

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ
СТОМАТОЛОГІЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ
КАФЕДРА ТЕРАПЕВТИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ**

Балега М.І., Горзов Л.Ф., Войтович В.І.

**НАПИСАННЯ ІСТОРІЇ ХВОРОБИ
ІСТОРІЯ ХВОРОБИ**

*Методичні рекомендації для організації
самостійної роботи студентів
стоматологічного факультету*

Ужгород- 2021

УДК

Історія хвороби. Методичні рекомендації для організації самостійної роботи студентів стоматологічного факультету.

Автори:

Балега М.І. - к.мед.н., доцент кафедри терапевтичної стоматології.

Горзов Л.Ф. – к.мед.н., доцент, зав. кафедри терапевтичної стоматології.

Войтович В.І. – ст.викл. кафедри терапевтичної стоматології.

Затверджено на засіданні Вченої ради стоматологічного факультету ДВНЗ «УжНУ», протокол №3 від 16.03.2021 року.

Рецензент: д.мед.н., проф., професор кафедри терапевтичної стоматології **Кулигіна В.М.**

Історія хвороби є своєрідним звітом студента про вміння проводити обстеження хворого, обґрунтувати діагноз, скласти план лікування, правильно його провести.

Опрацювання "історії хвороби" сприяє клінічному мисленню студента, виявляє рівень його знань не тільки з окремих розділів терапевтичної стоматології, а й інших теоретичних та клінічних дисциплін.

Над історією хвороби студент працює впродовж всього курсу вивчення терапевтичної стоматології. Особливо важливий контроль знань студента у VI семестрі, після вивчення основних розділів одонтології та ендодонтії: некаріозні ураження твердих тканин зуба, карієс зуба, пульпіт, періодонтит, пародонтит. Студент проводить курацію хворого, оформляє академічну історію хвороби і захищає її на практичному занятті.

Історія хвороби складається з таких розділів:

1. Суб'єктивне обстеження хворого.
 - 1.1. Паспортна частина.
 - 1.2. Скарги хворого.
 - 1.3. Історія розвитку захворювання.
 - 1.4. Історія життя.
2. Об'єктивне обстеження хворого.

- 2.1. Загальний об'єктивний стан.
- 2.2. Обстеження щелепово-лицьової ділянки.
 - 2.2.1. Зовнішньоротове обстеження.
 - 2.2.2. Внутрішньоротове обстеження.
3. Додаткові методи обстеження.
4. Попередній діагноз.
5. Диференційна діагностика.
6. Заключний діагноз.
7. План лікування. Профілактика.
8. Щоденник.

1. Суб'єктивне обстеження хворого

1.1. Паспортна частина

Прізвище ім'я, по-батькові _____

Вік _____

Адреса _____

Місце роботи _____

Професія _____

1.2. Скарги хворого (molestio)

Скарги у стоматологічного хворого можуть бути різноманітні. Збираються вони детально і послідовно: спочатку

головні, які є провідними при даному захворюванні, а згодом другорядні, що спричинені супутніми стоматологічними захворюваннями. Під час характеристики болю уточнюють його:

- причину виникнення та залежність від різних чинників (хімічних, термічних, механічних)
- зникнення з припиненням впливу подразника
- характер (гострий, ниючий, розпираючий, приступоподібний, нічний)
- локалізацію
- інтенсивність
- іррадіацію
- тривалість
- залежність

При скаргах на припухлість уточнюють:

- причину виникнення
- наявність болю
- швидкість наростання
- порушення функції (жування, ковтання)

Крім цього хворий може скаржитись на:

- естетичний дефект (зміна кольору зуба, зміна конфігурації зуба і т.п)
- наявність в зубах порожнин
- неприємний запах з рота і т.п

Спочатку описують головні скарги (ті, які найбільше турбують хворого, а потім супутні).

1.3. Історія розвитку захворювання (Anamnesis morbi)

Детально вивчаються зміни в організмі від перших проявів захворювання і до часу поступлення хворого в клініку. Складається із трьох основних розділів:

- а) початок захворювання (коли і як почалося, його перші симптоми, вірогідні причини виникнення;
- б) динаміка захворювання;
- в) проведене лікування і його ефективність.

