**ПЕРВИЧНАЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ АККРЕДИТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ**

ПРОЕКТ

**ПАСПОРТ СТАНЦИИ**

**«ОБСЛЕДОВАНИЕ И ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ»**

**Специальность: стоматология общей практики (31.08.72)**

**2018**

**Рецензенты:**

*в настоящее время паспорт станции проходит рецензирование*

**Эксперты Российского общества симуляционного обучения в медицине (Росомед):**

*в настоящий момент паспорт станции находится на экспертизе*

**Ведущая организация:**

*в настоящий момент паспорт станции проходит апробацию*

Оглавление

[**1.** **Авторы и рецензенты** 4](#_Toc516584056)

[2. Уровень измеряемой подготовки 4](#_Toc516584057)

[**3.** **Профессиональный стандарт (трудовые функции)** 5](#_Toc516584059)

[**4.** **ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ РАБОТЫ СТАНЦИИ** 5](#_Toc516584062)

[**5.** **Проверяемые компетенции** 5](#_Toc516584063)

[**6.** **Задача станции**. 6](#_Toc516584064)

[**7.** **Информация по обеспечению работы станции** 6](#_Toc516584065)

[**7.1.** **Рабочее место члена аккредитационной комиссии** 6](#_Toc516584066)

[**7.2. Рабочее место аккредитуемого** 6](#_Toc516584067)

[**7.3. Расходные материалы** 7](#_Toc516584068)

[**7.4.** **Симуляционное оборудование** 8](#_Toc516584069)

[**8.** **Перечень ситуаций и раздел подготовки** 9](#_Toc516584070)

[**9.** **Информация (брифинг) для аккредитуемого** 9](#_Toc516584071)

[**10.** **РЕГЛАМЕНТ РАБОТЫ ЧЛЕНОВ АК НА СТАНЦИИ** 10](#_Toc516584072)

[**10.1.** **Действия членов АК перед началом работы станции:** 10](#_Toc516584073)

[**10.2. Действия членов АК в ходе работы станции:** 10](#_Toc516584074)

[**11.** **РЕГЛАМЕНТ РАБОТЫ ВСПОМОГАТЕЛЬНОГО ПЕРСОНАЛА НА СТАНЦИИ** 10](#_Toc516584075)

[**11.1. Действия вспомогательного персонала перед началом работы станции:** 10](#_Toc516584076)

[**11.2.** **Действия вспомогательного персонала в ходе работы станции:** 11](#_Toc516584077)

[12. НОРМАТИВНЫЕ И МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ СОЗДАНИЯ ПАСПОРТА 11](#_Toc516584078)

[12.1. Нормативные акты 11](#_Toc516584079)

[**12.2.** **Дополнительная и справочная информация, необходимая для работы на станции** 11](#_Toc516584080)

[**12.** **Информация для конфедерата (симулированный коллега/ пациент)** 11](#_Toc516584081)

[**13.** **Результаты клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования** 11](#_Toc516584082)

[**14.** **Критерии оценивания действий аккредитуемого** 12](#_Toc516584083)

[**15.** **Дефектная ведомость** 12](#_Toc516584084)

[**16.** **Оценочный лист** 12](#_Toc516584085)

[**17.** **Медицинская документация** 13](#_Toc516584086)

**Приложение…………………………………………………………………………………….…**14

1. **Авторы и рецензенты**
2. **Жулев Е.Н.** – д.м.н., профессор, зав. кафедрой ортопедической стоматологии и ортодонтии ФГОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» МЗ РФ
3. **Кочубейник А.В.** – к.м.н., доцент кафедры ортопедической стоматологии и ортодонтии ФГОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» МЗ РФ.
4. **Ершов П.Э.** – к.м.н., доцент кафедры ортопедической стоматологии и ортодонтии ФГОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» МЗ РФ.
5. **Тиунова Н.В.** – к.м.н., доцент, зав. симуляционным стоматологическим центром ФГОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» МЗ РФ.
6. **Васильев Ю.Л.** – к.м.н., доцент кафедры пропедевтики стоматологических заболеваний ФГАОУ ВО Российского Университета Дружбы Народов.
7. **Даурова Ф. Ю.** – д.м.н., профессор, заведующая кафедры терапевтической стоматологии ФГАОУ ВО Российского Университета Дружбы Народов.
8. **Вайц С. В.** – к.м.н., старший преподаватель кафедры терапевтической стоматологии ФГАОУ ВО Российского Университета Дружбы Народов.

# Уровень измеряемой подготовки

Лица, завершившие обучение **по программе ординатуры** в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности 31.08.72 «Стоматология общей практики» (уровень подготовки кадров высшей квалификации), а также лица, завершившее обучение **по программе профессиональной переподготовки** по специальности 31.08.72 «Стоматология общей практики» (уровень подготовки кадров высшей квалификации), успешно сдавшие Государственную итоговую аттестацию.

Целесообразно заранее объявить аккредитуемым о необходимости приходить на второй этап аккредитации в спецодежде (хирургический костюм или медицинский халат, колпак, сменная обувь)

1. **Профессиональный стандарт (трудовые функции)**

## Приказ № 227н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-стоматолог» (10 мая

## 2016 года) (таблица 1)

Таблица 1

|  |  |
| --- | --- |
| **Трудовая функция: А/01.7** | **Проведение обследования пациентов с целью выявления стоматологических заболеваний и постановки диагноза** |

1. **ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ РАБОТЫ СТАНЦИИ**

**Общая продолжительность станции – 10 минут**

**Фактическая продолжительность станции – 8,5 минут**

Таблица 2.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Голосовая команда** | **Действия аккредитуемого** | **Время начала действия** | **Время окончания действия** | **Продолжи-тельность действия** |
| «Ознакомьтесь с заданием!» | Ознакомление с заданием (брифингом) | 0 сек | 30 сек | 30 сек |
| «Пройдите на станцию!» | Работа на станции | 30 сек | 8 мин | 7 мин 30 сек |
| «Осталась одна минута!» | Завершение работы на станции | 8 мин | 9 мин | 1 мин |
| «Покиньте станцию!» | Окончание работы на станции | 9 мин | 9 мин 15 сек | 15 сек |
| «Пройдите на следующую станцию!» | Переход на следующую станцию | 9 мин 15 сек | 10 мин | 45 сек |

Для обеспечения синхронизации действий аккредитуемых при прохождении цепочки из нескольких станций, а также для обеспечения бесперебойной работы на каждой станции, перед началом процедуры первичной специализированной аккредитации целесообразно подготовить звуковой файл (трек) с записью голосовых команд, автоматически включаемых через установленные промежутки времени.

