

Львівський державний медичний університет ім. Данила Галицького
Кафедра хірургічної стоматології

**Методичні вказівки
з клінічного обстеження хворих
і написання історії хвороби
з хірургічної стоматології**

Львів – 2001

Навчання студентів-стоматологів на кафедрі хірургічної стоматології закінчується написанням академічної історії хвороби в ІХ семестрі. При роботі над історією хвороби пацієнта студент повинен показати своє клінічне мислення, призначити додаткові методи обстеження, провести диференційну діагностику захворювання, висвітлити його етіопатогенез, поставити клінічний діагноз та назначити комплексне лікування, обґрунтувати прогноз хвороби. Методичні вказівки написані відповідно до нової програми з хірургічної стоматології та щелепово-лицевої хірургії (К.,1998).

Видання третє, упорядковане і доповнене

Упорядники: зав. кафедрою хірургічної стоматології професор І.М.Готь,
в.о.доц.В.В.Винарчук-Патерега, докт.мед.наук, доц.І.Я. Ломницький.

Відповідальний за випуск - проректор з навчальної роботи, професор
М.Р.Гжегоцький.

Важливим завданням кафедри хірургічної стоматології є навчання студента методики обстеження хворих, клінічного мислення, вміння поставити діагноз та призначити правильне лікування. Детальне і повне обстеження хворого дозволяє поставити вірний діагноз і призначити раціональне лікування.

На практичних заняттях з хірургічної стоматології студенти III - V курсів стоматологічного факультету здійснюють курацію хворих як у поліклініці, так і у стаціонарі, проводять їх обстеження, ставлять діагноз та лікують під наглядом викладача.

У 9-ому семестрі студенти-стоматологи пишуть академічну історію хвороби, яка є першою навчально-дослідною працею, своєрідним звітом студента. В цій роботі студент повинен підтвердити своє вміння обстежувати хворого, ставити правильний діагноз, призначати і проводити лікування, враховуючи індивідуальні особливості пацієнта. Робота над історією хвороби вчить студента клінічно мислити, дає можливість показати свій рівень знань не лише по хірургічній стоматології, а й по інших клінічних та теоретичних дисциплінах. Для написання історії хвороби студент повинен використати не лише підручники, а й додаткову літературу по даній патології.

ПЛАН ІСТОРІЇ ХВОРОБИ

1. Титульна сторінка
2. Паспортна частина
3. Суб'єктивне обстеження хворого
 - 3.1 Скарги
 - 3.2 Історія захворювання
 - 3.3 Історія життя
4. Об'єктивне обстеження хворого
 - 4.1 Загальний огляд
 - 4.2 Стан окремих органів та систем
 - 4.3 Обстеження щелепово-лицевої ділянки
 - 4.3.1 Зовнішньо-ротове обстеження
 - 4.3.2 Внутрішньо-ротове обстеження
5. Попередній діагноз
6. Додаткові методи обстеження
 - 6.1 План обстеження хворого
 - 6.2 Результати додаткових методів обстеження
 - 6.3 Консультації лікарів інших спеціальностей
7. Диференціальний діагноз
8. Заключний діагноз
9. Етіологія і патогенез захворювання
10. Лікування
11. Щоденник захворювання
12. Прогноз та профілактика захворювання
13. Епікриз історії хвороби
14. Рекомендована література

1. Титульна сторінка

Львівський Державний медичний університет

імені Данила Галицького

Кафедра хірургічної стоматології

Завідувач кафедру:

Викладач:

І С Т О Р І Я Х В О Р О Б И

хворого _____ р. н.

Клінічний діагноз

основний:

ускладнення основного:

супутній:

Час курації : з _____ по _____

Куратор:

студ. _____ групи _____ курсу

_____ факультету

Л ь в і в

2. Паспортна частина

Прізвище, ім'я, по-батькові _____

Вік _____

Адреса _____

Місце роботи, професія _____

Діагноз при скеруванні _____

Клінічний діагноз _____

Перебування в стаціонарі з ____ по _____

3. Суб'єктивне обстеження хворого

3.1 Скарги

При опитуванні скарг лікар спочатку дає можливість хворому самостійно їх викласти, а згодом деталізує їх та проводить додаткове опитування.

Під час характеристики болю уточнюють його

- причину виникнення і залежність від різних факторів (змикання зубів, розмова, ковтання, рухи щелепою і т.п.),
- характер (гострий, тупий, ниючий, ріжучий, розпираючий, стріляючий),
- локалізацію,
- іррадіацію,
- інтенсивність ,
- тривалість,
- постійність (періодичність),
- залежність від медикаментозних препаратів та інших чинників.

При скаргах на припухлість вияснюють:

- причину виникнення,
- швидкість наростання,
- наявність болю,
- зумовлені нею порушення функції (жування, ковтання, дихання).

Після викладення скарг місцевого характеру лікар опитує хворого з приводу:

- самопочуття, працездатності, сну, підвищення температури тіла,
- стану органів дихання (носове дихання, кашель, задишка, болі в грудях),
- стану серцево-судинної системи (серцебиття, болі в ділянці серця, набряки, зміни АТ),
- системи травлення (апетит, нудота, печія, відрижка, болі в животі),
- органів сечо-вивідної системи (сечовипускання, дизуричні явища)
- опорно - рухової системи (болі в кістках, суглобах, м'язах).