1.4. Історія життя хворого (Anamnesis vitae)

У процесі опитування історії життя хворого між лікарем і хворим повинні створитися довірені відношення. Цей етап роботи визначає лікарську тактику. Треба звернути увагу на:

- розумовий розвиток
- гігієну порожнини рота
- матеріально-побутові умови (харчування)
- умови праці
- шкідливі звички (куріння, вживання алкоголю, наркотики)
- алергологічний анамнез (при встановленні алергії на медикаменти лікар відзначає про це на титульній сторінці історії хвороби)
- сімейний анамнез.

При зборі сімейного анамнезу розрізняють спотворені і спадкові аномалії. Спотворення зубів - аномалія, що виникає в результаті порушення антенатального розвитку. Спадкове захворювання передається від батьків до дітей. Знання механізму спотворень і спадкових захворювань дає можливість скласти генетичний прогноз по відношенні до повторної патології і здійснити профілактичні заходи.

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

2. Об'єктивне обстеження хворого (Status praesens communis)

Об'єктивний стан хвороби отримуємо на основі даних органів чуття лікаря (огляд, пальпація, перкусія тощо), а також даних додаткових методів дослідження, що базуються на застосуванні в біології законів фізики і хімії. Ці дані є ведучими під час діагностики основних стоматологічних захворювань.

2.1. Загальний об'єктивний стан

Складається з опису загального вигляду хворого (загальний стан, свідомість, положення, вираз обличчя, конституційний тип, зріст, маса тіла, відповідність своєму віку, температура тіла хворого) та стан у окремих органів і систем організму.

2.2. Обстеження щелепово-лицьової ділянки

Визначається при природному або доброму штучному освітленні, в сидячому положенні хворого. При цьому лікар знаходиться попереду і справа від хворого. Використовуються стоматологічне дзеркало, стоматологічний пінцет, стоматологічний зонд.

2.2.1. Зовнішньоротове обстеження.

Обстеження проводиться послідовно: починається з огляду і закінчується пальпацією. Під час зовнішнього огляду

можна виявити симптоми, які разом з анамнезом допоможуть отримати уявлення про порушення в організмі. При цьому звертають увагу на колір, вологість шкіри, наявність патологічних елементів, різноманітних аномалій, стан волосяного покриву, симетрію обличчя.

Пальпація дає можливість визначити ступінь щільності і еластичності змінених тканин, взаємовідношення шкіри і підшкірно-жирової клітковини. Двома руками справа і зліва пальпують м'які тканини і підлеглу кісткову основу. Починають огляд і пальпацію з лобової ділянки, поступово переходять на виличну кістку, бокову поверхню і спинку носа, собачі ямки, скронево-нижньощелеповий суглоб, ділянку привушної слинної залози, щоки, верхню губу, тіло нижньої щелепи, її кут, підборіддя і нижню губу. Визначають нерівності, потовщення, ущільнення, припухлість, болючість та інші зміни, звертаючи значну увагу на стан лімфатичного апарату, місця виходу трійчасного нерва на лицьовий скелет.

2.2.2. Внутрішньоротове обстеження

У порожнині рота розміщені три основних анатомічні утвори: зуби, пародонт і слизова оболонка, ураження яких складає основні розділи терапевтичної стоматології -

одонтологію, пародонтологію і патологію слизової оболонки рота. Послідовність обстеження цих об'єктів залежить від даних попереднього суб'єктивного дослідження хворого. Якщо є підозра на одонтологічне захворювання, то обстеження починається з зубів та зубних рядів, продовжується вивчення стану тканин пародонту і закінчується оглядом слизової оболонки рота. Обстеження зубів рекомендується проводити завжди в одному і тому ж порядку: справа наліво, починаючи з крайнього правого нижнього зуба, а потім зліва направо, закінчуючи крайнім верхнім зубом. Обстеження проводиться за допомогою стоматологічного дзеркала та зонда. Дзеркало дає збільшене зображення об'єкту та дозволяє оглянути важкодоступні ділянки, скеровуючи пучок світла в потрібну ділянку, а зонд - перевірити рельєф клінічної коронки зуба. При цьому оцінюємо стан окремих зубів, зубних рядів та їх співвідношення (прикус).