1. **Проверяемые компетенции**

- готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);

- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией (ПК-2);

- готовность к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих, обучению пациентов основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике стоматологических заболеваний (ПК-10.

1. **Задача станции -** проведение обследования пациентов с целью выявления стоматологических заболеваний и постановки диагноза.
2. **Информация по обеспечению работы станции**

Для организации работы станции должны быть предусмотрены

* 1. **Рабочее место члена аккредитационной комиссии (далее - АК)** (таблица 2)

Таблица 2

Рабочее место члена АК

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Перечень оборудования** | **Количество** |
| 1 | Стол рабочий (рабочая поверхность) | 1 шт. |
| 2 | Стул | 2 шт. |
| 3 | Чек-листы в бумажном виде | по количеству аккредитуемых |
| 4 | Шариковая ручка | 2 шт. |
| 5 | Персональный компьютер с выходом в Интернет для заполнения чек-листа в электронном виде (решение о целесообразности заполнения чек-листа в режиме on-line решает Председатель АК) | 1. шт. |

**7.2. Рабочее место аккредитуемого**

Помещение, имитирующее рабочее помещение[[1]](#footnote-2), обязательно должно включать:

1. Перечень мебели и прочего оборудования (таблица 3)

Таблица 3

Перечень мебели и прочего оборудования

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Перечень мебели и прочего оборудования** | **Количество** |
| 1 | Настенные часы с секундной стрелкой | 1 шт. |
| 2 | Звонок | 1 шт. |

2. Перечень медицинского оборудования (таблица 4)

Таблица 4

Перечень медицинского оборудования

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Перечень медицинского оборудования** | **Количество** |
| 1 | Стоматологическая установка (не обязательно работающая бор-машина) со светильником и имитацией плевательницы | 1 шт. |
| 2 | Столик инструментальный, с закрепленным жестким контейнером для отходов класса Б | 1 шт. |
| 3 | Раковина, средства для обработки рук, приспособления для высушивания рук1 | 1 шт. |
| 4 | Стоматологический стул (для доктора) | 1 шт. |
| 5 | Тележка с расходными материалами и контейнерами для утилизации | 1 шт. |
| 6 | Набор инструментов в имитации стерильной упаковки  - лоток – 1 шт.  - пинцет стоматологический – 2 шт.  - зеркало стоматологическое – 1 шт.  - зонд стоматологический – 1 шт. | 1 шт. |
| 7 | Антисептик в пульверизаторе для обработки рук, флакон 100 мл (допускается имитация) | 1 шт. |
| 8 | Контейнер для дезинфекции инструментов. | 1 шт. |
| 9 | Контейнер для сбора отходов класса А | 1 шт. |
| 10 | Контейнер для сбора отходов класса Б | 1 шт. |
| 11 | Запас упаковок для имитации стерильных упаковок | 10 шт. |
| 12 | Медицинская карта стоматологического больного | По количеству аккредитуемых |

**7.3. Расходные материалы** (в расчете на 1 попытку аккредитуемого)

Таблица 5

Расходные материалы

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Перечень расходных материалов | Количество  (на 1 попытку аккредитуемого) |
| 1 | одноразовые шапочки | 1 шт. |
| 2 | одноразовые маски | 1 шт. |
| 3 | смотровые перчатки разных размеров2 | 1 пара |
| 4 | одноразовые салфетки | 1 шт. |
| 5 | Ватные шарики | 1-2 шт. |
| 6 | Марлевые сечки | 2 шт. |
| 7 | Ватные валики | 2 шт. |
| 8 | Раствор антисептика для обработки рук (допускается имитация) | 2 мл |

1В случае, если раковиной оснастить рабочее место невозможно, экзаменуемым предлагается имитация средства для гигиенической обработки рук медицинского персонала.

2Преимущественно использовать размер М, но также должны быть в арсенале, такие размеры, как L и S.

* 1. **Симуляционное оборудование**

Таблица 6

Перечень симуляционного оборудования и его характеристики

|  |  |
| --- | --- |
| **Перечень  симуляционного оборудования** | **Техническая характеристика  симуляционного оборудования** |
| Фантомный стол для студентов | Стол оборудован:   1. Фантомная голова -1шт., которая состоит из лицевой маски, маски полости рта, модель верхней и нижней челюстей, крепление головы   2. Учебное место врача-стоматолога   * Передвижной блок для монтажа фантома торса с головой * Фантом торса с головой * Трубка пневмотурбины * Трубка пневмопривода * Пистолет вода/воздух/спрей * Бутыль отсоса * Бутыль ирригации * Отсос * Ножная педаль управления * Светильник LED на штанге, вращается во всех направлениях и имеет два режима яркости света. Выключатель расположен на светильнике. * Стул стоматолога * Рукоятка воздушной турбины (высокоскоростная рукоятка) – 2 шт. * Рукоятка пневмопривода (низкоскоростная рукоятка) – 1 шт. * Видеокамера * Монитор |

