

ПРИДНЕСТРОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
им. Т. Г. ШЕВЧЕНКО
Медицинский факультет
Кафедра стоматологии

РУКОВОДСТВО ПО НАПИСАНИЮ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ПО ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Учебно-методическое пособие

Тирасполь

*Издательство
Приднестровского
Университета*

2025

УДК 616.31-07(075.8)
ББК Р342я73+Р661я73
Р85

Составители:

Чепендюк Т. А., канд. мед. наук., доц., зав. каф. анатомии и общей патологии
Гимиш И. В., асс.
Ванина Д. В., асс.
Лысенко О. В., преп.

Рецензенты:

Фукс А. П., врач-стоматолог первой категории, заместителя главного врача
по медицинской части ГУ «ГРСП им. В. М. Арестова»
Китаева Е. Ю., главный врач ГУ «ГРСП им. В. М. Арестова»

- Руководство по написанию истории болезни по терапевтической
стоматологии** : учебно-методическое пособие [Электронный ресурс] / со-
ставители : Т. А. Чепендюк [и др.] ; ГОУ «Приднестровский государственный
университет им. Т. Г. Шевченко» ; Медицинский факультет. – Тирасполь :
Изд-во Приднестр. ун-та, 2025. – 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.

Руководящие принципы, описанные, в учебно-методическом пособии охватывают сбор и запись информации, которая позволяет поставить правильный диагноз в терапевтической стоматологии. Для обучающихся важно использовать данный алгоритм написания истории болезни для достижения поставленной цели: оказание качественной терапевтической стоматологической помощи. Издание подготовлено сотрудниками медицинского факультета ПГУ им. Т. Г. Шевченко в соответствии с государственным образовательным стандартом ФГОС 3++ по специальности 31.05.03 «Стоматология»

Предназначено для студентов III–V курса, ординаторов и практикующих стоматологов.

**УДК 616.31-07(075.8)
ББК Р342я73+Р661я73**

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

© Чепендюк Т. А., составление, 2025
© Гимиш И. В., составление, 2025
© Ванина Д. В., составление, 2025
© Лысенко О. В., составление, 2025

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)

РНР – Индекс эффективности гигиены рта

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

PI – Индекс зубного налета

КПИ – Комплексный периодонтальный индекс

ТЭР – тест эмалерезистентности

США – Соединённые Штаты Америки

pH – мера кислотности водных растворов

ОРЗ – острое респираторное заболевание

АлАТ (АЛТ) – фермент, который вырабатывается в основном в клетках печени и почек

АсАТ (АСТ) – внутриклеточный фермент, который присутствует во всех тканях организма, но больше всего – в печени, сердце, скелетной мускулатуре, эритроцитах

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 течении 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 четкая 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, с. 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, с. 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 и т. д.);
- обязательные элементы: заголовки выделяются (прописными буквами или полужирным шрифтом);
- текст должен набираться шрифтом Times New Roman 12 или 14 пт., 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, с. 10].

1.1. Паспортная часть

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

[1, с. 15–16]

1.2. Жалобы больного (molestio)

*Слушай своего пациента,
он говорит тебе диагноз*
William Osler [3, с. 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.

Если жалобы отсутствуют, то это бессимптомное течение, которое характерно для некоторых стадий кариеса и хронического верхушечного периодонтита в стадии ремиссии.

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

Боль (SOCRATES) является полезным инструментом для более подробного изучения боли:

Site – место. «Можете ли вы указать на зуб или область, о которой идет речь? ». Изменение положения, величины, формы и цвета зубов характерны для некариозных поражений твердых тканей зубов.

Onset – начало. «Когда начались боли? Это произошло внезапно или постепенно?».

Character – характер боли (распирающая или колющая). Неприятные ощущения, связанные с: жеванием, попаданием пищи в межзубные промежутки, с дефектом пломб или искусственных коронок, дистопией зубов при их подвижности.

Radiation – распространение (разлитая или с точным указанием места). «Распространяется ли боль куда-то еще?».

Associations – ассоциация. «Есть ли какие-либо другие симптомы, которые кажутся связанными с болью? ».

Например, сухость полости рта (заболевания слюнных желез, синдром Шегрена, Костена); повышенное слюноотделение (гиперсаливация); неприятный запах изо рта (при наличии гнойного отделяемого из пародонтальных карманов, при заболеваниях слизистой оболочки полости рта, большом количестве разрушенных зубов, при болезнях верхних дыхательных путей, заболеваниях желудочно-кишечного тракта, нарушениях обмена веществ); нарушение вкуса (поражения центральной нервной системы или изменение рецепторного аппарата).

Time course – курс времени. «Как изменилась боль с течением времени?» продолжительность (длительная или кратковременная).

Exacerbating or relieving factors «Что-ни будь облегчает боль?» (например, анальгетики).

Severity – усугубляющие или облегчающие факторы. Причина возникновения и зависимость от различных факторов (химических, термических, механических), исчезновение с прекращением действия раздражителя.

Если конкретный зуб или реставрация повреждены, спросите о каком-либо предыдущем стоматологическом лечении в пораженной области.

Обычно причины предъявления жалоб делятся на следующие категории:

- дискомфорт – боль, и в этом случае в анамнезе должны быть указаны характеристики: триггерный фактор (факторы), отягощение, ослабление, расположение, продолжительность, характер, сопутствующие симптомы;

- дисфункция – это частичная или полная потеря основных функций: неправильный эстетический вид, нарушение речеобразования, наличие морфологических изменений (свищи, изъязвления, отёки и т. д.), ограниченное открывание полости рта [4, с. 16–17].

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 инфекционного 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 ин-

галяторов и проблемы с позиционированием стоматологического кресла.

Желудочно-кишечный тракт: расстройство желудка, тошнота или рвота, дисфагия (затрудненное глотание), одиофагия (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) [5, с. 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,

– 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 сенсibilизации 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, с. 11; 5, с. 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 [4, с. 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) [6, с. 2].

Сбор анамнеза состоит из определения:

- времени начала заболевания (первого проявления боли, ухудшение самочувствия, заметного для себя или окружающих нарушений эстетики, речеобразования),
- последовательность развития клинических проявлений в хронологическом порядке,

- проводился ли приём каких-либо препаратов, составляющих план лечения и какой результат достигнут (эффективно, замена аналогом, непереносимость, безрезультатность),
- установление всех этапов обращения, методов диагностики и лечения хронического заболевания, также результатов лечения.

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.

История реставраций после obturation – тип и долговечность.

Эндодонтическое лечение в анамнезе – часто подтверждается только рентгеном. 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 [4, с. 17].

1.5. Данные объективного исследования (Status presens 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, гипертеническое);

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

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. $\text{ИМТ} = 86 / (1,76 \times 1,76) = 27,7$ (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 сагиттальной (срединная сагиттальная плоскость), горизонтальной (плоскость физиологической горизонтали) и фронтальной (плоскость ушной вертикали) плоскостях.

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).

Пальпация лица и шеи для выявления припухлости, определения размера, изменении её размера в динамике, консистенции, болезненности. При определении конси-

стенции деформаций и границ, обращаем внимание соотношение к близлежащим органам и тканям.

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.

- большое значение имеет пальпация лимфатических узлов подчелюстных, подбородочных, щечных, позадичелюстных, околоушных и шейных.

В норме лимфатические узлы не пальпируются. При патологии лимфатические узлы характеризуются увеличением в размере, спаянностью или подвижностью, безболезненные или болезненные, мягкие или уплотнённые.

- рубцовым изменениям свойственны: рубцовый тонус, рубцовый массив, келоид и его форма.

Височно-нижнечелюстной сустав исследуют на уровне передней поверхности козелка ушной раковины, введением указательных пальцев обеих рук одновременно в наружные слуховые проходы пациента.

Во время движений нижней челюсти (открывание и закрывание рта, боковые движения влево и право), обращаем внимание на симметричность движений с обеих сторон, наличие шумов, степень открывания рта, болезненность [4, с. 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 сосочки 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. Определение степени открывания рта (норма – 35–50 мм, I степень ограничения (незначительное) – 30–34 мм, II степень ограничения (умеренное) – 20–29 мм, III степень ограничения (выраженное) – менее 20 мм). Ограничение открывания рта может указывать на дисфункцию височно-нижнечелюстного сустава, воспалительные процессы, рубцовые изменения или другие патологические состояния.

3. Осмотр слизистой оболочки щёк, альвеолярных отростков, твердого и мягкого неба, подъязычного участка (обращается внимание на слизистые оболочки – влажность и окраску, патологические изменения, отечность, гиперемия, кровоизлияния, рубцы, свищи, опухоли и т. д.).

4. Осмотр языка (описывается положение в полости рта, длина и ширина, состояние сосочков и рельеф поверхности, цвет и влажность).

5. Осмотр слизистой оболочки подъязычной области и щек, места расположения больших и малых устьев выводных протоков слюнных желёз, обращается внимание на функцию слюнных желез путем их массажа.

6. Форма альвеолярных гребней челюстей, нёба определяется ощупыванием указательным пальцем, обращается внимание на наличие патологических изменений (новообразования уплотнённой или мягкой консистенции, проявления характерные для стоматитов) [4, с. 20–21].

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

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 кровоточивости тканей пародонта, определение наличия над- и поддесневого зубного камня и пародонтологического кармана.

4. Реакция провокации болевого приступа при помощи физических раздражителей (термодиагностика) [5, с. 9–10].

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.