Під час огляду зовнішньої поверхні коронок зубів необхідно враховувати різний ступінь стійкості окремих ділянок твердих тканин зуба до хвороботворних чинників зовнішнього середовища. Виявити стан твердих тканин зуба у місцях, які легко уражуються - фісурах, природніх ямках, контактних та

пришийкових поверхнях коронок. Визначити колір коронок зубів, який обумовлений пігментами дентину, які просвічуються через прозору емаль. Зазвичай коронки живих зубів білого кольору з жовтуватим або синюватим відтінком, та мають характерний блиск. З віком порушується цілісність зубо-ясенного з'єднання, проходить ретракція маргінального краю ясен, оголюється цемент кореня зуба. У подібних випадках клінічна коронка в ділянці емалі має біле, а в ділянці оголеного цементу - світло-коричнєве забарвлення. Колір коронок живих зубів може змінюватись під впливом різних екзогенних (обробка азотокислим сріблом, полоскання марганцево-кислим калієм, пломбування срібною та мідною амальгамою і т.д.) та ендогенних (крововилив у пульпі зуба, деякі медикаменти і т.д.) факторів.

При обстеженні доволі часто виявляють мертві зуби, позбавлені коронкової та кореневої пульпи. Частіше всього некроз пульпи є наслідком ускладненого каріозного процесу, рідше загибель цієї тканини настає в результаті травматичного ураження судинного пучка біля апікального отвору. В депульпованих зубах коронка поступово темніє та набуває тьмяного відтінку. Особливо швидко та сильно такі зміни відбуваються при використанні для ендодонтичного лікування

імпрегнаційних методів сріблення та резорцин-формалінової рідини.

Необхідно звернути увагу на зміну кольору окремих ділянок поверхні коронки зуба, тобто плями. Плями характеризуються тільки обмеженими змінами кольору без порушення анатомічної цілості емалі. Розрізняють два види плям: вроджені та набуті. Вроджені плями виникають в період гістогенезу і мінералізації твердих тканин зуба, за своїм характером відносяться або до спадкових аномалій, або до спотворень; за важкістю змін - це легкий ступінь макроскопічної гіпоплазії, локалізуються на однойменних ділянках симетричних зубів і зазвичай має жовтувате забарвлення.

Набуті плями з'являються після прорізування зубів, бувають поодинокими та множинними, розвиваються на будь-якій ділянці поверхні коронки, але частіше в ретенційних пунктах. Їх колір молочно-білий (крейдоподібний) або коричневий. Такі плями зрідка можуть відновлюватись до кольору нормальної емалі, особливо під впливом ремінералізуючої терапії. Однак у більшості випадків вони перетворюються в макроскопічні зміни твердих тканин, котрі при огляді розцінюються або як каріозні порожнини, або як клиновидні дефекти, ерозії зуба. Крім того,

можуть виявлятися гіпопластичні дефекти емалі та дентину і наслідки гострої або хронічної травми твердих тканин зуба.

При огляді порожнини рота звертають увагу на величину і форму зубів. Величина коронки визначається шириною, товщиною, висотою. З віком зменшується товщина і ширина в результаті стирання оклюзійних і контактних поверхонь. Висоту коронкової частини зуба потрібно визначати як анатомічну, так і клінічну. Анатомічна коронка зуба - відстань між оклюзійною поверхнею і емалево-цементною межею. Клінічна коронка зуба, яка з віком завжди збільшується в результаті руйнування зубо-ясеневого з'єднання і оголення поверхні кореня зуба. Характерне розташування боріздов, ямок, горбиків, гребенів утворюють різні узорні зовнішньої поверхні коронки зуба, які вивчають одонтогліфічними методами дослідження. Без сумніву величина і форма зубів строго індивідуальні, вони передаються від батьків дітям. Відхилення від типової будови можуть бути різні, вони виникають в період розвитку зубів і відносяться чи то до спотворень, чи до спадкових аномалій (зуби Гетченсона, Фурньє, Пфлюгера, Турнера).