1. **Перечень ситуаций и раздел подготовки**

Таблица 6

Перечень ситуаций (сценариев) станции и соответствие их матрице компетенций

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № оценочного листа | **Сценарий** | **Нозология** |
| ?? | №1 | Хронический пульпит зуба 7.5 |
| ?? | №2 | Хронический локализованный катаральный гингивит |
| ?? | №3 | Частичная потеря зубов верхней и нижней челюсти |
| ?? | №4 | Острый одонтогенный периостит верхней челюсти справа |

1. **Информация (брифинг) для аккредитуемого**

**Брифинг (сценарий) № 1.**

Вы стоматолог общей практики. Пациент А., 6 лет пришел на ежегодный осмотр.До этого Вы пациента никогда не видели. Анамнез собран (без особенностей). На мезиальной контактной поверхности зуба 7.5 кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба в одной точке, полость зуба вскрыта, длительная реакция на холодовой раздражитель.

Задание: Проведите осмотр, соблюдая права пациента, правила асептики и антисептики. Озвучьте данные осмотра (в т.ч. зубную формулу) для записи в карту медицинской сестре, находящейся в кабинете (за перегородкой). Дайте рекомендации пациенту. В кабинете только пациент, с которым можно общаться.

**Брифинг (сценарий) № 2.**

Вы стоматолог общей практики. Пациент M., 30 лет, обратился с жалобами на кровоточивость десен, неприятный запах изо рта.До этого Вы пациента никогда не видели. Анамнез собран (без особенностей). При осмотре слизистая оболочка маргинальной десны в области зубов 4.3, 4.2, 4.1, 3.1, 3.2, 3.3 гиперемирована, отечна, при прикосновении кровоточит. Отложения наддесневого зубного камня в области шеек зубов.

Задание: Проведите осмотр, соблюдая права пациента, правила асептики и антисептики. Озвучьте данные осмотра (в т.ч. зубную формулу) для записи в карту медицинской сестре, находящейся в кабинете (за перегородкой). Дайте рекомендации пациенту. В кабинете только пациент, с которым можно общаться.

**Брифинг (сценарий) № 3.**

Вы стоматолог общей практики. Пациент M., 45 лет, обратился с жалобами на потерю зубов, нарушение жевания.До этого Вы пациента никогда не видели. Анамнез собран (без особенностей). При осмотре частичная потеря зубов верхней и нижней челюсти.

Задание: Проведите осмотр, соблюдая права пациента, правила асептики и антисептики. Озвучьте данные осмотра (в т.ч. зубную формулу) для записи в карту медицинской сестре, находящейся в кабинете (за перегородкой). Дайте рекомендации пациенту. В кабинете только пациент, с которым можно общаться.

**Брифинг (сценарий) № 4.**

Вы стоматолог общей практики. ПациенткаЛ., 36 лет, обратился с жалобами на боль в области ранее леченого зуба, отек щеки, температуру тела 380С, общее недомогание. До этого Вы пациента никогда не видели. Анамнез собран (без особенностей). При осмотре нарушение конфигурации лица за счет отека мягких тканей в области правой щеки. При осмотре зуб 1.5 под пломбой, перкуссия болезненна, переходная складка в области 1.5 гиперемирована, отечна, при пальпации болезненный инфильтрат.

Задание: Проведите осмотр, соблюдая права пациента, правила асептики и антисептики. Озвучьте данные осмотра (в т.ч. зубную формулу) для записи в карту медицинской сестре, находящейся в кабинете (за перегородкой). Дайте рекомендации пациенту. В кабинете только пациент, с которым можно общаться.

1. **РЕГЛАМЕНТ РАБОТЫ ЧЛЕНОВ АК НА СТАНЦИИ**
   1. **Действия членов АК перед началом работы станции:**
2. Проверка комплектности и соответствия оснащения станции требованиям паспорта (оснащение рабочего места членов АК, симуляционное оборудование, медицинское оборудование, мебель и прочее оборудование).
3. Проверка наличия на станции необходимых расходных материалов (с учетом количества аккредитуемых).

3. Проверка наличия письменного задания (брифинг) перед входом на станцию.

4. Проверка наличия паспорта станции в печатном виде.

5. Проверка наличия бумажных чек-листов (с учетом количества аккредитуемых), или сверка своих персональных данных в электронном чек-листе (ФИО и номера сценария).

6.Активизация на компьютере Единой базы данных ОС (Минздрава России) по второму этапу аккредитации.

**10.2.Действия членов АК в ходе работы станции:**

1. Идентификация личности аккредитуемого, внесение идентификационного номера в чек-лист (в бумажном или электронном виде).
2. Заполнение чек-листа - проведение регистрации последовательности и правильности/расхождения действий аккредитуемого в соответствии c критериями, указанными в чек-листе.
3. Заполнение дефектной ведомости (в случае необходимости).
4. **РЕГЛАМЕНТ РАБОТЫ ВСПОМОГАТЕЛЬНОГО ПЕРСОНАЛА НА СТАНЦИИ**

**11.1.****Действия вспомогательного персонала перед началом работы станции:**

1. Подготовка оснащения станции в соответствие стребованиям паспорта (рабочее место членов АК, симуляционное оборудование, медицинское оборудование, мебель и прочее оборудование).
2. Размещение на станции необходимых расходных материалов (с учетом количества аккредитуемых).
3. Размещение письменного задания (брифинг) перед входом на станцию.
4. Подготовка зубов: имитация кариозных полостей, зубного камня, гиперемии десневого края, частичной потери зубов, разрушенного зуба и гиперемии десны.
5. Подготовка паспорта станции в печатном виде (2 экземпляра для членов АК и 1 экземпляр для вспомогательного персонала).
6. Подключение персонального компьютера для работы членов АК.
7. Проверка готовности трансляции и архивации видеозаписей.
8. Проверка на наличие беспрепятственного доступа к сети Интернет.
9. Проведение синхронизации работы станции с другими станциями при использовании звукового файла (трека) с записью голосовых команд.
10. Выполнение иных мероприятий, необходимых для обеспечения работы станции.
    1. **Действия вспомогательного персонала в ходе работы станции:**
11. Приведение станции после работы каждого аккредитуемого в первоначальный вид (замена челюстей, замена набора инструментов, уборка мусора).
12. Включение звукового файла (трека) с записью голосовых команд.
13. Включение видеокамеры по голосовой команде: «Ознакомьтесь с заданием!» (в случае, если нет автоматической видеозаписи).
14. Контроль качества аудиовидеозаписи действий аккредитуемого (при необходимости).