Студент повинен в історії хвороби викласти скарги хворого не тільки на час початку курації, а й скарги при поступленні, оскільки вони можуть суттєво відрізнитися і затруднювати постановку діагнозу.

Спочатку описують головні скарги (ті, які найбільше турбують хворого і зумовлені його поступленням в клініку) місцевого і загального характеру, а згодом - скарги з приводу супутніх захворювань.

3.2 Історія захворювання (Anamnesis morbi)

При опитуванні історії даного захворювання необхідно починати з найперших його проявів і детально висвітлити процес змін ознак хвороби аж до початку курації.

Встановлюють:

- початок захворювання, його ознаки,
- вірогідні причини виникнення,
- перебіг хвороби, її динаміка, зміна симптоматики,
- чи займався самолікуванням,
- в які медичні заклади звертався,
- яке лікування (медикаментозне, хірургічне) отримував і його ефективність,
- які обстеження проводились та їх результати.

У хворого з травмою щелепово-лицевої ділянки опитуванням необхідно встановити: час, місце і обставини отримання травми; якщо була бійка - хто, чим і скільки разів наносив удари. Важливо, чи хворий втрачав свідомість і на який час, чи були нудота, блювота, головокружіння, кровотеча з носа, вух; де, коли і яка була надана допомога. Треба довідатись чи вживав хворий алкоголь перед травмою.

У батьків дітей з вродженими вадами потрібно розпитатись про перебіг вагітності матері, перенесені хвороби під час вагітності, перебіг пологів.

3.3 Історія життя (Anamnesis vitae)

До опитування історії життя хворого треба підходити індивідуально, враховуючи його вік, інтелект та основну патологію. Треба звернути увагу на:

- фізичний та розумовий розвиток,

- спадковість (наявність аналогічних чи спадкових хворіб у родичів, стан здоров'я або причини смерті батьків),

- матеріально - побутові умови та умови праці,

- харчування (регулярність , якість та кількість їжі),

- шкідливі звички (куріння, вживання алкоголю, наркотиків).

У хворого детально треба розпитати про перенесені та наявні хвороби (зокрема, вірусний гепатит, туберкульоз, венеричні захворювання, хвороби крові, серцево-судинної системи, СНІД), травми і оперативні втручання.

При зборі *алергологічного анамнезу* слід звернути увагу на наявність захворювань з алергологічним компонентом (бронхіальна астма, полінози), непереносимість медикаментів(анестетиків, антибіотиків), алергічні реакції на харчові продукти, запахи. При встановленні алергії на медикаменти лікар відзначає про це в листку призначень і на титульній сторінці історії хвороби.

4. Об'єктивне обстеження хворого (Status praesens)

4.1 Загальний огляд

Загальний стан хворого (задовільний, середньої важкості, важкий, вкрай важкий).

Свідомість (ясна, затьмарена, ступор, сопор).

Положення (активне, пасивне, вимушене).

Вираз обличчя (спокійний, жвавий, збуджений, страждальницький, байдужий, маскоподібний).

Конституційний тип (нормостенічний, астенічний, гіперстенічний)

Зріст, маса тіла.

Відповідність своєму вікові.

Температура тіла.

Стан **шкіри**: - колір (блідий, блідо-рожевий, рожевий, червоний, жовтяничний, землястий, синюшний),

- вологість (звичайна, підвищена), сухість,
- еластичність і тургор (збережені, знижені),
- чистота й цілість, наявність патологічних елементів: крововиливи, висипка (еритема, розеола, папула, везикула, пустула), ерозії, виразки, пухлини, рубці,
- стан судин шкіри (петехії, “судинні зірочки”, ангіоми).

Стан підшкірно-жирової клітковини:

- ступінь розвитку (слабкий, помірний, надмірний)
- розподіл (рівномірний, нерівномірний),
- консистенція (однорідна, неоднорідна),
- наявність набряків: загальні, місцеві (їх локалізація).

Стан периферичних лімфатичних вузлів : проводять огляд і пальпацію привушних, потиличних, підшелепних, підпідборідних, шийних, над- і підключичних, пахвових, ліктьових, пахвинних, підколінних лімфовузлів, оцінюючи їх величину, форму (овальна, кругла, неправильна), консистенцію (щільні, м'які, флюктуация), болючість, спаяність між собою і з оточуючими тканинами, стан шкіри над ними.

4.2 Стан окремих органів і систем

4.2.1 Обстеження органів дихання

Починають обстеження із виявлення змін в голосі.

При огляді грудної клітки визначається:

- форма: правильна (нормо-, гіпер-, астенічна), патологічна (емфізематозна або бочкоподібна, паралітична, рахітична, лійко-, човноподібна, кіфосколиотична),
- деформація грудного відділу хребта (кіфоз, лордоз, сколіоз, кіфосколиоз),
- асиметрія грудної клітки (вип'ячування або западіння однієї із сторін),
- ширина міжреберних проміжків, величина епігастрального кута,
- положення і форма ключиць, лопаток,

- симетричність рухів грудної клітки при диханні (рівномірні рухи обох половин або відставання однієї),

- тип дихання (грудний, черевний, змішаний),

- глибина і ритм дихання (поверхнєве, глибоке, ритмічне, періодичне),

- частота дихання, задишка (експіраторна, інспіраторна, змішана).

