидуальных особенностей течения болезни, проведенного протезирования и дальнейшего прогноза.

В эпикризе необходимо отразить следующие пункты: паспортные данные (ФИО пациента, возраст, профессия), дата обращения, жалобы (на момент обращения и в динамике), основные жалобы пациента, динамика жалоб в процессе протезирования, объективные данные (на момент обращения и в процессе лечения), общее состояние (температура, пульс, артериальное давление и др.), данные внутривидеоскопического осмотра и инструментальных исследований (рентген, электрооронтодиагностика и др.), также результаты лабораторных данных (изменения в крови, моче, биохимических показателях), заключения консультаций специалистов, клинический диагноз, указание вида протезирования и его клинические этапы, описание проведенной медикаментозной терапии (основные группы препаратов), физиотерапевтические процедуры (при их назначении), хирургические вмешательства (при наличии с описанием манипуляции, объёма и даты проведения), прогноз (благоприятный, удовлетворительный, сомнительный с обоснованием прогноза), диспансерное наблюдение (1 группа – отсутствие первых моляров, 2 группа – патологическая стираемость, 3 группа – заболевание пародонта, 4 группа – полное отсутствие зубов).

1.17 Рекомендации

В рекомендациях студент указывает общие принципы профилактики данного заболевания, прогноз заболевания и конкретные индивидуальные профилактические рекомендации больному: о режиме труда и быта, режим ношения протеза, правила ухода за протезом и полостью рта, возможная необходимость коррекции протеза, медикаментозного, диетического и санаторно-курортного лечения

Оформление рекомендаций для пациентов – важный аспект работы стоматолога. Они должны быть четкими, понятными и обоснованными. Вот основные принципы:

1. Используйте простой и понятный язык.
2. Указывайте точные дозировки и режим приёма препаратов.

3. Разделяйте рекомендации на обязательные (например, уход после операции) и дополнительные (например, диета, вспомогательные средства).

Например,

После установки коронок на зубы – не принимать пищу и напитки в течение 2 часов после фиксации; в первые сутки избегать твердой, вязкой и очень горячей пищи; возможна кратковременная чувствительность зубов (использовать пасты для снижения чувствительности); при ощущении завышенности или дискомфорта при смыкании зубов, обратиться к врачу; соблюдать гигиену полости рта (индивидуальный подбор зубной щётки и пасты, флоссов или ершиков для промежутков между коронками).

После установки мостовидных протезов – в течение 1–2 суток избегать твердой пищи; липких и вязких продуктов (ириски, жевательная резинка); поддерживать чистоту под промежуточной частью моста; при боли, натирании, нарушении прикуса обратиться к врачу; избегать чрезмерной нагрузки на протез.

После установки съёмных протезов (пластинчатых, бюгельных) – в первые дни возможен дискомфорт и нарушение дикции, адаптация занимает до 2 недель; не снимать протез в течение первых суток, чтобы быстрее привыкнуть; снимать протезы на ночь и хранить в специальном контейнере с антисептическим раствором или чистой водой; после каждого приема пищи ополаскивать рот, промывать протез под проточной водой; полная чистка протеза дважды в день специальной щеткой и средствами для ухода за протезами; не допускать пересушивания протеза; при натирании, боли, подвижности протеза немедленно обратиться к врачу; периодическая коррекция (перебазировка) съёмного протеза проводится по показаниям.

Общие рекомендации – отказ от вредных привычек (курение, разгрызание орехов, открывание зубами упаковок), профилактические осмотры у стоматолога – раз в 6 месяцев [11: стр. 176, 177].

1.18 Список литературы

В заключении «Истории болезни», обучающийся приводит список использованной литературы с полными данными

(по ГОСТ Р 7.0.4-2020) и ставит свою подпись. Все литературные источники, должны быть переведены на русский язык.

Пример написания источника литературы:

Литература:

1. **Поровский, Я. В.** Учебная история болезни в терапевтической практике: учебное пособие / Я. В. Поровский, Е. Б. Букреева, Т. Н. Бодрова – Томск: Издательство СибГМУ, 2020. – 150 с. – Текст: непосредственный.

2. **Тирская, О. И.** Заполнение медицинской карты стоматологического больного. Часть 1: учебное пособие / О. И. Тирская, Н. Е. Большедворская, З. В. Доржиева; ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России, Кафедра терапевтической стоматологии. – Иркутск ИГМУ, 2017. – 60 с. – Текст: непосредственный.

3. **Гуляев, С. В.** Терапевтический архив: научно-практический журнал / ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова; учредитель и издатель ООО «Консилиум Медикум». Серия: Вопросы ревматологии. История медицины / С. В. Гуляев, С. В. Моисеев. – 2024. – том 96, выпуск 5. – 551–554 с. – ISSN 0040-3660. – Текст: непосредственный.

Глава 2

ОБРАЗЦЫ НАПИСАНИЯ ИСТОРИЙ БОЛЕЗНИ ПО ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Образец титульного листа

Государственное образовательное учреждение
«Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»

Медицинский факультет
Кафедра стоматологии

История болезни

Ф.И.О. _____

Выполнил:

Курс:

Группа:

Руководитель:

г. Тирасполь, 20__ г.

Образец написания истории болезни по ортопедической стоматологии

Образец № 1

1. Паспортная часть.

Дата заполнения: 01.01.2020 год.

Ф.И.О.: Петров Олег Иванович

Возраст: 40 лет; пол: мужской.

Адрес: город Рыбница, ул. Садовая, дом 1 квартира 1

Профессия: охранник

2. Жалобы больного (molestio).

Больной предъявляет жалобы на затруднённое откусывание пищи, застревание пищи, неприятный запах из ротовой полости [4: стр. 165].

3. Перенесенные и сопутствующие заболевания (Anamnesis vitae):

Родился в г. Рыбница.

Живёт в квартире с удовлетворительными условиями. Заболеваний у матери во время беременности не было.

Работа: охранник, профессиональные вредности отсутствуют.

Питание: в основном блюда быстрого приготовления, нерегулярное.

Перенесённые заболевания: в детстве часто болел острыми респираторными вирусными инфекциями.

Туберкулёз, сифилис, гепатит, ВИЧ, алкоголизм, психические заболевания отрицает.

Наследственный анамнез не отягощён.

Аллергию отрицает.

На диспансерном учёте не находится.

Фармакологические препараты на постоянной основе не принимает.

Со слов пациента гигиену полости рта проводит зубной пастой «Блендамед» не регулярно, гигиену полости рта может не проводить по несколько дней.

Вредные привычки: курение с 18 лет по одной пачке за 2 дня [4: стр. 18].

4. Развитие настоящего заболевания (Anamnesis morbi).

Пациент утверждает, что от зуба 1.4 откололась стенка во время приёма пищи, ранее неоднократно был лечён из-за кариеса и его осложнений. К врачу-стоматологу обращался последний раз 3 года назад по поводу лечения зуба 1.4 и восстановлением частичного дефекта зубного ряда мостовидным металлокерамическим протезом вверху слева. [4: стр. 17].

5. Данные объективного исследования (Status presens communis).

Телосложение нормостеническое. Рост 186, вес 90 кг (см. Приложение 3).

Общее состояние удовлетворительное.

Конфигурация лица овальной формы.

Кожные покровы физиологической окраски без патологических изменений, эластичные.

Подбородочные и носогубные складки выраженные, губы смыкаются без напряжения, угла рта опущены, заеды отсутствуют.

Высота нижней трети лица не изменена.

Открывание рта свободное.

Движения нижней челюсти плавные, отклонения в стороны нет.

Регионарные лимфатические узлы не пальпируются [4: стр. 19].

6. Внутриротовое обследование (status localis).

Слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Спинка языка чистая трещин и язв нет. Болезненность, жжение языка не наблюдаются.

Открывание рта свободное, кайма губ увлажнена, розового цвета, без патологических изменений.

Осмотр преддверия полости рта.

Десневые сосочки бледно-розового цвета, нормальных размеров. Биотип десны средний. Преддверие полости рта средних размеров.

Уздечки верхней и нижней губы, языка достаточно выражены.

Тонус жевательных и мимических мышц в норме.

Зев бледно-розового цвета. Миндалины не увеличены, без налёта.

Прикус ортогнатический.

Зуб 1.4 запломбирован фотополимерной пломбой, индекс разрушения зуба по ИРОПЗ 0,7.

В полости рта сверху слева мостовидный металлокерамический протез из четырёх зубов с опорой на 2.4 и 2.7 зубы в удовлетворительном состоянии (цвет и форма не изменены). Признаки воспаления окружающих зубов тканей отсутствуют.

Перкуссия и зондирование зубов безболезненно. На механические, химические, температурные раздражители зубы не реагируют.

Подвижность отсутствует.

Зубных отложений нет [4: стр. 22].

МК
 —————
 П К 00К

8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 [7: стр. 242]

8. Состояние тканей пародонта.

Гигиенический индекс по Фёдорову-Володкиной ГИ = 1,5

Витальное окрашивание с помощью 2 % метиленового синего не окрашивается. Индекс реминерализации ИР = 1,3 [8: стр. 58].

9. Данные рентгеновских и лабораторных исследований.

ЭОД пульпа зуба реагирует на силу тока в диапазоне от 80–100 мА, что свидетельствует о гибели пульпы.

Рентгенодиагностика: на прицельном снимке 1.4 зуба патологических изменений в периапикальных тканях отсутствуют [5: стр. 9, 10].

10. Предварительный диагноз.

На основании клинического обследования пациенту был поставлен диагноз: дефект коронки зуба 1.4 [2: стр. 14].

11. Дифференциальная диагностика.

Проведена дифференциальная диагностика с продольным, оскольчатый и косым перелом корня зуба.

Продольный, оскольчатый, косой переломы корня зуба требуют удаления зуба, т. к. корень в этом случае невозможно использовать в качестве опоры для дальнейшего ортопедического лечения.

12. Клинический диагноз и его обоснование:

Основное заболевание: Эстетический дефект твердых тканей зубов по МКБ S02.50 – перлом только эмали зуба (откол эмали) (см. Приложение 21).

Осложнения основного заболевания: отсутствуют [7: стр. 166].

13. Этиология и патогенез данного заболевания:

Основной причиной развития заболевания является: образования дефекта под воздействием внешних (жевательная нагрузка) и внутренних факторов (нарушение целостности коронки зуба и замещение пломбировочным материалом) [7: стр. 164].

14. План лечения больного и его обоснование.

Для восстановления внешнего вида пациента, а также для восстановления функции жевания больному предложили следующие виды ортопедического лечения:

- цельнолитая металлопластмассовая коронка,
- цельнолитая металлокерамическая коронка,
- безметалловая коронка из диоксида циркония [11: стр. 28].

Для восстановления разрушенной коронки 14 зуба выбрана металлокерамическая коронка.

Клинико-лабораторные этапы лечения и изготовления металлокерамической коронки:

1. *Клинический:* препарирование зуба (создание культи зуба с уступом), ретракция десны (нить Ре-Корд, ВладМиВа), получение оттиска с верхней и нижней челюсти с прикусными валиками (С-силиконом базовым слоем Speedex). После дезинфекции оттиск с каркасом передается в лабораторию.

2. *Лабораторный:* получение разборной гипсовой модели челюсти, фиксация модели в окклюдаторе, моделирование и литье цельнометаллической коронки, механическая обработка, очистка и обезжиривание поверхности металлического колпачка.

3. *Клинический:* проверка качества изготовления коронки, припасовка в полости рта, выбор формы и цвета зуба (с помощью спектрофотометра Vita Easyshade), определение центральной окклюзии. Получаем монофазный силиконовый оттиск зубного ряда (А-силиконом Silagum (Силагум) Light). После дезинфекции оттиск с каркасом передается в лабораторию.

4. *Лабораторный*: моделирование анатомической формы коронки послойным нанесением и спеканием керамических масс. Затем протез передают на клинический этап проверки конструкции металлокерамической коронки в полости рта.

5. *Клинический*: проверка и примерка металлокерамической коронки на модели и в полости рта проводится до нанесения финальной глазури на керамическое покрытие. Это важно, потому что после глазурования внести изменения будет невозможно. Поэтому желательно, чтобы на этом этапе рядом находился зубной техник.

Сначала проверяют коронку на модели-насколько плотно прилегают края коронки к шейке зуба, правильно ли восстановлена форма зуба, есть ли контактные точки с соседними зубами, как коронка смыкается с зубами-антагонистами.

Затем проводят примерку в полости рта, оценивая – насколько свободно и без усилий коронка надевается на зуб, как она смыкается с противоположными зубами (с помощью артикуляционной бумаги), насколько точно край коронки совпадает с уровнем препарированного зуба, подходит ли форма и цвет коронки под естественные зубы пациента.

