

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

1. Фамилия, имя, отчество
2. Возраст
3. Пол
4. Профессия
5. Семейное положение
6. Место работы
7. Домашний адрес
8. Дата обращения в поликлинику
9. № истории болезни (по данным регистратуры)

ДАнные СУБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ (ANAMNESIS)

ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО

В начале излагаются основные жалобы больного, относящиеся к основному заболеванию. Все выявленные жалобы необходимо детализировать по локализации, характеру болей, силе, продолжительности, времени ее появления или исчезновения и др. После изложения основных жалоб (болевого характера) указываются другие жалобы больного в том числе на общие явления (температура (лихорадка), недомогание (слабость, тошнота, головная боль, потливость) и пр. Так же отмечаются жалобы косметического характера и дополнительные жалобы (подвижность ортопедических конструкций, кровоточивость и гноетечение в области десен и др.).

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ (Anamnesis morbi)

Отражается течение основного заболевания, динамика его развития (прежде всего болевого синдрома). Выясняется время начала заболевания, предполагаемые причины его возникновения, первые признаки, последовательность развития и течения заболевания до настоящего времени.

Необходимо указать периоды ухудшения и улучшения в течении болезни. В этом же разделе указывают данные о результатах ранее проведенных лабораторных и рентгенологических исследований.

Проводимое до поступления в клинику лечение, его эффективность.

ИСТОРИЯ ЖИЗНИ БОЛЬНОГО (Anamnesis vitae)

Выявляются заболевания матери в период беременности и раннего детского возраста ребенка.

Географические и бытовые условия проживания. Подробно гигиенический уход за полостью рта (в том числе вредные посещения стоматолога).

Отдельно определяются вредные привычки (курение, алкоголь, злоупотребление углеводами) и профессиональные вредности.

Во всех случаях выявляется аллергологический анамнез (в особенности к лекарственным препаратам - анестетики, антибиотики). Подвергался ли в прошлом пациент прививкам, характер реакций на их проведение.

Наличие и характер течения хронических общестоматических заболеваний. Перенесенные накануне острые инфекционные заболевания, а также подвергался ли в прошлом операциям.

Имели ли место аномалии зубо-челюстной системы, проводилось ли по этому поводу лечение.

У женщин - данные о беременностях, родах и нарушениях менструального цикла. Отмечалась ли связь состояния зубо-челюстной системы с периодами гормональной перестройки.

Сведения о перенесенных пациентом и его близкими родственниками специфических инфекционных (сифилис, туберкулез) и психических заболеваний.

ДАнные ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО.

Общий вид больного, оценка тяжести состояния (сознание ясное, спутанное.

затемненное, подавленное).

Настроение: ровное, спокойное, приподнятое, тревожное, и т.д., навязчивые бредовые мысли и их характер.

Сон: нормальный, нарушенный (характер нарушений).

Галлюцинации: слуховые, зрительные, обонятельные.

Черепно-мозговые нервы (в обязательном порядке V, VII, IX пары).

Головные боли: их характер, шум в голове, головокружение, (менингеальные симптомы).

МЕСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ (Status localis).

- Речь больного (внятная, невнятная).
- Симметричность лица. Осмотр наружного покрова лица. Форма, протяженность и окраска изменений мягких тканей лица (гиперемия, отек).
- Рубцы на лице (их расположение, характер (атрофические и гипертрофические).
- Определение консистенции мягких тканей лица к подлежащим тканям (подвижность спаянность, чувствительность к давлению).
- Составление регионарных лимфатических узлов (размеры, спаянность, болезненность, консистенция, наличие пакетов узлов).
- Наличие свищей в области лица и подчелюстной области, их зондирование, характер отделяемого.
- Открывание рта: органическое, свободное, болезненное. Расстояние между режущими краями центральных резцов (антагонистов в мм при максимальном открывании рта).
- Хруст и щелканье в ВНЧС (пальпация их через ушные раковины при открывании и закрывании рта).
- Предверие полости рта. Переходная складка при осмотре (сглаженная, гиперемированная, отметить наличие свищей), при пальпации (болезненность, инфильтрация, флюктуация, синдромы-Дюпюитрена, Мармаса, вазопареза). Уровень прикрепления уздечек губ, языка, подвижность.
- Прикус: физиологический, патологический (прогнатия, прогения, косой, прямой, открытый и т.д.).

Зубная формула:

87654321!2345678	V IV III II I I II III IV V	(Молочный прикус)
87654321!12345678	V IV III II I I II III IV V	

1817161514131211!2122232425262728 (схема ВОЗ)

4847464544434241!3132333435363738

Схематично указать зубы пораженные кариесом (С), пульпитом (Р), пародонтитом (Р1), корни зубов (R). Степень подвижности зубов I, II, III.

Суммировать результаты заполнения зубной формулы в виде: индекса КПУ, гигиенического и пародонтального индексов.

- Обследование пораженных зубов: размер кариозной полости, цвет, объем и консистенция распада, полость зуба вскрыта (да, нет). Зондирование кариозных полостей. Болезненность при зондировании: острая, тупая, разлитая, в одной точке, отсутствует. Перкуссия болезненная (да, нет). Наличие пломб в зубе (их устойчивость, материал, количество). Состояние (функциональность) ортопедических конструкций (вкладки, полукоронки, коронки). Температурные пробы. Электроодонтодиагностика.
- Обследование на выявление патологии пародонта:
 1. шейки, корни зубов-обнажены или нет, степень обнажения.
 2. пародонтальные карманы (имеют или нет, их глубина).
 3. кровоточивость десен, выделение гноя из десневых карманов.
 4. воспаление маргинального пародонта (да, нет).
 5. прикус нарушен или нет.
 6. зубы подвижны или нет (слабо, умеренно, резко), вторичные деформации.
 7. зубной камень (наддесневой, поддесневой).

- Обследование слизистой оболочки полости рта:
 - а) окраска (гиперемия, атрофия, пигментация, цианоз, блеск, и др.)
 - б) на поврежденных имеются садины, рубцы, папулы, бугорки.
 - в) состояние слизистой над выводными протоками слюнных желез (подъязычной, подчелюстной, околоушной), объем и характер выделяемого из желез секрета (светлый, мутный, гнойный).

- Обследование челюстных костей.

1. Рентгенография зубов и челюстей, описание внутриротовых и внеротовых рентгенограмм.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

1. Лабораторные данные (моча, кровь, мокрота, пунктат и др.)

ДИАГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ, ДНЕВНИК И ЭПИКРИЗ.

- Диагноз заболевания (предположительный).
 - Дифференциальный диагноз.
- Следует учитывать наличие общих признаков между несколькими различными заболеваниями и признаков, позволяющих их различать

- Обоснование диагноза.

Используя данные жалоб, анамнеза, местных изменений, дополнительных методов исследования, ставится диагноз.

- Окончательный диагноз.

Диагноз сопутствующих заболеваний и осложнений.

- Этиология и патогенез.

Использовать данные учебника и дополнительной литературы.

Современные методы лечения данного заболевания (написать на основании литературных данных) и метод лечения применяемый у данного больного (написать на основании консилиума группы с преподавателем).

- Прогноз: отметить все возможные исходы при данном заболевании.
- Дневник.

Следует отметить общее самочувствие, жалобы, местные изменения за истекший период с момента последнего обращения, проведенные мероприятия и назначения и др.

- Эпикриз.
- Следует отметить, краткое описание изменений, а также общее и местное лечение больного.

ЛИТЕРАТУРА

Проработанная и использованная при написании истории болезни оформляется в соответствии с принятыми библиографическими требованиями.