

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ

Аветіков Д.С., Локес К.П., Яценко І.В.

АЛГОРИТМ ТА ОСОБЛИВОСТІ
НАПИСАННЯ АКАДЕМІЧНОЇ ІСТОРІЇ
ХВОРОБИ В КЛІНІЦІ ХІРУРГІЧНОЇ
СТОМАТОЛОГІЇ ТА ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ
ХІРУРГІЇ

Навчально-методичний посібник

ПОЛТАВА 2018

УДК 616. 31-089 (07)

ББК 56.6

А 19

Рекондовано Вченою радою Української медичної стоматологічної академії, як навчально-методичний посібник для студентів стоматологічних факультетів Закладів вищої освіти МОЗ України (Протокол №2, від 17.10.2018 р.)

Автори:

Д.С. Аветіков – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії з пластичною та реконструктивною хірургією голови та шиї Української медичної стоматологічної академії.

К.П. Локес – кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії з пластичною та реконструктивною хірургією голови та шиї Української медичної стоматологічної академії.

І.В. Яценко – кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії з пластичною та реконструктивною хірургією голови та шиї Української медичної стоматологічної академії.

Даний навчально-методичний посібник містить рекомендації щодо особливостей обстеження пацієнта в клініці хірургічної стоматології та оформлення академічної історії хвороби, а також навчальний матеріал з питань етіопатогенезу, клініки, діагностики, диференціальної діагностики, методів лікування і реабілітації хворих із найбільш розповсюдженими захворюваннями щелепно-лицевої ділянки. Навчально-методичний посібник оснащений довідковим матеріалом у вигляді таблиць по фізіологічних константах організму людини, по фізіотерапевтичному лікуванню, клінічним ознакам змінених лімфатичних вузлів лиця і шиї, таблицею по диференціальній діагностиці виразок слизової оболонки порожнини рота, обов'язковим рецептурним переліком, показником симптомів і синдромів, наведений список необхідної і додаткової літератури.

Навчально-методичний посібник призначений для студентів стоматологічних факультетів Вищих медичних навчальних закладів, також може бути використаний для лікарів-інтернів, клінічних ординаторів, лікарів-стоматологів.

ЗМІСТ:

ВСТУП

Схема історії хвороби

Загальні принципи обстеження хірургічного
стоматологічного пацієнта

Методика обстеження пацієнта

I. Суб'єктивне дослідження стану пацієнта

II. Об'єктивне дослідження стану пацієнта

1. Зовнішній огляд пацієнта

2. Обстеження шкіри

3. Обстеження підшкірно-жирової клітковини

4. Видимі слизові оболонки

5. Обстеження лімфатичних вузлів

6. Обстеження кістково-м'язової системи

7. Обстеження грудної клітини і органів подиху

8. Обстеження серцево-судинної системи

9. Обстеження системи органів травлення

10. Обстеження органів сечостатевої системи

11. Обстеження нервово-психічної системи

12. Обстеження ендокринної системи

III. Характеристика місцевого статусу

IV. Попередній діагноз

V. План обстеження пацієнта

***VI. Результати лабораторних, клінічних,
біохімічних і спеціальних методів дослідження***

VII. Клінічний діагноз

VIII. Диференціальний діагноз

IX. Остаточний діагноз

X. Етіологія і патогенез основного захворювання

XI. Основні принципи лікування і план лікування пацієнта

XII. Щоденник із відображенням динаміки захворювання

і корекції лікувальних призначень, температурний лист

XIII. Епікриз

XIV. Прогноз захворювання. Реабілітація пацієнта.

Рекомендації хворому

XV. Перелік використаної літератури

XVI. Список рекомендованої літератури

Додатки.

**ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»
КАФЕДРА ХІРУРГІЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ ТА ЩЕЛЕПНО-
ЛИЦЕВОЇ ХІРУРГІЇ З ПЛАСТИЧНОЮ ТА РЕКОНСТРУКТИВНОЮ
ХІРУРГІЄЮ ГОЛОВИ ТА ШИЇ**

Історія хвороби

Завідувач кафедрою

до захисту допускається

Оцінка при захисті

Керівник групи

історії хвороби

ІСТОРІЯ ХВОРОБИ

(Прізвище, ім'я, по батькові пацієнта)

КЛІНІЧНИЙ ДІАГНОЗ:

Основне захворювання:

Супутнє захворювання:

Ускладнення:

Прізвище, ім'я, по батькові студента _____

V курс стоматологічного факультету

Група _____

Полтава, рік

ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

Дата госпіталізації _____ Дата виписки _____ Відділення _____

Переведений у відділення _____

Проведено ліжко-днів _____

Група крові _____ Резус-чинник _____

Побічна дія ліків (непереносимість) _____

(назва препарату, характер побічної дії)

1. Прізвище, ім'я, по-батькові пацієнта _____

2. Дата і рік народження (вік) _____

3. Стать _____

4. Постійне місця проживання _____

5. Місце роботи, професія або посада _____

(для тих, хто навчається – місце навчання, для інвалідів – вид і група інвалідності)

6. Ким направлен хворий _____

(назва лікувального заклада)

7. Доставлений у лікарню по термінових показаннях: так, ні, через _____

годин після початку захворювання; госпіталізований планово (підкреслити).

8. Діагноз при направленні _____

9. Діагноз при госпіталізації в клініку _____

10. Діагноз клінічний _____

11. Діагноз остаточний:

а) основне захворювання _____

б) ускладнення основного захворювання _____

в) супутні захворювання _____

12. Госпіталізований у цьому році з приводу зазначеного захворювання:
уперше, повторно (підкреслити), усього _____ разом.

13. Хірургічні операції, методи знеболювання і післяопераційні
ускладнення _____

14. Інші види лікування _____
(спеціальне – променеве, комбіноване, хіміотерапія, гормональними
препаратами, паліативне, симптоматичне)

15. Позначка про видачу листка непрацездатності: № _____ із _____
по _____

16. Ісхід захворювання: виписаний після видужання, із поліпшенням, без
змін, стан погіршилося, помер; переведений в інший заклад (назва
лікувального _____ закладу)

17. Працездатність відновлена цілком, знижена, тимчасово втрачена,
непохитно втрачена в зв'язку з зазначеним захворюванням, по інших
причинах (підкреслити).

18. Для тих, хто надійшов на експертизу - висновок _____

19. Особливі примітки _____

Лікар (куратор) _____ (підпис)

ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ ОБСТЕЖЕННЯ ХІРУРГІЧНОГО СТОМАТОЛОГІЧНОГО ПАЦІЄНТА

Обстеження хірургічного стоматологічного пацієнта здійснюється в суворому порядку по встановленій схемі. У такому випадку можна уникнути втрати важливих деталей захворювання.

I. Суб'єктивне обстеження пацієнта:

1. Скарги пацієнта (*Molesta*).
2. Анамнез захворювання (*Anamnesis morbi*).
3. Анамнез життя (*Anamnesis vitae*).

II. Об'єктивне обстеження пацієнта (*Status presens objectivus*).

– загальний вид: загальний стан, свідомість, положення пацієнта, шкіра і видимі слизові оболонки, підшкірна клітковина, лімфатичні вузли; кістково-м'язова система, хребет, кінцівки;

- обстеження грудної клітини й органів дихання;
- обстеження серцево-судинної системи;
- обстеження органів черевної порожнини;
- обстеження органів сечостатевої системи;
- обстеження нервової системи;
- обстеження ендокринної системи.

III. Характеристика місцевого статусу (*Status localis, Locus morbi*).

IV. Попередній діагноз.

V. План обстеження пацієнта з вказанням й обґрунтуванням необхідності додаткових досліджень (лабораторних, клінічних, біохімічних, інструментальних, рентгенологічних) і консультації інших спеціалістів.

VI. Результати лабораторних, клінічних, біохімічних і спеціальних методів дослідження.

VII. Клінічний діагноз (основне захворювання, ускладнення, супутні захворювання).

VIII. Диференціальна діагностика (міжгрупова і внутригрупова зі схожими захворюваннями).

IX. Остаточний діагноз, обґрунтований диференціальною діагностикою (основне захворювання, ускладнення, супутні захворювання).

X. Етіологія і патогенез основного захворювання.

XI. Основні принципи лікування хвороби.

XII. План лікування пацієнта. Показання до оперативного втручання (обґрунтування), обґрунтування медикаментозних призначень. Предопераційна підготовка пацієнта, премедикація. Вибір методу знеболювання й оперативного втручання, профілактика можливих післяопераційних ускладнень. Сполучення патогенетичної терапії з додатковими видами лікування (фізіотерапія, ЛФК, симптоматичне лікування тощо).

XIII. Щоденник із відображенням динаміки захворювання і корекції лікувальних призначень.

XIV. Температурний листок.

XV. Епікріз.

XVI. Прогноз захворювання стосовно життя пацієнта, його працездатності (працездатний, тимчасово непрацездатний, інвалід) та здоров'я. Рекомендації хворому. Реабілітаційні заходи.

XVII. Наслідок захворювання (видужання, поліпшення стану, без змін, погіршення стану, смерть).

XVIII. Перелік використаної при написанні історії хвороби літератури.

Підпис куратора.

МЕТОДИКА ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТА

Метою обстеження пацієнта є встановлення діагнозу. Клінічне обстеження складається із з'ясування скарг, анамнезу захворювання й анамнезу життя пацієнта, оцінки загальних симптомів захворювання і місцевого статусу – тобто із суб'єктивного й об'єктивного дослідження.

СУБ'ЄКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ проводять за допомогою двох методів – **опитування та уточнення скарг** пацієнта.

При опитуванні з'ясовують **скарги (*Molestia*)** пацієнта в момент звертання в медичний заклад. Під час опитування необхідно встановити довірчий контакт із хворим, визначити його нервово-психічний статус, інтелект і на цій підставі проаналізувати скарги, хід перебігу хвороби. Лікар навідними запитаннями повинен допомогти хворому викласти історію хвороби.

Найчастіше основною скаргою є біль. Болісні відчуття можуть бути постійними або тимчасовими, гострими або тупими, локалізованими або розлитими, самовільними або пов'язаними з дотиком до зуба, ділянці тканин обличчя, щелеп, або пов'язаними з іншими подразниками. Патологічні процеси, що розвиваються в щелепно-лицевій ділянці, у більшості випадків є різноманітними проявами запалення (найчастіше одонтогенної природи). Вони відрізняються визначним характером болю, що може слугувати підставою для диференціальної діагностики ряду захворювань. За допомогою опитування з'ясовують характер, тривалість, інтенсивність болю, зв'язок із прийомом їжі, мовою, диханням, зміною положення тіла, часом доби та пори року.

Так, у випадку пульпіту спостерігається гострий біль в зубі розлитого характеру, часто – нічній біль, що ірадіює за ходом нервових гілок і стовбурів. Для гострого періодонтиту характерний гострий біль,

локалізованій в ділянці зуба, біль при накусванні (симптом «зуба, що виріс»). Далі біль посилюється, стає постійним і іррадіює за ходом гілок чутливих нервів.