6. *Лабораторный*: коррекция формы и цвета, глазурование керамического покрытия металлокерамической коронки.

7. *Клинический*: этап постоянной фиксации металлокерамической коронки.

Примерка коронки – готовую коронку надевают на зуб, проверяют цвет и контакты с противоположными зубами. Обязательно согласовывают внешний вид и ощущения с пациентом.

Осмотр тканей вокруг зуба – если пациент не жалуется на дискомфорт, снимают коронку и осматривают десну вокруг зуба. Если всё в порядке (нет давления и раздражения), переходят к фиксации.

Подготовка перед фиксацией – обрабатывают внутреннюю часть коронки перекисью водорода 3 %, обезжиривают и дезинфицируют этанолом (70 %), высушивают воздухом; опорный зуб очищают от налёта, изолируют от слюны ватными тампонами, обрабатывают зуб перекисью водорода 3 % или хлоргексидином, затем этанолом 70 % и также высушивают.

Приготовление фиксирующего материала – фиксирующий цемент (Фуджи 1- стеклоиономерный цемент для фиксации), замешивают строго по инструкции – порошок и жидкость смешивают до получения достаточно жидкой массы, чтобы лишний материал мог легко выйти из-под коронки при посадке на зуб.

Фиксация коронки – в коронку кладут фиксирующий цемент (примерно на 1/4 объема) и равномерно распределяют по внутренним стенкам, надевают коронку на зуб, проверяют смыкание зубов в центральной окклюзии, излишки цемента удаляют ватным тампоном (если коронка контактирует с зубами-антагонистами, пациент должен сомкнуть зубы и держать их в таком положении около 5 минут, чтобы цемент затвердел). Удаление остатков цемента, после затвердевания аккуратно убирают лишний цемент у края коронки с помощью зонда или гладилки [9: стр. 60–97].

15. Дневник курации больного:

Первое посещение: Опрос, жалобы, анамнез. Дополнительные и лабораторные исследования. Предварительный диагноз. Составление плана лечения, длительности, возможных осложнений и гарантийных условий, стоимости, получение письменного согласия пациента на проводимое лечение.

Препарирование зуба (создание культи зуба с уступом): формирование кругового уступа в пришеечной области зуба алмазными борами (цилиндрические, в виде усечённого конуса, конусные); соблюдение принципов препарирования, режимов работы и правил техники безопасности (сепарация поверхностей зуба от соседних зубов, препарирование апроксимальных поверхностей и предварительное формирование уступа, препарирование окклюзионной поверхности с укорочением на необходимую высоту, препарирование вестибулярной и оральной (язычной/нёбной) поверхностей) проводится с учетом необходимой толщины материала будущей коронки. Финальная шлифовка, устранение острых углов. Проверка качества обработки всех поверхностей.

Ретракция десны (нить Ре-Корд, ВладМиВа), получение оттиска с верхней и нижней челюсти с прикусными валиками (С-силиконом базовым слоем Speedex). После дезинфекции оттиск с каркасом передается в лабораторию.

Второе посещение: проверка качества изготовления коронки, припасовка в полости рта, выбор формы и цвета зуба (с помощью спектрофотометра Vita Easyshade), определение центральной окклюзии. Получаем монофазный силиконовый оттиск зубного ряда (А-силиконом Silagum (Силагум) Light). После дезинфекции оттиск с каркасом передается в лабораторию.

Третье посещение: проверка и примерка металлокерамической коронки на модели и в полости рта проводится до нанесения финальной глазури на керамическое покрытие. Это важно, потому что после глазурования внести изменения будет невозможно. Поэтому желательно, чтобы на этом этапе рядом находился зубной техник.

Сначала проверяют коронку на модели – насколько плотно прилегают края коронки к шейке зуба, правильно ли восстановлена форма зуба, есть ли контактные точки с соседними зубами, как коронка смыкается с зубами-антагонистами.

Затем проводят примерку в полости рта, оценивая – насколько свободно и без усилий коронка надевается на зуб, как она смыкается с противоположными зубами (с помощью артикуляционной бумаги), насколько точно край коронки совпадает с уровнем препарированного зуба, подходит ли форма и цвет коронки под естественные зубы пациента.

Четвёртое посещение: этап постоянной фиксации металлокерамической коронки.

Примерка коронки – готовую коронку надевают на зуб, проверяют цвет и контакты с противоположными зубами. Обязательно согласовывают внешний вид и ощущения с пациентом.

Осмотр тканей вокруг зуба – если пациент не жалуется на дискомфорт, снимают коронку и осматривают десну вокруг зуба. Если всё в порядке (нет давления и раздражения), переходят к фиксации.

Подготовка перед фиксацией – обрабатывают внутреннюю часть коронки перекисью водорода 3 %, обезжиривают и дезинфицируют этанолом (70 %), высушивают воздухом; опорный зуб очищают от налёта, изолируют от слюны ватными тампонами, обрабатывают зуб перекисью водорода 3 % или хлоргексидином, затем этанолом 70 % и также высушивают.

Приготовление фиксирующего материала – фиксирующий цемент (Фуджи 1- стеклоиномерный цемент для фиксации), замешивают строго по инструкции – порошок и жидкость смешивают до получения достаточно жидкой массы, чтобы лишний материал мог легко выйти из-под коронки при посадке на зуб.

Фиксация коронки – в коронку кладут фиксирующий цемент (примерно на 1/4 объема) и равномерно распределяют по внутренним стенкам, надевают коронку на зуб, проверяют смыкание зубов в центральной окклюзии, излишки цемента удаляют ватным тампоном (если коронка контактирует с зубами-антагонистами, пациент должен сомкнуть зубы и держать их в таком положении около 5 минут, чтобы цемент затвердел). Удаление остатков цемента, после затвердевания аккуратно убирают лишний цемент у края коронки с помощью зонда или гладилки [9: стр. 60–97].

16. Эпикриз:

Пациент Петров Олег Иванович 1980 г. рождения, 01.01.2020 г. дата обращения в стоматологическую клинику «Супердент» г. Рыбница с жалобами на косметический недостаток с указанием на затруднённое откусывание пищи, застревание пищи, неприятный запах из ротовой полости. Был проведён опрос, сбор анамнеза, осмотр, дополнительные и лабораторные исследования. Эстетический дефект твердых тканей зубов по МКБ S02.50 – перлом только эмали зуба (откол эмали).

Составление плана лечения, длительности, возможных осложнений и гарантийных условий, стоимости, получение письменного согласия пациента на проводимое лечение.

Для восстановления разрушенной коронки 14 зуба была изготовлена и зафиксирована металлокерамическая коронка, даны рекомендации [4: стр. 30].

17. Рекомендации:

- следовать положению о гарантийных условиях клиники,
- не принимать самостоятельные меры по устранению неприятных ощущений,
- не принимать пищу и напитки в течение 2 часов после фиксации,
- в первые сутки избегать твердой, вязкой и очень горячей пищи,

- при ощущении завышенности или дискомфорта при смыкании зубов, обратиться к врачу,
- соблюдать гигиену полости рта (зубная щётка средней жёсткости, зубная паста «Жемчуг» с минералами, ёршики среднего размера («РОКС» Россия прямые, 1 мм с нейлоновой щетиной для промежутков между коронками),
- через 6 месяцев прийти на контрольный осмотр [11: стр. 76–177].

18. Список литературы.

1. Поровский, Я. В. Учебная история болезни в терапевтической практике: учебное пособие / Я. В. Поровский, Е. Б. Букреева, Т. Н. Бодрова – Томск: Издательство СибГМУ, 2020. – 150 с. – Текст: непосредственный.

2. Тирская, О. И. Заполнение медицинской карты стоматологического больного. Часть 1: учебное пособие / О. И. Тирская, Н. Е. Большедворская, З. В. Доржиева; ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России, Кафедра терапевтической стоматологии. – Иркутск ИГМУ, 2017. – 60 с. – Текст: непосредственный.

3. Гуляев, С. В. Терапевтический архив: научно-практический журнал / ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова; учредитель и издатель ООО «Консилиум Медикум». Серия: Вопросы ревматологии. История медицины / С. В. Гуляев, С. В. Моисеев. – 2024. – том 96, выпуск 5. – 551–554 с. – ISSN 0040-3660. – Текст: непосредственный.

Образец № 2

1. Паспортная часть.

Дата заполнения: 01.01.2020 год.

Ф.И.О.: Попушой Марианна Сергеевна.

Возраст: 68 лет, пол: женский.

Адрес: Слободзейский район, село Красное, дом 232.

Профессия: доярка.

2. Жалобы больного (molestio).

На нарушение откусывания, жевания, дикции, эстетических норм улыбки и лица. Протезы на верхней и нижней челюстях не держатся.

3. Перенесенные и сопутствующие заболевания (Anamnesis vitae).

Живёт в доме. Заболеваний у матери во время беременности не было.

Не работает, профессиональные вредности отсутствуют.

Питание – питается едой домашнего приготовления.

Перенесённые заболевания: в детстве часто болела острыми респираторными вирусными инфекциями.

Туберкулёз, сифилис, гепатит, ВИЧ, алкоголизм, психические заболевания отрицает.

Наследственный анамнез не отягощён.

Аллергологический анамнез не отягощён.

Со слов больного на диспансерном учете по поводу сердечно-сосудистых и инфекционных заболеваний не состоит.

Чувствует себя удовлетворительно.

Вредные привычки: отсутствуют.

4. Развитие настоящего заболевания (Anamnesis morbi).

Первые симптомы болезни появились примерно 35 лет назад. За последние 17 лет пациентке неоднократно удаляли зубы из-за осложнений кариеса. Последнее удаление проводилось 6 месяцев назад. Ранее пациентка пользовалась частичносъемными пластиночными протезами в течении 7 лет, однако протезы утратили пригодность в связи с последующими удалениями зубов. Зубы лечила, но лечение до конца не доводила и удаляла по мере их разрушения.

5. Данные объективного исследования (Status presens communis).

Общее состояние больного удовлетворительное, сознание ясное.

Выражение лица пациента страдальческое.

Телосложение нормостеническое. Рост 165, вес 60 кг (см. Приложение 3).

Лицо симметрично, округлой формы, кожные покровы обычной окраски, чистые.

Регионарные лимфатические узлы не увеличены, безболезненны.

Открывание рта свободное, движения в ВНЧС в полном объёме.

Незначительное снижение высоты нижней трети лица, резкая выраженность носогубных складок.

Значительное западание верхней губы.

6. Внутриротовое обследование (status localis).

Слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Спинка языка чистая трещин и язв нет. Болезненность, жжение языка не наблюдаются.

Открывание рта свободное, кайма губ увлажнена, розового цвета, без патологических изменений.

Осмотр преддверия полости рта.

Биотип десны толстый. Преддверие полости рта средних размеров.

Уздечки верхней и нижней губы, языка достаточно выражены.

Тонус жевательных и мимических мышц в норме.

Зев бледно-розового цвета. Миндалины не увеличены, без налёта.

На верхней и нижней челюстях – полное отсутствие зубов, значительная равномерная вертикальная атрофия альвеолярного отростка, волнистообразная линия гребня альвеолярного отростка, мелкое преддверие, покаты́й скат альвеолярного отростка, плоский свод неба.

Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, достаточно увлажнена; на альвеолярных отростках неподвижна, податлива, I класс по Суппли.

Уздечка верхней и нижней губы в норме. В области зубов 14, 13 – слизистый тяж.

Прикус – соотношение альвеолярных отростков по прогеническому типу [4: стр. 17].

7. Зубная формула [7: стр. 242].

пспп
8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

пспп

8. Состояние тканей пародонта.

Пародонт отсутствует [8: стр. 58].

9. Данные рентгеновских и лабораторных исследований.

Рентгенография ОПГ: на верхней и нижней челюстях отсутствие зубов и корней.

10. Предварительный диагноз: Беззубая верхняя и нижняя челюсть по МКБ – 10 K08.1.

11. Дифференциальная диагностика:

1. Врожденная (наследственная, первичная) адентия.

Возникает в результате нарушений внутриутробного развития (эмбриогенеза), когда происходит либо гибель зубных зачатков, либо задержка их прорезывания (ретенция). В этом случае зубы изначально не формируются или остаются непрорезавшимися.

2. Приобретённая (вторичная) адентия, которая подразделяется на:

– адентия, вследствие заболеваний зубов – возникает после удаления зубов, поражённых кариесом, его осложнениями (пульпит, периодонтит) или заболеваниями пародонта. Часто причиной удаления становится разрушение коронки или корня, ослабленных крупной пломбой после обширного поражения твердых тканей.