При пальпації грудної клітки визначається:

- резистентність (еластичність) грудної клітки: еластична, ригідна,

- болючість під час пальпації ребер, м'язів, міжреберних проміжків,

- голосове тремтіння (однакове, посилене, ослаблене або відсутнє з одного боку), відчуття шуму тертя плеври.

При перкусії грудної клітки спочатку проводять *порівняльну* перкусію на симетричних ділянках, визначаючи характер перкуторного звуку (ясний легеневий, тимпанічний, тупий). При *топографічній* перкусії визначають:

- висоту стояння верхівок спереду і ззаду,

- нижні межі легень, їх активну і пасивну рухомість (в см).

При аускультатії легень визначається:

- характер дихання (везикулярне, жорстке, переривчасте, ослаблене, бронхіальне, амфоричне),

- наявність хрипів із вказуванням їх локалізації, кількості, характеру (сухі

- свистячі або дзижчачі, вологі – дрібно-, середньо-, великопухирчасті), крепітації, шуму тертя плеври,

- бронхофонія : негативна, позитивна або посилена.

4.2.2 Обстеження серцево-судинної системи

Дослідження серцево-судинної системи починають з обстеження *поверхневих судин*:

- оцінюють пульсацію скроневих, сонних артерій,
- характеризують пульс на променевих артеріях: ритм(ритмічний, аритмічний), частота в одну хвилину, наповнення, напруження (твердий, м'який), величина пульсової хвилі (пульс високий і малий), синхронність, визначають стан судинної стінки: еластична, м'яка, рівна, шорстка, вузлувата;
- проводять огляд, пальпацію і аускультацию вен, досліджують пульсацію яремних вен, венний пульс, визначають наявність варикозного розширення вен кінцівок, тромбофлебіти, тромбози вен;
- вимірюють артеріальний тиск на обох плечових артеріях.

При *огляді* ділянки серця визначають наявність серцевого горба, надчеревної пульсації, при *пальпації* - верхівковий поштовх (локалізація, характер, ширина, висота і сила), наявність діастолічного тремтіння в ділянці верхівки серця та систолічного - біля основи серця.

При *перкусії* серця визначається права, верхня і ліва межі відносної та абсолютної тупості серця. Ці дані записують за такою формою:

Межі серцевої тупості

Межа	Відносна	Абсолютна
Права		
Верхня		
Ліва		

Ширина судинного пучка (в см) визначається в II міжребер'ї.

При *аускультції* серця звертають увагу на частоту тонів, гучність і їх ритм, характеризуючи тони (ослаблений, посилений, приглушений, ляскаючий, акцентований, з металічним відтінком, роздвоєний, розщеплений); визначають наявність додаткових тонів (систоличне ляскання, III тон, IV тон, тон відкриття мітрального клапана), патологічних ритмів (ритм перепілки, ритм галопу) і шумів. Визначається відношення шумів до фаз серцевої діяльності (систоличний, діастолічний, систоло-діастолічний), характер (м'який, грубий, дуочий, свистячий, шкребучий, пиляючий, музикальний), інтенсивність (дуже слабкий, слабкий, помірний, гучний, дуже гучний), тональність (висока, середня, низька), тривалість (довгий, короткий), форма (наростаючий, спадаючий, плато).

4.2.3 Обстеження системи органів травлення

Обстеження живота та органів черевної порожнини проводять у горизонтальному та вертикальному положенні.

При *огляді* живота визначається його:

- форма (звичайний, втягнений, запалий, відвислий),
- величина (збільшений, випнутий, запалий),
- симетричність,
- стан пупка (втягнений, випуклий, зглажений),
- видима перистальтика шлунка і кишечника, пульсації,
- наявність грижевих вип'ячувань,
- участь передньої черевної стінки в акті дихання (рівномірна, нерівномірна, однобічна, повна відсутність рухів).

При *поверхневій пальпації* живота визначається:

- болючість і її локалізація,
- напруження черевної стінки: дифузне або місцеве,
- наявність набряків, ушільнень, вузлів, пухлин, флюктуації,
- симптом подразнення очеревини Щоткіна–Блюмберга (позитивний, негативний).

При *глибокій пальпації* органів черевної порожнини визначають топографію, консистенцію, край, поверхню органів. Послідовно обстежуються: сигмоподібна кишка, сліпа кишка, кінцева частина клубової кишки, червоподібний відросток, поперечна ободова кишка та її вигини - печінковий і селезінковий, ободова висхідна кишка, ободова низхідна кишка, велика кривина і воротар шлунку, печінка та жовчний міхур, підшлункова залоза, селезінка, нирки.

При *перкусії* живота визначаються:

- характер перкуторного звуку над різними ділянками живота (тимпанічний, притуплено-тимпанічний, тупий) та його зміни залежно від положення хворого,

- болючість при перкусії,

- наявність вільної рідини в черевній порожнині.

При *аускультатії* живота вислуховуються кишкові шуми, шум тертя очеревини.

В разі необхідності оглядається відхідникова (анальна) ділянка: наявність гемороїдальних вузлів, тріщин, норниць, кондилом, пухлин, випадіння прямої кишки.