## 

## НОРМАТИВНЫЕ И МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ СОЗДАНИЯ ПАСПОРТА

## 12.1. Нормативные акты

1. Приказ Минздрава России от 02.06.2016 N 334н «Об утверждении Положения об аккредитации специалистов»
2. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 10 мая 2016 г. № 227н "Об утверждении профессионального стандарта «Врач-стоматолог»<http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71316142/#ixzz594jrsDeO>
3. Заболевания слизистой оболочки полости рта / под ред. О.А. Успенской, Е.Н. Жулева. – Н.Новгород: НижГМА, 2017. – 504 с.
4. Жулев Е.Н. Обследование больного в клинике ортопедической стоматологии / Е.Н. Жулев, П.Э. Ершов, А.В. Кочубейник. – Н.Новгород: НижГМА, 2015. – 48 с.
5. Хирургическая стоматология / под ред Т.Г. Робустовой. – М.: Медицина, 2003. – 504 с.

* 1. **Дополнительная и справочная информация, необходимая для работы на станции**

Приложение 1

1. **Информация для конфедерата (симулированный коллега/ пациент)**

Не предусмотрена

1. **Результаты клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования**

Не предусмотрены

1. **Критерии оценивания действий аккредитуемого**

В чек-листе оценка правильности и последовательности выполнения действий аккредитуемым осуществляется с помощью активации кнопок по критериям:

«Да» – действие произведено;

«Нет» – действие не произведено

В случае демонстрации аккредитуемым действий, не внесенных в пункты чек-листа (нерегламентированных действий, небезопасных действий, дополнительные действия), необходимо зафиксировать эти действия в дефектной ведомости по данной станции, а в чек-лист внести только количество совершенных нерегламентированных, небезопасных и дополнительных действий. Каждая позиция вносится членом АК в электронный чек-лист (пока этого не произойдет, чек-лист в систему не отправится).

Для фиксации показателя времени необходимо активировать электронный чек-лист, как только аккредитуемый приступил к выполнению задания, а вносить показатель, как только аккредитуемый закончил выполнять действие. Время нахождения аккредитуемого на станции не должно превышать установленных значений.

1. **Дефектная ведомость**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Станция «Ампутационные методы лечения осложненного кариеса»**  **Образовательная организация \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | |
| **№** | Список нерегламентированных и небезопасных действий, отсутствующих в чек-листе\* | Номер аккредитуемого | Дата | Подпись члена АК |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **№** | Список дополнительных действий, имеющих клиническое значение, не отмеченных в чек-листе\* | Номер аккредитуемого | Дата | Подпись члена АК |
|  |  |  |  |  |
|  | | | | |

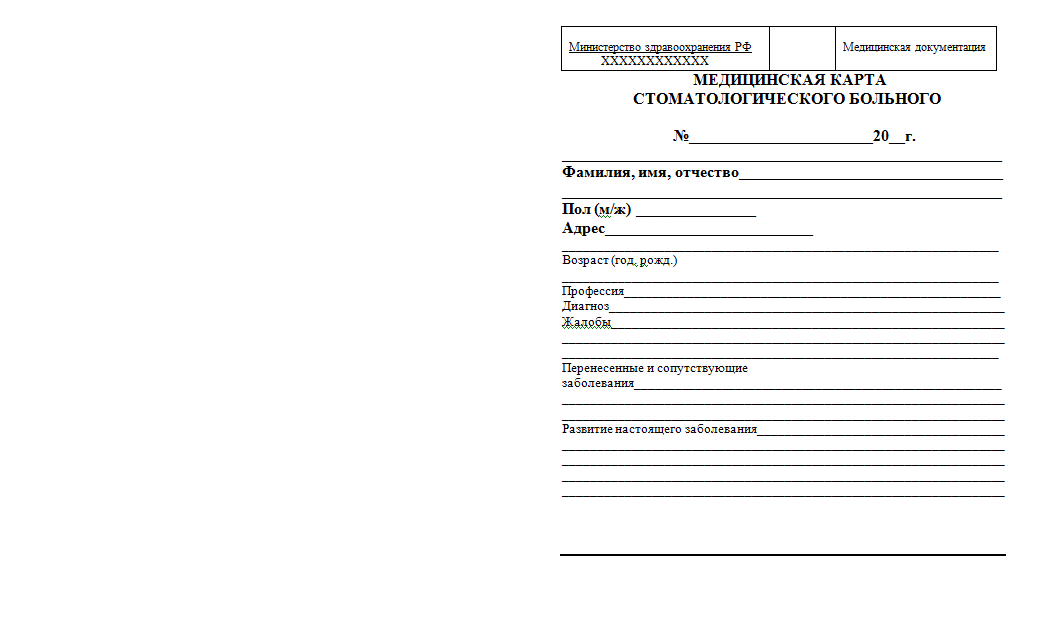
Дополнительные замечания к организации станции в следующий эпизод аккредитации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