– адентию, вследствие травм и хирургических вмешательств развивается после травматических повреждений зубов и челюстей (включая химические некрозы твердых тканей зуба), а также операций, проведённых по поводу хронических воспалений, доброкачественных или злокачественных опухолей челюстей [9: стр. 193].

12. Клинический диагноз и его обоснование.

Беззубая верхняя челюсть 2-го типа по Шредеру, беззубая нижняя челюсть 1-го типа по Келлеру, слизистая оболочка про-

тезного ложа 1-го класса по Суппле. Потеря жевательной эффективности 100 % по Агапову.

по МКБ – 10 K08.1 (потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локализованного пародонтита) (см. Приложение 21).

Пациент обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на затруднения при откусывании, жевании, нарушении дикции, а также неудовлетворительное эстетическое состояние лица и улыбки.

Из анамнеза известно, что первые симптомы заболевания появились примерно 35 лет назад. В течение последних 17 лет пациенту неоднократно проводились операции по удалению зубов вследствие осложнений кариозного процесса. Последнее удаление выполнено 6 месяцев назад.

Пациент ранее пользовался частичными съемными протезами (ЧСПП) на протяжении 7 лет, которые пришли в негодность после очередных удалений зубов.

При обследовании полости рта выявлено:

- выраженная атрофия альвеолярных отростков верхней челюсти, низкое небо, сохранённые верхнечелюстные бугры. Расстояние от гребня альвеолярного отростка до участков прикрепления уздечек губ и тяжей слизистой оболочки достаточное,

- незначительная атрофия альвеолярного отростка нижней челюсти с аналогичным достаточным расстоянием до зон прикрепления уздечек губ и тяжей слизистой,

- слизистая оболочка протезного ложа умеренно податливая, без признаков выраженного воспаления, хорошо увлажнённая.

Осложнением данного заболевания является: атрофия альвеолярных отростков, снижение высоты нижней трети лица «старческий вид», ограничение рациона пищи [12: стр. 10].

13. Этиология и патогенез данного заболевания.

Начало заболевания связано с удалением зуба, что привело к образованию дефекта в зубном ряду и, как следствие, изменению функции жевания. На первых этапах пациент может не ощущать заметных субъективных изменений даже при потере одного, двух или трёх зубов. Однако несмотря на отсутствие явных жалоб, в зубочелюстной системе начинают происходить значительные функциональные и структурные перестройки (теория относительного артикуляционного равновесия Попова-Годона).

С течением времени прогрессирующая потеря зубов приводит к дальнейшему нарушению жевательной функции. Характер и выраженность этих изменений зависят от расположения и количества утраченных зубов. В тех участках, где отсутствуют антагонисты, выполнение жевательных или откусывающих движений становится невозможным. Эти функции начинают компенсироваться за счёт оставшихся антагонистов, в свою очередь, нарушает работу пародонта, жевательной мускулатуры и височно-нижнечелюстных суставов (теория относительного физиологического равновесия Шрёдера-Катца).

При отсутствии одной из жевательных групп зубов утрачивается так называемая балансирующая сторона. Остаётся лишь одна рабочая зона — функциональный центр жевания в области сохранившихся антагонистов (закон механики взаимно-уравновешивающих сил Д.А. Калвелеса).

Постепенная атрофия беззубого альвеолярного отростка (теория межтканевой жидкости В.Ю. Курляндского) [14: стр. 9].

14. План лечения больного с данным заболеванием и его обоснование.

Для восстановления внешнего вида пациента и функции жевания, отсутствие противопоказаний, больному предложили следующие виды ортопедического лечения:

– протезирование полностью пластинчатыми протезами на верхнюю и нижнюю,

– имплантация на верхней и нижней челюсти 6 имплантатов. Изготовить покрывной протез на верхнюю и нижнюю челюсти с фиксацией на аттачментах с балочной конструкцией, возможностью шарнирообразного движения при жевании для исключения вывихивающего движения на имплантаты, для возможности получить удовлетворительную фиксацию протезов и возможности осуществить постановку зубов в прямом или ортогнатическом прикусе при прогеническом соотношении челюстей.

Для восстановления функций жевания, речеобразования и эстетики, пациент выбрал ортопедическое лечение ПСПП.

План ортопедического лечения:

Клинико-лабораторные этапы лечения и изготовления ПСПП:

1. *Клинический*: получение двух полных рабочих анатомических оттисков оттискным материалом «Уреен». После дезинфекции оттиск передается в лабораторию.

2. *Лабораторный*: отливка двух гипсовых моделей по оттискам, изготовление двух индивидуальных ложек из карбопласта.

3. *Клинический*: подготовка пациента к получению оттисков (подбор и припасовка стандартных ложек, выбор оттискового материала, планирование индивидуальной ложки), получение функционального оттиска протезных лож.

4. *Лабораторный*: отливка по функциональным оттискам двух гипсовых моделей, изготовление двух прикусных шаблонов.

5. *Клинический*: определение центрального соотношения челюстей, выбор цвета и формы искусственных зубов.

6. *Лабораторный*: установка гипсовых моделей в центральном соотношении при помощи прикусных шаблонов, гипсовка моделей в окклюдатор или артикулятор, изготовление базисов и постановочных валиков из воска, проведение конструирования зубных рядов.

7. *Клинический*: проверка конструкции полных съемных пластиночных протезов.

8. *Лабораторный*: окончательная моделировка восковых базисов полных съемных пластиночных протезов, подготовка моделей к гипсованию, гипсовка моделей в полимеризационные кюветы, выплавка базисного воска из кювет, приготовление базисной пластмассы, подготовка гипсовых моделей к паковке пластмассы, паковка базисной пластмассы в полимеризационные кюветы, прессовка, укрепление полимеризационных кювет в бюгельных зажимах, полимеризация базисной пластмассы, извлечение полных съемных пластиночных протезов из полимеризационных кювет, проведение механической обработки протезов, полировка.

9. *Клинический*: проверка качества протезов, наложение полных съемных пластиночных протезов в полость рта, корректировка окклюзионных взаимоотношений зубов полных съемных пластиночных протезов, корректировка базиса при необходимости, рекомендации пациенту по пользованию протезами.

План лечения согласован с пациентом (подпись) [9: стр. 267–303].

15. Дневник курации больного:

Первое посещение (1-й клинический этап):

– опрос, жалобы, анамнез, дополнительные и лабораторные исследования. Предварительный диагноз. Составление плана

лечения, длительности, возможных осложнений и гарантийных условий, стоимости, получение письменного согласия пациента на проводимое лечение;

– получение двух полных рабочих анатомических оттисков правильно подобранной стандартной металлической ложкой. Форма и размер ее определяются величиной челюсти (№ 3), примерив предварительно ложку в полости рта. Введение ложки с альгинатной массой «Уреен» в полость рта (центрирование, погружение, фиксация), выведение, оценка качества оттиска (хорошая адгезия альгината к ложке, отсутствие пористости оттискового материала, четкость краёв оттиска и отпечатка слизистой оболочки протезного ложа), дезинфекция.

Второе посещение (2-й клинический этап):

– проверка полученной из зуботехнической лаборатории индивидуальной ложки оценивается визуально и пальпаторно (исключить наличие острых краев и выступов, способных травмировать мягкие ткани при введении ложки в полость рта), припасовывают индивидуальные ложки с использованием проб Гербста;

– после коррекции индивидуальной ложки получают функциональные оттиски протезных лож, оценка функционального оттиска (отсутствуют следы воздушных пузырьков; складок оттискового материала, рельефа поверхности, не свойственных рельефу поверхности слизистой оболочки протезного ложа нет; участки повышенного сдавления слизистой оболочки, проявляющихся частичным или полным отсутствием оттискового материала на поверхности ложки, также отсутствуют) [9: стр. 267–278].

Третье посещение (3-й клинический этап):

– оценка окончательных моделей: без пор, неточностей следов склеивания и восстановления челюсти (гипсом, цементом);

– определяют центральное соотношение челюстей статическим, функциональным и анатомо-физиологическим методами, выбор цвета (А3) и формы искусственных зубов (приблизенных к квадратной форме из-за округлой формы лица);

– отрисовка границ протезов на гипсовых моделях, разметка прикусных валиков (нанесение ориентировочных линий для постановки шести верхних зубов, средней линии, линии клыков и линию улыбки).

Четвертое посещение (4-й клинический этап):

– проверка конструкций (постановки восковой модели зубов) будущих полно съемных пластиночных протезов:

– проверка правильности установки зубов на моделях, зафиксированных в артикуляторе, соответствие цвета, размера, формы зубов и величине резцового перекрытия, стабилизация пластиночного протеза, окклюзионные контакты боковых зубов как со щечной, так и с небной, объемность его краев, плотность прилегания к модели удовлетворительны.

Выбранные параметры (цвет, размер, форма зубов) соответствуют данным, указанным в наряде на изготовление.

Любые изменения в положении зубов или эстетических характеристиках допустимы только после согласования с врачом и пациентом, с обязательной фиксацией всех корректировок в наряде и медицинской документации (включая историю болезни). Все замеченные недостатки устраняются;

– проверка во рту пациента, чтобы проконтролировать правильность выполнения всех предыдущих клинических и лабораторных этапов изготовления протезов и возможно внести исправления в процесс изготовления протезов;

Перед примеркой в полости рта восковой базис с искусственными зубами обрабатывают дезинфицирующим раствором, после чего вводят в ротовую полость и оценивают плотность его прилегания к слизистой оболочке протезного ложа – как при сомкнутых, так и при открытых челюстях, далее проведение оценки высоты нижнего отдела лица, а также корректность выбора формы, цвета и размера зубов, правильность их расположения относительно срединной линии лица и других анатомических ориентиров, и взаимоотношения зубов при центральной и боковых окклюзиях.

Повышению высоты нижнего отдела лица отсутствует так как контуры лица и губы не напряжены во время разговорной пробы, отсутствует стук зубов. Расстояние между зубами в переднем отделе при разговорной пробе 5 мм. Присутствует плотность контактов искусственных зубов, центральная линия между резцами совпадает со средней линией лица, при слегка открытом рте видны только режущие края передних зубов, при улыбке – передние зубы становятся заметны до экватора [9: стр. 279–302].

Пятое посещение (5-й клинический этап):

– проверка качества протезов при осмотре – наличие незначительных участков шероховатостей, отдельных острых краев и выступов, не свойственных рельефу слизистой оболочки отсутствуют. Рельеф базиса протеза соответствует рельефу протезного ложа;

– накладывание протезов на протезные ложа – плотность прилегания базиса протеза к слизистой оболочке протезного ложа, наличие множественного контакта при смыкании зубных рядов и соответствие границ съемного пластиночного протеза нейтральной зоне и линии А удовлетворительное.

– в коррегировании окклюзионных взаимоотношений зубов полных съемных пластиночных протезов, базиса не нуждается [9: стр. 303].

16. Эпикриз.

Попушой Марианна Сергеевна, 1952 года рождения, обратилась в ЛПУ ГУ «Слободзейская районная стоматологическая поликлиника» врачу – ортопеду 1.01.2020 года с жалобами на нарушение откусывания, жевания, дикции, эстетических норм улыбки и лица, не удовлетворительная фиксация протезов на верхней и нижней челюстях. Дата заполнения: 01.01.2020 год.

Из анамнеза установлено, что первые признаки заболевания появились около 35 лет назад. Операции удаления зубов проводились в течение последних 17 лет по поводу осложнений кариозного процесса. Последняя – 6 месяцев назад.

Ранее пользовался ЧСПП в течение 7 лет. ЧСПП пришли в негодность вследствие операций удаления зубов.

При осмотре было выявлено: атрофия альвеолярного отростка верхней челюсти, при этом небная часть низкая, бугры верхней челюсти сохранены, расстояние от гребня альвеолярного отростка до мест прикрепления уздечки верхней губы и тяжелой слизистой оболочки является достаточным для последующего протезирования. На нижней челюсти – незначительная атрофия альвеолярного отростка, расстояние до уздечки и слизистых тяжей также в пределах нормы. Слизистая оболочка в области протезных лож умеренно эластична, хорошо увлажнена.

На основании данных обследования был поставлен диагноз: беззубая верхняя челюсть 2-го типа по Шредеру, беззубая нижняя

челюсть 1-го типа по Келлеру, слизистая оболочка протезных лож 1-го класса по Суппле. Потеря жевательной эффективности 100 % по Агапову.

Пациенту выполнено ортопедическое лечение: на верхней челюсти изготовлен и установлен полный съемный пластиночный протез, содержащий 14 искусственных зубов из пластмассы. На нижней челюсти установлен полный съемный протез с 14 композитными зубами. Цвет зубов – А3, базис протезов изготовлен из Фторакса. Получены два полных анатомических рабочих оттиска «Уреен». Получены функциональные оттиски с протезных лож верхней и нижней челюстей.