4.2.4 Обстеження сечостатевої системи

Спершу проводиться огляд та пальпація поперекової ділянки:

набряклість, згладженість контурів, випинання, почервоніння шкіри, болючість. Оцінюється симптом постукування (негативний, позитивний, з одного боку чи з обох).

Якщо пальпуються нирки, оцінюються їх:

- форма, розміри,

- консистенція (еластична, щільна),

- болючість,

- зміщуваність і ступінь опущення,

- характер поверхні (гладенька, нерівна, горбиста).

Проводять огляд надлобкової ділянки та зовнішніх статевих органів, перкусію і пальпацію сечового міхура.

4.2.5 Обстеження опорно-рухової системи

При обстеженні *кісток* звертають увагу на форму кінцівок, їх симетричність, цілість, правильність контурів, наявність припухлості. Визначають чи є болючість під час пальпації та постукування по грудині, ключицях, ребрах, довгих трубчастих кістках.

При обстеженні *суглобів* оцінюють їх конфігурацію, розміри, стан шкіри над ними, об'єми активних і пасивних рухів, наявність несправжніх суглобів, потовщень, болючості та хрускіту під час рухів і пальпації.

Обстежують *хребет, кисті, стопи*, визначають наявність болючості під час пальпації.

При обстеженні *м'язів* визначають їх ступінь розвитку (розвинені добре, помірно, слабо), тонус (звичайний, знижений, підвищений), наявність місцевих атрофій та гіпертрофій, ущільнень, болючості.

4.2.6 Обстеження нервово-психічної сфери

При обстеженні *психічної сфери* визначається:

- інтелект (нормальний, ослаблений, природжене недоумство),
- мислення (звичайне, сповільнене, прискорене, неправильне),
- орієнтація стосовно місця, часу, довкілля (збережена, відсутня),
- пам'ять (гіпермнезія, гіпомнезія, амнезія, обмани пам'яті),
- настроїв (рівний, ейфоричний, пригнічений, тривожний, апатія).

При обстеженні *сфери чутливості* досліджуються поверхневі види чутливості: больова, температурна, тактильна, вібраційна (збережені, гіпоалгезія, анестезія, гіперестезія), а також проводиться пальпація больових точок в місцях виходу потиличних нервів, за ходом нервових стовбурів на руках, сідничного і стегнового нервів.

При обстеженні *рухової сфери* визначається:

- характер ходи (звичайна, патологічна) і стійкість у позі Ромберга,
- стан нервово-м'язової збудливості,
- наявність судом, парезів, паралічів.

При обстеженні *рефлекторної сфери* проводиться дослідження рогівкового, кон'юнктивального, піднебінного, глоткового, шкірних, черевних, глибоких сухожилкових і періостальних рефлексів, їх інтенсивність, симетричність. Перевіряється наявність патологічних рефлексів: орального і спінального автоматизму, рефлексів Россолімо, Бабінського, Опенгейма.

Визначається дермографізм і його характер (червоний, білий, посилений, ослаблений).

4.3 Обстеження щелепово–лицевої ділянки

4.3.1 Зовнішньо-ротове обстеження

Огляд щелепово-лицевої ділянки проводять при доброму освітленні непомітно для хворого під час його опитування. При цьому звертають увагу на:

- пропорційність обличчя, виступання підборіддя,
- симетричність обличчя, при наявності асиметрії - її характер (набряк, запальний інфільтрат, деформація, дефект, пухлиноподібний утвір), ступінь вираженості, межі розташування,
- стан шкіри обличчя та шиї (колір, рубці, волосяний покрив).
- стан слизівки верхньої і нижньої губ, лінію змикання губ,
- вираженість носогубної складки,
- наявність нориць і характер виділень з них,
- оголення шийок зубів і альвеолярних відростків при розмові та усмішці.

При наявній припухлості м'яких тканин потрібно охарактеризувати стан шкіри над нею (незмінена, гіперемована, блискуча, синюшно-багрова).

Пальпація щелепово-лищевої ділянки дає можливість визначити :

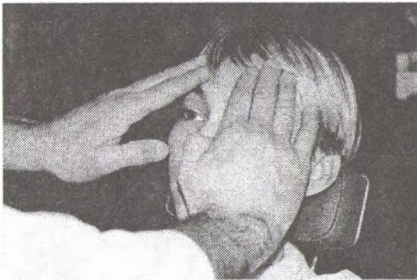
- ступінь щільності (м'яка, щільна) та еластичності змінених тканин (пастозність, хрящеподібність, симптоми флюктуації і хрусту, дефект тканин),

- відношення шкіри до підшкірної клітковини (береться в складку чи ні), м'яких тканин до кістки (вільна рухомість, спаяність, обмеженість рухомості),

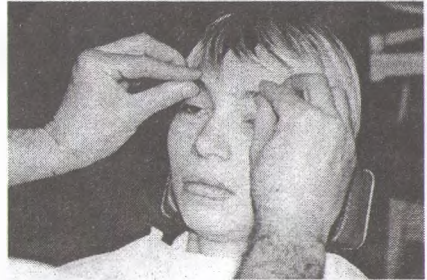
- болючість певних ділянок та чутливість шкіри.