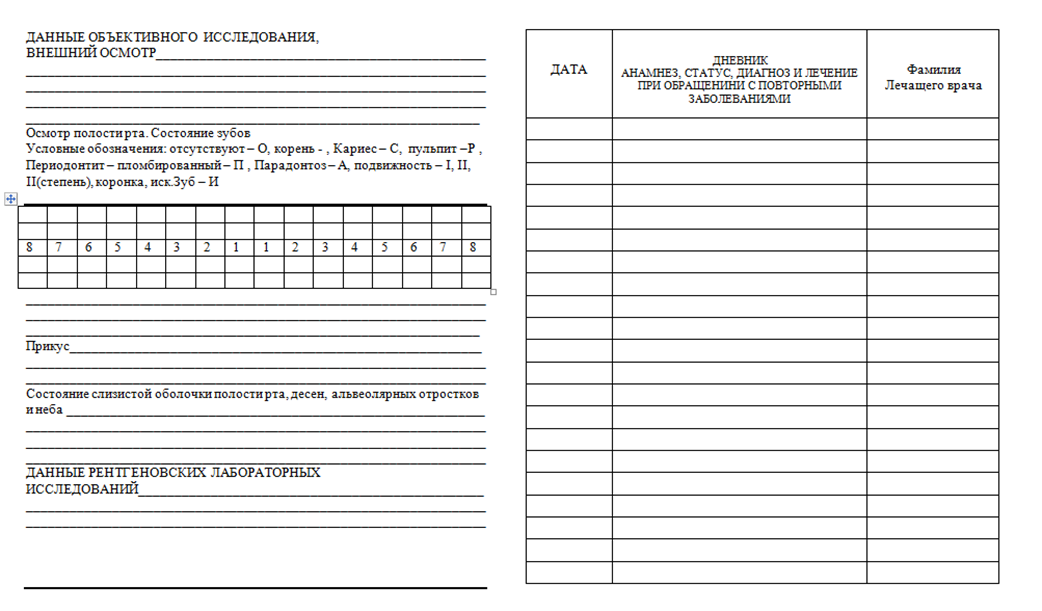
ФИО члена АК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Оценочный лист**

Находится на стадии разработки

1. **Медицинская документация**

****



Приложение 1

Обследование больного слагается из выяснения причин болезни, механизма её развития, морфологических и функциональных изменений органов, особенностей клинической картины болезни. Обследование заканчивается постановкой диагноза и составлением плана лечения.

Обследование больного включает *основные методы* (сбор анамнеза, объективное обследование) и *дополнительные методы* (цитологическое, бактериоскопическое исследование и др.)

Сбор анамнеза (опрос) начинают с выявления жалоб больного. Больные могут предъявлять жалобы на боль. При опросе необходимо уточнить характер боли (постоянная, при открывании рта, движении языка, приеме пищи), локализацию боли (локализованная или иррадиирующая), продолжительность боли. Отсутствие болевого синдрома при наличии элементов поражения также должно насторожить врача. Так, при первичном сифилисе и предраковых и раковых поражениях полости рта элементы поражения безболезненны.

Больные могут предъявлять жалобы на нарушение речи вследствие воспалительного отека и инфильтрата, опухоли, на гнусавость при поражении твердого и мягкого неба. Жалобы на гнилостный запах из полости рта наблюдаются при язвенно-некротическом стоматите Венсана. При эрозивно-язвенных поражениях слизистой оболочки вследствие неудовлетворительной гигиены полости рта, при сухости в полости рта больных может беспокоить галитоз. Жалобы на чувство шероховатости, стянутости слизистой оболочки полости рта наблюдаются прилейкоплакии, красном плоском лишае, хроническом гиперпластическом кандидозе, предраковых поражениях слизистой оболочки полости рта. Больные могут предъявлять жалобы на наличие элементов поражения, эстетический дефект, нередко присутствует канцерофобия. При опросе необходимо уточнить, когда появились первые жалобы и симптомы заболевания, проводилось ли ранее лечение и какова его эффективность, бывают ли рецидивы заболевания и с какой частотой.

Выслушивая жалобы больного, врач должен выявить как второстепенные, так и главные признаки заболевания, сосредоточив внимание на последних. Пациенты могут предъявлять жалобы на боль в области отдельных зубов, всей челюсти, ВНЧС, жевательных мышц, затрудненное или болезненное открывание рта, скрежет и стискивание зубов; на нарушения эстетики, жевания, речи; на наличие запаха изо рта, кровоточивости десен, гноетечения, подвижности, стираемости зубов или их отсутствие и др.

В беседе с больным необходимо осторожно выяснить эмоциональное состояние больного, его отношение к болезни и лечению. При сборе анамнеза жизни выясняется по порядку: место рождения и место жительства, домашние условия, условия работы на производстве, питание, перенесенные и сопутствующие заболевания. Выявление перенесенных и сопутствующих заболеваний имеет большое значение, так как изменения в полости рта могут быть их следствием перенесенных и отрицательно влиять на течение заболевания. Очень важно выявить условия труда, так как профессиональные вредности могут способствовать развитию характерных заболеваний (висмутовый, свинцовый стоматит, кандидоз, многоформная экссудативная эритема, метеорологический хейлит). При опросе важно установить социальные условия жизни больного, психологическое состояние, наследственный фактор, вредные привычки, курение, стрессовый фактор, прием лекарственных препаратов. Наличие аллергологического анамнеза может помочь в уточнении диагноза, и это обязательно нужно учитывать при назначении лекарственных препаратов.

При опросе больного необходимо помнить правила этики и деонтологии: профессиональное и деликатное обращение с пациентом, сохранение врачебной тайны, недопустимость негативной оценки назначенного другим врачом предыдущего лечения.