Гострий гнійний періостит щелепи проявляється розповсюдженням болю від причинного зуба на ділянку щелепи, тобто носить розлитий характер. Біль при гострому остеомієліті щелепи, у залежності від локалізації процесу і об'єма ураження кістки, різноманітний: гострий, іррадіює за ходом нервів, розлитий.

Абсцеси, гострий лімфаденіт, специфічні запальні процеси голови та шиї, щелеп характеризуються болем ниючого характеру, що локалізується в ділянці уражених тканин. При пальпації біль може посилюватися. При флегмоні, аденофлегмоні, фурункулах, карбункулах біль носить розлитий, постійний характер. Надалі інтенсивність болю посилюється, він стає пульсуючим. Крім локального болю, при запальних процесах спостерігається головний біль, нездужання, втрата апетиту, сну, озноб і інші прояви, що відображають ступінь інтоксикації.

Хворі можуть скаржитися на біль і припухлість в ділянці слинних залоз, сухість у порожнині рота, неприємний солонуватий присмак, пов'язаний із прийомом їжі, що характерно для захворювань слинних залоз.

Больові відчуття можуть виникати при рухах нижньої щелепи, ковтанні, диханні, розмові. Це спостерігається при запальних, онкологічних захворюваннях, травмах м'яких і кісткових тканин обличчя, органів порожнини рота. Скарги на утруднене ковтання та дихання є грізним симптомом і потребують невідкладного подальшого обстеження пацієнта.

Хворі нерідко скаржаться на порушення симетрії облич'я. Це може відбуватися за рахунок набряку, інфільтрату або новоутворення тканин обличчя, щелеп, органів порожнини рота. Співставляючи скарги на біль з характером припухлості, в одних випадках можна говорити про

захворювання запального або травматичного характеру, в інших – про пухлину або пухлиноподібне утворення.

Хворі можуть пред'являти скарги з приводу дефекту або деформації обличчя і шиї (вроджена або набута). При набутих дефектах важливо встановити причину – травма, запальний, онкологічний процеси, раніше проведені операції.

Встановивши навідними запитаннями давнину і причину виникнення захворювання, з'ясувавши характер проведеного раніше лікування і його ефективність, визначають **анамнез захворювання (*Anamnesis morbi*)**.

У процесі опитування уточнюється динаміка захворювання – коли з'явилися перші симптоми, у чому вони склалися, хто їх спостерігав (хворий, оточуючі, лікар), куди звертався хворий за допомогою, яке лікування проводилося і з яким результатом. Варто ознайомитися з наявною в пацієнта документацією з приводу проведеного обстеження (виписка з історії хвороби, дані лабораторних і інших досліджень, рентгенограми, висновки консультантів).

При наявності специфічних запальних осередків, виразок, дефектів щелепно-лицевої ділянці і слизової оболонки порожнини рота варто зібрати відомості про спадковість, спосіб життя, контакти із хворими для виключення туберкульозу, сифілісу, а також уточнити результати обстежень, проведених при цих захворюваннях.

При локалізації процесу в ділянці слинних залоз з анамнезу потрібно з'ясувати, чи було припухання залози, чи пов'язано воно з прийомом їжі. Слід уточнити розвиток захворювання після операцій на внутрішніх органах, особливо черевної порожнини, малого тазу, після вірусної або іншої інфекції, а також захворювань внутрішніх органів.

При травмі, що мала місце, уточнюють, при яких обставинах вона відбулася, чи утрачав хворий свідомість і на який час, чи були нудота, запаморочення, блювота, кровотеча з носа, вух, яка була надана допомога.

Треба з'ясувати, чи вводили хворому протиправцеву сироватку або правцевий анатоксин (як, коли й у яких дозах). Потребує уточнення факт отримання травми в стані алкогольного сп'яніння.

При звертанні пацієнта з приводу кровотечі, пов'язаної з травмою, оперативним втручанням (у тому числі видаленням зуба), треба обов'язково розпитати про його тривалість при раніше перенесених операціях, порізах, забитих місцях.

При зверненні хворих із приводу болю і порушення функції скронево-нижньощелепного суглобу необхідно з'ясувати зв'язок процесу з захворюваннями серцево-судинної системи, опорно-рухового апарата й інших систем.

При пухлинах і пухлиноподібних ураженнях обличчя, щелеп та органів порожнини рота необхідно з'ясувати зв'язок процесу з іншими захворюваннями внутрішніх органів, ЛОР-органів, шкіри. А також уточнити характер росту утворення (поширений або обмежений), супутні симптоми (біль та його характер, порушення функції, зміна кольору покривів).

При вроджених дефектах треба з'ясувати дані сімейного анамнезу (спадковість), особливості перебігу першої половини вагітності і пологів у матері, особливості розвитку в дитячому віці і пізніше. При набутому дефекті важливо дізнатися його причину (травма, опік, запальні, специфічні, онкологічні процеси, раніше проведені оперативні втручання тощо).

Історія хвороби повинна відображати перебіг захворювання від моменту появи перших ознак до початку обстеження. Встановлюють коли з'явилися перші ознаки хвороби, їх динаміку, можливі причини розвитку захворювання, причини госпіталізації, посилення, ослаблення або зникнення симптомів, що виникли на початку захворювання, час появи нових клінічних ознак.

Треба з'ясувати такі питання: у якій лікувальний заклад хворий звертався по допомогу, які були проведені дослідження та їх результати, встановлений діагноз, проведене лікування і його ефективність.

У випадку хронічного перебігу хвороби необхідно зазначити в хронологічній послідовності її динаміку, а саме: періоди погіршення і поліпшення, їх причини, частота рецидивів, клінічні прояви, результати лабораторних та інструментальних досліджень, методи лікування і їх ефективність, вплив захворювання на працездатність пацієнта (користування листками непрацездатності, інвалідність). Встановлюють наявність аналогічного захворювання в родичів. Час появи, причини і клінічні прояви останнього загострення захворювання. Причини теперішньої госпіталізації (погіршення стану, для уточнення діагнозу тощо), її порядок (планова, термінова госпіталізація – доставлений "швидкою медичною допомогою"). У випадку підозри на інфекційне захворювання з'ясовують епідеміологічний анамнез.

Під час написання цього розділу використовують записи в медичній карті амбулаторного пацієнта, виписки з історії хвороби та інші наявні медичні документи.

Історія життя (*Anamnesis vitae*) – проведення цього виду обстеження пацієнта полягає в описі етапів життя пацієнта, починаючи з народження. Описують соціальну приналежність, матеріальні умови життя пацієнта.

Анамнез життя складається з даних про особливості пологів, про здоров'я батьків, умови праці, побуту, харчування, відпочинку, заняття фізичною культурою та спортом, з'ясуванні шкідливих навичок (паління, вживання алкоголю, медикаментів, наркотиків). Описують дитячі та юнацькі періоди фізичного і розумового розвитку пацієнта, умови навчання, трудової діяльності, харчування, відпочинку пацієнта.

Відзначається професія пацієнта і ті особливості, що могли викликати захворювання, служба в армії, додаткові навантаження, заняття спортом.

Вказують родинний стан пацієнта. Для жінок – початок менструацій, число вагітностей, пологів (фізіологічні, патологічні), абортів, викиднів. Вказують дані про стан здоров'я чоловіка, дітей. Це дозволяє отримати правильне уявлення про фізичне і моральне здоров'я.

Варто з'ясувати, які захворювання переніс хворий, їх перебіг, яке проводилося лікування і його результати – у хронологічному порядку встановлюють перенесені захворювання, травми, оперативні втручання (відзначають вид знеболювання), вказують характерні риси перебігу захворювання та ефективність лікування.

Звертають особливу увагу на такі захворювання, як: туберкульоз, гепатит, сифіліс, злоякісні пухлини, можливі контакти з ВІЛ-інфікованими, психічні захворювання, алергічні реакції; шкідливі звички (зловживання алкоголем, застосування наркотичних препаратів, паління, надмірне харчування).

Слід уточнити наявність у пацієнта імунних захворювань та станів. Виявлення первинних або вторинних імунодефіцитних захворювань і інших супутніх хвороб, їх зв'язку зі стоматологічним патологічним процесом дозволить правильно оцінити функціональний стан організму, уточнити діагноз.

З'ясовують гемотрансфузійний анамнез і непереносимість лікарських препаратів, алергічні реакції на харчові продукти, побутові алергени тощо.

При з'ясуванні спадковості, сімейних захворювань необхідно зібрати дані про захворювання не тільки в пацієнта, але й у найближчих родичів.

Закінчується опис життя пацієнта характеристикою трудової діяльності і побутових умов в даний час.

Під час опитування необхідно встановити довірчий контакт із хворим, бути чуйним, уважним, дотримуватися етичних і деонтологічних

принципів, визначити нервово-психічний статус, інтелект пацієнта, і на цій підставі проаналізувати скарги і хід розвитку хвороби.

При наявності в пацієнта консультативних висновків інших спеціалістів, даних лабораторних, інструментальних, рентгенологічних і інших результатів дослідження необхідно уважно ознайомитися з ними і записати в історію хвороби.

Якщо хворий знаходиться в несвідомому стані, то про характер захворювання і його перебіг розпитують у родичів або осіб, які супроводжують пацієнта.

Всі отримані дані повинні бути систематизовані і викладені в такому порядку:

1. початок захворювання (гостре, поступове);
2. послідовність виникнення ознак захворювання та їх взаємозв'язок;
3. найбільш ймовірна причина захворювання (зі слів пацієнта);
4. детальний опис розвитку і перебігу захворювання до госпіталізації.

Дані опитування, анамнезу захворювання й анамнезу життя пацієнта при уважному аналізі дозволяють скласти перше уявлення про характер захворювання (переддіагноз), на основі якого можна цілеспрямовано проводити подальше обстеження пацієнта.

ОБ'ЄКТИВНИЙ СТАН ПАЦІЄНТА (*Status praesens objectivus*)

Об'єктивне обстеження здійснюється з урахуванням специфіки хірургічного стоматологічного пацієнта в суворій послідовності.

ЗОВНІШНІЙ ОГЛЯД ПАЦІЄНТА

Загальний стан: задовільний, середнього ступеня важкості, важкий, украй важкий, агональний.

Стан свідомості: ясний, зплутаний (неясний), ступор, сопор, кома, біз свідомості, ірігративні порушення (галюцинації, нав'язливі ідеї).

Положення: активне, пасивне, вимушене (стоячи, сидячи, лежачи – описати детально).

Постава (визначається в хворих, що ходять): звичайна (пряма, струнка), сутулість, пресколіотична тощо.

Вираз облич'я: спокійний, бадьорий, збуджений, страждальницький, байдужий, маскоподібний тощо.

Зріст: високий, середній (*160-180 см для чоловіків, 155-170 см для жінок*), низький, карліковість (*до 135 см*), гігантський (*вище 200 см для чоловіків і 190 см - для жінок*).