Пальпація щелепово-лищевої ділянки проводиться двома руками справа і зліва, обстежуючи при цьому: *м'які тканини, кістки лицевого скелету, регіонарні лімфовузли, великі слинні залози, точки виходу трійничного нерва, скронево-нижньощелепові суглоби.*

Послідовність проведення пальпації відображена на фотографіях.



1. Пальпація лобних горбів



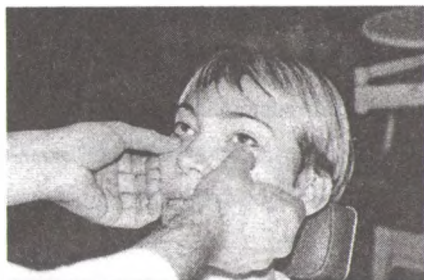
2. Пальпація надбрівних дуг



3. Пальпація верхнього краю очниці



4. Пальпація зовнішнього краю очниці



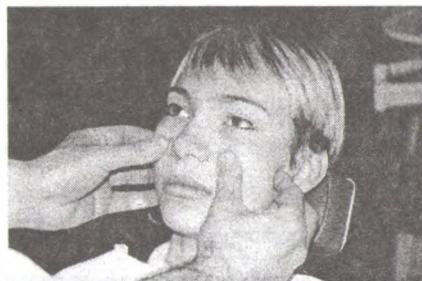
5. Пальпація нижнього краю очниці



6. Пальпація перенісся



7. Пальпація кісток носа



8. Пальпація підочної ділянки (собачої ямки)



9. Пальпація вилицевої дуги



10. Пальпація вилицевої кістки



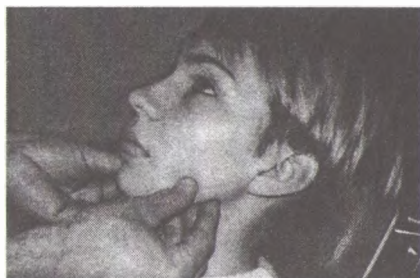
11. Пальпація скронево-нижньощелепового суглобу



12. Пальпація гілки нижньої щелепи



13. Пальпація кута нижньої щелепи



14. Пальпація тіла нижньої щелепи



15. Пальпація підборідкового відділу нижньої щелепи



16. Пальпація точок виходу II гілки трійничного нерва



17. Пальпація точок виходу III гілки трійничного нерва



18. Пальпація підщелепових лімфовузлів



19. Пальпація підборідкових лімфовузлів



20. Пальпація шийних лімфовузлів

Обстежуються такі групи регіонарних лімфовузлів: підщелепові, підпідборідкові, позадущелепові, потиличні, надщелепові, позадувушні, шийні, надключичні. Збільшення, болючість та тугорухомість лімфовузлів свідчить про їх ураження при патології щелепово-лищевої ділянки або загальносоматичній.

Слинні залози при нормальному функціонуванні не змінюють конфігурації обличчя, є неболючими при пальпації. При захворюванні великих слинних залоз появляється асиметрія обличчя та болючість при пальпації.

Гілки трійничного нерва (I, II, III) пальпуються відповідно у ділянці медіальної частини надочного краю лобної кістки, собачої ямки і проєкції ментального отвору нижньої щелепи.

При обмеженні скронево-нижньощелепових *суглобів* необхідно звернути увагу на відкривання та закривання рота. В нормі воно є безболісним при пальпації суглобових головок спереду козелка вуха і в зовнішньому слуховому проході. Слід звернути увагу чи не зміщується підборіддя в сторону від сагітальної лінії. При затрудненому відкриванні рота встановлюють ступінь запальної контрактури за Бернадським Ю.Й.:

I - невелике обмеження відкривання рота,

II - відкривання рота на 1 см,

III - неможливість відкривання рота.

Інколи доводиться проводити **перкусію** передньої стінки верхньощелепової пазухи при підозрі на гайморит.

Аускультация використовується для детальнішого обстеження суглобів та судинних пухлин.

4.3.2. Внутрішньо-ротове обстеження

Внутрішньо-ротове обстеження умовно поділяють на 3 частини:

- обстеження передсінку порожнини рота,
- обстеження зубних рядів та альвеолярних відростків,
- обстеження власне порожнини рота.

Проводячи огляд передсінку порожнини рота, звертають увагу на:

- колір слизівки губ і щік (гіперемія, анемія, ціаноз, пігментація),
- блискучість слизівки (наявність афт, ерозій, тріщин, дефектів),
- стан перехідних складок (глибина, прикріплення вуздечок),
- устя вивідного (Стенонового) протоку привушної слинної залози та на слину, що виділяється (колір, кількість, консистенція).

Пальпацією обстежують губи, щоки, перехідні складки. При наявності припухлості, пухлини, дефекту чи рубців визначаються межі патологічного процесу, консистенція, болючість, зв'язок із навколишніми тканинами.

Обстеження зубних рядів і альвеолярних відростків розпочинається із визначення прикусу (співвідношення зубів верхньої і нижньої щелепи):

- фізіологічні (ортогнатичний, прямий),
- патологічні (глибокий, прогнатичний, біпрогнатичний, прогенічний, латеральний, відкритий, глибокий блокуючий).