Для встановлення діагнозу використовується:

а) перкусія (постукування по зубу), яка завжди повинна бути порівнюючою, проводиться ручкою зонда або пінцетом легко і рівномірно, у вертикальному і горизонтальному напрямках;

б) пальпація - промацування пальцями м'яких тканин та виступаючих частин кісток скелету лиця;

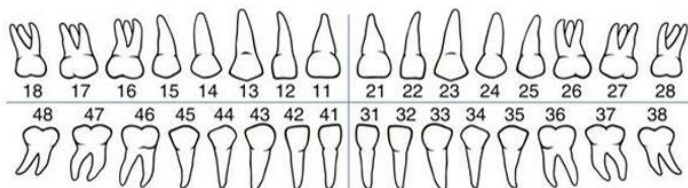
в) зондування - це своєрідна інструментальна пальпація тяжко доступних патологічних утворів, в основному, твердих тканин зуба;

г) реакція провокації больового приступу, яку виключають за допомогою подразників надпорогової сили (термодіагностика, хімічні агенти - кислоти, солодке). Індиферентна зона для зубів знаходиться в межах від 20°C до 50°C.

Зубна формула тимчасового прикусу



Зубна формула постійного прикусу



В одонтограмі ВООЗ, як і в зубній формулі, кожен зуб має свої цифрові позначення від 1 до 8. Крім того, цифрами тут позначена кожна половина верхньої та нижньої щелеп. Від 1 до 4 по годинниковій стрілці - для постійного прикусу і від 5 до 8 - для тимчасового прикусу. Щоб, наприклад, записати формулу другого моляра нижньої щелепи зліва, ставляться позначення 37; 3 - формула лівої половини нижньої щелепи; 7 - формула другого моляра.

Буквені позначення, розміщені над або під цифрою, вказують стан кожного зуба. Прийняті наступні позначення:

С – карієс

П - пломба

Р - пульпіт

К - зуб, покритий коронкою

Pt - періодонтит

Ш - штучний зуб

О - відсутній зуб незнімного протезу

Р - корінь

Завершуємо огляд визначенням форми зубних рядів, наявності зубних дефектів і феномену Годона. Визначаємо співвідношення зубних рядів в положенні центральної оклюзії (прикус).

Другим об'єктом дослідження порожнини рота є тканини пародонту. При оцінці стану цих тканин дотримуємось певної схеми: починаємо обстеження нижніх центральних зубів, продовжуємо обстеження симетричних ділянок пародонту в напрямку до нижніх 8-их зубів; на верхній щелепі обстеження проводимо в зворотньому напрямку від 8-их до 1-их зубів.

При вивченні стану тканин пародонту слід звернути увагу на такі морфо-функціональні утвори: зубо-ясенне з'єднання, слизову оболонку ясен, статику зубів, кісткову тканину альвеолярного відростка, цемент кореня.

В даний час у пародонтології використовують велику кількість індексів, що дозволяє детально реєструвати стан здорового і ураженого пародонту, а саме:

1. індекс СРІТН,

2. індекс зубного нальоту,
3. індекс кровоточивості,
4. спеціальні дослідження пародонту:
 - оцінка стану гігієни порожнини рота,
 - оцінка стану ясен,
 - оцінка зубо-ясенного з'єднання,
 - рентгенологічне дослідження,
 - мікробіологічне дослідження.