Маса тіла (кг). **Вгодованість:** задовільна, надмірна, ступінь ожиріння (I – індекс Брока в межах 110-125%, II – 125-150%, III – 150-200%, IV – понад 200%); знижена (індекс Брока нижче 90%); виснаження (кахексія).

Конституційний тип: нормостенічний, астеничний, гіперстенічний.

Температура тіла (у градусах за Цельсієм).

ОБСТЕЖЕННЯ ШКІРИ

Колір: блідий, блідо-рожевий, рожевий, червоний, жовтяничний, землистий, бронзовий, синюшний (зазначити місця вираженого ціанозу),

"кава з молоком" тощо; ділянки депігментації та гіперпігментації; локалізація патологічно змінених ділянок.

Чистота і цілісність, наявність патологічних елементів: крововиливи, висипання (характер), вузлики, розчесані місця, ксантоми, "судинні зірочки", рубці, ерозії, виразки.

Вологість: звичайна, помірно зволожена, волога, сухість.

Еластичність і тургор: збережені, знижені; стан поверхні шкіри, її щільність. *Еластичність шкіри - спроможність збиратися в складку, тургор - спроможність розправлятися після збирання в складку.*

Стан волосяного покриву: оволосіння за чоловічим або жіночим типом (гірсутізм у жінок); зовнішній вигляд волосся – колір, блиск, розвиток (рясне, рідке, гіпертріхоз); облісіння (повне, гніздне).

Нігті: форма (звичайні, плоскі, ложкоподібні, у виді годинникових скелець); колір, прозорість, поверхня (рівна, поглиблення, борозни, тріщини), товщина і цілісність нігтьових платівок, наявність трофічних змін (тьмяні, ламкі); відсутність нігтів (оніхолізіс).

ОБСТЕЖЕННЯ ПІДШКІРНО-ЖИРОВОЇ КЛІТКОВИНИ

Ступінь розвитку: помірна, слабка, надмірна, виснаження. Товщина складки визначається по середньо-пахвовий лінії, над реберною дугою (см). **Розподіл:** рівномірний, нерівномірний (вказати ділянки переважного відкладання жирової тканини).

Пастозність, набряки: загальні, місцеві (їх локалізація), консистенція, колір шкіри над ними та її температура.

Консистенція: однорідна, неоднорідна. Наявність або відсутність підшкірної емфіземи, крепітації.

ВИДИМІ СЛИЗОВІ ОБОЛОНКИ

При огляді слизових оболонок носа, кон'юктиви звертають увагу на колір (рожевий, блідо-рожевий, блідий, жовтяничний, ціанотичний), вологість (волога, помірно волога, суха), чистоту, наявність нальоту (зазначити характер нальоту, колір), виразок, ерозій.

ОБСТЕЖЕННЯ ЛІМФАТИЧНИХ ВУЗЛІВ

Огляд і дані пальпації: зазначити стан потиличних, передніх (поверхневих) і задніх шийних, над- і підключичних, ліктьових, підколінних, пахових і стегнових лімфатичних вузлів (локалізація, кількість, форма, поверхня, консистенція, розмір, болісність, рухливість, зв'язок один з одним або оточуючими тканинами), дати характеристику стану шкіри над ними (колір, наявність виразок, рубців, норичь).

ОБСТЕЖЕННЯ КІСТКОВО-М'ЯЗОВОЇ СИСТЕМИ

Огляд: м'язи розвинуті добре, помірно, слабо, гіпертрофовані, місцева атрофія і гіпертрофія; судомні посмикування окремих груп м'язів, судоми; ущільнення, норичі. Болісність під час рухів і пальпації. Тонус м'язів (звичайний, знижений, підвищений) та їх сила за п'ятибальною системою (5 балів – нормальна, 4 – знижена, 3 – різко знижена, 2 – м'яз напружується, але не рухається, 1 – параліч).

Пальпація болісна або безболісна, тонус м'язів підвищений, знижений, задовільний. Судоми м'язів клонічні, часті, дрібні, тонічні, тетанічні. Тремтіння м'язів, дрібний тремор.

Обстеження хребта: *при огляді* виявляють фізіологічні вигини, профільний контур, патологічні скривлення (лордоз, кіфоз, сколіоз, горб), активні рухи. **Пальпація:** стан остистих відростків, навантаження хребта. **Симетричність** плечей, лопаток, гребенів клубових кісток, сідниць, нижніх кінцівок; обсяг рухів голови і хребта (нормальний, обмежений), болісність під час рухів.

Обстеження кінцівок: *огляд* попереду і позаду (положення, форма – правильна, викривлення, деформації, у тому числі по осі; симетричність щодо довжини, правильність контурів, припухлість (одно-, двобічна), нерівність поверхні, цілісність, місцеві стовщення і розм'якшення, свищі, патологічна постава, наявність рубців, пухлин, атрофія м'язів), форма суглобів і обсяг рухів у них, активні і пасивні рухи, болісність при рухах.

Пальпація: місцева температура, болісність при натискуванні на виступаючі кісткові орієнтири, крепітація, стан вен, визначення пульсації на доступних при пальпації артеріях у симетричних місцях.

Кістки: болісність під час пальпації і постукування по груднині (стерналгія), ключицях, ребрах, гребенях клубових кісток, довгих трубчастих кістках (осалгія).

Суглоби: конфігурація (правильна, змінена – припухлість, дефігурація, деформація); розміри, обсяг активних і пасивних рухів (звичайний, збільшений, обмежений, контрактура – згинальна, розгинальна, що зводить тощо; анкілози). Стан шкіри над суглобами (еластична, щільна, атрофована, напружена, розтягнута, суха, волога), зміна кольору (почервоніння, синюшність, блідість) і місцеве підвищення температури шкіри над суглобами. Наявність несправжніх суглобів, стовщень, вузликів, нориць, болісності і хрускоту під час рухів і пальпації, флуктуація. Ступінь поширення (моно-, оліго-, поліартрит), локалізація і симетричність ураження. Стан суміжних із суглобами тканин (припухлість, комірковий кальціноз тощо). Окружність змінених суглобів (см), дані аускультатії.

Патологічні зміни конфігурації суглобів.

Припухлість – рівномірне збільшення обсягу і згладженість контурів суглоба, обумовлені запальними змінами навколосуглобових тканин і накопиченням у суглобній порожнині великої кількості синовіальної рідини, запального ексудату або крові. Може виникати тільки при ураженні м'яких навколосуглобних тканин.

Дефігурація – нерівномірне збільшення обсягу суглоба і його неправильна форма, що обумовлене ексудативними і проліферативними змінами в суглобі і випотом у його порожнину.

Деформація – груба, стійка, нерівномірна зміна форми суглоба внаслідок запальних змін, фіброзно-змінених м'яких тканин суглоба, кісткових розростань, деструкції суглобових поверхонь, розвитку підвивиху, вивиху, анкілозу тощо.

Обмеження обсягу рухів у суглобах. **Контрактура** – обсяг рухів збережений, але обмежений. **Ригідність** – обсяг рухів істотно обмежений, спостерігаються ледве помітні рухи, не більше чим до 3-5 мм. **Анкілоз** – повна нерухомість у суглобі, суглобові поверхні зрощені (фіброзний, кістковий).

Аускультация суглобів. Стетоскоп розташовують на рівні суглобної щілини або безпосередньо на суглобі (у випадку крепитуючого тендовагініту – в ділянці сухожилій). Під час рухів кінцівкою в людей похилого віку можуть вислуховуватись скриплячі звуки. У хворих на остеоартроз вислуховується постійний шум тертя (ознака "сухого" суглоба), при деструкції суглобного хряща – грубий хрускіт. Характерний звук чутний при хондроматозі й артрозо-артриті: переважає хрускіт, характер та інтенсивність якого можуть змінюватися під час кожного руху в суглобі.

Кісті і стопи: розміри, форма (правильна, "ласти моржа", "пташина лапа", плоскостопість тощо), наявність порушення рухів. Стан шкіри (еластична, щільна, напружена, розтягнута, атрофована, набрякла) і колір (почервоніння, синюшність, блідість – постійна, періодична; гіперпігментація). Стан м'язів, кісток і суглобів (припухлість, дефігурація, деформація, стовщення, вузлики Гебердена, Бушара, тофуси), порушення цілісності тощо. Боліність під час пальпації, порушення чутливості, тримтіння пальців верхніх кінцівок.

ОБСТЕЖЕННЯ ГРУДНОЇ КЛІТКИ І ОРГАНІВ ДИХАННЯ

СТАТИЧНИЙ ОГЛЯД ГРУДНОЇ КЛІТКИ

Форма: правильна (нормо-, гіпер-, астенична), патологічна (емфізематозна або бочкоподібна, паралітична, рахітична, човноподібна, кіфосколиотична), асиметрія (зменшення, збільшення однієї частини) і деформація грудної клітки (випинання, западіння; одно-, двобічні). Стан над- і підключичних ямок (виражені слабо, помірно, різко, згладжені, випирають з однієї або обох боків) і міжреберних проміжків (вузькі, широкі, утягнені). Положення лопаток. Надчеревний кут.

ДИНАМІЧНИЙ ОГЛЯД ГРУДНОЇ КЛІТКИ

Рівномірність рухів обох половин грудної клітки під час дихання (відставання правої або лівої половини). Участь в акті дихання основних (діафрагма і міжреберні) і допоміжних (шиї, плечового поясу) м'язів.

Тип дихання (черевний, грудний, змішаний). **Частота дихання.** **Задишка** (експіраторна, інспіраторна, змішана). У нормі співвідношення частоти дихання і пульсу складає приблизно 0,25. **Глибина дихання:** поверхневий, глибокий, дихання Куссмауля. Ритм (ритмічний, неритмічний), патологічні ритми – періодичне дихання: Чейна-Стокса, Біота, Грокко-Фругоні. Дихальна екскурсія грудної клітини (см).

ПАЛЬПАЦІЯ ГРУДНОЇ КЛІТКИ

Пастозність і стовщення шкіри грудної клітки, уточнення форми грудної клітки, її розмірів, наявності відставання в акті дихання, розміри надчеревного кута. **Характер поверхні ребер** (нерівна, гладка), їх еластичність, стовщення. **Болісність під час пальпації** ребер, м'язів, міжреберних проміжків, у точках Валле (місця поверхневого розташування міжреберних нервів), тобто біля грудини, по середній пахвовій лінії, біля хребта. Зміна інтенсивності болю в залежності від фази дихання і нахилу

тулуба убік. *Резистентність (еластичність) грудної клітки*: еластична, ригідна (з однієї або обох сторін). *Голосове трямтіння* на симетричних ділянках (однакове, посилене, ослаблене або відсутнє з однієї сторони). Відчуття шуму тертя плеври, сухих хрипів, крепітації (при переломах), флюктуації і пульсації.

ПЕРКУСІЯ ЛЕГЕНЬ

Порівняльна перкусія. Дихання повинно бути рівним і неглибоким. Перкусію ділянок, що розташовані нижче ключиць, виконують винятково по міжреберних проміжках. Виявляють характер перкуторного звуку на симетричних ділянках грудної клітки: наявність основних перкуторних тонів (ясний легеневий звук, тімпаничний, тупий) або перехідних, "змішаних" звуків (коробковий, притуплений легеневий, притуплений тімпаничний, металевий тощо), межі зміненого перкуторного звуку.