После выяснения жалоб, анамнеза и развития заболевания больного подвергают тщательному осмотру, который проводят при естественном освещении, так как искусственный свет изменяет окраску слизистой оболочки. Осмотр начинают с оценки общего состояния (хорошее, удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, очень тяжелое). Далее определяют тип конституции (нормостеник, астеник, гиперстеник), выражение лица (спокойное, возбужденное, безразличное, маскообразное, страдальческое), поведение больного (общительное, спокойное, раздражительное, негативное), речь больного (внятная, невнятная), симметричность лица, форму и окраску измененных околочелюстных тканей, оценивают состояние кожных покровов (цвет, депигментация, отеки, тургор, наличие элементов поражения), волос и ногтей.

Затем пальпируют мягкие ткани лица (оценивают консистенцию, эластичность, чувствительность к давлению), пальпируют регионарные лимфатические узлы (оценивают локализацию и количество прощупываемых узлов, болезненность при пальпации, форму, величину, поверхность, консистенцию, спаяны ли они с кожей и окружающими тканями, состояние кожи над ними). Например, при воспалении лимфатические узлы увеличены, болезненны, подвижны. При сифилисе увеличены, плотной консистенции, подвижные и безболезненные. При онкологических заболеваниях увеличены, плотные, безболезненные, спаяны с окружающими тканями.

Внешний осмотр лица пациента делают незаметно для него во время опроса: обращают внимание на изменение конфигурации лица, высоту нижней части его, выступание подбородка, линию смыкания губ, выраженность подбородочных и носогубных складок, положение углов рта, обнажение зубов или альвеолярной части при разговоре и улыбки. В клинике ортопедической стоматологии широкое распространение получило условное деление лица на три части: верхнюю, среднюю и нижнюю. Верхняя треть лица расположена между границей волосистой чисти на лбу и линией соединяющей брови. Границами средней части лица служит линия, соединяющая брови и основания перегородки носа. Нижняя треть лица – это его часть от основания перегородки носа до нижней точки подбородка. Для ортопедических целей важно различать два размера высоты нижней трети лица. Первую измеряют при сомкнутых зубах, и она называется окклюзионной. Вторую определяют в положении относительного функционального покоя, когда нижняя челюсть опущена и между зубами возникает промежуток. Это – высота относительного функционального покоя.

При обследовании височно-нижнечелюстного сустава следует обратить внимание на нарушение открывания рта и величину разобщения зубных рядов, нарушение движений нижней челюсти (прерывистые, отклонение в сторону и т.п.). Одновременно отмечается наличие болевых ощущений и шумов в суставе при движениях нижней челюсти (хруст, щелканье и т.п.). Так же определяют степень открывания рта. Затрудненное открывание рта может иметь место как при сужении ротового отверстия, так и при затруднениях движений челюсти в связи с мышечной или суставной контрактурой.

В начале проводят пальпацию сустава путем наложения пальцев на кожу, спереди козелка ушной раковины или введения пальцев в наружный слуховой проход. При пальпации сустава часто ощущаются толчки, щелканье и хруст. Шумы, хруст, щелканье можно выслушать и фонендоскопом. Пальпация позволяет уловить амплитуду движения головок нижней челюсти во время открывания и закрывания рта, синхронность движений левой и правой головок. Одновременно удается отметить щелканье, хруст, их сочетание и синхронность с различными фазами открывания рта. Для головок нижней челюсти характерно два вида движения, определяемые при пальпации, а именно нормальное, плавное без выхождения за вершину суставного бугорка и движение с большой амплитудой, с выхождением на вершину суставного бугорка или в сторону. Часть таких экскурсий может быть на грани подвывиха. Наконец, может иметь место привычный вывих с полным выхождением головки из суставной впадины, за вершину бугорка.

К функциональным пробам относится проверка экскурсии нижней челюсти при открывании и закрывании рта. При этом может быть отмечено следующие три типа ее движений. При первом, называемом прямым (нормальный, плавный), траектория резцовой точки на сагиттальной плоскости при открывании и закрывании рта не смещается в сторону, а является четко вертикальной. При втором – волнообразном (зигзагообразный, ступенчатый) резцовая точка при движении нижней челюсти смещается вправо или влево от сагиттальной плоскости, образуя зигзаг – это движение называется дивиацией. Когда траектория резцовой точки сочетает в себе элементы прямого и волнообразного движения нижней челюсти, говорят о комбинированном движении. К этому типу относятся также и те траектории, которые при открывании рта имеют прямолинейное направление, а при закрывании возникает зигзаг. Третий тип характеризуется смещением нижней челюсти при открывании рта в сторону, как правило, более пораженного сустава. Это движение называется флексия.

Также обязательно проводят пальпацию жевательных мышц, поднимающих и опускающих нижнюю челюсть. При этом необходимо обратить внимание на тонус мышц (нормальный, повышенный, пониженный) и наличие болезненных точек в мышцах.

Осмотр слизистой оболочки полости рта начинают с красной каймы губ. Обращают внимание на цвет (цианотичный при сердечной недостаточности, гиперемия при воспалительном процессе), состояние углов рта, наличие элементов поражения. На поверхности красной каймы губ можно увидеть белые или желтовато-серые точки – сальные железы (железы Фордайса). Увеличение количества данных желез (как вариант нормы) многие пациенты принимают за патологию.

После осмотра губ следует перейти к осмотру преддверия полости рта. Обращают внимание на цвет, степень увлажнения слизистой оболочки полости рта, глубину преддверия, прикрепление уздечек верхней и нижней губы, наличие щечно-альвеолярных тяжей, на форму и величину альвеолярного гребня, характер его скатов, наличие элементов поражения. В норме на внутренней поверхности губ определяется бугристая поверхность, обусловленная локализацией в подслизистом слое слюнных желез, и выводные протоки этих желез. Затем с помощью зеркала осматривают внутреннюю поверхность щек. По линии смыкания зубов располагаются сальные железы (железы Фордайса), увеличение количества которых также не следует принимать за патологию. На уровне верхних вторых моляров расположены выводные протоки околоушных слюнных желез. На слизистой оболочке щек могут быть отпечатки зубов. Нормальная слизистая оболочка губ и щек подвижна и легко берется в складку. При наличии гиперкератоза подвижность поверхностных отделов слизистой ограничена, вследствие чего слизистую невозможно собрать в складку. После исследования преддверия полости рта определяют состояние зубов и прикус.