Патологія слизової оболонки порожнини рота зустрічається порівняно рідко, але її діагностика є досить складною. Огляд з подальшою пальпацією слизової оболонки проводиться у певному порядку. При зімкнутих зубних рядах обстежують червону облямівку губ, зону Клейна, слизову частину губ і кути рота. При відкритому роті і опущеному язичі оглядається тверде і м'яке піднебіння, зів, мигдалики, спинку язика. Відтягнувши дзеркалом кут рота, оглядається слизова оболонка ретромолярного простору, щік, перехідної складки. Пропонуємо кінчиком язика доторкнутись до твердого піднебіння, після чого добре помітна слизова оболонка нижньої поверхні язика і губ, глибина присінку порожнини рота, вивідні протоки великих слинних залоз. По зовнішньому вигляду

визначається 2 типи тканин: рухома слизова оболонки, м'яка, рожевого кольору (слизова оболонка губ, щік, м'якого піднебіння, дна порожнини рота); нерухома слизова оболонка, щільна, блідо-рожевого кольору (слизова оболонка ясен, твердого піднебіння, спинки язика). При патологічних станах виявляються первинні і вторинні елементи ураження слизової оболонки рота. До первинних елементів належать безпорожнинні і порожнинні елементи. До безпорожнинних відносять такі, які не змінюють рельєфу слизової оболонки - плями та пухирі і ті, які підвищуються над рівнем слизової оболонки - вузлики, горбики, вузли. Порожнинні елементи - міхурці, міхурі, гнійники. В результаті частоті травматизації і мацерації слизової оболонки первинні елементи швидко перетворюються на вторинні, серед яких переважають ураження за порушенням цілісності епітелію слизової оболонки рота - екскоріація, ерозії, афти, виразки, тріщини. Окрім цього, зустрічаються наліт, лусочки, кірки, рубці і т.д.

На слизовій оболонці порожнини рота, особливо язика і червоної облямівки губ нерідко зустрічаються злоякісні пухлини, яким передують облігатні і факультативні передракові стани. Тому кожен пацієнт повинен бути обстежений на відсутність

злякисних новоутворень. Для ранньої діагностики цієї патології проводиться проста і розширена стоматоскопія.

3. Додаткові методи обстеження Параклінічні методи дослідження.

Електроодонтодіагностика - це вивчення реакції тканин на дію електричного подразника. Враховуючи дані електрозбудливості зуба можна докладніше встановити стан пульпи і періодонту. Здорові зуби реагують на струм 2-6 мкА. Зниження електрочутливості вказує на патологічний процес в пульпі, періапікальних тканинах.

Рентгенологічні обстеження ґрунтуються на різній здатності тканин поглинати рентгенівські промені.

Розрізняють:

Біопсію (прижиттєве висічення тканин);

Бактеріологічні дослідження.

Імунологічні дослідження.

Алергологічні дослідження та проби.

Біохімічні дослідження.

Вище наведені методи дослідження використовують при обстеженні і опису місця ураження (status localis).

4. Попередній діагноз.

Клінічне обстеження хворого закінчується обґрунтуванням попереднього діагнозу. В цьому розділі висвітлюють тільки передбачення про наявність певного стоматологічного захворювання.

5. Диференційний діагноз

Цей розділ є дуже важливим. Студент-куратор в ньому відображає своє вміння клінічно мислити. Для встановлення заключного діагнозу необхідно провести ретельну диференційну діагностику. Існують різноманітні методи диференційної діагностики. Найпоширенішим є метод виключення.

6. Заключний діагноз

Проводиться повне формулювання захворювання, відповідно до прийнятих класифікацій та затвердженої документації (див. додаток "Міжнародна класифікація хвороб (МКХ-10, 1998)).

7. План лікування. Профілактика.

У даному розділі перераховуються існуючі методи лікування захворювання, обумовлюється вибір визначеного методу, детально описується методика вибраного методу, рецептура лікарських речовин, що використовуються під час

лікування, і їх фармакодинаміки. Обов'язково вказують загальні принципи профілактики даного захворювання, конкретні індивідуальні профілактичні рекомендації хворому і прогноз захворювання.

Розрізняють первинну, вторинну і третинну профілактику захворювань твердих тканин зуба. Особлива роль в цих заходах належить гігієнічному догляду за порожниною рота.

При наявності дефекту твердих тканин зуба головне завдання зберегти живу пульпу. Цього можна досягнути дотримуючись послідовності всіх лікувальних маніпуляцій при лікуванні карієсу. Щадяче препарування, застосування лікувальних та ізолюючих прокладок, правильний вибір пломбувальних матеріалів і т.п.