Срок пользования протезами при соблюдении правил личной гигиены полости рта от 3 до 5 лет.

Прогноз: при использовании полных съемных пластиночных протезов прогноз для жизни – благоприятный; для выздоровления – благоприятный, без потери трудоспособности. Исход заболевания – полное выздоровление.

17. Рекомендации.

1. Для сокращения периода адаптации – назначить пациента на прием нужно на следующий день, а в последующем 1 раз в неделю и в дальнейшем по необходимости (сроки адаптации в среднем от 2-х недель до 2-3 месяцев). Читать вслух для быстрого улучшения дикции, применять средства для дополнительной фиксации съемных протезов (Протефикс – экстрасильный крем для фиксации зубных протезов 20 мл/24 г).

2. Для предотвращения развития острых и хронических воспалений слизистой оболочки полости рта, снижения болевых ощущений и укорочения периода адаптации к протезу врачу необходимо провести его коррекцию. В первые дни употреблять только мягкую пищу, небольшими порциями, не откусывать передними искусственными зубами, запрещено грызть орехи, сухари, сахар во избежание поломки искусственных зубов и протеза, запрещено носить поломанный на части протез, чинить его самостоятельно.

3. Правилами ухода и пользования данной конструкцией:

– после каждого приема пищи протез следует снимать, полоскать рот и протез под проточной водой комнатной температуры,

– снимать протезы на ночь, хранить в пластмассовом боксе во влажной салфетке или в стакане с дезинфицирующими растворами (0,25 % раствор хлоргексидина, 1 % гель хлоргексидина; ферментосодержащие очистители в виде таблеток (dextrusa, proteinasa, FittyDent), которые растворяются в воде.

– каждый день (утром и вечером) тщательно очищать протез зубной или специальной щеткой мыльным раствором, после чего прополоскать его водой,

– один раз в неделю следуют промывать протез в растворе с использованием таблетки с биоформулой (Корега Био Формула таблетки шипучие для чистки зубных протезов № 30),

– если появилась болезненность, припухлость слизистой при пользовании протезом необходимо немедленно обратиться к врачу за консультацией [9: стр. 303–306].

18. Список литературы.

1. **Поровский, Я. В.** Учебная история болезни в терапевтической практике: учебное пособие / Я. В. Поровский, Е. Б. Букрева, Т. Н. Бодрова – Томск: Издательство СибГМУ, 2020. – 150 с. – Текст: непосредственный.

2. **Тирская, О. И.** Заполнение медицинской карты стоматологического больного. Часть 1: учебное пособие / О. И. Тирская, Н. Е. Большедворская, З. В. Доржиева; ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России, Кафедра терапевтической стоматологии. – Иркутск ИГМУ, 2017. – 60 с. – Текст: непосредственный.

3. **Гуляев, С. В.** Терапевтический архив: научно-практический журнал / ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова; учредитель и издатель ООО «Консилиум Медикум». Серия: Вопросы ревматологии. История медицины / С. В. Гуляев, С. В. Моисеев. – 2024. – том 96, выпуск 5. – 551–554 с. – ISSN 0040-3660. – Текст: непосредственный.

Приложение № 2 к Приказу
Министерства здравоохранения
Приднестровской Молдавской Республики
от 21 июля 2023 года № 576

Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)

«__» _____ года рождения, зарегистрированный по адресу: __

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть).

Ознакомлен(а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленным в данном лечебно-профилактическом учреждении и обязуюсь их соблюдать.

Специалистом _____

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии))

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинских вмешательств.

Я добровольно даю согласие на приобретение дополнительных лекарственных средств, изделий медицинского назначения, проведение дополнительных лабораторных и инструментальных исследований за счет личных средств вне порядка и условий,

установленных Программой государственных гарантий оказания гражданам Приднестровской Молдавской Республики бесплатной медицинской помощи.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии со статьей 28 Закона Приднестровской Молдавской Республики от 16 января 1997 года № 29-3 «Об основах охраны здоровья граждан» (СЗМР 97-1), может быть передана информация о состоянии моего здоровья, в том числе после смерти, или о состоянии лица, законным представителем, которого я являюсь (не нужно зачеркнуть).

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина
или законного представителя гражданина)

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) специалиста)

« _____ » _____ года
(дата оформления)

Приложение № 3 к Приказу
Министерства здравоохранения
Приднестровской Молдавской Республики
от 21 июля 2023 года № 576

Отказ от медицинского вмешательства

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)

« ____ » _____ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

при оказании мне первичной медико-санитарной помощи в _____

_____ (полное наименование медицинской организации)

отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств:

_____ (наименование вида медицинского вмешательства)

Специалистом _____

_____ (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии))

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния). Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой вид (такие виды) медицинского вмешательства. _____

_____ (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или законного представителя гражданина)

_____ (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) специалиста)

« _____ » _____ Года

(дата оформления)

Приложение 2**«Индекс Массы Тела» у мужчин и женщин**

ИМТ	Результат
< 16	Дефицит массы тела (истощение)
16 – 18,5	Недостаточная масса тела (дефицит)
18,5 – 24,9	Норма
25 – 29,9	Лишний вес (предожирение)
30 – 34,9	Ожирение 1 степени
35 – 39,9	Ожирение 2 степени
Больше 40	Ожирение 3 степени

Определение степени разрушения клинической коронки зубов

Для объективной оценки степени поражения твердых тканей зубов применяют 2 метода:

1. Отмечают разрушение клинической коронки на 1/3, до 2/3 и более 2/3. Эти ориентиры являются отправными для обоснования метода лечения.

– при разрушении коронки зуба до 1/3 целесообразны терапевтические методы лечения;

– от 1/2 до 2/3 – показано изготовление вкладок;

– более 2/3 – применение искусственных коронок.

2. Показатель ИРОПЗ по В.Ю. Миликевичу: определяется как соотношение размеров площади дефекта твердых тканей или пломбы к площади жевательной поверхности зуба.

За единицу принимается вся площадь окклюзионной поверхности, определяют отношение к ней (как часть или процент) площади дефекта или восстановленного пломбой (вкладкой) участка:

$$\text{ИРОПЗ} = \frac{\text{площадь «полость/пломба»}}{\text{площадь окклюзивной поверхности}}$$

– 0,55-0,6 – применение вкладки,

– 0,6-0,8 – искусственные коронки,

– более 0,8 – штифтовые конструкции.

Премоляры 	I класс по Блеку 								
	II класс по Блеку 								
Моляры 	I класс по Блеку 								
	II класс по Блеку 								
ИРОПЗ	0,2	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9	
Способ восстановления разрушенной поверхности	Пломбирование. Литые вкладки различной конструкции					Профилактические коронки		Штифтовые культовые конструкции	

Приложение 4

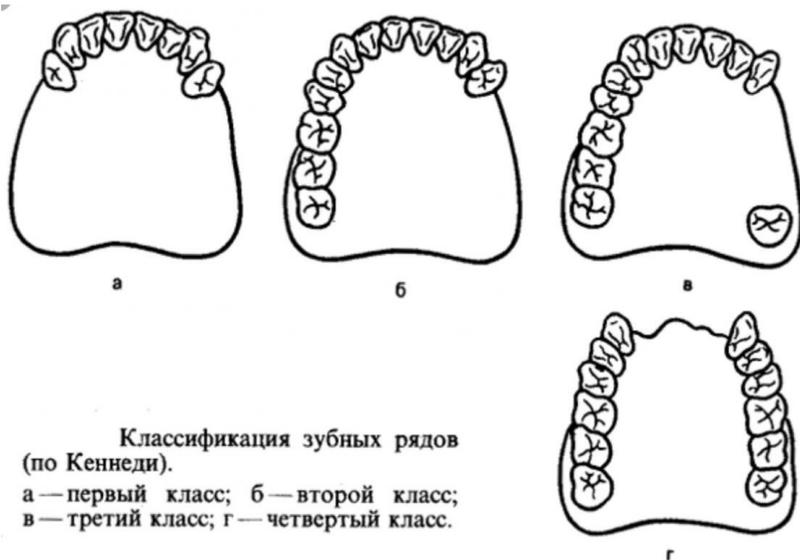
**Классификация дефектов зубных рядов
по Е.И. Гаврилову**

- 1 – односторонний концевой дефект;
- 2 – двусторонние концевые дефекты;
- 3 – односторонний включенный дефект бокового отдела зубного ряда;
- 4 – двусторонние включенные дефекты боковых отделов зубного ряда;
- 5 – включенный дефект переднего отдела зубного ряда;
- 6 – комбинированные дефекты;
- 7 – одиночно сохранившийся зуб.



Классификация по Кеннеди

- I – двусторонние концевые дефекты;
- II – односторонний концевой дефект;
- III – включенный дефект в боковом отделе;
- IV – включенный дефект в переднем отделе зубного ряда.



Классификация зубных рядов
(по Кеннеди).

а — первый класс; б — второй класс;
в — третий класс; г — четвертый класс.

Приложение 6

Индекс нуждаемости в лечении заболеваний пародонта CPITN

Индекс регистрирует пародонтальные карманы, воспалительные изменения десны, о которых судят по кровоточивости при осторожном зондировании, зубной камень и другие факторы, способствующие задержке налёта.

Весь зубной ряд условно делят на 6 частей (секстантов), включающих зубы: 17, 14, 13-23, 24, 27 / 47, 44, 43-33, 34, 37

Обследуют пародонт в каждом секстанте, выделяя самое тяжелое поражение. Если в секстанте отсутствуют все зубы или остался только один функционирующий зуб, секстант считается исключённым, и его не осматривают.

Подсчёт значений индекса CPITN

Подсчёт распространённости признаков поражения.

Для этого отдельно подсчитывают количество карт, где наивысшим кодом является:

код 0 (здоровые лица, при этом может быть и код X);

код 1 (пациенты с кровоточивостью дёсен, при этом могут встречаться коды 0 или X);

код 2 (пациенты с зубным камнем и другими факторами, способствующими задержке налёта, при этом могут быть и коды 0, 1 или X);

код 3 (пациенты с карманами 4 или 5 мм, при этом могут быть коды 0, 1, 2 или X).

Для вычисления распространённости (в %) каждого признака поражения во всех группах обследованных, количество карт, где этот признак встречается как наивысший, делят на количество обследованных и умножают 100.

Подсчёт интенсивности признаков поражения

Подсчитывают количество секстантов с:

кодом 0 (здоровые ткани);

кодом 1 (кровоточивость);

кодом 2 (камень);

кодом 3 (карман 4 или 5 мм);

кодом 4 (карман 6 мм и глубже);

кодом X (исключённые сектанты).

Для определения интенсивности каждого признака делят общее количество сектантов с этим признаком, выявленных в группе, на количество пациентов в группе.

Нуждаемость в лечении заболеваний пародонта (TN – treatment need) оценивают по следующим критериям:

TN1 0 – здоров,

TN1 1- необходимость в обучении гигиене полости рта и проведении профессиональной гигиены полости рта,

(TN2) 2 – необходимость в проведении индивидуальной и профессиональной гигиены полости рта,

(TN2) 3 – необходимость в проведении индивидуальной и профессиональной гигиены полости рта и проведении кюретажа пародонтальных карманов,

(TN3) 4 – необходимость в проведении индивидуальной и профессиональной гигиены полости рта, кюретажа пародонтальных карманов и хирургического лечения.

Гигиенический индекс Федорова–Володкиной

Для определения индекса обследуют губную поверхность шести зубов: 43, 42, 41, 31, 32, 33.

Окрашивают указанные зубы с помощью специальных растворов (Шиллера–Писарева, фуксина, эритрозина) и оценивают присутствие зубного налета с помощью следующих кодов.

Количественная оценка:

- 1 – зубной налет не выявлен;
- 2 – окрашивание одной четверти поверхности коронки зуба;
- 3 – окрашивание половины поверхности коронки зуба;
- 4 – окрашивание трех четвертей поверхности коронки зуба;
- 5 – окрашивание всей поверхности коронки зуба.

Качественная оценка:

- 1 балл – отсутствие окрашивания
 - 2 балла – слабое окрашивание
 - 3 балла – интенсивное окрашивание
- ИГ = сумма баллов 6 зубов

Для оценки зубного налета, присутствующего у данного пациента, складывают коды, полученные при осмотре каждого из окрашенных зубов, и сумму делят на 6.

Оценочные критерии, значение индекса «уровень гигиены»:

- 1,1–1,5 – хороший;
- 1,6–2,0 – удовлетворительный;
- 2,1–2,5 – неудовлетворительный;
- 2,6–3,4 – плохой;
- 3,5–5,0 – очень плохой.