По навколоторудним і середньоключичним лініях перкусію по обидва боки виконують тільки по III ребру. Потім перкутують послідовно по правій пригруднинній і середньоключичній лініях (зліва розташоване серце), порівнюючи звуки, що виникають при перкусії ділянок, що лежать нижче - у III, IV і V міжребір'ях. На бічній поверхні грудної клітки порівняльну перкусію, як правило, проводять тільки до V міжребір'я, оскільки при перкусії розташованих нижче міжребірних проміжків зліва визначається тімпаничний звук простору Траубе–Яновського, а по правій стороні, навпаки, лежить ділянка печінкової тупості.

Топографічна перкусія. *Висота стояння верхівок легень* попереду (при визначенні висоти стояння верхівок лікар розташовується попереду справа, обличчям до пацієнта, попереду зліва – за ним) і позаду (перкусію проводять від середини надлопаткової ямки в напрямку до точки, розташованої на 3-4 см ззовні від остистого відроска C_v). Якщо визначають висоту стояння верхівок спереду, використовують тиху перкусію, позаду – перкусію середньої сили.

Нижня межа легень. Визначають за допомогою суцільної тихої перкусії (по ребрах і міжреберних проміжках). Нижню межу лівої легені по передньої і середньої пахвовим лініям встановлюють у випадку переходу легеневого тону в притуплено-тімпаничний, що обумовлено близькістю дна шлунка. По інших лініях перкутують до появи абсолютної тупості.

Показники розташування нижньої межі легень:

Назва лінії	Права легеня	Ліва легеня
Пригруднина (l. parasternalis)	V міжребір'я – IV ребро	Не визначають
Серединно-ключична (l. medioclavicularis)	V ребро - VI міжребір'я	Не визначають
Передня пахвова (l. axillaries externa)	VII ребро	VII ребро
Середня пахвова (l. axillaries media)	VIII ребро	VIII ребро
Задня пахвова (l. axillaris interna)	IX ребро	IX ребро
Лопаткова (l. scapularis)	IX ребро	IX ребро
Навколохребтова (l. paravertebralis)	Остистий відросток T _{XI}	Остистий відросток T _{XI}

Активна (по максимальному вдиху і видиху) рухливість нижнього краю легень:

Назва лінії	Права легеня			Ліва легеня		
	на вдиху	на видиху	сумарне	на вдиху	на видиху	сумарне
Серединно-ключична (l. medioclavicularis)	2 см	2 см	4 см	–	–	–
Середня пахвова (l. axillaries media)	3 см	3 см	6 см	3 см	3 см	6 см
Лопаткова (l. scapularis)	2 см	2 см	4 см	2 см	2 см	4 см

У осіб із гіперстенічним конституційним типом нижня межа легень лежить на 1 ребро вище, ніж у нормостеніків, а в астеніків – на 1 ребро нижче. У жінок нижня межа легень розташована на 1 міжребір'я вище, ніж у чоловіків, в осіб похилого віку – на 1-2 см нижче, ніж в осіб середнього віку.

Простір Траубе-Яновського (визначається, не визначається): ширина його основи по лівій реберній дузі (визначають ширину смуги з тімпаничним або прігуплено-тімпаничним звуком) у нормі складає 6-8 см.

Верхня межа напівлуного простору Траубе-Яновського обмежена нижнім краєм лівої легені і розташована по лівій серединно-ключичній лінії на рівні VI ребра, права – обмежена лівою долею печінки (ліва навкологруднина лінія), ліва – селезінкою (ліва передня пахвова лінія), нижня – лівою реберною дугою.

АУСКУЛЬТАЦІЯ ЛЕГЕНЬ

Проводять у тій самій послідовності, що і порівняльну перкусію, при спокійному, середньої глибини диханні, бімануально в положенні пацієнта стоячи або сидячи. При необхідності аускультацию проводять у положенні лежачи на спині або на боку. Зокрема, у центральних відділах легень звуки краще вислуховуються у випадку аускультатії в пахвових ямках (у положенні на бокові з піднятою до голови рукою).

Дихання: везікулярне (звичайної інтенсивності, тембру і тривалості, ослаблене, посилене, жорстке, переривчасте); бронхіальне (місця вислуховування фізіологічного бронхіального дихання; патологічне – амфоричне, металеве, стенотичне; голосне, тихе); змішане бронхо-везікулярне, невизначене, відсутність або місцеве ослаблення дихального шуму, локалізація.

Аускультацию основних дихальних шумів проводять при спокійному диханні носом, середньої глибини. У нормі везікулярне дихання чутно протягом усієї фази вдиху і під час першої третини фази видиху.

Хрипи: локалізація, кількість, характер (сухі – свистячі або ті, що дзижчать; вологі – дрібно-, середне-, грубо-пухирні); інтенсивність вологих хрипів (голосні – дзвінки, консонуючі; тихі – недзвінки, неконсонуючі).

Крепітація: голосна (дзвінка), тиха (недзвінка).

Шум тертя плеври (локалізація).

Бронхофонія на симетричних ділянках грудної клітини: негативна (звуки не проводяться взагалі або їх чутно нечітко); позитивна, або посилена (вимовлені пошепки слова чутні добре). Локалізація ділянки посиленої бронхофонії.

Бронхофонію обов'язково визначають, коли в пацієнта під час обстеження органів дихання виявлені локальні зміни голосового тріпотіння, патологічні перкуторні або аускультативні симптоми.

ОБСТЕЖЕННЯ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ

Обстеження поверхневих судин: у нормі пульсація поверхневих артерій візуально не визначається (за винятком помірної пульсації сонних артерій, що збігається з верхівковим поштовхом).

Огляд судин голови і шиї: пульсація скроневих, сонних артерій, вибухання шийних вен; венний пульс (негативний, позитивний). У випадку негативного венного пульсу розширення яремних вен не збігається з пульсом на сонних артеріях (систолою шлунків). Для позитивного венного пульсу характерним є синхронне розширення яремних вен і сонних артерій.

Огляд артерій тулуба і кінцівок: патологічна пульсація артерій тулуба і кінцівок, як і артерій голови і шиї, спостерігається при їх атеросклеротичному ураженні, недостатності аортального клапана, при дифузійному токсичному зобі, артеріальної гіпертензії; патологічна пульсація міжреберних артерій – при коарктації аорти.

Характеристика пульсу на променевих артеріях: синхронність, ритм, частота, наповнення, напруга, величина, форма, дефіцит пульсу – при мерехтливій аритмії, частих екстрасистолах (визначається краще, якщо пацієнта попросити декілька разів сісти). **Стан судинної стінки** (визначають поза пульсовою хвилею): еластична, м'яка, рівна, ригідна, жорстка, звивиста, вузлувата, чіткоподібно-потовщена.

При одночасній появі пульсу однакового наповнення на обох променевих артеріях іншої властивості його визначають на будь-якій руці, частіше лівої. У випадку асиметрії пульсу дослідження проводять на тій променевій артерії, де пульсові хвилі визначаються краще, або на кожній руці окремо. Асинхронність пульсу і різноманітне наповнення на променевих артеріях краще виявляються на піднятих вгору руках.

Пальпація інших периферійних артерій: як правило, пальпують скроневі артерії і периферійні артерії дистальних відділів кінцівок. Пальпуючи одночасно однойменні артерії, порівнюють ступінь наповнення пульсу, визначають властивості артеріальної стінки в доступних для обстеження місцях, наявність болісності і запальних змін шкіри над судинами.

У випадку зниження наповнення (або відсутності) пульсу на будь-якій артерії з метою визначення рівня порушень артеріальної прохідності пальпацію периферійних артерій проводять у такій послідовності:

- 1) поверхнева скронева артерія – попереду вушної раковини, над вилицевою дугою;
- 2) загальна сонна артерія – із внутрішнього боку груднино-ключично-соскоподібного м'язу на рівні верхнього краю щитоподібного хряща або біля кута нижньої щелепи;
- 3) променева артерія;
- 4) плечова артерія – у медіальній борозні двоголового м'язу плеча, безпосередньо в надлоктевій ямці (рука випрямлена);

5) пахвова артерія – у паховій ямці на голівці плечової кістки (рука відведена горизонтально);

6) підключична артерія – безпосередньо над ключицею біля зовнішнього краю груднино-ключично-соскоподібного м'язу або в зовнішньому відділі підключичної ямки;

7) задня великогомілкова артерія – уздовж заднього краю медіальної поверхні великогомілкової кістки;

8) тильна артерія стопи – на тильній поверхні стопи в проксимальній частині I міжплюсневого проміжку;

9) підколінна артерія – у медіальній частині підколінної ямки (у положенні лежачи на животі, ноги зігнуті в колінних суглобах під прямим кутом);

10) стегнова артерія – нижче від середини пахової низки (у положенні лежачи на спині, стегно випрямлено і дещо ротовано назовні).

Псевдокапілярний пульс Квінке (визначається в ділянці нігтьового ложа і на шкірі чола): відсутній або визначається (при недостатності аортального клапана, при дифузійному токсичному зобі, артеріальної гіпертензії).

Поверхневі вени: розширення, болісність, наявність вузлів, ущільнень, стан і колір шкіри над ними.

Артеріальний тиск на обох плечових артеріях (систоличний, діастоличний, пульсовий) у горизонтальному і вертикальному положенні тіла.

ОГЛЯД СЕРЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

Серцевий горб, сістолічне втягування, серцевий і верхівковий поштовхи (локалізація; негативний або позитивний).

Пульсація висхідної частини аорти в II міжребір'ї – біля правого краю грудини, дуги аорти (у яремній ямці) і легеневого стовбура – в II-III міжребір'ях біля лівого краю грудини (визначаються або відсутні).

Надчеревна пульсація (визначається, не визначається).

ПАЛЬПАЦІЯ СЕРЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

Верхівковий поштовх: локалізація, характеристика (площа, висота, сила, резистентність), зсув у випадку зміни положення тіла. **Серцевий поштовх** (у нормі не визначається).

Пульсація висхідної частини аорти в II міжребір'ї з правого боку від грудини; дуги аорти – у ділянках рукоятки грудини, яремної ямки і пульсація конуса легеневої артерії в II міжребір'ї зліва від грудини.

ПЕРКУСІЯ СЕРЦЯ

Проводять у вертикальному положенні пацієнта або в положенні сидячи з опущеними ногами. Визначення верхньої межі відносної та абсолютної тупості серця по лівій білягруднинній лінії проводять за допомогою суцільної перкусії (по ребрах і міжребір'ях).

Отримані показники записують у такій формі:

Межі серцевої тупості

Межа	Відносна	Абсолютна
Права	на 1см ззовні від правого кута грудини	по лівому краї грудини
Верхня	на III ребрі	на IV ребрі
Ліва	на 1 см ззовні від лівої середині ключичної лінії	на 2 см ззовні від межі відносної тупості

Для визначення меж абсолютної тупості серця і судинного пучка краще проводити безпосередню перкусію за методом В.П. Образцова.