Разновидности нормального постоянного прикуса: физиологическая прогнатия, физиологическая прогения, би-прогнатия, прямой прикус. Эти варианты считаются физиологическими и не требуют коррекции при отсутствии функциональных нарушений [4, с. 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:

- оценка смыкания зубов (прикус) и форма зубной дуги,
- форма, размер и цвет зубов,
- состояние твёрдых тканей, наличие и оценка пломб, некариозные поражения (сверхкомплектные, дистопированные, ретинированные, полуретинированные зубы),
- наличие протезов в полости рта (несъёмные частично или полностью съёмные конструкции),
- степень разрушенности зубов.

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 степень подвижности зубов – это движения зуба в вестибуло-оральном направлении на 1 мм,
- II степень – это движение зуба в вестибуло-оральном и мезио-дистальном направлении более 1 мм,
- III степень – 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 сменного прикуса

6	V	IV	III	2	1	1	2	III	IV	V	6
6	V	IV	III	2	1	1	2	III	IV	V	6

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 и/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 [7, с. 242].

Приняты следующие обозначения:

С – 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

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 течении длительного времени и сопоставлять эффективность различных методов лечения.

Индексы гигиены:

– Индекс необходимости лечения болезней пародонта CRITN (см. Приложение 3).

– Гигиенический индекс Федорова – Володкиной (см. Приложение 4).

– Индекс эффективности гигиены рта (РНР) (см. Приложение 5).

– Упрощенный индекс гигиены полости рта Грина и Вермиллиона ОНI-s (см. Приложение 6).

– Индекс зубного налета (PI) Силнесс и Лоэ (см. Приложение 7) [5, с. 28–32].

– Индекс гингивита (РМА-Парма) (см. Приложение 8).

Пародонтальные индексы:

– Индекс кровоточивости дёсен по Мюллеману (см. Приложение 9) [4: стр.25].

– Комплексный периодонтальный индекс (КПИ) по П. А. Леус (см. Приложение 10).

– Классификация гингивальных рецессий по Миллеру (см. Приложение 11).

– Классификация вертикального поражения Тарнову и Флетчеру (см. Приложение 12).

– Классификацию фуркационных дефектов Lindhe J. (см. Приложение 13).

– Индекс глубины пародонтальных карманов по Миллеру (см. Приложение 14) [8, с. 40–56].

Пародонтальная карта – это специальный диагностический документ, в котором фиксируются показатели состояния тканей пародонта. Она помогает систематизировать данные осмотра и отслеживать динамику лечения.

Ручные карты – заполняются вручную врачом на бумаге. (см. Приложение 15)

Цифровые карты – используются в компьютерных программах, например, в системе «Флорида Проуб» (Florida Probe) – представляет собой автоматизированный пародонтальный зонд, который позволяет проводить точные и объективные измерения состояния пародонта.

В России система официально сертифицирована и активно используется в ведущих стоматологических клиниках.

Ткани пародонта. При обследовании состояния тканей пародонта обращают внимание на:

1. состояние десневых сосочков (цвет, форма, размер);
2. состояние шейки зуба, наличие патологических изменений;
3. уровень ухода за полостью рта и наличие мягкого зубного налета (зубной бляшки, зубного камня);

4. цвет десны в норме имеет бледно-розовую или коралловую окраску, у темнокожих людей она может быть более темной за счет меланоцитов;

5. наличие кровоточивости, экссудата;

6. определение глубины патологического кармана;

7. выявление наддесневого и поддесневого камня;

8. определение глубины пародонтального кармана и его состояния (кровоточивость, гноетечение, наличие зубного камня);

9. оценка качества пломбирования (наличие контактных пунктов, исключающих возможность попадания пищи в межзубные промежутки) [8, с. 58].

1.9. Данные рентгеновских и лабораторных исследований

Параклинические методы исследования:

1. 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 неизмененные 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].

Различают рентгенологические исследования: внутриротовая рентгенография, ортопантомография, радиовизиография, томография, телерентгенография.

4. Способы определения длины канала: электрометрический, табличный и анатомический способы.

5. Цветовые тесты с красителями. Выявление изменений цвета эмали коронки зуба, которые могут быть различного происхождения: кариес, некариозные поражения (гипоплазия, флюрооз) и др.

Для дифференциальной диагностики применяют методы окраски коронки зуба различными красителями (2 % водный раствор метиленового синего (синий цвет), 0,1 % водный раствор метиленового красного (оранжево-красный цвет)).

6. ТЭР-тест – тест эмалевой резистентности или тест кислотной резистентности эмали (В.Р. Окушко, Л.И. Косарева, 1983). Данное исследование проводится следующим образом: на подготовленный зуб (очищенный от зубного налета, изолированный от слюны и высушенный), наносится 1 капля 1 % р-р соляной кислоты на вестибулярную поверхность верхнего центрального резца, на расстоянии 2 мм от режущего края по центральной линии. Через 5 с. каплю смывают дистиллированной водой, высушивают и наносят 1 каплю 1 % раствора метиленового синего.

Интенсивность окраски зависит от резистентности эмали к воздействию кислот и отражает кариесоустойчивость (незначительное окрашивание) или кариесорезистентность зуба (интенсивную окраску). Путем сравнения приобретенной окраски со стандартной шкалой, получают количественную оценку кариесорезистентности эмали зуба в баллах, что важно для исследовательских целей.

7. Люминесцентная диагностика используют для определения состояния краевого прилегания пломб, распознавание начального кариеса зубов, дифференциальной диагностики заболеваний слизистой оболочки полости рта.

8. Трансиллюминации.

В частности, при деминерализации вследствие развития кариозного процесса твердые ткани зубов (эмаль, дентин) выглядят в зеленом свете коричневыми. В случае пульпита коронка зуба становится тусклой («эффект приглушенного свечения»), а у больных хроническим гангренозным пульпитом наблюдают полное затмение поверхности коронки («эффект черной дырки») [4, с. 30-33].

Лабораторные и инструментальные методы исследования:

1. *Микроскопические исследования в зависимости от цели разделяют на:*

– цитологический метод, который заключается в изучении структурных особенностей клеток, их конгломератов (материалом служит отпечаток, выскреб, пунктат);

- биопсию (прижизненное иссечение тканей);
- бактериологические исследования.
- 2. Иммунологические исследования.
- 3. Аллергологические исследования и пробы (методы иммунодиагностики «in vitro», тесты со стандартным набором антигенов).
- 4. Биохимические исследования:
 - анализ крови (норма: см. Приложение 16).
 - анализ мочи (норма: см. Приложение 17).
 - биохимический анализ крови (норма: см. Приложение 18).
 - анализ слюны (норма: см. Приложение 19).
 - определения концентрации Витамина D (норма: см. Приложение 20).
 - определение уровня глюкозы в крови (норма: см. Приложение 21.) [9, с. 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 диагноз ставится в первые часы после поступления пациента и обязательно фиксируется на титульном листе истории болезни.

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, с. 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.

Этот раздел является важным. Обучающийся отражает в нём умение клинически мыслить. Анализ и синтез должны подвергаться не только жалобы, анамнез и объективные данные, но и результаты лабораторного и инструментального исследований. Один и тот же симптом может встречаться при различных патологиях, поэтому важно различать симптомы для дифференцирования и постановки правильного диагноза.

Например, зубная боль может быть связана как с пульпитом, так и с периодонтитом. Для дифференциального диагноза важно учитывать не только жалобы и анамнез, но и результаты лабораторных и инструментальных исследований (рентгена, термопробы, электроодонтодиагностики и др.). Врач берет ведущий симптом и рассматривает как минимум два возможных заболевания, которые могут его вызывать. После сопоставления клинических данных делается вывод о наиболее правильном диагнозе [1, с. 46–47].

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 22)

На основании:

- жалоб больного,
- основных признаков заболевания, выявленных при объективном исследовании,
- данных лабораторного исследования наиболее доступных и широко применяемых,
- рентгенологического исследования [5, с. 42].

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.

Этиология заболевания (причины развития): внешние факторы (травмы, инфекции, вредные привычки, неправильная гигиена) и внутренние факторы (наследственность, иммунные нарушения, системные заболевания).

Пример описания (на примере кариеса):

Этиология: кариес вызывается сочетанием факторов – наличие кариесогенной микрофлоры (*Streptococcus mutans*), углеводная диета, низкая резистентность эмали.

Патогенез (механизм развития заболевания): общепринятая теория патогенеза (наиболее актуальная на данный момент), ключевые стадии развития болезни (начало, прогрессирование, возможные осложнения), связь с другими заболеваниями (например, как пародонтит связан с сахарным диабетом).

Пример описания (на примере кариеса):

Патогенез: согласно химико-паразитарной теории Миллера, кариес развивается из-за разрушения эмали кислотами, которые выделяют бактерии при расщеплении углеводов. В процессе наблюдаются деминерализация, разрушение эмали, образование кариозной полости, поражение дентина.

Важно! Описание должно быть основано на актуальных данных и учитывать современные методы диагностики и лечения [7, с. 304–305].

1.14. План лечения больного и его обоснование

После установления диагноза разрабатывается план лечения, включающий наиболее эффективные методы терапии, порядок их применения, а также обязательные рекомендации по уходу за полостью рта. Такой план необходим как для самого пациента, обратившегося в медицинское учреждение, так и для врача и администрации клиники. По сути, он является основным доказательством в случае возникновения медицинских споров.

План лечения следует периодически пересматривать на протяжении всего лечения с ведением записей прогресса или регресса в истории болезни.