Для получения средней величины гигиенического индекса в группе, складывают индивидуальные значения индекса для каждого и сумму делят на количество пациентов в группе.

Индекс эффективности гигиены рта (РНР)

Для количественной оценки зубного налета окрашивают 6 зубов: 16, 26, 11, 31 – вестибулярные поверхности, 36, 46 – язычные поверхности.

В случае отсутствия индексного зуба можно обследовать соседний, но в пределах одноименной группы зубов. Искусственные коронки и части фиксированных протезов обследуют так же, как и зубы.

Обследуемая поверхность каждого зуба условно делится на 5 участков:

- 1 – медиальный
- 2 – дистальный
- 3 – срединно-окклюзионный
- 4 – центральный
- 5 – срединно-пришеечный.

Коды и критерии оценки зубного налета:

- 0 – отсутствие окрашивания,
- 1 – выявлено окрашивание.

Расчет индекса проводят, определяя код для каждого зуба путем сложения кодов для каждого участка. Затем суммируют коды для всех обследованных зубов и делят полученную сумму на число зубов.

Индекс рассчитывается по следующей формуле:

$$\text{РНР} = \frac{\text{сумма кодов всех зубов}}{\text{количество обследованных зубов}}$$

Значение индекса «уровень гигиены»:

- 0 – отличный,
- 0,1–0,6 – хороший,
- 0,7–1,6 – удовлетворительный,
- 1,7 и более – неудовлетворительный.

Упрощенный индекс гигиены полости рта Грина и Вермиллиона ОНІ-s

Определение зубного налета в области 6 рядом стоящих зубов или по 1-2 зубам разных групп (16, 21, 24, 36, 41, 44); в их вестибулярных и оральных поверхностях.

Количество зубного налета на поверхности зуба определяют зондом:

- отсутствие налета – 0;
- 1/3 поверхности коронки зуба – 1;
- 1/2 поверхности коронки зуба – 2;
- 2/3 поверхности коронки зуба – 3.

При неравномерном отложении налет оценивают на поверхности, на которой налета больше.

Индекс налета более точный, если берут средние арифметические значения 2 или 4 обследованных поверхностей. Затем цифровые значения зубного налета суммируют и делят на количество зубов, т. е. на 6:

ОНІ-s = 1 – нормальное или идеальное гигиеническое состояние полости рта;

ОНІ-s >1 – плохое гигиеническое состояние полости рта.

Индекс зубного налёта (PI) Силнесс и Лоэ

Учитывает толщину налета в придесневой области на 4-х участках поверхности зуба: вестибулярная, язычная, дистальная и мезиальная.

После высушивания эмали кончиком зонда проводят по ее поверхности у десневой борозды.

0 – Если к кончику зонда не прилипает мягкое вещество, индекс налета на участке зуба.

1 – Если визуально налет не определяется, но становится видимым после движения.

2 – Бляшка толщиной от тонкого слоя до умеренного, видимая невооруженным глазом.

3 – Интенсивное отложение зубного налета в области десневой борозды и межзубного промежутка.

Для каждого зуба индекс вычисляется делением суммы баллов 4-х поверхностей на 4. Общий индекс равен сумме показателей всех обследованных зубов, деленной на их количество.

Индекс гингивита (РМА-Парма)

Предназначен для оценки тяжести гингивита. Оценивают состояние десны у каждого зуба визуально или после окрашивания её раствором Шиллера-Писарева.

Оценка значений:

- 0 – Отсутствие воспаления
- 1 – Воспаление десневого сосочка
- 2 – Воспаление маргинальной десны
- 3 – Воспаление альвеолярной десны

Формула:

$$\text{РМА} = (\sum \text{баллов} / 3 \cdot n \text{ зубов}) * 100 \%$$

Степень гингивита:

- 30 % – Лёгкая
- 31--60 % – Средняя
- > 61 % – Тяжёлая

Индекс кровоточивости дёсен по Мюллеману

Состояние десен изучается в области «зубов Рамфьорда», со щечной и язычной (небной) сторон с помощью пародонтального зонда. Кончик зонда без давления прижимают к стенке бороздки и медленно ведут от медиальной к дистальной стороне зуба.

Оценку проводят по следующей шкале:

0 – кровоточивость после зондирования клинического кармана отсутствует;

1 – кровоточивость появляется не раньше, чем через 30 секунд;

2 – кровоточивость возникает или сразу после проведения кончиком зонда по стенке бороздки, или в пределах 30 секунд;

3 – кровоточивость имеет место при приеме пищи или чистке зубов.

Комплексный периодонтальный индекс (КПИ) по Леусу

Метод количественной оценки состояния тканей пародонта, применяемый для диагностики и мониторинга заболеваний пародонта.

Методика расчета

Оценка проводится по **четырем основным показателям**, оцениваемым в баллах от **0 до 3**:

1. Гигиеническое состояние полости рта (ГИ)

- 0 – отличное (зубные отложения отсутствуют)
- 1 – хорошее (единичные мягкие зубные отложения)
- 2 – удовлетворительное (мягкий налет на нескольких зубах)
- 3 – неудовлетворительное (обширные зубные отложения)

2. Состояние краевого пародонта (КП)

- 0 – десна розовая, без воспалений
- 1 – легкая гиперемия, отечность десны
- 2 – выраженная гиперемия, кровоточивость при зондировании
- 3 – выраженное воспаление, гиперплазия десны, кровоточивость

3. Глубина зубодесневых карманов (ГК)

- 0 – карманы отсутствуют (десна плотно прилегает)
- 1 – карманы до 3 мм
- 2 – карманы 4–5 мм
- 3 – карманы более 5 мм

4. Подвижность зубов (ПЗ)

- 0 – подвижности нет
- 1 – подвижность в пределах 1 мм
- 2 – подвижность 1–2 мм
- 3 – подвижность более 2 мм, патологическая

Расчет индекса КПИ

$$\text{КПИ} = \frac{\text{ГИ} + \text{КП} + \text{ГК} + \text{ПЗ}}{4}$$

Средний балл определяется по формуле:

Интерпретация результатов:

0–0,5 – Здоровый пародонт

0,6–1,5 – Начальные изменения (гингивит)

1,6–2,5 – Умеренный пародонтит

2,6–3,0 – Тяжелый пародонтит

Классификация рецессии тканей пародонта по Миллеру

I класс: краевая рецессия тканей (пародонта), которая не распространяется за границу слизисто-десневого соединения.

II класс: краевая рецессия тканей, которая достигает или пересекает границу слизисто-десневого соединения.

III класс: краевая рецессия тканей (пародонта), которая достигает или пересекает границу слизисто-десневого соединения, но межзубная десна или костная ткань межальвеолярной перегородки могут быть частично утрачены (зияющий межзубный промежуток).

IV класс: краевая рецессия тканей, при которой рецессия достигает или пересекает границу слизисто-десневого соединения.

Классификация вертикального поражения Тарнову и Флетчеру

А – вертикальная убыль костной ткани в области корней, измеренная от разветвления 1–3 мм;

В – вертикальная убыль костной ткани в области корней, измеренная от разветвления, равна 4–6 мм;

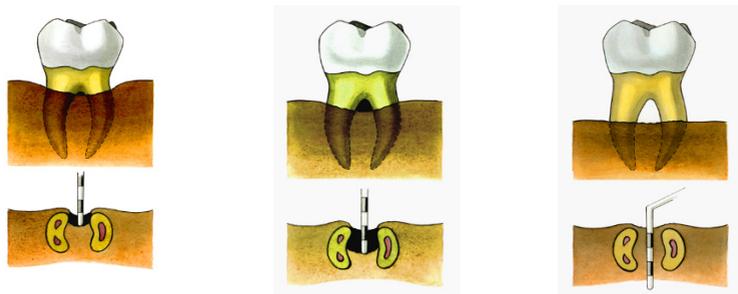
С – вертикальная убыль костной ткани в области корней, измеренная от разветвления, равна 7 мм и более.

Классификация фуркационных дефектов Lindhe J.

Начальная (I класс): деструкция межкорневой перегородки на одну треть её поперечного сечения или меньше.

Частичная (II класс): деструкция межкорневой перегородки превышает одну треть её поперечного сечения, но не образует сквозной дефект.

Тотальная (III класс): деструкция межкорневой кости в горизонтальном направлении с формированием сквозного дефекта.



Индекс глубины пародонтальных карманов по Миллеру

- 0 баллов – Десна плотно прилегает
- 1 балл – Незначительная рецессия (<3 мм)
- 2 балла – Выраженная рецессия (3–5 мм)
- 3 балла – Глубокие карманы, значительное оголение корня (>5 мм)

Приложение 18

Потеря жевательной эффективности по Н. И. Агапову

Коэффициенты в ЕД	X	5	6	4	4	3	1	2	2	1	3	4	4	6	5	X	Сумма ЕД	Всего:	
Верхняя челюсть	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	25 + 25	50	100
Нижняя челюсть	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	25 + 25	50	
Коэффициенты В ЕД	X <th>5</th> <th>6</th> <th>4</th> <th>4</th> <th>3</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>2</th> <th>1</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>4</th> <th>6</th> <th>5</th> <th>X</th> <th>Сумма ЕД</th> <th>Всего:</th>	5	6	4	4	3	1	2	2	1	3	4	4	6	5	X	Сумма ЕД	Всего:	

Потеря жевательной эффективности по И. М. Оксману

Коэффициенты в ЕД	3	5	6	3	3	2	1	2	2	1	2	3	3	6	5	3	Сумма ЕД	Всего:	
Верхняя челюсть	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	25 + 25	50	100
Нижняя челюсть	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	25 + 25	50	
Коэффициенты в ЕД	4	5	6	3	3	> *	1	1	1	1	>	3	3	6	5	4	Сумма ЕД	Всего:	

Норма показателей глюкозы в крови

3,5–5,7 ммоль/л – норма для взрослых;

4,2–6,4 ммоль/л – норма для детей;

У пожилых людей и при беременности глюкоза в норме —
3,3–6,5 ммоль/л.

МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ БОЛЕЗНЕЙ (МКБ-10)

Краткий вариант, основанный на Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения.

Для обеспечения управления здравоохранением на современном уровне, развития медицинской науки необходим постоянный сбор данных о здоровье населения, деятельности учреждений здравоохранения, что в свою очередь стимулирует интенсивное развитие, повышение надежности информационных систем, создание которых не может быть осуществлено без классификационных основ.

Одной из ведущих классификационных основ является Международная статистическая классификация болезней, травм и причин смерти (МКБ), которая периодически (1 раз в 10 лет) пересматривается под руководством ВОЗ. МКБ является нормативным документом, обеспечивающим единство методических подходов и международную сопоставимость материалов.

Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей (k00-k14)

Блок (K00-K14)

K00 — нарушения развития и прорезывания зубов

K00.0 — адентия

K00.00 — частичная адентия (гиподентия) (олигодентия)

K00.01 — полная адентия

K00.09 — адентия неуточненная

K00.1 — сверхкомплектные зубы

K00.10 — областей резца и клыка мезиодентия (срединный зуб)

K00.11 — области премоляров

- K00.12. — области моляров дистомолярный зуб, четвёртый моляр, парамолярный зуб
- K00.19 — сверхкомплектные зубы неуточненные
- K00.2 — аномалии размеров и формы зубов
- K00.20 — макроденция
- K00.21 — микроденция
- K00.22. — сращение
- K00.23 — слияние (синоденция) и раздвоение (шизоденция)
- K00.24 — выпячивание зубов (добавочные окклюзионные бугорки)
- K00.25 — инвагинированный зуб (зуб в зубе) (дилатированная одонтома)
- K00.26 — премоляризация
- K00.27 — аномальные бугорки и эмалевые жемчужины (адамантама)
- K00.28 — бычий зуб (тауродонтизм)
- K00.29 — другие и неуточненные аномалии размеров и формы зубов
- K00.3 — крапчатые зубы
- K00.30 — эндемическая (флюорозная) крапчатость эмали (флюороз зубов)
- K00.31 — неэндемическая крапчатость эмали (нефлюорозное потемнение эмали)
- K00.39 — крапчатые зубы неуточненные
- K00.4 — нарушение формирования зубов
- K00.40 — гипоплазия эмали
- K00.41 — перинатальная гипоплазия эмали
- K00.42 — неонатальная гипоплазия эмали
- K00.43 — аплазия и гипоплазия цемента
- K00.44. — дилацеразия (трещины эмали)
- K00.45 — одонтодисплазия (региональная одонтодисплазия)
- K00.46 — зуб Тернера
- K00.48 — другие уточнённые нарушения формирования зубов
- K00.49 — нарушения формирования зубов неуточненные
- K00.5 — наследственные нарушения структуры зуба, не классифицированные в других рубриках
- K00.50 — незавершённый амелогенез
- K00.51 — незавершённый дентиногенез
- K00.52 — незавершённый одонтогенез