При огляді зубів визначають їх кількість, колір, форму, положення в зубному ряді, оголення коренів зубів, наявність зубних протезів. Для запису стану зубів користуються або зубною формулою Зігмонді або одонтограмою ВОЗ, дотримуючись таких позначень:

- | | |
|-------------------|-----------------|
| карієс – С | корінь – R |
| пульпіт – P | пломба – П |
| періодонтит – Pt | коронка – К |
| відсутній зуб – О | штучний зуб – Ш |

Зубна формула постійного прикусу

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

Одонтограма 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

Зондування зубів проводиться стоматологічним зондом, обстежуються дефекти емалі, каріозні порожнини, встановлюються їх розміри, глибина, вміст, болючість. Обережно зондуючи зубо-ясенні кишені, встановлюють їх глибину.

Перкусія - постукування зубів – застосовується для визначення амортизуючої функції періодонту. Вона проводиться у вертикальному та горизонтальному напрямках. Перкусія має бути порівняльною: для порівняння визначається реакція на постукування сусідніх і симетричних зубів.

З допомогою стоматологічного пінцету визначається ступінь рухомості зубів.

При огляді слизівки *ясен і альвеолярних відростків* визначається:

- колір (блідо-рожева, рожева, червона, синюшна),
- набряклість,
- стан ясенного краю і ясенних сосочків,
- відшарування слизівки від зубів, вираженість зубо-ясенних кишень і характер виділень з них,
- наявність зубних відкладень,
- стан тканин ретромолярних просторів

Пальпаторно обстежують альвеолярні відростки щелеп, тканини за останніми молярами. Для дослідження цілості щелепових кісток і рухомості відламків використовують бімануальну пальпацію.

При підозрі на наявність нориці верхньощелепової пазухи, яка виникла після видалення зуба, проводять носо-повітряну пробу (при закритому носі подути повітря в ніс) та просять хворого надути щоки. При з'єднанні ротової порожнини з пазухою пацієнтові не вдається надути щоки, при носо-повітряній

пробі з лунки виділяються бульбашки повітря, а зонд через лунку видаленого зуба вільно входить у верхньощелепову пазуху.

Обстеження власне порожнини рота розпочинають із огляду слизівки. Поверхня слизівки *твердого піднебіння* є нерівною, у передньому відділі вона утворює ряд поперечних складок. Поверхня слизівки *м'якого піднебіння* - гладка. Звертають увагу на колір слизівки піднебіння (блідо-рожева, рожева, синюшна, іктерична), наявність патологічних утворів (афти, виразки, новоутвори), дефектів, рубців.

При обстеженні *зіву* звертають увагу на стан криловидно-щелепових складок, задньої стінки глотки і мигдаликів, оцінюючи їх величину, колір, наявність гною в лакунах.

Обстежуючи *язик*, необхідно визначити його форму і величину (звичайний, збільшений, зменшений), стан слизової оболонки, характер нальоту. При необхідності проводять пальпацію язика, його кореня. Слід пам'ятати про наявність смакових сосочків, які при добрій вираженості справляють враження новоутворень.

При обстеженні *дна порожнини рота* звертають увагу на:

- стан слизівки під'язикової ділянки,
- вираженість під'язикових валиків,
- вивідні протоки підщелепових та під'язикових слинних залоз,
- щелепово-язикові жолобки.

Якщо виникла підозра на наявність запального процесу чи новоутвору в ділянці дна порожнини рота і язика або в слинних залозах, застосовують бімануальну пальпацію.



21. Пальпація тканин нижньої губи



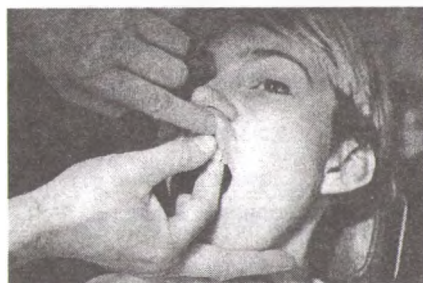
22. Пальпація тканин верхньої губи



23. Пальпація тканин щоки



24. Пальпація альвеолярного відростка нижньої щелепи



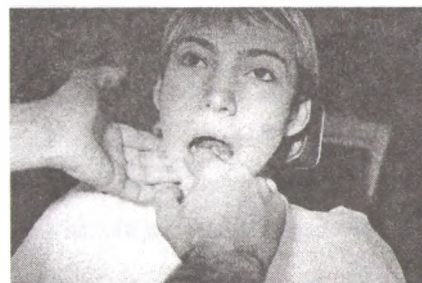
25. Пальпація альвеолярного відростка верхньої щелепи



26. Пальпація піднебіння



27. Пальпація язика



28. Пальпація дна порожнини рота

5. Попередній діагноз

Попередній діагноз - це діагноз, який формулюється безпосередньо під час звернення хворого за медичною допомогою на підставі отриманих на цей час даних (до початку систематичного обстеження в динаміці).

На підставі скарг хворого (виділити основні), даних анамнезу (давність, тривалість, характер перебігу хвороби), клінічного обстеження та наявних результатів додаткових методів дослідження формулюють попередній діагноз. Діагноз (по можливості) повинен бути етіологічним, патогенетичним, анатомічним та функціональним. Вказують наявні ускладнення та супутні захворювання.