Розміри ділянки серцевої тупості у вертикальному положенні приблизно на 15-20% менше ніж у горизонтальному, що обумовлено низьким стоянням діафрагми.

Розмір поперечника серця (см).

Ширина судинного пучка (у II міжребір'ї, см).

АУСКУЛЬТАЦІЯ СЕРЦЯ

Проводять за допомогою фонендоскопа (стетоскопа) або безпосередньо вухом: спочатку у вертикальному положенні пацієнта, потім – у горизонтальному положенні на спині, лівому (краще вислуховується двостулковий клапан) і правому (краще вислуховується трьохстулковий клапан) боках.

Аускультацию серця варто проводити послідовно в таких класичних точках:

1. верхівка серця (вислуховується двостулковий клапан і лівий передсерцево-шлуночковий отвір);
2. основа мечоподібного відростка (трьохстулковий клапан і правий передсерцево-шлуночковий отвір);
3. II міжребір'я біля правого краю грудини (аортальний клапан і отвір аорти);
4. II міжребір'я біля лівого краю грудини (клапан легеневого стовбура і його отвір);
5. точка Боткіна-Єрба – III міжребір'я біля лівого краю грудини (додаткова точка вислуховування аортального клапана).

Якщо виявлена патологія серця, аускультацию варто проводити ще в 5 додаткових точках:

6. точка Науніна – по верхньому краю III ребра зліва, у ділянці прикріплення його до грудини, або в II міжребір'ї зліва від грудини. У положенні на спині в цій точці досить часто найкраще вислуховується сістолічний шум при недостатності двостулкового клапана;
7. на мечоподібному відростку або під ним;
8. мезокардіальна – IV міжребір'я по лівій білягруднинній лінії (приблизно відповідає ділянці прикріплення переднього соскоподібного м'яза лівого шлуночка до його стінки). Може вислуховуватися сістолічний шум при вібрації деформованих сухожиль і проляпси стулки двостулкового клапана;
9. дно яремної ямки або верхній край грудини. Вислуховується (частіше краще, чим у II міжребір'ї біля правого краю грудини) слабкий сістолічний шум у випадку звуження аортального отвору, при аортиті, склерозі аорти, деформації напівлунних ступок аортального клапану і акцент II тону над аортою;
10. V міжребір'я зліва по передній, а іноді, по середній паховій лінії. У цій точці краще чим над верхівкою, вислуховуються звуки, що виникають у випадку значного звуження лівого передсерцево-шлуночкового отвору (якщо значно розширений правий шлуночок займає усю передсерцеву ділянку і зміщає верхівку серця).

Після **оцінки ритму діяльності серця** (ритмічний, аритмічний, характер аритмії, мятникоподібний ритм, ембріокардія), **визначення частоти серцевих скорочень** описують дані аускультатії окремо в кожній точці вислуховування.

Тони: кількість, гучність (голосні, посилені, приглушені, ослаблені). Характеристика кожного тону (ослаблений, посилений; лязгаючий, акцентований, із металевим відтінком; розщеплений, роздвоєний тощо).

Додаткові тони і патологічні ритми серця: сістолічний лязгіт, III тон, IV тон, тон відкриття митрального клапана, тон відкриття трьохстулкового клапана, перікард-тон, "ритм перепела", ритм чвалу – протодіастолічний, пресістолічний, мезодіастолічний, або сумарний.

Шуми: їхнє відношення до фаз серцевої діяльності (сістолічний, діастолічний, їх різновиди, сістолодіастолічний); характер (м'який, грубий, дуючий, свистячий, дряпаючий, пиляючий, музичний та ін.); інтенсивність (дуже слабка, слабка, помірна, голосна, дуже голосна); тональність (висока, середня, низька); тривалість (довгий, короткий); форма (наростаюча, спадаюча, плато). Ділянки найбільшої інтенсивності вислуховування, напрямки і ділянки проведення. Зміни інтенсивності шуму в залежності від фази дихання і положення пацієнта (вертикальне, на спині, на лівому і правому боці), під час фізичного навантаження.

Аускультация аорти (у яремній ямці і на рукоятці грудини) і **периферичних артерій:** сонній, підключичній, плечових, стегнових (подвійний тон Траубе, подвійний шум Віноградова–Дюроз'є).

Аускультацию артерій проводять у ділянках їх пальпації, причому артерій нижніх кінцівок – у горизонтальному положенні, всіх інших – у вертикальному. Перед аускультацией попередньо визначають локалізацію артерії, що досліджується (за допомогою пальпації). Аускультацию артерій потрібно проводити без сильного натиску стетоскопом судини, оскільки при натиску навіть над незмінною артерією починає вислуховуватися сістолічний шум.

Аускультация яремних вен: "шум дзиги" (відсутній, вислуховується). У нормі тони і шуми над венами, як правило, не вислуховуються. Діагностичне значення має аускультация яремних вен, над якими при недокрів'ї вислуховується так званий "шум дзиги". Для виявлення "шуму дзиги" аускультацию потрібно проводити біля зовнішніх країв груднино-ключично-соскоподібних м'язів, безпосередньо над

ключицями. Шум краще вислуховується над правою яремною веною, особливо у вертикальному положенні, при повороті голови вліво і під час вдиху.

ОБСТЕЖЕННЯ СИСТЕМИ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ

ОБСТЕЖЕННЯ ЖИВОТА У ГОРИЗОНТАЛЬНОМУ ПОЛОЖЕННІ ПАЦІЄНТА

ОГЛЯД. **Форма:** звичайна (правильна), неправильна (живіт втягнутий, запалий, "жаб'ячий", обвислий). **Розмір:** збільшений (загально, місцево), випнутий (симетрично, асиметрично – локалізація), западає (весь, на окремих ділянках – локалізація). **Грижа:** білої лінії живота, пупкова, пахова, післяопераційна. **Стан пупка** (утягнений, згладжений, випнутий). **Видима перистальтика і пульсація** шлунка і кишківника. Наявність на шкірі ділянок пігментації, депігментації, почервоніння, смуг, висипань, подряпин, рубців (локалізація, розмір, форма), "судинних зірочок", розширення підшкірних вен і венозних колатералей на передній і бічний стінках живота. Участь передньої черевної стінки в акті дихання (рівномірна, нерівномірна, однобічна, повна відсутність рухів). Охоплення живота на рівні пупка (см).

ПЕРКУСІЯ (використовують тиху перкусію). Характер перкуторного звуку над різноманітними ділянками живота: тімпанічний, притуплено-тімпанічний, притуплений, тупий (зазначити локалізацію); зміни перкуторного звуку в залежності від положення пацієнта. Особливості перкуторного тону над правою реберною дугою, у ділянці правого підребер'я, простору Траубе-Яновського. Чи супроводжується перкусія болем (його локалізація, інтенсивність)

Виявлення вільної рідини в черевній порожнині за допомогою перкусії в горизонтальному (на спині, обох боках, методом флюктуації) і в колінно-ліктьовому положеннях.

ПАЛЬПАЦІЯ ПОВЕРХНЕВА. При наявності скарг на біль у визначеній частині живота пальпацію варто починати з ділянки, що найбільше віддалена від передбаченої локалізації болючої зони. Якщо скарг на біль у животі немає, пальпацію потрібно проводити симетрично в напрямку знизу нагору в такій послідовності: ліва пахова ділянка -> права пахова ділянка, ліва бічна (підклубова) -> права бічна (підклубова), ліва підреберна -> права підреберна -> надчеревна, пупкова і надлобкова. Пальпацію живота бажано проводити натщесерце і після звільнення кишківника.

Болісність: інтенсивність болю, локалізація (обмежена або поширена), зони гіперестезії або гіпералгезії.

Напруження черевної стінки: дифузне або місцеве (із вказанням локалізації), податливість, резистентність, м'язове напруження (ригідність). Симптом подразнення очеревини Щеткіна–Блюмберга (позитивний, негативний). Набряки (пастозність), наявність ущільнень, вузлів, пухлин і збільшених органів і патологічних утворень черевної порожнини: локалізація, форма, розміри, консистенція; болісність, характер поверхні, рухливість, зв'язок із сусідніми органами; флюктуація.

Глибока методична ковзна топографічна пальпація за методикою В.П. Образцова - М.Д. Стражеска та інші фізичні методи дослідження органів черевної порожнини

Порядок пальпації кишечника:

- сигмоподібна кишка;
- сліпа кишка;
- кінцева частина підклубової кишки;
- червоподібний відросток;

- поперечна обвідкова кишка і її вигини - печінковий і селезінковий;
- обвідкова висхідна кишка;
- обвідкова спадна кишка.

Для кращої орієнтації під час визначення розташування поперечної обвідкової кишки пальпацію її варто проводити після визначення нижньої межі шлунка. Для цього користуються такими методами: перкуторна пальпація за методом В.П. Образцова (по шуму плескоти), перкусія, аускульто-афрікція (пальпаторна аускультация), аускульто-перкусія.

Під час пальпації кожного відрізка кишки треба визначити його діаметр, консистенцію, характер поверхні, рухливість, хворобливість, характер вмісту, наявність патологічних утворень (пухлин, інфільтратів, лімфатичних вузлів).

ГЛИБОКА ПАЛЬПАЦІЯ навколопупкової ділянки: хворобливість, роздуті повітрям петлі тонкої кишки, брижейні лімфатичні вузли й ін.; симптом ентерита Образцова, хворобливість у точці Поргеса.

З метою запобігання дифузійної захисної реакції м'язів черевної стінки, дослідження органа, у проекції якого під час поверхневої пальпації була виявлена болісність, проводять в останню чергу.

Пальпація шлунка (велика і мала кривизни, воротар). Симптоми Менделя, Образцова-Стражеска I та II; болючі точки (Боаса, Опенхівського, Гербста), що є характерними для захворювань шлунка.

Перкусія печінки (*на практиці, як правило, обмежуються визначенням верхньої і нижньої меж абсолютної тупості печінки, використовують тиху перкусію*). Визначення верхньої межі абсолютної тупості печінки (у нормі вона збігається з положенням нижнього краю легень) по передньо-паховій, серединно-ключичній, пригрудниної лініях справа, і нижньої межі – по середній паховій, серединно-ключичній і

пригрудниної лінійх справа, по серединної і лівої пригрудниної лінійх (за методом В.П.Образцова).

Перкусію печінки можна проводити також за **методом М.Г. Курлова**: визначають верхню і нижню межі абсолютної тупості печінки по правій серединно-ключичній і серединній лінійам і нижній межі – по лівій реберній дузі.

Розміри печінки, визначені за методом М.Г. Курлова: по правій серединно-ключичній лінії (між 1-й і 2-й точками) – 9 ± 1 (або 2) см; по передній серединній лінії (між 3-й і 4-й точками) – 8 ± 1 (або 2) см; по лівій реберній дузі (між 3-й і 5-й точками) – 7 ± 1 (або 2) см.