- K00.58 — другие наследственные нарушения структуры зуба (дисплазия дентина, раковидные зубы)
- K00.59 — наследственные нарушения структуры зуба неуточненные
- K00.6 — нарушения прорезывания зубов
- K00.60 — натальные (прорезавшие к моменту рождения) зубы
- K00.61 — неонатальные (у новорождённого, прорезавшиеся преждевременно) зубы
- K00.62 — преждевременное прорезывание (раннее прорезывание)
- K00.63 — задержка (персистентная) смены первичных (временных) зубов
- K00.64 — позднее прорезывание
- K00.65 — преждевременное выпадение первичных (временных) зубов
- K00.68 — другие уточнённые нарушения прорезывания зубов
- K00.69 — нарушение прорезывания зубов неуточненные
- K00.7 — синдром прорезывания зубов
- K00.8 — другие нарушения развития зубов
- K00.80 — изменение цвета зубов в процессе формирования вследствие несовместимости групп крови
- K00.81 — изменение цвета зубов в процессе формирования вследствие врождённого порока билиарной системы
- K00.82 — изменение цвета зубов в процессе формирования вследствие порфирии
- K00.83 — изменение цвета зубов в процессе формирования вследствие применения тетрациклина
- K00.88 — другие уточнённые нарушения развития зубов
- K00.9 — нарушение развития зубов неуточненные

K01 — ретенированные и импактные зубы

- K01.0 — ретенированные зубы (изменивший своё положение при прорезывании без препятствия со стороны соседнего зуба)
- K01.1 — импактные зубы (изменивший своё положение при прорезывании из-за препятствия со стороны соседнего зуба)
- K01.10 — резец верхней челюсти
- K01.11 — резец нижней челюсти

- K01.12 — клык верхней челюсти
- K01.13 — клык нижней челюсти
- K01.14 — премоляр верхней челюсти
- K01.15 — премоляр нижней челюсти
- K01.16 — моляр верхней челюсти
- K01.17 — моляр нижней челюсти
- K01.18 — сверхкомплектный зуб
- K01.19 — импактный зуб неуточненный

K02 — кариес зубов

- K02.0 — кариес эмали стадия белого (мелового) пятна (начальный кариес)
- K02.1 — кариес дентина
- K02.2 — кариес цемента
- K02.3 — приостановившийся кариес зубов
- K02.4 — одонтоклазия детская меланодентия, меланодонтоклазия
- K02.8 — другой уточнённый кариес зубов
- K02.9 — кариес зубов неуточненный

K03 — другие болезни твёрдых тканей зубов

- F45.8 — бруксизм
- K03.0 — повышенное стирание зубов
- K03.00 — окклюзионное
- K03.01 — апроксимальное
- K03.08 — другое уточнённое стирание зубов
- K03.09 — стирание зубов неуточненное
- K03.1 — сошлифовывание (абразивный износ) зубов
- K03.10 — вызванное зубным порошком (клиновидный дефект БДУ)
- K03.11 — привычное
- K03.12 — профессиональное
- K03.13 — традиционное (ритуальное)
- K03.18 — другое уточнённое сошлифовывание зубов
- K03.19 — сошлифовывание зубов неуточненное
- K03.2 — эрозия зубов
- K03.20 — профессиональная

- K03.21 — обусловленная персистирующей регургитацией или рвотой
- K03.22 — обусловленная диетой
- K03.23 — обусловленная лекарственными средствами и медикаментами
- K03.24 — идиопатическая
- K03.28 — другая уточнённая эрозия зубов
- K03.29 — эрозия зубов неуточненная
- K03.3 — патологическая резорбция зубов
- K03.30 — внешняя (наружная)
- K03.31 — внутренняя (внутренняя гранулема) (розовое пятно)
- K03.39 — патологическая резорбция зубов неуточненная
- K03.4 — гиперцементоз
- K03.5 — анкилоз зубов
- K03.6 — отложения (наросты) на зубах
- K03.60 — пигментированный налёт (чёрный, зелёный, оранжевый)
- K03.61 — обусловленные привычкой употреблять табак
- K03.61 — обусловленные привычкой жевать бетель
- K03.63 — другие обширные мягкие отложения (белые отложения)
- K03.64 — наддесневой зубной камень
- K03.65 — поддесневой зубной камень
- K03.66 — зубной налёт
- K03.68 — другие уточнённые отложения на зубах
- K03.69 — отложения на зубах неуточненные
- K03.7 — изменения цвета твёрдых тканей зубов после прорезывания
- K03.70 — обусловленные наличием металлов и металлических соединений
- K03.71 — обусловлены кровоточивостью пульпы
- K03.72 — обусловлены привычкой жевать бетель
- K03.78 — другие уточнённые изменения цвета
- K03.79 — изменения цвета неуточненные
- K03.8 — другие уточнённые болезни твёрдых тканей зубов
- K03.80 — чувствительный дентин
- K03.81 — изменение эмали, обусловленные облучением
- K03.88 — другие уточнённые болезни твёрдых тканей зубов
- K03.9 — болезнь твёрдых тканей зубов неуточнённая

К04 — болезни пульпы и периапикальных тканей

- К04.0 — пульпит
- К04.00 — начальный (гиперемия)
- К04.01 — острый
- К04.02 — гнойный (пульпарный абсцесс)
- К04.03 — хронический
- К04.04 — хронический язвенный
- К04.05 — хронический гиперпластический (пульпарный полип)
- К04.08 — другой уточнённый пульпит
- К04.09 — пульпит неуточнённый
- К04.1 — некроз пульпы (гангрена пульпы)
- К04.2 — дегенерация пульпы дентикли, пульпарные кальцификации, пульпарные камни
- К04.3 — неправильное формирование твёрдых тканей в пульпе
- К04.4 — острый апикальный периодонтит пульпарного происхождения
- К04.5 — хронический апикальный периодонтит (апикальная гранулема)
- К04.6 — периапикальный абсцесс со свищем (дентальный абсцесс, дентоальвеолярный абсцесс, периодонтальный абсцесс пульпарного происхождения)
- К04.60 — имеющий сообщение (свищ) с верхнечелюстной пазухой
- К04.61 — имеющий сообщение (свищ) с носовой полостью
- К04.62 — имеющий сообщение (свищ) с полостью рта
- К04.63 — имеющий сообщение (свищ) с кожей
- К04.69 — периапикальный абсцесс со свищем неуточнённый
- К04.7 — периапикальный абсцесс без свища (дентальный абсцесс, дентоальвеолярный абсцесс, периодонтальный абсцесс пульпарного происхождения)
- К04.8 — корневая киста (апикальная (периодонтальная), периапикальная)
- К04.80 — апикальная и боковая
- К04.81 — остаточная
- К04.82 — воспалительная парадентальная
- К04.89 — корневая киста неуточнённая
- К04.9 — другие неуточнённые болезни пульпы и периапикальных тканей

K05 — гингивит и болезни пародонта

K05.0 — острый гингивит

A69.10 — острый некротический язвенный гингивит (фузоспирохетозный гингивит, гингивит Венсана)

K05.00 — острый стрептококковый гингивостоматит

K05.08 — другой уточнённый острый гингивит

K05.09 — острый гингивит неуточнённый

K05.1 — хронический гингивит

K05.10 — простой маргинальный

K05.11 — гиперпластический

K05.12 — язвенный

K05.13 — десквамативный

K05.18 — другой уточнённый хронический гингивит

K05.19 — хронический гингивит неуточнённый

K05.2 — острый пародонтит

K05.20 — пародонтальный абсцесс (периодонтальный абсцесс) десневого происхождения без свища

K05.21 — периодонтальный абсцесс (пародонтальный абсцесс) десневого происхождения со свищем

K05.22 — острый перикоронит

K05.28 — другой уточнённый острый пародонтит

K05.29 — острый пародонтит неуточнённый

K05.3 — хронический пародонтит

K05.30 — локализованный

K05.31 — генерализованный

K05.32 — хронический перикоронит

K05.33 — утолщённый фолликул (гипертрофия сосочка)

K05.38 — другой уточнённый хронический пародонтит

K05.39 — хронический пародонтит неуточнённый

K05.4 — пародонтоз

K05.5 — другие болезни пародонта

K06 — другие изменения десны и беззубого альвеолярного края

K06.0 — рецессия десны (включены постинфекционная, послеоперационная)

- K06.00 — локальная
- K06.01 — генерализованная
- K06.09 — рецессия десны неуточненная
- K06.1 — гипертрофия десны
- K06.10 — фиброматоз десны
- K06.18 — другая уточнённая гипертрофия десны
- K06.19 — гипертрофия десны неуточненная
- K06.2 — поражения десны и беззубого альвеолярного края, обусловленные травмой
- K06.20 — обусловленные травматической окклюзией
- K06.21 — обусловленные чисткой зубов щёткой
- K06.22 — фрикционный (функциональный) кератоз
- K06.23 — гиперплазия вследствие раздражения (гиперплазия, связанная с ношением съёмного протеза)
- K06.28 — другие уточнённые поражения десны и беззубого альвеолярного края, обусловленные травмой
- K06.29 — неуточненные поражения десны и беззубого альвеолярного края, обусловленные травмой
- K06.8 — другие уточнённые изменения десны и беззубого альвеолярного края
- K06.80 — киста десны взрослых
- K06.81 — гигантоклеточная периферическая гранулема (гигантоклеточный эпulis)
- K06.82 — фиброзный эпulis
- K06.83 — пиогенная гранулема
- K06.84 — атрофия гребня частичная
- K06.88 — другие изменения
- K06.9 — изменения десны и беззубого альвеолярного края неуточненные

K07 — челюстно–лицевые аномалии (включая аномалии прикуса)

- K07.0 — основные аномалии размеров челюстей
- E 22.0 — акромегалия
- K10.81 — односторонняя мышцелковая гиперплазия
- K10.82 — односторонняя мышцелковая гипоплазия
- K07.00 — макрогнатия верхней челюсти

- K07.01 — макрогнатия нижней челюсти
- K07.02 — макрогнатия обеих челюстей
- K07.03 — микрогнатия верхней челюсти (гипоплазия верхней челюсти)
- K07.04 — микрогнатия нижней челюсти (гипоплазия н/ч)
- K07.08 — другие уточнённые аномалии размеров челюстей
- K07.09 — аномалии размеров челюстей неуточненные
- K07.1 — аномалии челюстно–черепных соотношений
- K07.10 — ассиметрии
- K07.11 — прогнатия н/ч
- K07.12 — прогнатия в/ч
- K07.13 — ретрогнатия н/ч
- K07.14 — ретрогнатия в/ч
- K07.18 — другие уточнённые аномалии челюстно–черепных соотношений
- K07.19 — аномалии челюстно–черепных соотношений неуточненная
- K07.2 — аномалии соотношения зубных дуг
- K07.20 — дистальный прикус
- K07.21 — мезиальный прикус
- K07.22 — чрезмерно глубокий горизонтальный прикус (горизонтальное перекрытие)
- K07.23 — чрезмерно глубокий вертикальный прикус (вертикальное перекрытие)
- K07.24 — открытый прикус
- K07.25 — перекрёстный прикус (передний, задний)
- K07.26 — смещение зубных дуг от средней линии
- K07.27 — заднеязычный прикус нижних зубов
- K07.28 — другие уточнённые аномалии соотношений зубных дуг
- K07.29 — аномалии соотношений зубных дуг неуточненные
- K07.3 — аномалии положения зубов
- K07.30 — скученность (черепицеобразное перекрытие)
- K07.31 — смещение
- K07.32 — поворот
- K07.33 — нарушение межзубных промежутков (диастема)
- K07.34 — транспозиция
- K07.35 — ретенированные или импактные зубы с неправильным положением их или соседних зубов

- K07.38 — другие уточнённые аномалии положения зубов
- K07.39 — аномалии положения зубов неуточненные
- K07.4 — аномалии прикуса неуточненные
- K07.5 — челюстно-лицевые аномалии функционального происхождения
- K07.50 — неправильное смыкание челюстей
- K07.51 — нарушение прикуса вследствие нарушения глотания
- K07.54 — нарушение прикуса вследствие ротового дыхания
- K07.55 — нарушение прикуса вследствие сосания языка, губ или пальца
- K07.58 — другие уточнённые челюстно-лицевые аномалии функционального происхождения
- K07.59 — челюстно-лицевая аномалия функционального происхождения неуточненная
- K07.6 — болезни ВНЧС
- K07.60 — синдром болевой дисфункции ВНЧС (синдром Костена)
- K07.61 — «щёлкающая» челюсть
- K07.62 — рецидивирующий вывих и подвывих ВНЧС
- K07.63 — боль в ВНЧС не квалифицированная в других рубриках
- K07.64 — тугоподвижность ВНЧС не квалифицированная в других рубриках
- K07.65 — остеофит ВНЧС
- K07.68 — другие уточнённые болезни
- K07.69 — болезнь ВНЧС неуточненная