Подробно описывается:

- методика выбранного метода лечения,
- рецептура лекарственных веществ, используемых в лечении и их фармакодинамика.

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 терапии, отличающихся, в том числе, и по стоимости – например, выбор между более доступными и дорогостоящими материалами.

В истории болезни необходимо указать один из вариантов лечения, описать последовательность манипуляций, направленных 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».

При составлении плана лечения важно учитывать ряд ключевых критериев:

1. Форма ведения плана лечения. В частных клиниках часто применяются специализированные медицинские информационные системы, позволяющие вести электронные медицинские карты и оформлять план лечения 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 [4, с. 42-44; 7, с. 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)

- Осмотр полости рта включает изучение: состояния зубов, слизистой, десен, оценку реакции на пальпацию, перкуссию, термопробы (изменения по сравнению с предыдущим осмотром).

- 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 [4, с. 42].

1.16. Эпикриз

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

ческие данные с оценкой индивидуальных особенностей течения болезни, проведенного лечения 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 лечения, объективные данные (на момент обращения и в процессе лечения), общее состояние (температура, пульс, артериальное давление и др.), данные внутриротового осмотра и инструментальных исследований (рентген, электрооодонтодиагностика и др.), также результаты лабораторных данных (изменения в крови, моче, биохимических показателях), заключения консультаций специалистов, клинический диагноз, основное заболевание, осложнения, сопутствующие заболевания. В заключении пишется проведенное лечение: медикаментозная терапия (основные группы препаратов), физиотерапия, хирургические вмешательства (если проводились), указывается результат лечения (улучшение, без динамики, ухудшение), даётся прогноз и дальнейшие рекомендации, диспансеризация (адрес ЛПУ, с какой периодичностью посещать врача).

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, 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:

Рекомендации после пломбирования коронки зуба – не принимать пищу и напитки в течение 2 часов, если лечение происходило под местным обезболиванием, запрещено принимать пищу до окончания действия анестетика; избегать жевания твердой пищи (орехи, сухари, семечки) на стороне пломбированного зуба в течение 24 часов; при возникновении боли, дискомфорта, ощущения завышенного прикуса, необходимо обратиться к врачу; соблюдать гигиену полости рта (рекомендовать способ чистки зубов, вид зубной щётки и пасты необходимый данному пациенту).

После пломбирования корневых каналов – избегать жевания на стороне леченного зуба в течение 2 суток: возможны постэндодонтические боли (допустим прием обезболивающих, таких как парацетамол, ибупрофен); при выраженной боли, отеке, повышении температуры необходимо немедленно обратиться к врачу.

После снятия зубных отложений (камней) – не употреблять красящие напитки (кофе, чай, соки, вино) и пищу в течение 2–3 часов; в течение суток избегать твердой, острой и горячей пищи; полоскания антисептиками (хлоргексидин 0,05 %) по назначению врача; возможен дискомфорт или повышенная чувствительность зубов (назначение зубных паст для снижения чувствительности).

После лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта – соблюдать щадящую диету (исключить острое, соленое, кислое, горячее); полоскания антисептиками (хлоргексидин, мирамистин) или отварами трав (ромашка, шалфей) по рекомендации врача; местное нанесение назначенных гелей и мазей (метилурацил, холисал и др.); исключить курение и алкоголь [8, с. 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 лите-

ратурные 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.

Глава 2. Образцы написания историй болезни по терапевтической 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 терапевтической стоматологии

ОБРАЗЕЦ № 1

1. Паспортная часть.

Дата заполнения: 01.01.2020 год.

Ф.И.О.: Иванов Иван Иванович.

Возраст: 27 лет; пол: мужской.

Адрес: город Дубоссары, ул. Мира, дом 100.

Профессия: шофёр.

2. Жалобы больного (molestio).

Больной предъявляет жалобы на косметический недостаток с указанием на тёмные пятна наружной поверхности зубов различных размеров [4, с. 165].

3. Перенесенные и сопутствующие заболевания (Anamnesis vitae):

Родился в г. Дубоссары.

Живёт в доме. В детстве проживал в г. Каменка-местности с повышенным содержанием фтора в питьевой воде. Заболеваний у матери во время беременности не было.

Работа: водитель, профессиональные вредности отсутствуют.

Питание: часто употребляет твёрдую пищу, блюда быстрого приготовления, газированные напитки.

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

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

Наследственный анамнез неотягощён.

Аллергию отрицает.

Со слов пациента гигиену полости рта проводит регулярно с использованием зубной пасты «Жемчуг» и зубной нити.

Вредные привычки: курение в течение 5 лет по одной пачке за 2 дня [4, с. 18].

4. Развитие настоящего заболевания (Anamnesis morbi).

Заболевание заметил в детстве при прорезывании постоянных зубов.

Со временем состояние дефектов ухудшалось в виде большего затемнения и увеличения пятен в размере. К врачу-стоматологу не обращались [4, с. 17].

5. Данные объективного исследования (Status presens communis).

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

Общее состояние удовлетворительное.

Конфигурация лица квадратной формы.

Кожные покровы физиологической окраски без патологических изменений, эластичные.

Регионарные лимфатические узлы не пальпируются [4, с. 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.

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

Осмотр преддверия полости рта.

Десневые сосочки бледно-розового цвета, нормальных размеров. 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.

Прикус ортогнатический.

Зубы 1.8, 2.8, 4.8, 3.8 отсутствуют. Коронки зубов остальных зубов выраженная пигментация с явной ассиметричностью. Имеется стираемость эмали и дентина 2-й степени. На дефектах отсутствует блеск, дно очагов поражения плотное, пигментированное, край поражения подрывтый

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

Подвижность отсутствует.

Зубных отложений нет.

Высушивание (сухие ватные тампоны, воздушный пистолет): на сухой поверхности эмали хорошо видны пятна и полосы (очаги поражения) [4, с. 22].

7. Зубная формула.

О	_____	Ф	_____	О
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		
О		Ф		О [7, с. 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, с. 58].

9. Данные рентгеновских и лабораторных исследований.

ЭОД пульпа зуба реагирует на силу тока 3 мкА.

Рентгенодиагностика не проводилась [5, с. 9–10].

10. Предварительный диагноз.

Флюороз [2, с. 14].

11. Дифференциальная диагностика.

1. Гипоплазия отличается временем проявления заболевания, чаще всего заметна групповая симметричность пятен с неявным отличием изменения в цвете.

2. Кариес зубов, для которого характерно болезненное зондирование, витальное окрашивание «положительно», болезненная реакция на температурные и химические раздражители.

12. Клинический диагноз и его обоснование:

Основное заболевание: Эндемический флюороз, эрозивная форма. МКБ-10 К 00.4 (см. Приложение 20).

Осложнения основного заболевания: отсутствуют [4, с. 166].

13. Этиология и патогенез данного заболевания:

Причиной заболевания у данного пациента стало содержание фтора в основном источнике воды выше предельно допустимой концентрации (норма до 1,5 гр. на литр). Заболевание носит эндемический характер [4, с. 164].

14. План лечения больного и его обоснование.

Обучение гигиене. Профессиональная гигиена полости рта.

Назначение лечебно-профилактических паст, не содержащих фтор, но имеющих в составе кальций и фториды.

Реминерализирующая терапия:

- общая-витамины Са Д₃ по 500мг 2 раза в день 30 дней, два раза в год.

- местная-зубная паста «Тус-Мус», 2 раза в день после чистки зубов в течении 10 дней.

- физиотерапия-10 % р-р кальция глюконата (5-6 сеансов). [8, с. 28]

Восстановление пломбировочным материалом:

- выбор материала- для пломбирования был выбран материал Filtek (Ultimate) компании 3М ESPE. Выбор обусловлен его универсальными свойствами: подходящий для всех групп зубов и полостей, легкое применение расцветки, расширенная линейка цветов Body, долговременное удержание блеска, флюоресценция, рентгеноконтрастность.

- определение цвета -определен цвет зубов 1.2, 1.1, 2.1, 2.2 A2 по шкале Вита.

- обезболивание под аппликационной анестезией sol. Lidocaine (10 %) и инфильтрационной анестезией 2 %-ным раствором sol. Artifrin forte в разведении 1:200 000 – 1,7 мл, сформированы полости в зубе 1.2, 1.1, 2.1, 2.2.

- препарирование дефекта по принципам формирования кариозной полости и особенностям классу по Блэку.

- изоляция рабочего поля раббердамом (внесение ретракционной нити).

- медикаментозная обработка кариозной полости Sol. Chloramini 2 % – 1 мл (Sol.Chlorhexidini 0, 06 % – 1 мл Sol. Spiritus aethylici 70 % – 1 мл).

– подбор матрицы и наложение кольца-установка секционной матричной системы PalodentPlus без усилий и деформаций.

– протравливание полости 37 %-ным гелем ортофосфорной кислоты: эмали в течение 30 с, дентина – 15 с, затем смывают водой 30 с. Зуб высушивают воздухом до появления меловидной поверхности на эмали.

– нанесение адгезива Adper Single Bond 2, светополимеризация адгезивного слоя проводится в течение 10 с. – послойное нанесение материала.

– первый слой материала Filtek Ultimate (3М, США), оттенок А2,5В (Body), размещали только на дентине, прилегающем к области десны, следующие слои композита, оттенок А2Е (Enamel), размещали аппроксимально, а финальную порцию – вестибулярно.

– второй слоя композита оттенка А2Е на все зубы.

– внесение третьего слоя композита оттенка А2Е на все зубы.