Попередній діагноз може бути сумнівним (зі знаком запитання - ?) або їх може бути два-три. Для уточнення діагнозу необхідно провести ряд додаткових обстежень, консультацій інших спеціалістів та диференціальну діагностику.

6. Додаткові методи обстеження

6.1 План обстеження хворого

Для уточнення діагнозу складається план додаткового обстеження. Із додаткових методів обстеження деякі є обов'язковими загальноклінічними, інші - необхідні для діагностики основного захворювання. Найчастіше використовуються такі:

1. Загальний аналіз крові.
2. Загальний аналіз сечі.
3. Коагулограма.
4. Група крові і резус-фактор.
5. Аналіз калу на яйця глистів.
6. Цитологічне дослідження (зішкрябу, мазку-відпечатку, слини).

7. Діагностична пункція (при необхідності - цитологія пунктату).
8. Пункційна, інцизійна або ексцизійна біопсія з наступним патогістологічним дослідженням.
9. Бактеріологічне дослідження.
10. Імунологічні дослідження.
11. Серологічні реакції (Вассермана, Борде-Жангу, реакція специфічної мікропреципітації).
12. Електроодонтометрія.
13. Рентгенологічне дослідження (див.нижче).
14. Термодіагностика (контактна термографія, дистанційна інфрачервона термографія).
15. Ультразвукова діагностика (слинних залоз, кист м'яких тканин, лімфовузлів, внутрішніх органів).
16. Стоматоскопія.
17. Гаймороскопія.
18. Артроскопія.
19. Ядерно-магнітний резонанс.

Найпоширенішим методом обстеження є рентгенологічний. Використовують такі методи рентгенівських досліджень:

- рентгенографія: прицільна (зубів, дна рота, суглобів), оглядова (панорамна, у прямій та бокових проєкціях), контрасна (сіалографія, гайморорографія, фістулографія),
- рентгеноскопія,
- томографія (панорамна, комп'ютерна),
- телерентгенографія, стереорентгенографія, електрорентгенографія.

Студент в даному розділі планує усі необхідні для діагностики методи досліджень, навіть якщо в дійсності не усі будуть проводитись.

6.2 Результати додаткових методів досліджень

Усі результати проведених досліджень наводяться із вказанням дати обстеження.

6.3 Консультації лікарів інших спеціальностей

У цьому розділі наводяться дані огляду хворого іншими фахівцями в залежності від виду основної патології та супутніх захворювань. Дітей, при необхідності, консультує педіатр, хворих з черепно-мозковою травмою - невропатолог, нейрохірург, окуліст, хворих із запальними процесами (в залежності від локалізації) - отоларинголог, окуліст, торакальний хірург. Усі хворі, які готуються до операції під загальним знеболенням, оглядаються анестезіологом.

7. Диференціальний діагноз

Цей розділ історії хвороби є дуже важливим, оскільки в ньому студент відображає своє вміння клінічно мислити.

Диференціальна діагностика проводиться таким чином. За схожістю симптомів та клінічної картини стан хворого може нагадувати різні патологічні процеси. У зв'язку з цим отримані результати клінічного обстеження даного хворого порівнюють під кутом зору можливості у пацієнта цілого ряду захворювань, які по клінічній картині мають подібні ознаки з патологічним процесом. Для проведення диференціального діагнозу доцільно обрати один-два виражені об'єктивні симптоми, виявлених у даного хворого. Далі студент описує деякі захворювання, які супроводжуються цими симптомами. Описуючи характерні симптоми для кожного з цих захворювань, студент на відсутності їх у кураного пацієнта виключає їх. Шляхом порівняння вказують на підставі відмінності між спільними ознаками, характерними для захворювання, з яким проводять диференціальний діагноз, і виявленими саме у цього хворого.

Необхідно вказати на наявні у хворого патологічні ознаки, котрі не є характерними для захворювання, з яким проводять диференційний діагноз.

8. Заключний діагноз

Попередній діагноз від накопичення нових клінічних фактів, отриманих результатів додаткових обстежень і детального спостереження за динамікою захворювання може або підтверджуватися або змінюватися. Також провівши диференційну діагностику, при якій відхиляються припущення про захворювання, які мають спільні симптоми, формують заключний клінічний діагноз: основний, ускладнення основного і супутній. Він має бути викладений якнайповніше. Необхідно відобразити етіологію патогенез захворювання, його органопатологію, функціональні зміни.

9. Етіологія і патогенез захворювання

Питання етіології та патогенезу основного захворювання має важливе значення для обґрунтування раціонального лікування, призначення причинної і патогенетичної терапії.

Вивчення та описання етіології полягає у виявленні причин, які зумовили виникнення та розвиток захворювання. Викладення етіології має бути конкретним і базуватися на фактах зібраних спостережень. Необхідно враховувати цілісність організму, єдність його з навколишнім середовищем та усі сприятливі для захворювання фактори.

При описанні патогенезу доцільно притримуватись однієї із загальноприйнятих теорій патогенезу основного захворювання, що найбільш відповідає даному клінічному випадку. Необхідно наводити конкретні дані з історії хвороби, котрі підтверджують теорію патогенезу.