Метою профілактики запальних хвороб пародонту є збереження інтактного періодонту. Для цього при лікуванні пульпіту рекомендовано вибрати методи повного або часткового збереження пульпи, при необхідності видалення пульпи бажано використати метод вітальної екстирпації, а при девіталізації тільки екстирпаційний метод.

При запаленні періодонта профілактичні заходи скеровуються на попередження розвитку періоститу, флегмони,

остеомієліту та інших ускладнень. Первинне значення у вирішенні цього питання є дотримання чітких показань до медикаментозного лікування періодонтитів і диспансерне спостереження хворих впродовж року.

В останній час велика увага приділяється питанням реабілітації в стоматологічній практиці.

При захворюваннях твердих тканин зуба, які не регенерують, реабілітаційні заходи обмежуються використанням сучасних пломбувальних матеріалів. Окрім того, потрібні повторні обстеження впродовж перших двох тижнів після пломбування, особливо хворих на гострий глибокий карієс, оскільки в цей час можуть з'явитися ознаки запалення пульпи, в окремих випадках ураження твердих тканин зуба потрібне систематичне обстеження з інтервалом 3 місяці. При обстеженні у віддалені строки (до 2 років) також потрібно передбачати електроодонтометрію і ремінералізуючу терапію.

При запальному процесі в пульпі руйнування тканини її відновлення відбуваються одночасно, по периферії запальної ділянки ряд факторів починає стимулювати регенаторний процес. Відновлення пошкодженої пульпи характеризуються проліферацією фібробластів, інфільтрацією запальних тканин і

скупченням мукополісахаридів. Цей процес передує відкладанню колагену і утворення рубця (репаративного дентину). В даному випадку реабілітація полягає у диспансерному спостереженні хворих впродовж 6, 12 і 24 місяців.

Тканини періодонту після запалення як гострого, так і хронічного протікання не відновлюються до початкового стану, їх структура дещо змінюється, оскільки виникає більш груба сполучна тканина, але свої функції такий періодонт виконує досить задовільно.

Період реабілітації запальних захворювань періодонту є таким, як і при запаленні пульпи, тобто диспансерне спостереження за хворим тривале - до 24 місяців.

Кожна процедура, яка проводиться лікарем-стоматологом на клінічному прийомі, оцінюється в умовних одиницях праці, з якими необхідно ознайомитися в таблицях 1-7 додатку.

9. Щоденник

Щоденник ведуть відповідно до дати прийому хворого в амбулаторній історії хвороби, нотуючи дані суб'єктивного і об'єктивного дослідження у кожне відвідування. Вказуються лікувальні маніпуляції, призначення.

ІСТОРІЯ ХВОРОБИ

П.І.Б. хворого _____

Діагноз _____

Дата заповнення: _____

Виконав: студент(ка) _____ курсу _____ групи

Викладач: _____

УЖГОРОД

ПАСПОРТНІ ДАНІ:

Прізвище, ім'я, по-батькові _____

Стать (чол.1, жін.2) _____

Дата народження(число, місяць, рік) _____

Адреса, телефон _____

Місце роботи _____

Наявність професійних (побутових) шкідливостей _____

СКАРГИ:

Симптоми

Кровоточивість ясен під час чищення зубів
під час жування спонтанна

Болючість ясен постійна
при вживанні їжі

Зміна кольору ясен почервоніння
синюшність

Зміна форми ясен

Свербіж, печія ясен

Наявність зубних відкладень

Гіперчутливість зубів

Рухомість зубів

Зміна положення зубів

Оголення шийок зубів

Галітоз (неприємний запах з рота)

Незадовільний загальний стан, підвищення температури,
загальне нездужання, слабкість, інше.