– финишная обработка после удаления ретракционной нити алмазным тонким фиссурным бором (маркировка белого и жёлтого цвета) для удаления избытков композита в околодесневой области. Полирование до сухого блеска осуществляли дисками Sof-Lex для шлифования и полирования (3М, США).

Шлифовку и полировку можно производить щеточками с полипластом, резиновыми кругами и чашечками меняя абразивность.

Контроль пломбирования: через 14 дней после лечения на контрольном приеме была произведена оценка состояния реставраций. Подобранные оттенки композитного материала максимально приближены к цвету и прозрачности естественных тканей зуба. Финишная полимеризация. Снятие системы раббердам [4, с. 215-217].

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.

Второе посещение: Профессиональная гигиена полости рта. Назначение лечебно-профилактических паст, не содержащие фтор, но имеющие в составе кальций и фториды. Назначена реминерализирующая терапия и физиотерапия.

Рекомендации: первые 2-3 дня «белая диета».

Третье посещение: Восстановление пломбировочным материалом Filtek Ultimate (3М, США) зубов 1.2, 1.1, 2.1, 2.2 под местным обезболиванием sol. Artifrin forte 1,7 мл.

Четвёртое посещение: Восстановление пломбировочным материалом Filtek Ultimate (3М, США) зубов 1.3, 1.4, 1.5, 2.3, 2.4, 2.5 под местным обезболиванием sol. Artifrin forte 1,7 мл.

Пятое посещение: Восстановление пломбировочным материалом зубов 4.1, 4.2, 3.1, 3.2 Filtek Ultimate (3М, США) зубов под местным обезболиванием sol. Artifrin forte 1,7 мл.

Шестое посещение: Восстановление пломбировочным материалом Filtek Ultimate (3М, США) зубов 4.3, 4.4, 4.5, 3.3, 3.4, 3.5 под местным обезболиванием sol. Artifrin forte 1,7 мл [7, с. 500-600].

16. Эпикриз:

Пациент Иванов Иван Иванович 1993 г. рождения, 01.01.2020 г. дата обращения в стоматологическую клинику «32 Норма» г. Тирасполь с жалобами на косметический недостаток с указанием на тёмные пятна наружной поверхности зубов различных размеров.

Был проведён опрос, сбор анамнеза, осмотр, дополнительные и лабораторные исследования. Установлен диагноз Флюороз, эрозивная форма. МКБ-10 K 00.4. Составление плана лечения, длительности, возможных осложнений и гарантийных условий, стоимости, получение письменного согласия пациента на проводимое лечение.

Проведена профессиональная гигиена полости рта, назначена реминерализирующая терапия и физиотерапия, даны рекомендации.

Восстановление зубов пломбировочным материалом Filtek Ultimate (3М, США) под местным обезболиванием sol.

Artifrin forte. Контроль качества пломбировки и цвета назначен на 14 день после последнего приёма [8, с. 176–177].

17. Рекомендации:

- следовать положению о гарантийных условиях клиники,
- при возникновении неприятных ощущений в зубе, повышении чувствительности или непривычных ощущений при накусывании, обратиться к врачу,
- ограничиться приёмом пищи в течении 1-2 часов (до полного исчезновения эффекта анестезии),
- не принимать самостоятельные меры по устранению неприятных ощущений,
- соблюдение «белой диеты» в течении первых 2-3-х дней после пломбировки (исключить красящие продукты: томат, свекла, крепкий чай, кофе, вино и т. д.),
- для длительной службы пломбы, обязательно гигиенический уход,
- каждые 6 месяцев проходить профилактические осмотры зубов [7, с. 500–600].

18. Список литературы.

1. **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.

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

3. **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. Чемикова. – Уфа, – 2016. – 190 с. – ISBN 978-5-600-01470-1. – Текст: непосредственный.

ОБРАЗЕЦ № 2**1. Паспортная часть.**

Дата заполнения: 01.01.2020 год.

Ф.И.О.: Малышева Надежда Ивановна.

Возраст: 42 года, пол: женский.

Адрес: Слободзейский район, село Фрунзе, дом 35.

Профессия: домохозяйка.

2. Жалобы больного (molestio).

Больная предъявляет жалобы на наличие кариозной полости внизу справа, кратковременные боли от температурных, химических (механических) раздражителей, застревание пищи между зубами.

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 болел острыми респираторными вирусными инфекциями.

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

Наследственный анамнез не отягощён.

Аллергию отрицает.

Со слов пациента гигиену полости рта проводит регулярно с использованием зубной пасты «Жемчуг» и зубной нити.

Вредные привычки: отсутствуют.

4. Развитие настоящего заболевания (Anamnesis morbi).

Зуб ранее не лечен. Дискомфорт при застревании пищи и реакция на кратковременные боли от химических и температурных раздражителей появилась месяц назад.

5. Данные объективного исследования (Status presens communis).

Общее состояние больного удовлетворительное, сознание ясное.

Выражение лица пациента страдальческое.

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

Кожные покровы физиологической окраски без патологических изменений, эластичные.

Конфигурация лица не изменена, лимфатические узлы не увеличены.

6. Внутриротовое обследование (status localis).

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

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

Осмотр преддверия полости рта.

Десневые сосочки бледно-розового цвета, нормальных размеров. 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.

Прикус прямой.

В зубах 1.6 и 2.6 пломбировочный материал, цвет и структура без нарушений. Перкуссия и зондирование зубов безболезненна.

На механические, химические, температурные раздражители зубы не реагируют.

В зубе 4.6 обнаружен неглубокий дефект. Кариозная полость расположена в фиссуре на жевательной поверхности с разрушением медиальной стенки зуба.

При зондировании стенок отмечается шершавость, размягчение эмали и мягкий пигментированный дентин, который выстилает кариозную полость и болезненность по эмалево-дентинной границе.

Перкуссия безболезненна.

Реакция на холодное чувствительная, быстропроходящая.

Подвижность отсутствует.

На язычной поверхности фронтальной группы зубов нижней челюсти мягкий налёт.

Индекс гигиены 2 балла (удовлетворительный). К врачу-стоматологу не обращалась [4, с. 17].

7. Зубная формула [7, с. 242].

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

8. Состояние тканей пародонта.

Гигиенический индекс по Фёдорову-Володкиной ГИ=2 [8, с. 58].

9. Данные рентгеновских и лабораторных исследований.

На прицельном рентгеновском снимке 4.6 зуба наличие кариозной полости твёрдых тканей коронки зуба. ЭОД-8мкА

10. Предварительный диагноз: Средний кариес 4.6 зуба II-й класс по Блэку. (K02.1 Кариес дентина)

11. Дифференциальная диагностика:

Дифференциальную диагностику кариеса дентина проводят:

1. Кариес эмали (поверхностный кариес): кратковременная боль, чаще от химических раздражителей; зондирование безболезненно; термодиагностика безболезненна; ЭОД 2-6 мкА.

2. Глубокий кариес: кратковременная боль, чаще от термических, химических и механических раздражителей; зондирование болезненно в области дна кариозной полости; при термодиагностике кратковременная боль, проходящая после устранения раздражителя; ЭОД 8-12 мкА.

3. Кислотный некроз: ощущение оскомины, боль от термических и механических раздражителей; ощущение прилипания зубов при смыкании, располагается часто на вестибулярной поверхности и режущем крае фронтальных зубов; зондирование безболезненно; при термодиагностике

кратковременная боль, проходящая после устранения раздражителя; при термодиагностике кратковременная боль, проходящая после устранения раздражителя.

4. Эрозия твердых тканей: кратковременные боли от химических, термических раздражителей; располагается на вестибулярных поверхностях центральных и боковых резцов, клыков и малых коренных зубов верхней челюсти, реже – эти же зубы нижней челюсти; при термодиагностике кратковременная боль, проходящая после устранения раздражителя.

5. Клиновидный дефект: эстетический дефект часто без болей, иногда кратковременная боль от термических, химических и механических раздражителей; располагается в области шеек зубов верхней и нижней челюстей; зондирование часто безболезненное; при термодиагностике кратковременная боль, проходящая после устранения раздражителя [4, с. 109-112].

12. Клинический диагноз и его обоснование.

K02.1 Средний кариес 4.6 зуба II-й класс по Блэку, острое течение.

В зубе 4.6 обнаружен неглубокий дефект. Кариозная полость расположена в фиссуре на жевательной поверхности с разрушением медиальной стенки зуба, что топографически относится ко II второму классу по Блэку.

При зондировании стенок отмечается шершавость, размягчение эмали и мягкий пигментированный дентин, который выстилает кариозную полость и болезненность по эмаledo-дентинной границе, что подтверждает среднюю глубину дефекта. Так как зуб ранее не лечен и дискомфорт при застревании пищи, реакция на кратковременные боли от химических и температурных раздражителей появилась месяц назад, то это говорит об остром течении заболевания [2, с. 21].

13. Этиология и патогенез данного заболевания.

На сегодняшний день существует 414 различных теорий возникновения кариеса, однако ни одна из них не дает полного объяснения его причин и механизма развития.

В данном клиническом случае основой патогенеза является химико-паразитарная теория Миллера (1884), которая легла в основу современной концепции развития кариеса.

Согласно этой теории, кариозный процесс проходит две стадии:

1. **Химическая фаза** – органические кислоты растворяют неорганические компоненты эмали.

2. **Бактериальная фаза** – ферменты микроорганизмов разрушают органический матрикс дентина.