Пальпація печінки (по серединно-ключичній і серединній лінійам): ступінь збільшення, характеристика краю (округлений, гострий, рівний, хвилястий, наявність виразок) і поверхні (гладка, зерниста, горбиста), консистенція (еластична, щільна), наявність болісності.

У повних людей, а також при наявності метеоризму й асциті, у випадку неможливості визначення нижньої межі печінки за допомогою перкусії і пальпації, використовують два методи "скрябаючої аускультатії".

Перший метод. Камеру стетоскопа ставлять на печінку в ділянці надчеревного кута, а пальцем, що розташований на 2 см вище від нижнього краю реберної дуги, скребуть паралельно краю печінки, поступово прямуючи донизу. Як тільки палець починає скребити нижче від краю печінки, шум стає зовсім тихим або зникає.

Другий метод. Камеру стетоскопа ставлять на VIII ребро по правій серединно-ключичній лінії, а вказівним пальцем вільної руки здійснюють штрихові рухи по правій половині живота на рівні гребеня клубової кістки. Поступово зміщають стетоскоп униз до рівня, нижче якого шум від доторку пальця зі шкірою різко посилюється. На цьому рівні розташована нижня межа печінки.

Пальпація жовчного пухиря (якщо пальпується, то вказують його форму, розміри, рухливість, консистенцію, хворобливість). Визначити болючі точки на правій половині грудної клітини (плечова, лопаткова, точка Харітонова, навколохребетні – із правої сторони від VIII-XI грудних хребців, у ділянці IX-XI міжребір'я) і симптоми (*Захар'їна, Василенка, Образцова-Мерфі, Грекова-Ортнера, Мюссі-Георгієвського та ін.*), що характерні для захворювань жовчного пухиря.

Пальпація підшлункової залози (у положенні на спині і на правій стороні): болісність, ущільнення, збільшення, форма, розмір, консистенція, характер поверхні, рухливість. Визначають болючі зони (*Шоффара-Рів'є, М.Губерґріца-Скульського*, по VII-IX міжребір'ях зліва), точки (*Мейо-Робсона, Дежардена, О.Губерґріца*) і симптоми (*Кача, Кертэ, Савощенка, Тужилин та ін.*), що характерні для захворювань підшлункової залози.

Пальпацію підшлункової залози бажано проводити натщесерце після звільнення кишківника. Для пальпації підшлункової залози запропоновано декілька спеціальних засобів (*Шелагурова, Гротта, Малле-Гі, Мейо-Робсона*).

Метод Шелагурова – користуються головним чином методикою пальпації за В.П. Образцовим, при цьому ліву руку підкладають під ліву поперекову ділянку, натискаючи на неї. Пальпують у різноманітних положеннях пацієнта.

1. Пальпація в положенні на спині. Ліву руку підкладають із боку спини під ліву поперекову ділянку нижче краю ребер, і надавлюють на цю ділянку в напрямку догори. Праву руку з напівзігнутими пальцями кладуть на черевну стінку в ділянці лівого підребер'я, приблизно на 3-4 см вище від пупка, паралельно топографічному розташуванню підшлункової залози. Після цього, зсунувши складку шкіри декілька догори, занурюють руку в черевну порожнину. Під час видиху пацієнта, коли розслаблюється

черевний прес, досягають поступово задньої її стінки і сковзають рукою униз.

2. Пальпація в положенні на правій стороні. Хворий лежить, зігнувши ноги в колінах, для розслаблення черевного пресу. Ліву руку кладуть позаду на поперекову ділянку нижче від реберного краю і роблять легкий тиск на її. Праву руку з напівзігнутими пальцями, як і в попередньому випадку, розміщують паралельно до топографічного розташування органа і, проникаючи до задньої стінки черевної порожнини, здійснюють ковзання рукою в напрямку униз.

3. У вертикальному положенні пальпацію підшлункової залози проводять так само, як зазначено вище.

Гротт запропонував три засоби "болючої пальпації", принцип якої складається в пальпації тіла підшлункової залози шляхом притискання її до лівої бічної поверхні хребта в ділянці його перетинання з органом:

1. Хворий лежить на спині з зігнутими в колінах ногами і підмощеними під поперек стиснутими в кулак правою і лівою руками (або валиком). Пальці правої руки лікар розташовує паралельно зовнішньому краю лівого прямого м'яза живота, а накладені на них пальці лівої руки надавлюють у напрямку хребта, сприяючи максимально глибокому проникненню під час глибокого видиху правої руки. Хворий повинний дихати спокійно, глибоко, не напружуючи черевних м'язів, а лікар у момент глибокого видиху глибше проникає пальцями в черевну порожнину до підшлункової залози. Потім хворому пропонують 2-3 рази глибоко вдихнути і затримати подих після швидкого глибокого видиху. У цей момент притискають залозу до хребта.

2. Пальпацію проводять у положенні на правій стороні з зігнутими в колінах ногами і нахилом тулуба до заду. Фіксуючи лівою рукою бічну поверхню лівої половини грудної клітини, після глибокого видиху правою

рукою намагаються притиснути підшлункову залозу до хребта, ковзаючи по її поверхні.

3. У положенні стоячи намагаються бімануально пропальпувати хвіст підшлункової залози, притискаючи його розташованої в лівому підребер'ї правою рукою до пальців лівої руки, що лежить зліва в поперековий ділянці.

Метод Мейо-Робсона і Малле-II. Пацієнта кладуть на правий бік з нахилом тулуба вперед до 45° (із трохи зігнутої в коліні лівою ногою, що лежить на правій) із метою обминути шлунок, що розташований між підшлунковою залозою і передньою черевною стінкою. Долонею правої руки фіксують ліву реберну дугу, а випрямленими пальцями лівої руки глибоко проникають біля краю IX ребра під діафрагму і надавлюють усередину черевної порожнини в напрямку до хребта. При цьому шлунок відтісняється донизу і вперед за межі досліджуваної зони.

Головним чином вдається пропальпувати лише патологічно-змінену підшлункову залозу.

Перкусія селезінки: визначення її довжини (по X ребру) і ширини (використовується тиха перкусія).

У історії хвороби розміри селезінки бажано реєструвати у вигляді дробу (за М.Г.Курловим), де ціле число відповідає розмірам виступаючої за край реберної дуги частини селезінки, чисельник – довжина селезінки, знаменник – її ширина.

Для визначення розмірів селезінки можна використовувати такий простий засіб: якщо в положенні пацієнта на правому боці (за методом Салі) у ділянці перетинання X лівого ребра із середньою паховою лінією при перкусії визначається тупий звук, подібний до перкуторного звука над печінкою, це є ознакою значного збільшення селезінки (*симптом Рагози*).

Пальпація селезінки в положенні на спині і на правому боці (за методом Салі): ступінь збільшення; характеристика краю і поверхні; консистенція, хворобливість, рухливість під час дихання.

У випадку значного асцити для виявлення спленомегалії використовують метод балатуючої пальпації.

АУСКУЛЬТАЦІЯ. Вислуховування кишкових шумів: інтенсивність, відсутність; буркіт.

Шум тертя очеревини (над печінкою, жовчним пухирем, селезінкою).

Вислуховування черевної аорти і брижейних артерій (наявність систолічного шуму в надчеревної і навколупупкової ділянці).

ОБСТЕЖЕННЯ ЖИВОТА У ВЕРТИКАЛЬНОМУ ПОЛОЖЕННІ

Огляд: стан шкіри (гладка, складчаста, напружена; розширення підшкірних вен, венозні колатералі, пульсація) і пупка (утягнений, згладжений, випнутий); форма живота (звичайної конфігурації, обвислий, симетричність обох половин, збільшення верхньої або нижньої половини, випинання), наявність гриж (білої лінії живота, пупкової, паховий, стегнової, післяопераційної).

Пальпація надчеревної ділянці (нижній край лівої частини печінки, мала кривизна шлунка), **бічних відділів живота** (нижній край правої частини печінки, печінковий і селезінковий вигини поперечної обвідкової кишки, нирок). Розбіжність прямих м'язів живота, розширення пупкового кільця, наявність гриж.

Виявлення вільної рідини в черевній порожнині методом перкусії з указівкою верхнього рівня її.

Овід живота (см). У випадку асцити або пухлин обвід живота вимірюють у 3 місцях: 1) під реберним краєм; 2) на рівні пупка; 3) посередині між пупком і лобковим сімфізом. Іноді визначають подовжній розмір живота (між основою мечоподібного відростка і пупком, між пупком і лобком; сумарний розмір).

Обстеження анальної ділянки і прямої кишки. Наявність зовнішніх гемороїдальних вузлів, тріщин, нориць, конділом, пухлин, випадання слизової оболонки кишки. Пальцьове дослідження (за показниками): тонус сфінктера, характер поверхні слизової оболонки кишки, наявність ущільнених гемороїдальних вузлів, інфільтрату, пухлин (їхня локалізація, форма, розміри, характер поверхні, консистенція, зміщуваність, флуктуація, хворобливість). Фарбування калових мас, патологічні домішки (кров, слиз, гній).

ОБСТЕЖЕННЯ ОРГАНІВ СЕЧОСТАТЕВОЇ СИСТЕМИ

ОГЛЯД І ПАЛЬПАЦЯ поперекової ділянки: набряклість, зглаженість контурів, випинання, почервоніння шкіри, тонус м'язів, хворобливість.

Симптом покалачування (негативний, позитивний, з однієї сторони або з обох).

Пальпація нирок у положенні на спині, на бокові (за методом Д.Ізраєля), стоячи (за методом С.П.Боткіна): не пальпуються, пальпуються. Якщо пальпуються – ступінь опущення їх, зміщуваність, форма, розміри, консистенція (еластична, щільна); характер поверхні (гладка, нерівна, горбиста); хворобливість.

У випадку асцити, вираженого ожиріння і метеоризму можна застосувати метод балотуючої пальпації.

Виявлення болючих точок:

- 1) передні ниркові (під ребрними дугами біля переднього краю X ребра);
- 2) верхні і нижні сечовивідні – у ділянках перетинання зовнішніх країв прямих м'язів живота, відповідно пупкової і гребінкової лініям;
- 3) задні ниркові – у ділянці перетинання нижнього краю XII ребра і зовнішнього краю довгих м'язів спини.

АУСКУЛЬТАЦІЯ ниркових артерій. Попереду проводять у положенні на спині, на 2-3 см вище і на 2-3 см убік від пупка, позаду – у положенні сидячи, у поперековій ділянці – безпосередньо під XII ребром, біля його вільного краю.

Огляд і пальпація надлобкової ділянки: припухлість, випинання передньої черевної стінки, хворобливість, наявність пухлин (їхні розміри, характер поверхні, зміщуваність).

Перкусія сечового пухиря (характер перкуторного звука над лобковим симфізом (тімpanicний, тупий) і його **пальпація** (не пальпується, на скільки сантиметрів виступає над лобком).

Огляд зовнішніх статевих органів. Характер оволосіння.