Осмотр зубов проводят в определенном порядке, начиная с третьего моляра первого сегмента верхней челюсти, и заканчивая третьим моляром четвертого сегмента нижней челюсти. При осмотре каждого зуба обращают внимание на следующее: 1) его положение; 2) форму; 3) цвет; 4) состояние твердых тканей; 5) устойчивость зуба; 6) соотношение вне альвеолярной и внутри альвеолярной его частей; 7) положение по отношению к окклюзионной поверхности зубного ряда; 8) наличие пломб, коронок, вкладок и их состояние.При обследовании отдельных зубов обращают внимание на дефекты твердых тканей (кариес, клиновидные дефекты, гипоплазия эмали, флюороз, дефекты вследствие травмы, химические ожоги и т.д.). При обследовании зубных рядов обращают внимание на их форму, размер и топографию дефектов, их вид: включенные, концевые, комбинированные.

Порядок расположения зубов фиксируется в виде зубной формулы, в которой отдельные зубы или их группы записываются цифрами или буквами и цифрами. Полная формула зубов построена таким образом, что в ней записывают зубы каждой половины челюстей арабскими порядковыми цифрами.Молочные зубы в полной формуле обозначаются римскими цифрами.

Условные обозначения состояния отдельных зубов и зубных рядов: зуб отсутствует - 0, корень - R, Кариес - С, Пульпит - Р, периодонтит - Pt, пломбированный - П, пародонтоз - А, подвижность - I, II III (степень), коронка - К, искусственный зуб – И, Ф – флюороз, Кл – клиновидный дефект, Г – гипоплазия.

При обследовании зубов обращают внимание на их положение по отношению к рядом стоящим зубам и смыкание с антагонистами. В переднем отделе кроме этого следует обратить внимание на глубину перекрытия нижних резцов верхними (на 1/3 - норма, ½, более ½- глубокое резцовое перекрытие). Затем следует установить форму зубных дуг (эллипсоидная, параболическая, трапециевидная, сплюснутая и др.). Выясняется также характер смыкания зубных рядов в центральной окклюзии – прикус. Виды прикуса делятся на физиологические: ортогнатический, прямой, глубокое резцовое перекрытие, ортогнатический прикус с протрузией или ретрузией передних зубов, и патологические: мезиальный, дистальный, глубокий, открытый, перекрестный. Проводится анализ окклюзионных контактов в центральной, передней и боковых окклюзиях.

При клиническом обследовании важно определить уровень гигиены полости рта и оценить состояние маргинального пародонта. При осмотре обращают внимание на состояние десны (признаки воспаления, атрофия) и зубодесневой бороздки (глубина, наличие пародонтальных карманов, экссудацию), на соотношение внутри- и вне- альвеолярной части зуба. Глубину зубодесневого кармана определяют пародонтальным зондом.

Также обращают внимание на подвижность зубов. Различают физиологическую и патологическую подвижность зубов. Первая является естественной и незаметной невооруженным глазом. Вторая же является следствием патологического состояния в зубочелюстной системе. Для патологической подвижности характерно заметное смещение зубов при небольших усилиях. Подвижность зубов – очень чуткий индикатор состояния пародонта. Очень важно зарегистрировать начальные признаки подвижности зубов. Это позволит диагностировать поражение пародонта в его начальной стадии. Патологическая подвижность исследуется как при открытом рте, так и при различных перемещениях нижней челюсти из одного окклюзионного положения в другое. Последние позволяет иногда выявить причину патологии пародонта и связанной с ней патологической подвижности (нарушение окклюзии, в том числе наличие преждевременных контактов). Следует различать степени патологической подвижности зубов. При первой степени имеет место смещение зуба в одном направлении (вестибуло-оральном). При патологической подвижности второй степени зуб имеет видимуюсмещаемость как вестибуло-оральном, так и в мезиодистальном направлении. При патологической подвижности третьей степени зуб, кроме того смещается и в вертикальном направлении. При четвертой, крайней, степени подвижности возможны вращательные движения зуба. Третья и четвертая степени подвижности свидетельствуют о необратимых изменениях пародонта (Д.А. Энтин). Степень подвижности зубов определяют с помощью пинцета.

Следует отметить, что при записи данных обследования в медицинской карте фиксируют только те патологические изменения обследуемых областей, которые имеют значение для выбора конструкции протеза или метода лечения. Например, при отсутствии изменений в конфигурации лица больного не следует описывать отсутствие изменений в каждом отдельном пункте обследования (симметричность лица, отсутствие снижения нижней трети лица, отсутствие нарушения открывания рта и т.д.). Следует ограничиться одной фразой: «При внешнем осмотре патологических изменений не отмечено». Это же относится и к обследованию слизистой оболочки, зубных рядов и т.д. Например, при отсутствии торуса не следует писать: "торус не выражен», т.е. этот пункт пропускается, и, наоборот, следует писать, что альвеолярные бугры верхней челюсти выражены слабо, т.к. это имеет значение для фиксации съемных протезов при частичной и полной потере зубов.