Таким образом, ткани зуба повреждаются одновременно кислотами и бактериями, особенно при снижении pH слюны до 5,5. Слабой стороной теории является то, что физиологический уровень pH слюны (6,8–7,0) редко достигает критического значения 4,5–5,5, при котором происходит деминерализация эмали. Однако теория Миллера имеет клиническое обоснование, так как объясняет типичную локализацию кариеса (фиссуры, жевательные и контактные поверхности) и роль микроорганизмов в развитии заболевания [5, с. 50].

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

1. Обезболивание (отсутствие боли при препарировании создает комфорт больному): проводниковая мандибулярная анестезия 2 %-ным раствором sol. Artifrin forte в разведении 1:200 000 – 1,7 мл.

2. Удаление налета с поверхности зуба и с подъязычной поверхности фронтальной группы зубов нижней челюсти): щетки, безмасляные пасты; 3 % раствор перекиси водорода.

3. Подбор цвета реставрационного материала: А3 по шкале Vita, под естественным освещением. Лучший способ убедиться в достижении

гармонии, до препарирования полимеризовать небольшую порцию композита; при сомнении – темные цвета предпочтительнее светлых.

4. Изоляция рабочего поля системой коффердам.

5. Препарирование кариозной полости: раскрытие кариозной полости, снятие нависающих краев эмали, наличие доступа с жевательной поверхности (полость II класса) и доступа к контактной поверхности, расширение кариозной полости (кариозная полость свободна от размягченного и пигментированного дентина). Формирование

полости, создание хорошего обзора полости с зеркалом и без него, сформирован переход от дна полости к боковой стенке, переход от одной стенки в другую под углом 90°, создание скоса эмалевого края [7: стр.365-370].

6. Медикаментозная обработка и высушивание сформированной полости (стерильные ватные валики, 2 % раствор хлоргексидина биглюконата).

7. Наложение изолирующей прокладки (по показаниям)

Прокладка покрывает дно полости без перехода на стенки.

8. Протравливание (кондиционирование) эмали стенок и дна полости Ортофосфорная кислота в виде геля 37 %. Гель наносят последовательно на эмаль и дентин, четко прослеживая последовательность нанесения геля.

Удаление кислотного геля и высушивание полости. Высушенная эмаль теряет блеск и становится матовой, а дентин не должен быть пересушенным.

9. Нанесение праймера и адгезива. Экспозиция праймера 30 с. с последующим воздушным распределением и фотополимеризацией, дающая высокоинтенсивный голубой свет с длиной волны 400-500 нм.

10. Строгое соблюдение технологии наложения адгезива согласно инструкции изготовителя Наложение матрицы. Визуальный контроль: матрица должна создавать отсутствующую стенку, плотно прилегая к поверхности зуба.

11. Пломбирование полости Filtek Ultimate (3М, США), отенок А3.

Визуальный контроль: для универсальных светоотверждаемых материалов внесение композита косыми слоями; для пакуемых материалов – наложение материала равномерными слоями.

12. Шлифование и полирование пломбы (штрипсы, резиновые диски, щетки с абразивной пастой). Осуществляется с учётом соблюдения: формы зуба, отсутствия нависающих краев пломбы, перехода пломба-зуб без заметной границы; гладкая и блестящая поверхность – сухой блеск; визуально поверхность реставрации блестящая.

13. Снятие системы коффердам.

14. Контроль пломбирования проводится через 14 дней после лечения. На контрольном приеме была произведена оценка состояния реставраций. Подобранные оттенки композитного материала максимально приближены к цвету и прозрачности естественных тканей зуба [5, с. 27, 50].

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. Профессиональная гигиена полости рта. Назначение лечебно-профилактических паст, не содержащие фтор, но имеющие в составе кальция и фториды.

Второе посещение: Восстановление пломбировочным материалом Filtek Ultimate (3M, США) 4.6 зуба под местным обезболиванием sol. Artifrin forte 1,7 мл.

Третье посещение: Контроль пломбировки [10, с. 83–90].

16. Эпикриз.

Малышева Надежда Ивановна 1978 г. рождения, 01.01.2020 г. дата обращения в стоматологическую клинику «32 Норма» города Слободзея с жалобами на наличие кариозной полости внизу справа, кратковременные боли от температурных, химических (механических) раздражителей, застревание пищи между зубами.

Был проведён опрос, сбор анамнеза, осмотр, дополнительные и лабораторные исследования. Установлен диагноз K02.1 Средний кариес 4.6 зуба II-й класс по Блэку, острое течение. Составление плана лечения, длительности, возможных осложнений и гарантийных условий, стоимости, получение письменного согласия пациента на проводимое лечение.

Проведена профессиональная гигиена полости рта.

Восстановление зуба пломбировочным материалом Filtek Ultimate (3M, США) под местным обезболиванием sol. Artifrin forte. Контроль качества пломбировки и цвета назначен на 14 день после последнего приёма.

Дата заполнения 1.01.2020 год [8, с. 176–177].

17. Рекомендации.

- следовать положению о гарантийных условиях клиники,
- ограничиться приёмом пищи в течении 1-2 часов (до полного исчезновения эффекта анестезии),
- нормализация диеты с ограниченным употреблением легкоусвояемых углеводов (не более 30гр.сахара в сутки),
- в случае необходимости (например: беременным)-назначение комплексных препаратов с микроэлементами (курс 30 дней 2 раза в год),
- для длительной службы пломбы, рациональная гигиена полости рта: обучение методики чистки зубов и подбор индивидуальных средств полости рта (зубная щётка, флоссы, ёршики и т. д.)
- назначение лечебно-профилактических паст, который содержат фториды, соли кальция и минеральные соли.
- один раз в год проходить профилактические осмотры зубов.

18. Список литературы.

1. **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.

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

3. **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. Чемикова. – Уфа, – 2016. – 190 с. – ISBN 978-5-600-01470-1. – Текст: непосредственный.

ОБРАЗЕЦ № 3**1. Паспортная часть**

Дата заполнения: 01.01.2020 г.

Ф.И.О.: Гаврилов Пётр Денисович.

Возраст: 30 лет, пол: муж.

Адрес: г. Тирасполь, ул. Лесная, дом 50.

Профессия: электрик.

2. Жалобы больного (molestio).

Больной предъявляет жалобы на боли при приеме пищи и разговоре, снижение аппетита, одиночные белесоватые пятна на нижней губе, чувство жжения, болезненность слизистой оболочки в месте возникновения «язвочек» [4, с. 165].

3. Перенесенные и сопутствующие заболевания (Anamnesis vitae).

Родился в г. Тирасполь, от первой беременности.

Живёт в своей квартире со всеми коммунальными удобствами.

Работает 12 лет мастером по ремонту телефонов, не женат.

Питание придерживается различных диет.

Перенесённые заболевания: ветряная ОСПА, ОРЗ.

Гепатит, ВИЧ, венерические заболевания отрицает.

Наследственный анамнез не отягощён.

Аллергию отрицает.

Сопутствующее заболевание: Гипертоническая болезнь 1 степени, хронический поверхностный гастрит (со слов больного).

Со слов пациента гигиену полости рта проводит регулярно с использованием зубной пасты «Жемчуг» и зубной нити.

Вредные привычки: отрицает [4, с. 18].

4. Развитие настоящего заболевания (Anamnesis morbi).

Пациент шесть дней назад отметил зуд и неприятные ощущения на слизистой нижней губы, затем появились два болезненных образования округлой формы на нижней губе. Пациент отмечает, что в течение 2 лет появлялись подобные высыпания, рецидивы происходили преимущественно

весной и осенью, в основном после приема антибактериальных препаратов (Амоксиклав) по поводу перенесённого ОРЗ. К врачу по поводу данного заболевания не обращался, лечение не проводилось [4, с. 17].

5. Данные объективного исследования (Status presens communis).

Телосложение нормостеническое. Рост 179 см, вес 81 кг. (см. Приложение 3)

Общее состояние удовлетворительное.

Конфигурация лица ассиметрична за счёт снижения высоты нижней трети лица и незначительного западения верхней губы и щёк.

Кожные покровы физиологической окраски без патологических изменений.

Регионарные лимфатические узлы не увеличены, эластичной консистенции, не спаяны с окружающими тканями, безболезненные при пальпации [4, с. 19].

6. Внутриротовое обследование (status localis).

Слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Слизистая оболочка спинки языка обложена незначительным количеством белого налета, умеренно увлажнена. Болезненности, жжения языка не выявляется.

Открытие рта свободное, на фоне бледно-розовой слизистой оболочки нижней губы видны две афты, размером 4 * 6 мм, окруженные ярким венчиком воспалительной гиперемии, покрыты серо-белыми бляшками фибринозного налета. Поверхность гладкая, граница четкая, незначительно выступает над окружающей слизистой оболочкой.

При пальпации патологические элементы мягкие, болезненные.

Десневые сосочки бледно-розового цвета, нормальных размеров.

Биотип десны средний.

Преддверие полости рта средних размеров.

Тонус жевательных и мимических мышц в норме.

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

Прикус ортогнатический.

3. Медикаментозный стоматит (токсико-аллергическая форма): сопровождается высокой температурой, сильной слабостью, плохим самочувствием и болевым синдромом при глотании или разговоре. На поверхности слизистой рта образуются пузырьки с жидкостью, при вскрытии которых остаются эрозии, с высыпаниями могут появиться кашель, раздражение и зуд.

4. Афты, эрозии при ВИЧ: начинается остро либо незаметно с кровоточивости десен при чистке зубов. Острое течение может продолжаться 3-4 недели, после чего заболевание у многих больных переходит в хроническую форму и часто рецидивирует. Для ВИЧ-ассоциированного характерно прогрессирующее течение, приводящее к потере тканей десны и костных структур, нередко с секвестрацией.