ОБСТЕЖЕННЯ НЕРВОВО-ПСИХІЧНОЇ СИСТЕМИ

Інтелект: нормальний, ослаблений, уроджені відхилення і їхній ступінь. **Мислення:** звичайне, уповільнене, прискорене, неправильне. **Контакт:** відповідь на питання (активна, пасивна; по суті). **Орієнтація:** щодо місця, часу, у навколишньому оточенні, щодо своєї особистості (збережена, відсутня). **Пам'ять:** гіпермнезія, гіпомнезія, амнезія (ретроградна, антеградна, повна або часткова), блукаюча пам'ять. **Настрій:** рівний, ейфоричний, пригнічений, тривожний, апатія, "емоційна тупість".

ЧУТЛИВІСТЬ. Пальпація болючих точок (місця виходу потиличних нервів, сідничного і стегнового нервів, по ходу нервових стовбурів на руках).

Симптоми натягу нервових стовбурів і корінців: *Ласега, Мацкевича, Вассермана, Нері, Дежеріна* та ін. (негативні, позитивні).

Поверхневі види чутливості: болюча, температурна, тактильна, вібраційна (збережені, гіпоалгезія, анестезія, гіперестезія та інші).

РУХОВА СФЕРА. Хода: звичайна, патологічна (атактична, спастична, паретична, "як качка", кульгавість та ін.). Стійкість у позі Ромберга.

Порушення екстрапірамідної функції: загальна гіпокінезія (оліго-, брадікінезія та ін.), гіперкінез (статичний, трямтіння в стані спокою, інтенційний тремор та ін.).

Стан нервово-м'язової збуджуваності: *симптоми Хвостека I, II, III; Труссо, Шлезингера та ін.*

Судоми: загальні, місцеві, клонічні, тонічні і тому подібні, парез, параліч (локалізація).

РЕФЛЕКТОРНА СФЕРА. Дослідження рогівкового, кон'юнктивального, піднебінного, глоткового, шкірних, черевних, глибоких сухожильних і окісткових рефлексів (колінного, ахілового й ін.), їхня інтенсивність (гіпер-, гіпо-, арефлексія), симетричність. Патологічні рефлекси: 1) орального автоматизму (*аствацатурова, хоботковий, Марінеску-Радовича та ін.*); 2) на верхніх кінцівках (*Россолімо, Бехтерева, Жуковського, Гофмана та ін.*);

Дермографізм: червоний, білий, ослаблений.

ОБСТЕЖЕННЯ ЕНДОКРИННОЇ СИСТЕМИ

Щитоподібна залоза: огляд і пальпація (не визначається, визначається). Зазначити ступінь збільшення (I, II, III, IV, V), наявність дифузійного, вузлового, змішаного зоба (ліво- або правобічний, двобічний), консистенцію, характер поверхні, розташування (шийне, шийно-грудне); рухливість, хворобливість під час пальпації і ковтанні.

III. ХАРАКТЕРИСТИКА МІСЦЕВОГО СТАТУСУ (*STATUS LOCALIS, LOCUS MORBI*).

Обстеження щелепно-лицевої ділянки складається з зовнішнього огляду, пальпації, обстеження порожнини рота, інструментального дослідження (тупими та гострими зондами, дзеркалами та ін.). Клінічне обстеження при необхідності може бути доповнено узяттям зішкряба, проведенням пункції або біопсії, біохімічними, мікробіологічними, імунологічними, електроміографічними дослідженнями, рентгенографією, магнітно-резонансною та комп'ютерною томографією та іншими дослідженнями.

Огляд – один з основних прийомів діагностики стоматологічних захворювань. Огляд пацієнта проводять у стоматологічному кріслі. Голова пацієнта повинна бути добре фіксована на підголівнику, можна піднімати або опускати крісло, змінювати положення його спинки (прямо, під тупим кутом) і підголівника (голова пацієнта закинута або підборіддя наближене до грудей). При середньому та важкому загальному стані, пацієнта оглядають у ліжку, на столі в перев'язувальній або в стоматологічному кріслі, приведеному в горизонтальне положення.

Для обстеження використовують лоток із стерильними інструментами: шпателем (для відведення губ, щік і огляду переддвір'я і власне порожнини рота, відведення язика й огляду під'язичної ділянки, тіла язика, мигдалин, глотки), стоматологічним або анатомічним пінцетом (для визначення рухливості зубів і їхньої перкусії). У ході обстеження користуються стоматологічним дзеркалом (для огляду зубів, під'язичної ділянки, піднебіння), зубним зондом, частіше кутовим (для зондування дефектів коронки зубів, ясеневих сосочків, ясенєвого краю, ручкою зонда можна також проводити перкусію зубів), тонким зондом Баумана, спеціальними слинними зондами (для зондування протоків, норицевих

ходів), гудзиковим зондом (для зондування ран, нориць, перфораційних сполучень із верхньощелепною пазухою, дефектів піднебіння та ін.). Порожнина носа, глотки, зовнішнього вуха необхідно оглядати за допомогою лобового рефлектора, носового і вушного дзеркал.

Огляд полягає у визначенні симетрії лица – його рельєфу, обумовленого з'єднанням кісток лицевого скелета, рівнем розвитку підшкірного жирового прошарку, станом хрящового відділу носа, очних і ротової щілин, вушних раковин і шкіри. Лице в нормі частіше асиметричне. Важливо визначити порушення його симетрії за рахунок запальних, травматичних, пухлинних і інших змін. При захворюваннях і травмах щелепно-лицевої ділянки варто звернути увагу на характер порушення симетрії (набряк, інфільтрат, пухлиноподібне утворення, деформація). Конфігурація лица може бути змінена за рахунок зсуву нижньої щелепи до заду, убік або западання в скроневої ділянці, подовження середнього відділу лица, западання спинки носа й інших порушень, обумовлених травмою. Звертають увагу на забиті місця, садна, рани, гематоми.

При обстеженні скронево-нижньощелепного суглоба особливу увагу приділяють огляду нижніх відділів скроневої ділянок, верхніх відділів привушних ділянок – визначають колір і тургор шкіри, наявність припухлості, підшкірного крововиливу в проекції суглобних голівок і відростків нижньої щелепи.

Пальпаторне дослідження дозволяє уточнити межі патологічних змін, консистенцію тканин, спроможність шкіри збиратися в складку, наявність рубців, норицевих ходів. При наявності припухлості навколощелепних м'яких тканин визначають її консистенцію, спаяність шкіри з підлягаючими тканинами, її колір. Якщо тупий кінець інструментів при тиску залишає слід, то це вказує на набряк. Він може мати місце при різноманітних запальних захворюваннях і травмі лица і щелеп.

Розрізняють пальпацію поверхневу, глибоку, позаротову і внутришньоротову. Пальпацію проводять усіма пальцями кисті рук, обережно, не завдаючи біль і не викликаючи додаткових ушкоджень. Починають пальпацію з боку, протилежному патологічному процесу. При цьому легше відчуті патологічні зміни. Спочатку виконують поверхневу пальпацію, потім глибоку.

Якщо при пальпації навколощелепні м'які тканини ущільнені, болючі, шкіра з підлягаючими тканинами з'єднана, насили збирається в складку або не утворює її, колір змінений від інтенсивно-рожевого до яскраво-червоного або багряного-синього, температура тканин підвищена, все це свідчить про наявність інфільтрату, що може спостерігатися при абсцесі, флегмоні, лімфаденіті й інших запальних захворюваннях в навколощелепних м'яких тканинах, а також при пухлинних процесах. При цьому варто визначити межі патологічних змін, ділянки найбільшої болючості і флуктуації, спаяність уражених тканин із підлягаючими кістками лицевого скелета, наявність нориць.

Відмітними ознаками набряку й інфільтрату є:

- шкірні покрови над набряклими тканинами у колірі не змінені, а над ділянкою інфільтрації звичайно гіперемовані;
- набряклі тканини при пальпації м'які, а інфільтровані – щільні, що дозволяє при наявності інфільтрату визначити його межі;
- температура шкірних покривів при інфільтратах запального характеру підвищена;
- при пальпації набряклі тканини безболісні, а інфільтровані – болісні;
- локалізація інфільтрату в ділянках, близьких до жувальних м'язів, м'язів глотки, шиї, призводить до порушення відкривання рота, ковтання, дихання, повороту голови, чого звичайно не буває при набряку.

Порівняльне пальпаторне дослідження кісток лицевого скелета здійснюють по кісткових контурах лиця і головним чином у місцях з'єднання кісток. Варто звертати увагу на нетипові нерівності кістки, болючі відчуття при пальпації.

При переломі щелеп, скроневої кістки порушується функція відкривання рота у вигляді обмеження, зсуву нижньої щелепи у бік.

Пальпаторно досліджують скронево-нижньощелепний суглоб – голівку суглобового відростка, зчленування її із суглобною ямкою, визначають обсяг рухів нижньої щелепи при відкриванні і закриванні рота, зсуві в сторони, стан тканин в ділянці суглобних відростків нижньої щелепи, їхня болісність. При цьому застосовують бімануальну пальпацію і використовують такий прийом – уводять мизинці в зовнішні слухові проходи, просять пацієнта декілька разів відчинити і закрити рот, при цьому визначають характер рухів суглобних голівок нижньої щелепи, синхронність їхніх рухів, виявляють хрускіт, клацання в суглобі.

Перевіряють симптоми навантаження: для нижньої щелепи – в ділянці підборіддя, кутів, гілок щелепи; для верхніх щелеп – в ділянці передніх стінок верхньощелепний пазух, спинки носа, твердого піднебіння, гачків основної кістки, верхньощелепних бугрів.

Пальпацією визначають чутливість виходу периферичних гілок трійчастого нерва в точках Вале (надочничного, підочничного і підборідного нервів). Поверхневу чутливість досліджують на симетричних ділянках лиця, інтенсивність відчуття порівнюють у зонах іннервації гілок лицевого нерва. Під чутливістю розуміють спроможність організму відчувати або сприймати впливи подразників зовнішнього і внутрішнього середовища. Розрізняють чутливість поверхневу, або шкірну (больова, температурна, тактильна), глибоку (суглобово-м'язова, вібраційна, почуття тиску, маси тіла), інтероцептивну (вегетативно-вісцеральна, що включає чутливість внутрішніх органів і судин), складні види (дискримінаційна,

кінестезія, стереогнозія). Для визначення сегментарних порушень чутливості подразнення викликають у різноманітних зонах Зельдера.