Скарж немає, звертання з метою профілактичного огляду

Інше:

РОЗВИТОК ТЕПЕРІШНЬОГО ЗАХВОРЮВАННЯ:

ПЕРЕНЕСЕНІ ТА СУПУТНІ ЗАХВОРЮВАННЯ:

Інфекційні, венеричні захворювання, туберкульоз, ВІЛ
так/заперечує _____
Алергічні реакції _____

КАРТА ОПИТУВАННЯ ПАЦІЄНТА

1. Чи наявні у Вас будь-які загальні захворювання? – так/ні (підкреслити)
2. Чи лікувались впродовж останніх 2 років у лікарні або поліклініці? – так/ні (підкреслити)
3. Якщо так, то з якого приводу _____
4. Чи спостерігається у Вас схильність до кровотеч та (або) крововиливів, у тому числі при видаленні зубів? – так/ні (підкреслити)
5. Чи пов'язана Ваша робота з професійними шкідливостями? – так/ні (підкреслити)
6. Якщо так, то з якими _____
7. Чи проводилось Вам переливання крові? – так/ні (підкреслити)
8. Якщо так, то з якого приводу? _____
9. Чи є Ви донором? – так/ні (підкреслити)
10. Який у Вас кров'яний тиск? _____
11. Чи Ви вагітні? – так/ні (підкреслити)
12. Чи добре Ви переносите знеболення при стоматологічних втручаннях? – так/ні (підкреслити)
13. Якщо ні, які були ускладнення? _____
14. Чи бувають у Вас висипання на слизовій оболонці порожнини рота? – так/ні (підкреслити)
15. Чи маєте Ви наступні захворювання, якщо так, то які:

- серця та серцево-судинної системи:
 - гіпертонічна хвороба
 - вади серця
 - інші
- ендокринні захворювання:
 - цукровий діабет
 - гормональні порушення
 - хвороби щитоподібної залози
- шлунково-кишкові,
 - захворювання печінки
- дихальної системи:
 - захворювання ЛОР-органів
 - легень
 - бронхіальна астма
- захворювання крові
- нервової системи:
 - епілепсія
- алергічні захворювання
- інфекційні та венеричні захворювання:
 - інфекційний гепатит
 - туберкульоз
 - сифіліс
 - гонорея
 - ВІЛ/СНІД
- нирок
- ревматизм
- спадкові хвороби
- простудні захворювання більше 3 разів на рік
- інші захворювання
- алкоголізм
- паління

Дата: _____

Підпис пацієнта: _____

ЗОВНІШНІЙ ОГЛЯД:

Загальний вигляд хворого _____, вираз обличчя _____, колір шкіри _____, наявність патологічних змін на шкірі _____, асиметрії _____, стан губ _____, кутів рота _____, характер дикції _____, носового дихання _____, ступінь відкриття рота _____
Примітки: _____
Пальпація лімфатичних вузлів _____

ОГЛЯД ПОРОЖНИНИ РОТА:

Присінок порожнини рота: глибина _____, колір та консистенція слизової оболонки _____, стан та висота прикріплення вуздечки нижньої губи _____, стан та висота прикріплення вуздечки верхньої губи _____, стан та висота прикріплення щічно-ясенних зв'язок _____, інше _____

Стан слизової оболонки порожнини рота (колір, набряк, консистенція, наявність патологічних елементів): щік _____, твердого піднебіння _____, м'якого піднебіння _____, язика _____, дна порожнини рота _____
Примітки: _____

Прикус:

вид прикусу _____
зубо-щелепні деформації _____
скупчення зубів _____
дистопії зубів _____

Зубні ряди:

дефекти зубних рядів _____
травматична оклюзія _____
Стан зубів (див. додаток): _____

Примітки: _____
Колір зубів за шкалою «Vita» _____

Наявність і ступінь залучення в патологічний процес фуркацій багатокорневих зубів (за S.E. Hamp et al., 1975):

Клас I – початкове залучення – видно лише невелике вдавлення слизової оболонки на щічній поверхні, але зонд не проникає у біфуркацію;

Клас II – часткове залучення – зонд входить у біфуркацію, не проникаючи за її межі. I ступінь - зонд можна ввести у біфуркацію на відстань від 1 до 3 мм, II ступінь – більш ніж на 3 мм, але не наскрізь;

Клас III – повне залучення – місце фуркації (біфуркації) видно, зондом можна проникнути за її межі в місця з'єднання інших коренів (у трикорневих зубах). I ступінь – біфуркація прикрита м'якими тканинами, II ступінь – біфуркація оголена і відкрита.