5. Синдром Бехчета: стомато-офтальмогенитальный синдром, проявляется поражением слизистой полости рта, гениалиев и глаз. Наиболее часто синдром Бехчета встречается у жителей стран Азии. Синдром Бехчета обычно начинается с недомогания, которое может сопровождаться лихорадкой и миалгиями. Афты много, они окружены воспалительным ободком ярко-красного цвета, их поверхность плотно заполнена желто белым фибринозным налетом [9, с. 155].

11. Клинический диагноз и его обоснование.

Клинический окончательный диагноз поставлен с учётом анамнеза жизни, жалоб, клинического внеротового и внутриротового осмотра, дополнительных методов исследования. Легкая степень обусловлена появлением нескольких афт раз в 2 года.

Основное заболевание: Хронический рецидивирующий афтозный стоматит, типичная форма, легкая степень тяжести. K12.0 Рецидивирующие афты полости рта. (см. Приложение 22).

Осложнения основного заболевания: отсутствуют.

Общее заболевание: Гипертоническая болезнь 1 степени, хронический поверхностный гастрит (со слов больного).

12. Этиология и патогенез данного заболевания.

Согласно современным данным, одним из механизмов возникновения афтозного стоматита являются множе-

ственные иммунные реакции, вызывающие повреждение слизистой оболочки, которое происходит вследствие накопления иммунных комплексов в эпителии слизистой оболочки. Среди потенциальных факторов возникновения хронического афтозного стоматита – инфекционные и вирусные заболевания (в данном случае вирус ветряной оспы).

Прием антибактериальных препаратов вследствие лечения, часто возникающего ОРЗ.

Благоприятным фоном послужила перенесенная ветряная оспа и хронический гастрит, этиологическим фактором которого является инфицирование *H. pylori*.

Рецидивирующий афтозный стоматит у данного пациента возник на фоне сенсibilизации организма к условно-патогенным микроорганизмам полости рта.

Провоцирующим фактором мог служить прием антибиотиков при частых ОРВ. Высокая обсемененность *H. pylori* оказывает влияние на скорость эпителизации афта на слизистой полости рта [9, с. 153].

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

Лечение заболевания комплексное. Для каждого больного в равной степени необходимо проведение следующих мероприятий.

1. Санация хронических очагов инфекции. Устранение предрасполагающих факторов и терапия выявленной органной патологии.

2. Санация полости рта. Рациональная и профессиональная гигиена полости рта.

3. Обезболивание слизистой полости рта – аппликации 2 % раствора новокаина, 2 % раствора тримекаина, 2 % раствора лидокаина, 4 % раствора пиромекаина, 2–5 % пиромекаиновой мази, 2 % гель лидокаина, 5 % взвесь анестезина в глицерине.

Аппликации теплыми анестетиками с протеолитическими ферментами. Может быть использован трипсин, хемотрипсин, дезоксирибонуклеаза, рибонуклеаза, лизоамидаза. Аппликация на 10–15 мин 1 раз в день.

4. Обработка слизистой оболочки полости рта физиологическими антисептиками (0,02 % раствор фурацилина; 0,02 % раствор этакридина лактата; 0,06 % раствор хлоргексидина; 0,1 % раствор Димексида. Ротовые ванночки либо полоскания с Тантум-Верде в дозировке 15 мл 3–4 раза в день в течение 5–6 дней. Препарат обладает выраженным обезболивающим эффектом.

Мундизал гель в виде аппликаций на слизистую оболочку полости рта по 20 мин 3–4 раза в день, курс лечения индивидуальный, в среднем 5–10 дней. Препарат обладает анальгезирующим, противовоспалительным и эпителизирующим действиями.

5. Блокады под элементы поражения по типу инфильтрационной анестезии для ускорения процесса эпителизации афт. Для блокад используется 1 % раствор новокаина, 1 % раствор Тримекаина, 1 % раствор лидокаина 2 мл. Анестетик с гидрокортизоном – 0,5 мл. Гидрокортизон оказывает противовоспалительное, десенсибилизирующее антиаллергическое действие, подавляет активность гиалуронидазы, способствует уменьшению проницаемости капилляров. Количество блокад выбирается индивидуально (1–10), проводятся ежедневно или через день. Количество анестетика для блокады – 2–4 мл.

6. Аппликации коллагеновых пленок с различными лекарственными веществами, в частности, с кортикостероидными препаратами, димедролом, анестетиками. Пленка фиксируется к эрозии и оказывает свои противовоспалительный и противоаллергический эффекты в течение 40–45 мин, далее пленка растворяется. Пролонгированное действие лекарственного вещества дает максимальный терапевтический эффект, на 45 мин афта становится изолированной от полости рта, от раздражающего воздействия извне.

Общее лечение:

1. Соблюдение диеты и диетотерапия. Пациентам рекомендуется противоаллергическая, богатая витаминами диета. Запрещается употребление острой, пряной, грубой пищи, а также спиртных напитков.

2. Десенсибилизирующая терапия. Внутрь тавегил, диазолин, пипольфен, димедрол, супрастин, фенкарол по 1 таблетке 2 раза в день в течение месяца. Тиосульфат натрия 30 % раствор по 10 мл внутривенно медленно, через день, на курс лечения 10 инъекций. Препарат оказывает мощный противовоспалительный, десенсибилизирующий противотоксический эффект.

3. При тяжелой степени заболевания назначаются кортикостероидные препараты, преднизолон 15 – 20 мг в сутки. Доза препарата снижается по 5 мг в неделю с момента эпителизации эрозий и язв с краев. План лечебно-оздоровительных мероприятий включает следующие действия:

- систематические, периодичные плановые диспансерные осмотры у врача стоматолога-терапевта: при средней степени тяжести ХРАС 2 раза в год, при тяжелой – 3 раза в год;

- углубленное обследование пациента при наличии жалоб и симптомов заболевания;

- плановую санацию полости рта, не реже 2 раз в год;

- комплексное противорецидивное лечение: медикаментозное, физиотерапевтическое, санаторно-курортное, диетотерапию [9, с. 155–156].

14. Дневник курации больного.

Первое посещение.

Был проведён опрос, сбор анамнеза, дополнительные и лабораторные исследования. Установлен диагноз: Хронический рецидивирующий афтозный стоматит, типичная форма, легкая степень тяжести. МКБ-10 K12.0 Рецидивирующие афты полости рта. Составление плана лечения, длительности лечения, возможных осложнений и гарантийных условий, стоимости, получение письменного согласия пациента на проводимое лечение. Полость рта санирована. Было проведено лечение: Обезболивание СОПР – 5 % пиромекаиновая мазь

Rp.: Unguentum Pyromecaini 5 % 30.0

D.S. для обезболивания СОПР

Антисептическая обработка – 0,06 % раствор хлоргексидина биглюконата

Rp.: Sol. Chlorhexidini bigluconatis 0.06 % 200 мл
D.S. для антисептической обработки полости рта

Удаление фибринозного налета – химотрипсин

Rp.: Chymotrypsini crystallisati 0.01.t.d. N. 6

S. содержимое флакона растворить в 10 мл изотонического раствора NaCl, нанести на область поражения на 15 минут

Противовоспалительный препарат

Rp.: Unguentum Hydrocortizoni 5 % 25.0

D.S. наносить на пораженный участок слизистой 2 раза в день, курс 5 дней

Второе посещение.

Обезболивание, антисептическая обработка, удаление фибринозного налета

Третье посещение.

Антисептическая обработка, эпителизирующий препарат – метилурациловая мазь.: Unguentum Methyluracili 5 %

D.S. наносить на пораженную СОПР 2 раза в день, курс – 2-3 дня.

Четвёртое посещение.

Контрольное посещение.

Необходимо расспросить жалобы пациента, произвести осмотр слизистой полости рта. Рекомендовано диспансерное наблюдение 1-2 раза в год у стоматолога и гастроэнтеролога, плановая санация полости рта, не реже 2 раз в год. Рекомендуются противоаллергическая, богатая витаминами диета. Запрещается употребление острой, пряной, грубой пищи, а также спиртных напитков [9, с. 155,156].

15. Эпикриз.

Пациент Гаврилов Пётр Денисович, 1990 года рождения, 1.01.2020г. дата обращения в ГУ РС г. Тирасполь с жалобами на боли при приеме пищи и разговоре, снижение аппетита, одиночные белесоватые пятна на нижней губе, чувство жжения, болезненность слизистой оболочки в месте возникновения «язвочек».

Был проведён опрос, сбор анамнеза, дополнительные и лабораторные исследования. Установлен диагноз: Хронический рецидивирующий афтозный стоматит, типичная

форма, легкая степень тяжести. МКБ-10 K12.0 Рецидивирующие афты полости рта. Общее заболевание: Гипертоническая болезнь 1 степени, хронический поверхностный гастрит (со слов больного).

Составление плана лечения, определение длительности лечения, возможных осложнений и гарантийных условий, стоимости, получение письменного согласия пациента на проводимое лечение. Полость рта санирована. Было проведено лечение: Обезболивание СОПР – 5 % пиромекаиновая мазь

Rp.: Unguentum Pyromecaini 5 % 30.0

D.S. для обезболивания СОПР

Антисептическая обработка – 0,06 % раствор хлоргексидина биглюконата

Rp.: Sol. Chlorhexidini bigluconatis 0.06 % 200 мл

D.S. для антисептической обработки полости рта

Удаление фибринозного налета – химотрипсин

Rp.: Chymotrypsini crystallisati 0.01.t.d. N. 6

S. содержимое флакона растворить в 10 мл изотонического раствора NaCl, нанести на область поражения на 15 минут

Противовоспалительный препарат

Rp.: Unguentum. Hydrocortizoni 5 %

D.S. наносить на пораженный участок слизистой 2 раза в день, курс 5 дней

Второе посещение.

