

Ж.А. Ашуев,
д.м.н., ст. научный сотрудник

В.Д. Вагнер,
д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ,
зам. директора

В.А. Семкин,
д.м.н., профессор, заслуженный врач
РФ, зав. отделением хирургической
стоматологии

Л.Е. Смирнова,
к.м.н., ст. научный сотрудник

ЦНИИС и ЧЛХ

Заполнение медицинской карты стоматологического больного при перикороните

Перикоронит является распространенным заболеванием зубочелюстной системы. В общей структуре оказания медицинской помощи больным в стоматологических медицинских организациях это заболевание встречается до 60–80% случаев при прорезывании «зубов мудрости» на нижней челюсти. При несвоевременном или неправильном лечении перикоронит может перейти в хроническую форму, при которой воспалительные явления полностью не стихают, нередко возникают обострения. Во время ремиссии жалоб не бывает. Довольно часто перикоронит является причиной развития позадиомолярного периостита — у 10,6% пациентов, абсцессов и флегмон в прилегающих окологлазничных мягких тканях, остеомиелита.

В международной классификации болезней десятого пересмотра перикоронит отнесен к рубрике «гингивит и болезни пародонта» под кодами K 05.22 — острый перикоронит и K05.32 — хронический перикоронит.

В настоящее время в отделе организации стоматологической службы, лицензирования и аккредитации ЦНИИС и ЧЛХ завершена разработка клинических рекомендаций (протокола лечения) при лечении перикоронита и их проект передан в комиссию по стандартизации Стоматологической Ассоциации России. В соответствии с этими рекомендациями нами на примере перикоронита зуба 38 подготовлен минимальный объем записи в медицинской карте стоматологического больного при перикороните, отражающий, по нашему мнению, полноту диагностики и адекватность проведенных лечебных мероприятий.

Диагноз: «Перикоронит (острый или хронический) в области зуба 38»

Жалобы. Боль в области зубов 37 и 38, боль при глотании, затруднение при открывании рта и приеме пищи.

Анамнез. Жалобы появились два дня назад, постепенно нарастают. Прием внутрь анальгетиков улучшения не принес.

Объективно. Состояние удовлетворительное, температура тела 38,1°C. При внешнем осмотре определяется небольшая припухлость в левой поднижнечелюстной области за счет отека мягких тканей. Кожа над припухлостью в цвете не изменена, в складку собирается хорошо. При пальпации определяются увеличенные (до 2 см в диаметре), уплотненные, болезненные, ограниченно подвижные поднижнечелюстные лимфатические узлы слева. Открывание рта ограничено (2 см между центральными резцами), болезненно. Слизистая оболочка полости рта в ретромолярной области, передней небной дужки слева и по переходной складке слева в области зуба 37 отечна. В области зуба 38 имеется «капюшон» слизистой оболочки, из-под которого выделилась капля гноя, зуб 38 прорезался медиальными буграми. Пальпация тканей в области зуба 38 резко болезненна. Миндалины не увеличены. Ткани в области челюстно-язычного желобка слева свободны. На рентгенограмме нижней челюсти в боковой проекции слева определяется правильное положение зуба 38 в зубном ряду, патологических изменений костной ткани в области зуба 38 не отмечается.

Лечение. При перикороните основной задачей лечения является снятие воспалительного процесса и устранение его причины. Для снятия воспалительных явлений назначается общее лечение. Причины возникновения воспалительного процесса можно устранить путем рассечения или иссечения «капюшона» или удалением причинного зуба. В связи с тем, что рассечение «капюшона» является малоэффективным и через определенный промежуток времени «капюшон» появляется снова, то в последнее время оно не рекомендуется в практическом здравоохранении, поэтому мы его не описываем в настоящей статье. Ниже мы приводим записи в медицинской карте стоматологического больного при иссечении «капюшона» и операции удаления зуба.

Вариант записи при операции иссечения «капюшона»

Под мандибулярной (торусальной) и инфльтрационной анестезией (название, концентрация, доза) произведено скальпелем (ножом Слюсаря, радиоскальпелем, лазером) иссечение мягких тканей в области зуба 38, коронка зуба полностью освобождена от слизистой оболочки. Рана промыта раствором фурацилина в разведении 1:5000 (или другим антисептиком — указать каким), в нее введен йодоформный тампон (или аналог). Дан совет.

Вариант записи ведения дневника после иссечения «капюшона»

Жалобы. Боль и затруднения при открывании рта.

Объективно. Состояние удовлетворительно, температура тела 37,5°C. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, безболезненные. Рот открывается на 2,0 см между резцами. При насильственном разведении челюстей установлено, что йодоформная турунда (или аналог) хорошо фиксирована на коронке зуба, мягкие ткани в ретромолярной области гиперемированы, отечные.

Лечение. Турунда туширована 3% настойкой йода.

Медикаментозное лечение продолжить. Дан совет. Явка на перевязку (указать число).

При неправильном положении зуба, недостатке места в альвеолярной части челюсти, деструкции костной ткани у шейки зуба и по ходу корня, рецидивах воспалительного процесса зуб «мудрости» подлежит удалению.

Вариант записи при операции удаления зуба

Под мандибулярной и инфльтрационной анестезией (название, концентрация, доза) произведен скальпелем (ножом Слюсаря, радиоскальпелем, лазером) линейный разрез размером 2 см «капюшона» позади зуба 37. Отслоен слизисто-надкостничный лоскут. С помощью бормашины сделан доступ к зубу и по известной схеме произведено удаление зуба, костная рана обработана раствором антисептика — 0,05% раствором хлоргексидина, удалены остатки зубного мешочка. Слизисто-надкостничный лоскут адаптирован на место и ушит с помощью шовного материала. В лунку введены неоконус и 2,0 см альвожил-турунды.

Общее лечение. Ampicilin 0,5 по 1 таблетке 4 раза в сутки, Diasolini 0,1 по 1 драже 3 раза в сутки (или аналоги).

Местное лечение. Обработка антисептическими и противовоспалительными средствами (0,05% раствор хлоргексидина биглюконата, препараты кеторолака), слабым гипертоническим раствором и раствором «Стоматофита».

Рекомендации. Антисептические и противовоспалительные ротовые ванночки слабым гипертоническим раствором и раствором «Стоматофита» через 2—3 часа после удаления с периодичностью 7—10 раз в сутки в течение 3 дней, явка на повторный осмотр к врачу-стоматологу-хирургу на следующий день.

Выдан листок нетрудоспособности.

По нашему мнению, подобное заполнение медицинской карты стоматологического больного позволяет обеспечить защиту врача и пациента при возникновении конфликтных ситуаций.