Примітки: залучення визначити та відмітити на пародонтограмі (дивись стор.12)

Стан ясен: колір _____, набряк _____, консистенція _____, зміна рельєфу _____, наявність патологічних елементів _____, щільність охоплення зубів _____, наявність кишень ясенні/пародонтальні (підкреслити), глибина _____, характер ексудату _____, болючість при пальпації _____. Ширина прикріплених ясен ____.

Інше: _____

Проба Парма: _____

Бензидинова проба: (за S. Sorin, 1996) _____

Ступінь запалення ясен:

Рецесія ясен (за класифікацією P.D. Miller, 1985):

Клас I. Рецесія ясен в межах слизово-ясенного з'єднання (прикріплені ясна). Немає втрати ясен та (або) кістки в міжзубних проміжках. Підклас А – вузька, підклас В – широка.

Інтерпретація: _____

Клас II. Рецесія ясен розповсюджується на вільні ясна. Немає втрати ясен та (або) кістки в міжзубних проміжках. Підклас А – вузька, підклас В – широка.

Інтерпретація: _____

Клас III. Рецесія II класу сумісна з ураженням апроксимальних поверхонь. Підклас А – без залучення сусідніх зубів, підклас В - залучення сусідніх зубів.

Інтерпретація: _____

Клас IV. Втрата ясен та кістки в міжзубних проміжках - циркулярна. Підклас А – обмежена кількість зубів, підклас В – генералізована горизонтальна втрата ясен.

Інтерпретація: _____

Примітки: рецесію визначити та відмітити на пародонтограмі (див. стор.12)

Стан гігієни порожнини рота:

Гігієна порожнини рота згідно індексу ОНІ-S _____

Дата навчання гігієни порожнини рота _____

Спрощений індекс гігієни порожнини рота за Грін-Вермілльон - ОНІ-S (Oral Hygiene Index - Simplified, Green-Vermillion, 1964):

Контроль гігієни порожнини рота:

Дата

Показник ОНІ-S

Рівень гігієни

ПОПЕРЕДНІЙ ДІАГНОЗ: _____

ДОДАТКОВІ МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ

Гемограма (розгорнутий аналіз крові):

Дата: _____

Еритроцити, $\times 10^{12}/\text{л}$

Гемоглобін, г/л

Колірний показник

Лейкоцити, $\times 10^9 /\text{л}$

паличкаядерні (%)

сегментоядерні (%)

еозинофіли (%)

базофіли (%)

моноцити (%)

лімфоцити (%)

ШОЕ, мм/год

Інтерпретація: _____

Глюкоза крові: _____

Інтерпретація: _____

Міграція лейкоцитів (за Ясиновським М.А., 1931)

Лейкоцити - _____ в 1мл (_____ % живі)

Епітелій - _____ в 1мл

Інтерпретація: _____

Мікробіологічне дослідження вмісту зубо-ясенних
(пародонтальних) кишень:

Фузобактерії _____

Спірохети _____

Дріжджоподібні гриби _____

Найпростіші _____

ДАНІ ОРТОПАНТОМОГРАМИ:

Дата _____
Кортикальна пластинка _____
Міжкоміркові перетинки _____
Періодонтальні щілини _____
Щільність губчастої речовини кіски _____

КІНЦЕВИЙ ДІАГНОЗ: _____

ПЛАН ОБСТЕЖЕННЯ

ПЛАН ЛІКУВАННЯ

Примітка: При складанні плану лікування вказати заходи, що необхідно провести в Фазі I, Фазі II, Фазі III та Фазі IV комплексного лікування хворого.

ЩОДЕННИК ЛІКАРЯ

Дата Статус, діагноз, лікування та рекомендації

Лікар _____

Примітка: У щоденнику вказати рекомендації з індивідуальної гігієни порожнини рота хворого (предмети, засоби, гігієнічний режим).