Обезболивание, антисептическая обработка, удаление фибринозного налета

Третье посещение.

Антисептическая обработка, эпителизирующий препарат – метилурациловая мазь: Unguentum Methyluracili 5 %

D.S. наносить на пораженную СОПР 2 раза в день, курс – 2-3 дня.

Четвёртое посещение.

Контрольное посещение.

Необходимо расспросить жалобы пациента, произвести осмотр слизистой полости рта. Рекомендовано диспансерное наблюдение 1-2 раза в год у стоматолога и гастроэнте-

ролога. На контрольном посещении жалоб нет. Слизистая полости рта без патологии [8, с. 176–177].

16. Рекомендации.

Диспансерное наблюдение 1–2 раза в год у стоматолога и гастроэнтеролога,

рекомендуется противоаллергическая, богатая витаминами диета. Запрещается употребление острой, пряной, грубой пищи, а также спиртных напитков.

Плановая санация полости рта, не реже 2 раз в год [9, с. 156].

17. Список литературы.

1. **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.

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

3. **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. Чемикова. – Уфа, – 2016. – 190 с. – ISBN 978-5-600-01470-1. – Текст: непосредственный.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

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-З «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 (ненужное 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 помо-
щи в _____

(полное наименование медицинской организации)

отказываюсь от следующих видов медицинских вмеша-
тельств:

(наименование вида медицинского вмешательства)

Специалистом _____

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

в доступной для меня форме мне разъяснены возмож-
ные последствия отказа от вышеуказанных видов меди-
цинских вмешательств, в том числе вероятность развития
осложнений заболевания (состояния). Мне разъяснено, что
при возникновении необходимости в осуществлении од-
ного 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

Приложение 3

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 делают 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.

Приложение 4

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.

Приложение 5

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.

Приложение 6

Упрощенный индекс гигиены полости рта Грина и Вермиллиона ОНI-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:

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

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

Приложение 7

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.

Приложение 8

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

Степень гингивита:

- 30 % – лёгкая;
- 31-60 % – средняя;
- >61 % – тяжёлая.

Приложение 9

Индекс кровоточивости дёсен по Мюллеману

Состояние десен изучается в области «зубов Рамфьюрда», 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.

Приложение 10

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

Средний балл определяется по формуле:

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

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.

Приложение 11

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.

Приложение 12

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.

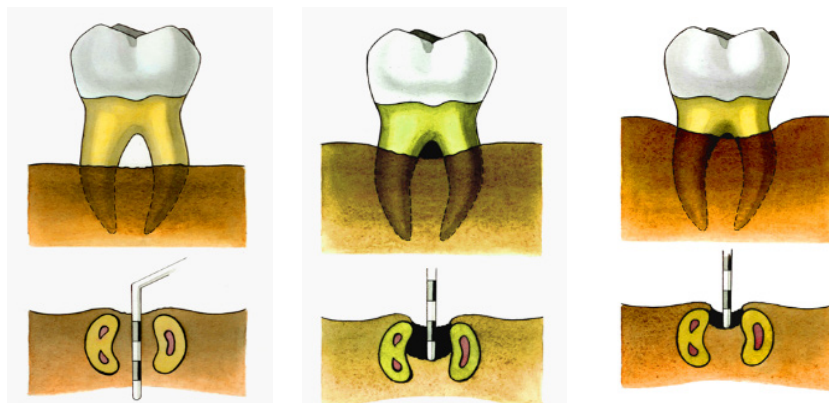
Приложение 13

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.



Приложение 14

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).

Пародонтальная карта

Дата

Фамилия

Имя

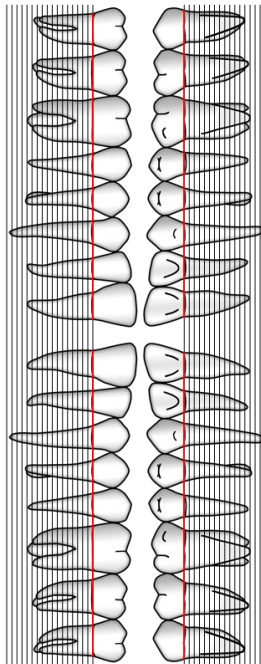
Дата рождения

Первичное обследование

Контрольное обследование

Врач

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Патологический хейлит	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Фуркация																
Кровоточивость при зондировании																
Зубные отложения																
Десневой край	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Глубина зондирования	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0



Вестибулярно

Орально

Десневой край	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Глубина зондирования	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Зубные отложения																
Кровоточивость при зондировании																
Фуркация																
Примечание																

Сред. глубина зондирова. = 0 мм Сред. высота прикреп. = 0 мм Сред. % Зубные отложения 0 % Кровот. при зондир.

Приложение 16

Общий анализ крови

Показатель	Лабораторное обозначение	Норма (женщины)	Норма (мужчины)	Единица измерения
Эритроциты	RBC	3,8–4,5	4,4–5,0	1012/л
Гемоглобин	HGB	120–140	130–160	г/л
Лейкоциты	WBC	4,0–9,0	4,0–9,0	109/л
Цветовой показатель	ЦП	0,8–1,0	0,8–1,0	
Гематокрит	HCT	35–45	39–49	%
Ретикулоциты	RET	0,2–1,2	0,2–1,2	%
Тромбоциты	PLT	170,0–320,0	180,0–320,0	109/л
СОЭ	ESR	2–15	1–10	мм/час
Лейкоцитарная формула:				
Базофилы	BAS	0–1	0–1	%
Эозинофилы	EO	0,5–5	0,5–5	%
Миелоциты		0	0	%
Метамиелоциты		0	0	%
Нейтрофилы палочкоядерные	NEUT	1–6	1–6	%
Нейтрофилы сегментоядерные	NEUT	47–67	47–67	%
Лимфоциты	LYM	18–40	18–40	%

Приложение 17

Общий анализ мочи

Обозначение	Название показателя	Норма с указанием единицы измерения
COLOR	цвет	соломенный
pH	кислотность	5–7
SG	плотность	1,010–1,025
PRO	белок	нет или 0,033 г/л
GLU	глюкоза	нет или до 1 ммоль/л
BIL	билирубин	нет или до 8,5 мкмоль/л
URO	уробилиноген	нет или до 35 мкмоль/л
KET	кетонные тела	нет или до 0,5 ммоль/л
BLD	эритроциты	до 2 в п/з
LEU	лейкоциты	до 5 в п/з
NIT	соли	нет

Приложение 18

Биохимический анализ крови

Анализ	Мужчины	Женщины
Общий белок	64–84 г/л.	64–84 г/л.
Гемоглобин	130–160 г/л	120–150 г/л.
Гаптоглобин	150–2000 мг/л	150–2000 мг/л
Глюкоза	3,30–5,50 ммоль/л.	3,30–5,50 ммоль/л.
Мочевина	2,5–8,3 ммоль/л.	2,5–8,3 ммоль/л.
Креатинин	62–115 мкмоль/л	53–97 мкмоль/л.
Холестерин	3,5–6,5 ммоль/л.	3,5–6,5 ммоль/л.
Билирубин	5–20 мкмоль/л.	5–20 мкмоль/л.
АЛАТ (АЛТ)	до 45 ед/л.	до 31 ед/л.
АсАТ (АСТ)	до 45 ед/л.	до 31 ед/л.
Липаза	0–190 ед/л.	0–190 ед/л.
Альфа-амилаза	28–100 ед/л.	28–100 ед/л.
Панкреатическая амилаза	0–50 ед/л.	0–50 ед/л.

Приложение 19

Биохимический анализ слюны

Компонент	Единицы измерения
Плотные вещества	1,4-1,5 %
Органические вещества	1 %
Осадок	70 мг/л
Секреция	0,4 мл/мин
Хлориды	2,5-3,0 г/л
Ионы кальция	40-50 мг/л
Фосфаты	190-200 мг/л
Фтор	0,06-1,8 мг/л
Остаточный азот	100-200 мг/л
pH	6,4-7,3
Белок	2-3 г/л
Фракции белков (электрофорез) в %:	
– альбумины;	7-8
– α-глобулины;	11-12
– β-глобулины;	45
– γ-глобулины;	18
– лизоцим	18-20
Молочная кислота	33 мг/л
Пировиноградная кислота	9 мг/л
Муцин	3 г/л
Углеводы гликопротеинов:	
– гексозамины;	100 мг/л
– фукоза;	90 мг/л
– нейраминовая кислота;	12 мг/л
– общие гексозы	195 мг/л
Глюкоза	10-100 мг/л
Амилаза	380 мг/л
Иммуноглобулин А	190 мг/л
Иммуноглобулин G	14 мг/л
Иммуноглобулин М	2 мг/л
Мочевина	200 мг/л
Холестерол	80 мг/л

Приложение 20

Концентрации Витамина D

По обеспеченности витамином D принято выделять следующие уровни:

- адекватные уровни обеспеченности: > 30 нг/мл (>75 нмоль/л);
- тяжёлый дефицит: <10 нг/мл (<25 нмоль/л)
- дефицит: <20 нг/мл (или <50 нмоль/л);
- недостаточность: $20-30$ нг/мл (или $50-75$ нмоль/л);
- уровни с возможным проявлением токсичности: >100 нг/мл (>250 нмоль/л).