10. Лікування

В цьому розділі необхідно детально викласти основні принципи лікування даного захворювання і обґрунтувати доцільність призначення кожного виду лікування (медикаментозного, хірургічного, фізіотерапевтичного).

Спочатку викладають загальні принципи лікування даного захворювання (режим, дієта, хірургічне лікування, медикаментозне, фізіотерапевтичне, ЛФК). Опісля ґрунтовно описують індивідуальне лікування, оперативне втручання. Кожен вид лікування має бути пояснений. Медикаментозну терапію слід розділити на причинну, патогенетичну, симптоматичну. Описати механізм дії фармакотерапевтичних препаратів і обов'язково написати рецепти.

11. Щоденник захворювання

Щоденник хвороби – це короткий, лаконічний запис даних, отриманих в процесі щоденного спостереження за хворим. У ньому відображається динаміка перебігу захворювання, що виражається у зміні скарг хворого та даних об'єктивного обстеження.

Насамперед у щоденнику описують самопочуття хворого за минулу добу, скарги, дають оцінку загального стану. Слід охарактеризувати динаміку скарг (їх зменшення або посилення), вказати на появу нових. Згодом проводиться об'єктивне обстеження і його результати коротко записуються у такій же послідовності, як і при первинному обстеженні хворого. Записують дані термометрії, артеріального тиску. Описують динамічні зміни місцевого статусу.

В щоденнику описують проведені хворому діагностичні та лікувальні маніпуляції, хід перев'язки.

До щоденника додається температурний листок, в якому температура позначена чорним кольором, пульс - червоним, дихання - синім, артеріальний

тиск зображується у вигляді стовпчиків червоного кольору з позначенням чисел максимального і мінімального тиску. День операції позначається в температурному листку стрілкою.

12. Прогноз та профілактика захворювання

Прогноз захворювання визначають на підставі обґрунтованого клінічного діагнозу основного захворювання, наявних ускладнень і супутніх захворювань. При цьому враховують дані, відображені в щоденнику спостережень за хворим під час курації, ефективність проведеного лікування.

Прогноз ставиться стосовно:

- життя (чи загрожує захворювання в даний момент життю хворого),
- одужання (чи можливе одужання хворого або поліпшення стану при хронічному захворюванні),
- відновлення функцій і працездатності (втрата працездатності - тимчасова, тривала чи постійна).

Слід вказати можливі ускладнення основного захворювання, охарактеризувати можливості медичної, психологічної, соціальної і професійної реабілітації хворого та її перспективи.

Потрібно описати загальні принципи профілактики даного захворювання, заходи щодо запобігання подальшому його прогресуванню та можливим ускладненням, визначити конкретні індивідуальні рекомендації хворому з урахуванням умов його праці та побуту, а також заходи стосовно диспансеризації.

13. Епікриз історії хвороби

Епікриз - це заключний розділ історії хвороби, де повинні бути коротко і логічно узагальненні всі результати спостереження за хворим.

Послідовно наводять:

- прізвище, ім'я та по-батькові, вік хворого, дату госпіталізації в клініку, дату початку курації;

- дані, які обґрунтовують клінічний діагноз (основні скарги хворого, дані анамнезу хвороби, фізичного обстеження хворого, додаткових методів дослідження);

- характеристику перебігу хвороби під час курації; дані про хірургічне та медикаментозне лікування (вказують об'єм хірургічних втручань, вид знеболення, прописи лікарських призначень наводять у латинській транскрипції із зазначенням дози і способу введення препарату) і його ефективність;

- дані про стан хворого на момент виписування (закінчення курації), працездатність;

- рекомендації хворому щодо режиму дня, харчування, умов праці, способу життя, працевлаштування;

- рекомендації стосовно продовження лікування на подальших етапах медичної реабілітації.

Якщо на час завершення курації хворий продовжує лікування, то студент описує етапний епікриз.

14. Рекомендована література

- Евдокимов А.И., Васильев Г.А. Хирургическая стоматология.-М., 1964.
- Бернадский Ю.И. Основы хирургической стоматологии.- Витебск, 1998.
- Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия черепно-челюстно-лицевой области.-М. , 1999.
- Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии в 3-х томах - Киев.
- Хирургическая стоматология / Под ред. Робустовой Т.Г.-М.,1990.
-
- Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи/ Под ред. Шаргородского А.Г.- М.,1985.
- Солнцев А.М., Тимофеев А.А. Одонтогенные воспалительные заболевания.- К.,1989.
- Бернадский Ю.И., Заславский Н.И. Одонтогенные гаймориты.-М.,1968.
- Солнцев А.М., Колесов В.С., Колесова Н.А. Заболевания слюнных желез.- К.,1991.
- Травмы челюстно-лицевой области / Под ред. Александрова Н.М., Аржанцева П.З.- М., 1986.
- Солнцев А.М., Колесов В.С. Доброкачественные опухоли лица, челюстей и органов полости рта.- К., 1982.
- Пачес А.И. Опухоли головы и шеи.- М.,1983.
- Семенченко Г.И., Вакуленко В.И. Врожденные незаращения верхней губы и неба.- К.,1968.
- Харьков Л.В. Хирургическое лечение врожденных несращений неба.- К.,1992.