K08 — другие изменения зубов и их опорного аппарата

- K08.1 — потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локализованного пародонтита
- K08.2 — атрофия беззубого альвеолярного края
- K08.3 — оставшийся корень зуба
- K08.8 — другие уточнённые изменения зубов и их опорного аппарата
- K08.80 — зубная боль БДУ
- K08.81 — неправильная форма альвеолярного отростка
- K08.82 — гипертрофия альвеолярного края БДУ
- K08.88 — другие изменения
- K08.9 — изменения зубов и их опорного аппарата неуточненное

К09 — кисты области рта, не классифицированные в других рубриках

- К09.00 — киста при прорезывании зубов
- К09.01 — киста десны
- К09.02 — роговая (первичная) киста
- К09.03 — фолликулярная (одонтогенная) киста
- К09.04 — образовавшаяся в процессе формирования зубов боковая киста периодонтальная
- К09.08 — другие уточнённые одонтогенные кисты, образовавшиеся в процессе формирования зубов
- К09.09 — одонтогенная киста, образовавшаяся в процессе формирования зубов неуточненная
- К09.1 — ростовые (неодонтогенные) кисты области рта
- К09.10 — глобуломаксиллярная (верхнечелюстной пазухи) киста
- К09.11 — средненёбная киста
- К09.12 — носонебная (резцового канала) киста
- К09.13 — небная сосочковая киста
- К09.18 — другие уточнённые ростовые кисты области рта
- К09.19 — ростовая киста области рта неуточненная
- К09.2 — другие кисты челюстей
- К09.20 — аневризматическая костная киста
- К09.21 — единая костная (травматическая, геморрагическая) киста
- К09.22 — эпителиальные кисты челюсти, не идентифицированные как одонтогенные или неодонтогенные
- К09.28 — другие уточнённые кисты челюсти
- К09.29 — киста челюсти неуточненная

К10 — другие болезни челюстей

- К10.0 — нарушения развития челюстей
- К10.00 — торус нижней челюсти
- К10.01 — торус твёрдого неба
- К10.02 — скрытая костная киста
- К10.08 — другие уточнённые нарушения развития челюстей
- К10.09 — нарушения развития челюстей неуточненные
- К10.1 — гигантоклеточная гранулема центральная
- К10.2 — воспалительные заболевания челюстей

- K10.20 — остеоит челюсти
- K10.21 — остеомиелит челюсти
- K10.22 — периостит челюсти
- K10.23 — хронический периостит челюсти
- K10.24 — неонатальный остеомиелит верхней челюсти
- K10.25 — секвестр
- K10.26 — радиационный остеонекрроз
- K10.28 — другие уточнённые воспалительные заболевания челюстей
- K10.29 — воспалительное заболевание челюстей неуточненное
- K10.3 — альвеолит челюстей альвеолярный остеоит, сухая лунка
- K10.8 — другие уточнённые болезни челюстей
- K10.80 — херувизм
- K10.81 — односторонняя гиперплазия мышечного отростка н/ч
- K10.82 — односторонняя гипоплазия мышечного отростка н/ч
- K10.83 — фиброзная дисплазия челюсти
- K10.88 — другие уточнённые болезни челюстей, экзостоз челюсти

K11 — болезни слюнных желез

- K11.0 — атрофия слюнной железы
- K11.1 — гипертрофия слюнной железы
- K11.2 — сиалоаденит
- K11.3 — абсцесс слюнной железы
- K11.4 — свищ слюнной железы
- K11.5 — сиалолитиаз, камни в слюнном протоке
- K11.6 — мукоцеле слюнной железы, ранула
- K11.60 — слизистая ретенционная киста
- K11.61 — слизистая киста с экссудатом
- K11.69 — мукоцеле слюнной железы неуточненное
- K11.7 — нарушение секреции слюнных желез
- K11.70 — гипосекреция
- K11.71 — ксеростомия
- K11.72 — гиперсекреция (птиализм)
- M35.0 — синдром Шегрена
- K11.78 — другие уточнённые нарушения секреции слюнных желез
- K11.79 — нарушение секреции слюнных желез неуточненные
- K11.8 — другие болезни слюнных желез

- K11.80 — доброкачественное лимфоэпителиальное поражение слюнной железы
- K11.81 — болезнь Микулича
- K11.82 — стеноз (сужение) слюнного протока
- K11.83 — сиалэктазия
- K11.84 — сиалоз
- K11.85 — некротизирующая сиалометаплазия

K12 — стоматит и родственные поражения

- A69.0 — острый гангренозный
- L23.0 — аллергический
- V37.0 — кандидозный
- V34.1 — вызванный вирусом Коксаки
- T36-T50 — медикоментозный
- V37.0 — микотический
- V08.4 — везикулярный с экзантемой
- K05.00 — стрептококковый гингивостоматит
- K12.0 — рецидивирующие афты полости рта
- K12.00 — рецидивирующие (малые) афты, афтозный стоматит, язвенное поражение, афты Микулича, малые афты, рецидивирующие афтозные язвы.
- K12.01 — рецидивирующий слизисто-некротический периаденит, рубцующийся афтозный стоматит, большие афты, афты Саттона
- K12.02 — герпетиформный стоматит (герпетиформная сыпь)
- K12.03 — афты Бернара
- K12.04 — травматическое изъязвление, связанное с ношением зубного протеза
- K12.08 — другие уточнённые рецидивирующие афты полости рта
- K12.09 — рецидивирующие афты полости рта неуточнённые
- K12.1 — другие формы стоматита
- K12.10 — стоматит артефициальный
- K12.11 — географический стоматит
- K12.12 — стоматит, связанный с ношением зубного протеза
- V37.03 — кандидозный стоматит, связанный с ношением зубного протеза
- K12.13 — папиллярная гиперплазия неба

- K12.14 — контактный стоматит, стоматит «ватного валика»
- K12.18 — другие уточнённые формы стоматита
- K12.19 — стоматит неуточненный
- K12.2 — флегмона и абсцесс области рта
- J36 — перитонзиллярный абсцесс

K13 — другие болезни губ и слизистой оболочки полости рта

- K13.0 — болезни губ
- L56.8X — актинический хейлит
- E 53.0 — арибофлавиноз
- K13.00 — ангулярный хейлит, трещина спайки губ (заеда)
- B37.0 — заеда вследствие кандидоза
- E 53.0 — заеда в следствии недостаточности рибофлавина
- K13.01 — хейлит гранулярный апостематозный
- K13.02 — хейлит эксфолиативный
- K13.03 — хейлит БДУ
- K13.04 — хейлодиния
- K13.08 — другие уточнённые болезни губ
- K13.09 — болезнь губ неуточненная
- K13.1 — прикусывание щеки и губ
- K13.2 — лейкоплакия и другие изменения эпителия полости рта, включая язык
- B37.02 — кандидозная лейкоплакия
- B07. X 2 — очаговая эпителиальная гиперплазия
- K13.20 — лейкоплакия идиопатическая
- K12.21 — лейкоплакия, связанная с употреблением табака
- K13.24 — никотиновый лейкокератоз неба
- K13.24 — небо курильщика
- K13.22 — эритроплакия
- K13.23 — лейкодема
- K13.28 — другие изменения эпителия
- K13.29 — неуточненные изменения эпителия
- K13.3 — волосатая лейкоплакия
- K13.4 — гранулема и гранулемоподобные поражения СОПР
- K13.40 — пиогенная гранулема
- K13.41 — эозинофильная гранулема СОПР

- D76.00 — эозинофильная гранулема кости
- K13.42 — веррукозная ксантома
- K13.5 — подслизистый фиброз полости рта
- K13.6 — гиперплазия СОПР вследствие раздражения
- K06.23 — гиперплазия, связанная с ношением съёмного протеза
- K13.7 — другие и неуточненные поражения СОПР
- K13.70 — избыточная меланиновая пигментация, меланоплакия, меланоз курильщика
- K13.71 — свищ полости рта
- T81.8 — ороантральный свищ
- K13.72 — добровольная татуировка
- K13.73 — очаговый муциноз полости рта
- K13.78 — другие уточнённые поражения СОПР, белая линия
- K13.79 — поражения СОПР неуточненные

K14 — болезни языка

- K14.0 — глоссит
- K14.00 — абсцесс языка
- K14.01 — травматическое изъязвление языка
- K14.08 — другие уточнённые глосситы
- K14.09 — глоссит неуточненный
- K14.1 — географический язык, эксфолиативный глоссит
- K14.2 — срединный ромбовидный глоссит
- K14.3 — гипертрофия сосочков языка
- K14.30 — обложенный язык
- K14.31 — «волосатый» язык
- K14.38 — волосатый язык вследствие приёма антибиотиков
- K14.32 — гипертрофия листовидных сосочков
- K14.38 — другая уточнённая гипертрофия сосочков языка
- K14.39 — гипертрофия сосочков неуточненная
- K14.4 — атрофия сосочков языка
- K14.40 — вызванная привычками очищать язык
- K14.41 — вызванная системными нарушениями
- K14.42 — атрофический глоссит
- K14.48 — другая уточнённая атрофия сосочков языка
- K14.49 — атрофия сосочков языка неуточненная

- K14.5 — складчатый, морщинистый, бороздчатый, расщеплённый язык
- K14.6 — глоссодиния
- K14.60 — глоссопироз (жжение в языке)
- K14.61 — глоссодиния (боль в языке)
- R43 — нарушение вкусовой чувствительности
- K14.68 — другая уточнённая глоссодиния
- K14.69 — глоссодиния неуточненная
- K14.8 — другие болезни языка
- K14.80 — зубчатый язык (язык с отпечатками зубов)
- K14.81 — гипертрофия языка
- K14.82 — атрофия языка
- K14.88 — другие уточнённые болезни языка
- K14.9 — болезнь языка неуточненная
- K50 — болезнь Крона (региональный энтерит) проявления в полости рта
- L02 — абсцесс кожи, фурункул и карбункул
- L03 — флегмона
- K12.2X — флегмона рта
- L03.2 — флегмона лица
- L04 — острый лимфаденит
- I88.1 — хронический лимфаденит
- L08 — другие местные инфекции кожи и подкожной клетчатки
- L08.0 — пиодермия
- L10 — пузырчатка
- L10.0X — пузырчатка обыкновенная, проявления в полости рта
- L10.1 — пузырчатка вегетирующая
- L10.2 — пузырчатка листовидная
- L10.5 — пузырчатка, вызванная лекарственными средствами
- L12 — пемфигоид
- L13 — другие буллезные изменения
- L23 — аллергический контактный дерматит
- L40 — псориаз
- L40.0 — псориаз обыкновенный
- L42 — пситириаз розовый
- L43 — лишай красный плоский
- L43.1 — лишай красный плоский буллезный
- L43.8 — другой красный плоский лишай

- L43.80 — проявления КПЛ папулезные в полости рта
- L43.81 — проявления КПЛ ретикулярные в полости рта
- L43.82 — проявления КПЛ атрофические и эрозивные в полости рта
- L43.83 — проявления КПЛ (типичные бляшки) в полости рта
- L43.88 — проявления КПЛ уточнённые в полости рта
- L43.89 — проявления КПЛ неуточненные в полости рта
- L51 — эритема многоформная
- L51.0 — небуллезная эритема многоформная
- L51.1 — буллезная эритема многоформная
- L51.9 — эритема многоформная неуточненная
- L71 — розацеа
- L80 — витилиго
- L81 — другие нарушения пигментации
- L82 — себорейный кератоз
- L83 — акантоз негроидный
- L90 — атрофические поражения кожи
- L91.0 — келоидный рубец
- L92.2 — гранулема лица (эозинофильная гранулема кожи)
- L92.3 — гранулема кожи и подкожной клетчатки, вызванная инородным телом
- L93 — красная волчанка
- L93.0 — дискоидная красная волчанка
- L94.0 — локализованная склеродермия
- L98.0 — пиогенная гранулема

Инфекционные артропатии

- M00 — пиогенный артрит
- M02 — реактивные артропатии
- M00.3X — болезнь Рейтера ВНЧС

Воспалительные полиартропатии

- M05 — серопозитивный ревматоидный артрит
- M08 — юношеский (ювенальный) артрит
- M12.5X — травматическая артропатия ВНЧС
- M13 — другие артриты
- M13.9 — артрит неуточненный