Приложение 21

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.

Приложение 22

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)

K00 Нарушения развития и прорезывания зубов

Исключено: ретенированные и импактные зубы (K01)

K00.0 Адентия

K00.1 Сверхкомплектные зубы

K00.2 Аномалии размеров и формы зубов

Исключено:

бугорковая аномалия Карабелли

рассматриваемая как вариант нормы и не подлежащая кодированию

K00.3 Крапчатые зубы

Исключено: отложения [наросты] на зубах (K03.6)

K00.4 Нарушения формирования зубов

Исключено: крапчатые зубы (K00.3)

резцы Гетчинсона и моляры в виде тутовых ягод при врожденном сифилисе (A50.5)

K00.5 Наследственные нарушения структуры зуба, не классифицированные в других рубриках

K00.6 Нарушения прорезывания зубов

K00.7 Синдром прорезывания зубов

K00.8 Другие нарушения развития зубов

K00.9 Нарушение развития зубов неуточненное

K01 Ретенированные и импактные зубы

Исключено: ретенированные и импактные зубы с неправильным положением их или соседних зубов (K07.3)

K01.0 Ретенированные зубы

K01.1 Импактные зубы

K02 Кариес зубов

K02.0 Кариес эмали

K02.1 Кариес дентина

K02.2 Кариес цемента

K02.3 Приостановившийся кариес зубов

K02.4 Одонтоклазия

K02.8 Другой кариес зубов

K02.9 Кариес зубов неуточненный

K03 Другие болезни твердых тканей зубов

Исключено: бруксизм (F45.8)

кариес зубов (K02.)

скрежетание зубами БДУ (F45.8)

K03.0 Повышенное стирание зубов

K03.1 Сошлифовывание зубов

K03.2 Эрозия зубов

K03.3 Патологическая резорбция зубов

K03.4 Гиперцементоз

K03.5 Анкилоз зубов

K03.6 Отложения [наросты] на зубах
 K03.7 Изменение цвета твердых тканей зубов
 после прорезывания

Исключено: отложения [наросты] на зубах (K03.6)

K03.8 Другие уточненные болезни твердых
 тканей зубов

K03.9 Болезнь твердых тканей зубов неуточ-
 ненная

K04 Болезни пульпы и периапикальных тканей

K04.0 Пульпит

K04.1 Некроз пульпы

K04.2 Дегенерация пульпы

K04.3 Неправильное формирование твердых
 тканей в пульпе

K04.4 Острый апикальный периодонтит пуль-
 парного происхождения

K04.5 Хронический апикальный периодонтит

K04.6 Периапикальный абсцесс с полостью

K04.7 Периапикальный абсцесс без полости

K04.8 Корневая киста

Исключено: боковая киста периодонтальная (K09.0)

K04.9 Другие и неуточненные болезни пульпы
 и периапикальных тканей

K05 Гингивит и болезни пародонта

K05.0 Острый гингивит

Исключено: гингивостоматит, вызванный вирусом про-
 стого герпеса [herpes simplex] (B00.2)

острый некротизирующий язвенный гингивит (A69.1)

K05.1 Хронический гингивит

K05.2 Острый пародонтит

Исключено: острый апикальный периодонтит (K04.4)
 периапикальный абсцесс (K04.7)

– с полостью (K04.6)

K05.3 Хронический пародонтит

K05.4 Пародонтоз

K05.5 Другие болезни пародонта

K05.6 Болезнь пародонта неуточненная

K06 Другие изменения десны и беззубого альвеолярного края

Исключено: атрофия беззубого альвеолярного края (K08.2)

гингивит:

– БДУ (K05.1)

– острый (K05.0)

– хронический (K05.1)

K06.0 Рецессия десны

K06.1 Гипертрофия десны

K06.2 Поражения десны и беззубого альвеолярного края, обусловленные травмой

K06.8 Другие уточненные изменения десны и беззубого альвеолярного края

K06.9 Изменение десны и беззубого альвеолярного края неуточненное

K12 Стоматит и родственные поражения

Исключено:

гангренозный стоматит (A69.0)

гингивостоматит, вызванный вирусом герпеса [herpes simplex] (B00.2)

нома (A69.0)

распадающаяся язва рта (A69.0)

хейлит (K13.0)

K12.0 Рецидивирующие афты полости рта

K12.1 Другие формы стоматита

K12.2 Флегмона и абсцесс полости рта

Исключено: абсцесс:

– периапикальный (K04.6–K04.7)

– периодонтальный (K05.2)

– перитонзиллярный (J36)

– слюнной железы (K11.3)

– языка (K14.0)

К13 Другие болезни губ и слизистой оболочки полости рта

Включено: изменения эпителия языка

Исключено:

болезни языка (K14.)

кисты области рта (K09.)

некоторые изменения десны и беззубого альвеолярного края (K05-K06)

стоматит и родственные поражения (K12.)

К13.0 Болезни губ

Исключено:

арибофлавиноз (E53.0)

трещина спайки губ (заеда) вследствие:

– кандидоза (B37.8)

– недостаточности рибофлавина (E53.0)

хейлит, связанный с излучением (L55-L59)

К13.1 Прикусывание щеки и губ

К13.2 Лейкоплакия и другие изменения эпителия полости рта, включая язык

Исключено: волосатая лейкоплакия (K13.3)

К13.3 Волосатая лейкоплакия

К13.4 Гранулема и гранулемоподобные поражения слизистой оболочки полости рта

К13.5 Подслизистый фиброз полости рта

К13.6 Гиперплазия слизистой оболочки полости рта вследствие раздражения

Исключено: гиперплазия беззубого альвеолярного края вследствие раздражения (denture hyperplasia) (K06.2)

К13.7 Другие и неуточненные поражения слизистой оболочки полости рта

К14 Болезни языка

Исключено:

волосатая лейкоплакия (K13.3)

лейкедема

лейкоплакия языка

очаговая эпителиальная гиперплазия (K13.2)}

эритроплакия

макроглоссия (врожденная) (Q38.2)

подслизистый фиброз языка (K13.5)

K14.0 Глоссит

Исключено: атрофический глоссит (K14.4)

K14.1 «Географический» язык

K14.2 Срединный ромбовидный глоссит

K14.3 Гипертрофия сосочков языка

K14.4 Атрофия сосочков языка

K14.5 Складчатый язык

Исключено: расщепленный язык врожденный (Q38.3)

K14.6 Глоссодиния

K14.8 Другие болезни языка

K14.9 Болезнь языка неуточненная

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. – 150с. – 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. **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.

5. **Бородовицина, С. И.** Кариес и некариозные поражения твердых тканей зуба: учебное пособие для студентов стоматологического факультета / С. И. Бородовицина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2019. – 172 с. – Текст: непосредственный.

6. Министерство здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики: [Министерства юстиции Придне-

стровской Молдавской Республики].- г. Тирасполь, 2020.- URL: <http://www.minjust.gospmr.org/oo/Publication.nsf/805c7c76d1c2ddb8c2258213005be80f/485f06d14a5b607ec22584ef003d31b9!> (дата обращения: 01.03.2025). – Текст: электронный.

7. **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: Издание ГЭОТАР Медиа, 2020.- 800 с. – ISBN 978-5-9704-5433-6. – Текст: непосредственный.

8. **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.

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

10. **Бородовицина, С. И.** Основные технологии лечения кариеса зубов: учебное пособие / С. И. Бородовицина, Е. А. Глухова, Е.А. Лавренюк; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань. – 2019. – 100 с.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений	3
Введение	4
Глава 1. Теоретические рекомендации к написанию историй болезней	6
1.1. Паспортная часть	6
1.2. Жалобы больного (molestio)	7
1.3. Перенесенные и сопутствующие заболевания (Anamnesis vitae)	10
1.4. Развитие настоящего заболевания (Anamnesis morbi) ..	13
1.5. Данные объективного исследования (Status presens communis)	14
1.6. Внутриротовое обследование (Status localis)	16
1.7. Зубная формула	19
1.8. Состояние тканей пародонта	21
1.9. Данные рентгеновских и лабораторных исследований	23
1.10. Предварительный диагноз	26
1.11. Дифференциальная диагностика	27
1.12. Окончательный или клинический диагноз и его обоснование	27
1.13. Этиология и патогенез заболевания	28
1.14. План лечения больного и его обоснование	29
1.15. Дневник курации больного (дата при повторном обращении), анамнез, статус, диагноз, лечение	30
1.16. Эпикриз	30
1.17. Рекомендации	31
1.18. Список литературы	32

Глава 2. Образцы написания историй болезни по терапевтической стоматологии	34
Приложения	60
Список использованной литературы	92

Учебное издание

**РУКОВОДСТВО ПО НАПИСАНИЮ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ
ПО ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ**

Учебно-методическое пособие

Составители:

**Чепендюк Татьяна Анатольевна
Гимиш Ирина Владимировна
Ванина Дарья Владимировна
Лысенко Ольга Викторовна**

Компьютерная верстка: И. И. Головачук
Издается в авторской редакции

ИЛ № 06150. Сер. АЮ от 21.02.02
Подписано в печать 10.02.25. Формат 60х90/16.
Уч.-изд. л. 6,0. Электронное издание. Заказ № ???.

Опубликовано на Образовательном портале ПГУ им. Т. Г. Шевченко moodle@spsu.ru