При осмотре собственно полости рта обращают внимание на цвет и увлажненность слизистой оболочки. В норме слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, равномерно увлажнена, чистая. При сердечной недостаточности слизистая оболочка приобретает цианотичный оттенок, при воспалении – ярко красного цвета, при патологии гепатобиллиарной системы отмечается желтушность слизистой оболочки, при остеохондрозе, лейкозе выражена бледность слизистой оболочки полости рта, при адиссоновой болезни – бронзовый оттенок слизистой оболочки. Белесоватый оттенок слизистой оболочки указывает на явление пара- или гиперкератоза. Пигментации слизистой оболочки обусловлены избыточным содержанием меланина, гемосидерина, порфирина, отложений солей тяжелых металлов (висмута, свинца). В норме наблюдается очаговая пигментация слизистых оболочек у жителей Средней Азии, Закавказья, представителей негроидной расы, арабов. При гипосаливации и ксеростомии отмечается сухость слизистой оболочки, что определяется при осмотре характерным симптомом «залипания зеркала». Гиперсаливация наблюдается при гиповитаминозе С, ящуре, интоксикации солями меди.

На слизистой оболочке твердого неба по средней линии позади центральных резцов располагается резцовый сосочек, за ним вдоль срединного шва неба можно увидеть небный валик, который иногда достаточно выражен, что следует рассматривать как вариант нормы.

При осмотре языка необходимо обращать внимание на его форму, размеры, складчатость, цвет слизистой оболочки, влажность, эластичность языка, выраженность сосочков, характер налета, его цвет и локализацию, наличие и локализацию элементов поражения, наличие очагов десквамации эпителия, гиперплазию или атрофию сосочков. Различают нитевидные, грибовидные, листовидные и желобоватые сосочки языка. Нитевидные сосочки расположены на всей дорсальной поверхности языка. Грибовидные сосочки в виде красных точек располагаются по всей дорсальной поверхности языка с преимущественной локализацией на кончике и боковой поверхности передней трети языка. Листовидные сосочки в виде складок расположены на боковой поверхности задней половины спинки языка. Желобоватые сосочки расположены на границе между телом и корнем языка, вдоль терминальной борозды в виде римской цифры V. Многие пациенты принимают желобоватые сосочки за патологию. В области корня языка располагаются венозные сплетения, которые больные расценивают как проявление патологии.

Далее осматривают слизистую оболочку вентральной поверхности языка, уздечку языка, выводные протоки подъязычных и подчелюстных слюнных желез, дно полости рта.

При наличии элементов поражения оценивают их локализацию, форму, размер, тенденцию к слиянию, цвет окружающей слизистой оболочки, наличие уплотнения, папилломатозных разрастаний, гиперкератоза.

Для определения характера краев элемента поражения или новообразования проводят пальпацию. Оценивают болезненность, уплотнение, воспалительный инфильтрат в основании, кровоточивость.

Для диагностики полостных образований (кист, гематом) можно провести пункцию элемента поражения с помощью троакара или пункционной иглы.

При обследовании слизистой оболочки полости рта определяют феномен изоморфной реакции Кебнера, проявляющийся возникновением элементов поражения на месте раздражения слизистой оболочки любым экзогенным фактором, а при наличии пузырей и эрозий с обрывками покрышки пузыря - симптом Никольского, который проявляется отслаиванием эпителия видимо неизмененной слизистой оболочки при потягивании за покрышку пузыря.

При осмотре слизистой оболочки обращают внимание на наличие или отсутствие избытков слизистой оболочки в виде "петушиного гребня", тяжей, рубцов, складок слизистой оболочки. Путем пальпации определяют: рельеф альвеолярного отростка (гладкий, бугристый), податливость слизистой оболочки (податливая, плотная, истонченная, рыхлая), подвижность складок, их расправляемость при соответствующем усилии пальца, скрытые костные выступы, болезненные при небольшом надавливании.

При частичной и полной потере зубов отмечается степень атрофии альвеолярного отростка верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти (лёгкая, умеренная, выраженная), характер атрофии (равномерная, неравномерная), глубина преддверия полости рта, наличие костных выступов (экзостозов) и острых краев лунок после удаления зубов, места прикрепления уздечек губ, языка и места прикрепления щечно-альвеолярных тяжей слизистой оболочки (у основания альвеолярного отростка, на середине ската или у его вершины). На нижней челюсти отмечается выраженность внутренних косых линий, их болезненность при пальпации, плотность и подвижность слизистых бугорков в ретромолярной области. На верхней челюсти - высота свода твердого неба, наличие торуса, выраженность альвеолярных бугров, степень податливости слизистой оболочки твердого неба.

При необходимости назначают дополнительные методы обследования: рентгенографию, цитологическое, бактериоскопическое исследование, использование систем для хемилюминесцентной диагностики, электромиографию, лабораторные методы исследования и др.

Обследование больного заканчивается постановкой диагноза, который отражает как морфологические, так и функциональные нарушения. Диагноз следует формулировать так, чтобы, во-первых, охарактеризовать причину болезни, т.е. этиологию и патогенез; во-вторых, дать представление о патологоанатомической основе болезни, ее локализации; в-третьих, указать на степень и характер функциональных расстройств; в-четвертых, уточнить особенности течения и форму заболевания.

Иногда человек болен одновременно двумя болезнями. При этом может возникнуть вопрос: какое из них считать основным, а какое сопутствующим? Известный советский клиницист-терапевт А.Л.Мясников рекомендовал считать основной ту болезнь, которая: 1) является более серьезной в отношении сохранения жизни и трудоспособности; 2) привела в данное время больного к врачу; 3) на лечение которой было направлено главное внимание последнего. Больной может обратиться к врачу с несущественными жалобами в то время, как у него может быть серьезное поражение зубочелюстной системы, о котором он не знает. После постановки диагноза (диагнозов) он должен быть идентифицирован по международному классификатору болезней (МКБ).

1. Перечень обязательного оснащения кабинета (станции) не отражает перечень оснащения реального кабинета, а содержит только тот минимум, который необходим для решения конкретной задачи данной экзаменационной станции. По усмотрению организаторов кабинет может быть дополнительно оснащён в соответствии с нормативной базой, но не создавать при этом помех для основной цели работы на станции [↑](#footnote-ref-2)