Артрозы

- M15 — полиартроз
- M19.0X — первичный артроз ВНЧС
- M35.0X — синдром сухости (синдром Шегрена) проявление в полости рта
- M79.1 — миалгия
- M79.2X — невралгия и неврит неуточненные головы и шеи
- M79.5 — остаточное инородное тело в мягких тканях
- M80.VX — остеопороз с патологическим переломом челюстей
- M84.0X — плохое срастание перелома головы и шеи
- M84.1X — несрастание перелома (псевдоартроз) головы и шеи
- M84.2X — замедленное сращение перелома головы и шеи
- M88 — болезнь Педжета
- O26.8 — другие уточнённые состояния, связанные с беременностью
- O26.80 — гингивит, связанный с беременностью
- O26.81 — гранулема, связанная с беременностью
- O26.88 — другие уточнённые проявления в полости рта
- O26.89 — проявления в полости рта неуточненные

Врождённые аномалии

- Q85.0 — нейрофиброматоз
- Q35-Q37 — расщелина губы и неба
- Q75 — врождённые аномалии скуловых и лицевых костей
- Q18.4 — макростомия
- Q18.5 — микростомия
- Q18.6 — макрохейлия
- Q18.7 — микрохейлия
- Q21.3X — тетрада Фалло проявления в полости рта
- Q38.31 — раздвоение языка
- Q38.32 — врождённая спайка языка
- Q38.33 — врождённая фиссура языка
- Q38.34 — врождённая гипертрофия языка
- Q38.35 — микроглоссия
- Q38.36 — гипоплазия языка
- Q38.40 — отсутствие слюнной железы или протока

- Q38.42 — врождённый свищ слюнной железы
- Q38.51 — высокое небо
- Q90 — синдром Дауна
- R06.5 — дыхание через рот (храп)
- R19.6 — неприятный запах изо рта (зловонное дыхание)
- R20.0 — анестезия кожи
- R20.1 — гипестезия кожи
- R20.2 — парестезия кожи
- R20.3 — гиперестезия
- R23.0X — цианоз проявления в полости рта
- R23.2 — гиперемия (чрезмерное покраснение)
- R23.3 — спонтанные экхимозы (перехии)
- R43 — нарушения обоняния и вкусовой чувствительности
- R43.2 — парагевзии
- R47.0 — дисфазия и афазия

Травма

- S00 — поверхностная травма головы
- S00.0 — поверхностная травма волосистой части головы
- S00.1 — ушиб века и подглазничной области (синяк в области глаза)
- S00.2 — другие поверхностные травмы века и окологлазничной области
- S00.3 — поверхностная травма носа
- S00.4 — поверхностная травма уха
- S00.50 — поверхностная травма внутренней поверхности щеки
- S00.51 — поверхностная травма других областей рта (включая язык)
- S00.52 — поверхностная травма губы
- S00.59 — поверхностная травма губы и полости рта неуточненная
- S00.7 — множественные поверхностные травмы головы
- S01 — открытая рана головы
- S01.0 — открытая рана волосистой части головы
- S01.1 — открытая рана века и окологлазничной области
- S01.2 — открытая рана носа
- S01.3 — открытая рана уха
- S01.4 — открытая рана щеки и височно-нижнечелюстной области
- S01.5 — открытая рана зубы и полости рта

- S02.0 — перелом свода черепа
- S02.1 — перелом основания черепа
- S02.2 — перелом костей носа
- S02.3 — перелом дна глазницы
- S02.40 — перелом альвеолярного отростка верхней челюсти
- S02.41 — перелом скуловой кости (дуги)
- S02.42 — перелом верхней челюсти
- S02.47 — множественные переломы скуловой кости и верхней челюсти
- S02.5 — перелом зуба
- S02.50 — перелом только эмали зуба (откол эмали)
- S02.51 — перелом коронки зуба без повреждения пульпы
- S02.52 — перелом коронки зуба без повреждения пульпы
- S02.53 — перелом корня зуба
- S02.54 — перелом коронки и корня зуба
- S02.57 — множественные переломы зубов
- S02.59 — перелом зуба неуточненный
- S02.6 — перелом нижней челюсти
- S02.60 — перелом альвеолярного отростка
- S02.61 — перелом тела нижней челюсти
- S02.62 — перелом мышцелкового отростка
- S02.63 — перелом венечного отростка
- S02.64 — перелом ветви
- S02.65 — перелом симфиза
- S02.66 — перелом угла
- S02.67 — множественные переломы нижней челюсти
- S02.69 — перелом нижней челюсти неуточненной локализации
- S02.7 — множественные переломы костей черепа и лицевых костей
- S02.9 — перелом неуточненной части костей черепа и лицевых костей
- S03 — вывих, растяжение и перенапряжение суставов с связок головы
- S03.0 — вывих челюсти
- S03.1 — вывих хрящевой перегородки носа
- S03.2 — вывих зуба
- S03.20 — люксация зуба
- S03.21 — интрузия или экструзия зуба

- S03.22 — вывих зуба (экзартикуляция)
- S03.4 — растяжение и перенапряжение сустава (связок) челюсти
- S04 — травма черепных нервов
- S04.3 — травма тройничного нерва
- S04.5 — травма лицевого нерва
- S04.8 — травма других черепных нервов
- S04.9 — травма черепного нерва неуточненного
- S07.0 — разможнение лица
- S09.1 — травма мышц и сухожилий головы
- S10 — поверхностная травма шеи
- S11 — открытая травма шеи
- T18.0 — инородное тело во рту
- T20 — термические и химические ожоги головы и шеи
- T28.0 — термический ожог рта и глотки
- T28.5 — химический ожог рта и глотки
- T33 — поверхностное отморожение
- T41 — отравление анестезирующими средствами
- T49.7 — отравление стоматологическими препаратами, применяемые местно
- T51 — токсическое действие алкоголя
- T57.0 — токсическое действие мышьяка и его соединений
- T78.3 — ангионевротический отёк (гигантская крапивница, отёк Квинке)
- T78.4 — аллергия неуточненная
- T88 — шок, вызванный анестезией
- T81.0 — кровотечение и гематома, осложняющие процедуру, неквалифицированную
- T81.2 — случайный прокол или разрыв при выполнении процедуры (случайная перфорация)
- T81.3 — расхождение краёв операционной раны,
- T81.4 — инфекция, связанная с процедурой, не классифицированная в других рубриках
- T81.8 — процедуры эмфизема (подкожная) вследствие процедуры
- T84.7 — инфекция и воспалительная реакция обусловленные внутренними ортопедическими протезными устройствами, имплантатами трансплантатами
- Y60 — случайный порез, укол, перфорация или кровотечение при выполнении хирургической и терапевтической процедур

Y60.0 — при проведении хирургической операции

Y61 — случайное оставление инородного тела в организме при выполнении хирургической и терапевтической процедур

Y61.0 — при проведении хирургической операции

При интактных (здоровых) зубах ставится код:

Z01.2 — стоматологическое обследование

При кровотечении из лунки после удаления зуба ставятся диагнозы:

R58 — Кровотечение, не классифицированное в других рубриках

K08.1 — потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локализованного пародонтита

При удалении молочного зуба из-за физиологической резорбции корня ставится диагноз:

K00.7 — синдром прорезывания зубов

Если без прорезывания постоянного зуба, то:

K08.88 — другие изменения

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. **Поровский, Я. В.** Учебная история болезни в терапевтической практике: учебное пособие / Я. В. Поровский, Е. Б. Букреева, Т. Н. Бодрова – Томск: Издательство СибГМУ, 2020. – 150 с. – Текст: непосредственный.

2. **Тирская, О. И.** Заполнение медицинской карты стоматологического больного. Часть 1: учебное пособие / О. И. Тирская, Н. Е. Большедворская, З. В. Доржиева; ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России, Кафедра терапевтической стоматологии. – Иркутск ИГМУ, 2017. – 60 с. – Текст: непосредственный.

3. **Гуляев, С. В.** Терапевтический архив: научно-практический журнал / ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова; учредитель и издатель ООО «Консилиум Медикум». Серия: Вопросы ревматологии. История медицины / С. В. Гуляев, С. В. Моисеев. – 2024. – том 96, выпуск 5. – 551–554 с. – ISSN 0040-3660. – Текст: непосредственный.

4. **Галонский, В. Г.** Порядок заполнения и оформления истории болезни и сопутствующей медицинской и юридической документации в клинике ортопедической стоматологии: методические рекомендации для врачей-ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.75 – «Стоматология ортопедическая» / А. А. Радкевич, Е. В. Мокренко [и др.]. – Красноярск: Издательство «Литера-принт» ИП Азарова Н. И., 2022. – 75 с. – Текст: непосредственный.

5. **Okeson, Jeffrey P.** Management of Temporomandibular Disorders and Occlusion, Jeffrey P Okeson. – St. Louis. – 2003. – 671 p. – ISBN: 9780323014779. – Текст: непосредственный.

6. **Бородовицина, С. И.** Кариес и некариозные поражения твердых тканей зуба: учебное пособие для студентов стоматологического факультета / С. И. Бородовицина. – Рязань: Изда-

тельство ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. ОТСиОП, 2019. – 172 с. – Текст: непосредственный.

7. **Максимовский, Ю. М.** Терапевтическая стоматология. Кариесология и заболевания твердых тканей зубов. Эндодонтия: руководство к практическим занятиям: учебное пособие / Ю. М. Максимовский, А. В. Митронин; под общей редакцией Ю. М. Максимовского» – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 480 с. – ISBN 978-5-9704-2919-8. – Текст: непосредственный.

8. Министерство здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики: [Министерства юстиции Приднестровской Молдавской Республики]. – Тирасполь, 2020. – URL: <http://www.minjust.gospmr.org/oo/Publication.nsf/805c7c76d1c2ddb8c2258213005be80f/485f06d14a5b607ec22584ef003d31b9!> (дата обращения: 01.03.2025). – Текст: электронный.

9. **Лебеденко, И. Ю.** Ортопедическая стоматология: учебник И. Ю. Лебеденко, Э. С. Каливрадзияна – Москва: Издательство ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 640 с. – ISBN 978-5-9704-3722-3. – Текст: непосредственный.

10. **Янушевич, О. О.** Пропедевтика стоматологических заболеваний: учебник / О. О. Янушевич, Э. А. Базилян, А. А. Чунихин; под редакцией О. О. Янушевича, Э. А. Базиляна – Москва: Издательство ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 800 с. – ISBN 978-5-9704-5433-6. – Текст: непосредственный.

11. **Гуляева, О. А.** Современные методы в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта: научное издание / ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства Здравоохранения Российской Федерации; издательство «УралПолиграфСнаб» / О. А. Гуляева, Р. Т. Буляков, Л. П. Герасимова, Т. С. Чемикосова. – Уфа, 2016. – 190 с. – ISBN 978-5-600-01470-1. – Текст: непосредственный.

12. **Данилевский, Н. Ф.** Заболевания слизистой оболочки полости рта: учебное пособие / Н. Ф. Данилевский, В. К. Леонтьев, А. Ф. Несин, Ж. И. Рахний. – Москва, 2001. – 271 с. – ISBN 5-89599-018-7. – Текст: непосредственный.

13. **Абакаров, С.И.** Ортопедическое лечение дефектов и деформаций челюстно-лицевой области: учебное пособие С.И. Абакаров, К.С. Аджиев, А.С. Баландина, И.А. Шпаковская, А.К. Аджиева, С.С. Абакарова, И.В. Крутер / ФГБОУ ДПО «Рос-

сийская медицинская академия непрерывного профессионального образования». – Москва: Издательство ФГБОУ ДПО РМАНПО, 2017. – 184 с. – ISBN 978-5-7249-2809-0. – Текст: непосредственный.

14. **Брагин, Е.А.** Ортопедическое лечение больных с аномалиями и деформациями зубов, зубных рядов и прикуса Е.А. Брагин, А.В. Скрыль. – Ставрополь: Издательство СтГМА, 2007. – 175 с. – ISBN 978-5-89822-186-7. – Текст: непосредственный.

Учебное издание

РУКОВОДСТВО ПО НАПИСАНИЮ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ
ПО ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Учебно-методическое пособие

Составители: **Фукс** Александр Павлович,
Гимиш Ирина Владимировна, **Пулбере** Инна Александровна,
Ванина Дарья Владимировна

Издается в авторской редакции
Компьютерная верстка *О. А. Штырова*

ИЛ № 06150. Сер. АЮ от 21.02.2002.
Формат 60×84/16. Усл. печ. л. 6,63. Заказ № 604.
Подписано в печать 05.06.25. Электронное издание.

Изд-во Приднестр. ун-та. 3300, г. Тирасполь, ул. Мира, 18.
Опубликовано на Образовательном портале ПГУ им. Т. Г. Шевченко
<http://moodle@spsu.ru>