При ураженнях рецепторів, провідних шляхів або коркових центрів чутливості можуть виникати різноманітні її розлади:

анестезія – повна втрата чутливості. Розрізняють анестезію тактильну, больову (аналгезія), температурну (терманестезія), утрату почуття локалізації (топанестезія), стереогноза (астереогнозія). Випадання усіх видів глибокої чутливості називається загальною або тотальною анестезією;

гіпестезія – зниження чутливості, зменшення інтенсивності відчуттів. Може спостерігатися при порушенні будь-яких форм чутливості;

гіперестезія – підвищення чутливості до різноманітних подразників. Характеризується збільшенням порога збуджуваності больових, температурних і інших рецепторів. При цьому навіть незначні подразнення викликають неадекватні сильні відчуття;

гіперпатія – перекручення чутливості (больової, температурної, тактильної) із зміною якості відчуття. Їй властиві неприємні відчуття при високому порозі збуджуваності, порушення локалізації і диференціації відчуття з тривалою післядією. Навіть крапкове подразнення «розсипається» або «розпливається», а якісне розходження між подразниками стирається. Будь-яке відчуття офарблюється в неприємний тон із болючим відтінком, нерідко супроводжуючись рухливо-ефективними реакціями.

До якісних розладів чутливості відносяться також **поліестезія** (одиначне подразнення, сприймане як множинне), **алоестезія** (відчуття подразнення в симетричній ділянці іншої сторони), **термалгія** (болісне відчуття холоду і тепла) і **дізестезія** (перекручене відчуття різноманітних подразнень, коли біль сприймається як тепло, доторк – як холод та інш.).

Можливі і суб'єктивні розлади чутливості, що виникають незалежно від зовнішніх подразників. Такі *парестезії* – розлади чутливості у виді відчуття повзання «комах», оніміння, печіння, поколювання.

Дослідження чутливості здійснюється тільки в осіб із збереженою свідомістю. Воно не повинно бути тривалим, тому що це стомлює пацієнта, притуплює його увагу і тим самим впливає на точність отриманих даних.

У випадку **оцінки рухової функції трійчастого нерва** звертають увагу на положення нижньої щелепи при відкриванні рота. Для оцінки тонусу і функції жувальних м'язів дослідник накладає долоні на щоки і скроні пацієнта і просить його декілька разів зціпити і розтиснути зуби (при цьому визначають рівномірність і ступінь напруги м'язів по обидва боки), зміщувати нижню щелепу в сторони і вперед.

При оцінці функції трійчастого нерва **вивчають рефлекси:**

кон'юнктивальний – легкий доторк ватою або смужкою м'якого паперу до кон'юнктиви супроводжується змиканням вік (дуга рефлексу V і VI нервів);

корнеальний – доторк до роговиці викликає таке ж змикання повік (дуга рефлексу V і VII нервів);

нижнещелепний – постукування молоточка по підборіддю при злегка відкритому роті викликає скорочення жувальних м'язів і змикання щелеп (рефлекторна дуга – чутливе і рухове волокно V нерва).

При ураженні рухової складової V нерва розвивається парез або параліч жувальних м'язів на боці поразки. Відзначаються гіпотонія й атрофія цих м'язів, зсув нижньої щелепи у бік поразки при відкриванні рота.

При оцінці функції лицевого нерва звертають увагу на симетричність очних щілин і положення брів, виразність і рівномірність лобових і носо-губних складок, розташування кутів рота, наявність тиків, фібрилярних і фасцикулярних посмикувань мимічних м'язів при рухах. Для дослідження пацієнта просять зморщити чоло, насупити брови, щільно закрити очі, оциритися, надути щоки, витягнути губи трубочкою, посвистіти, «задути свічку».

Досліджують також смакову чутливість на передніх $2/3$ язика на солодке і кисле.

Ураження лицевого нерва супроводжується паралічем мимічних м'язів хворої половини лица. При цьому виникає асиметрія лица: на боці поразки складки на чолі і носо-губні складці згладжені, кут рота опущений, очна щілина ширше. Неможливі зморщування чола і свист, при закриванні ока очна щілина не стуляється («заяче око»), очне яблуко відхиляється до верху і зовні (симптом Бела), при оскалі зубів рот перекошується в здоровий бік. У залежності від рівня пошкодження нерва, крім паралічу мимічних м'язів, можуть відзначатися сухість очей або посилена сльозотеча, розлади смаку на передніх $2/3$ язика, слиновиділення, слуху (гіперакузія), болю.

При вивченні функції язикоглоткового і блукаючих нервів визначають звучність голосу (нормальна, ослаблена, відсутня, захриплість, носовий відтінок та ін.), оцінюють ковтання їжі (вільне, утруднене, потрапляння її в ніс). Звертають увагу на положення м'якого піднебіння і язичка в спокою і при фонації.

Для дослідження рухливості піднебіння пацієнта просять широко відкрити рот і вимовити звук «а» або «є», при цьому спостерігають симетричність і ступінь напруги обох половин м'якого піднебіння, відхилення язика убік.

Досліджують також смакову чутливість задньої третини язика на гірке і солоне, рефлекси м'якого піднебіння і глотки. При необхідності для з'ясування стана голосових зв'язок здійснюють ларингоскопію.

Для з'ясування функції під'язикового нерва пацієнта просять висунути язика. При цьому звертають увагу на його розташування (по середній лінії або відхиляється убік) і його зовнішній вигляд (наявність атрофії, фібрилярних посмикувань, тремору). Перевіряють активні прямування язика в різних напрямках (уперед, убік, нагору), артикуляцію при спонтанній промові.

У стоматології чутливість органів порожнини рота і шкіри особи досліджують для діагностики і диференціальної діагностики нейрогенних захворювань і хвороб, що супроводжуються болючим і парестетичним симптомами.

При підозрі на онкологічні захворювання застосовують як поверхневу, так і **глибоку пальпацію**. Пухлини та пухлиноподібні захворювання можуть мати різноманітну консистенцію: тістоподібну, щільно еластичну, хрящувату, гладку або горбисту поверхню, чіткі або погано обумовлені межі.

Важливе значення має **пальпація регіонарних лімфатичних вузлів** – піднижньощелепних, підборідних, шийних, лицевих. Лікар повинний чітко уявляти, у які групи лімфатичних вузлів відтікає лімфа від тканин порожнини рота. Відтік лімфи зі слизової оболонки переддвір'я порожнини рота здійснюється в задні і передні підщелепні лімфатичні вузли, із слизової оболонки верхньої губи, альвеолярного відростка верхніх і нижньої щелеп, щоки – у щічні, підочничні, привушні лімфатичні вузли. Частина лімфи від переднього відділу слизової оболонки порожнини рота і язика надходить у підборідні серединні і латеральні лімфовузлі. Глибокі шийні лімфатичні вузли

приймають лімфу від тканин твердого і м'якого піднебіння, паратрахеальні – від органів переднього відділу шиї: гортані, трахеї, глотки, щитовидної залози.

Збільшення лімфатичних вузлів щелепно-лищевої області може бути викликано наявністю хронічних осередків інфекції в періапикальних тканинах зуба, тканинах пародонту, системі лор-органів, слідством метастазів злоякісних пухлин шкіри, порожнини рота, слинних залоз і інших органів.

При огляді і пальпації лица і шиї лімфатичні вузли досліджують у такому порядку: лицеві, потиличні, привушні, підпідборідні, піднижньощелепні, поверхневі шийні, паратрахеальні.

При пальпації лікар одержує інформацію про локалізацію лімфовузлів, їх розмірах, формі, консистенції, болісності, взаємовідносинах із навколишніми тканинами. Незмінені лімфатичні вузли мають розмір від сочевиці до дрібної горошини, одиничні, м'яко-еластичної консистенції, рухливі, безболісні.

Проводячи пальпацію лімфатичних вузлів, із метою розслаблення м'язів шиї, треба нахилити голову пацієнта в бік, що обстежується. Для пальпації піднижньощелепних вузлів лікар правою рукою нахилає голову пацієнта униз, а лівої послідовно обмацує їх трьома пальцями, нахилаючи голову пацієнта у відповідну сторону, підпідборідні лімфовузли обмацує в такому ж положенні вказівним пальцем. Піднижньощелепні і підпідборідні лімфовузли можна **пальпувати бімануально**, помістивши палець однієї руки на дно порожнини рота, а пальці іншої руки помістивши зовні. Соскоподібні лімфовузли пальпують II пальцем, рухаючи його вперед до заднього краю гілки нижньої щелепи і до заду – до переднього краю груднино-ключично-соскоподібного м'яза. Лицеві лімфатичні вузли (щічні, носо-губні, молярні, нижньощелепні) пальпуються бімануально – пальцями правої руки з боку порожнини рота і лівої – зовні. Привушні лімфатичні вузли пальпуються в проекції зовнішньої поверхні гілки

нижньої щелепи, у позашчелпній області – у товщі слинної залози і бімануально – по передньому краї привушної слинної залози. Латеральні шийні лімфатичні вузли пальпують 2-3 пальцями попереду і до заду від груднино-ключично-соскоподібного м'яза, від соскоподібного відростка донизу до ключиці. Далі, ставши за пацієнтом, трьома пальцями (II, III, IV), приміщеними на ключиці, обмацують надключичні лімфатичні вузли.

ОБСТЕЖЕННЯ ПОРОЖНИНИ РОТА полягає у визначенні ступеня відкривання рота, огляді переддвір'я і власне порожнина рота, глотки.

Відзначають відкривання рота: у нормі максимальне відкривання рота повинно бути до 5 см або на три поперечника (II, III, IV) пальців, уведених між центральними різцями, робоче відкривання рота – від 3 до 4 см. Визначають наскільки вільно і безболісно відкривається рот, чи немає хрускоту в суглобі, зміщення нижньої щелепи убік. Запальні процеси з залученням жувальних м'язів обумовлюють обмежене і болісне відкривання рота. У таких випадках слід зазначити зведення щелеп – запальна контрактура жувальних м'язів I, II і III ступеня.

Огляд присінку порожнини рота починають із губ, відмічаючи характер фарбування червоної кайми, досліджують слизову оболонку, її колір, ступінь зволоженості, пальпують щоки, ділянку жирового тіла щік.

Огляд власне порожнини рота проводять при гарному освітленні. Краще оглядати її за допомогою лобового рефлектора або стоматологічного дзеркала з вмонтованої в нього лампочкою. Оглядають слизову оболонку ясен (ясеневий край, ясеневі сосочки, ясеневу борозну), вуздечки губів, під'язичні складки і сосочки, різцевий сосочок, поперечні піднебінні складки. При огляді слизової оболонки рота фіксують увагу на малих слинних залозах – губних, щічних, молярних, піднебінних, язичних. Пальпаторно досліджують альвеолярні відростки щелеп (альвеолярні дуги, альвеолярні узвишся), піднебінний відросток верхньої щелепи (носовий

гребінь, різцевий шов, піднебінні ость і борозни), тканини за бугром верхньої щелепи.

Патологічний процес, що локалізується на червоній облямівці губів, шкірі лица і слизової оболонці порожнини рота, супроводжується виникненням на їх поверхні елементів поразки. Морфологічні елементи поразки поділяють на первинні, що є результатом безпосереднього початкового патологічного стану покровів, і вторинні, що формуються приплині захворювання внаслідок трансформації первинних. Елементи однакової форми і типу називають мономорфною поразкою. Якщо поразка складається з декількох видів морфологічних елементів, то говорять про справжній поліморфізм. При несправжньому поліморфізмі відзначаються послідовні зміни мономорфної поразки.

При описі елементів поразки притримуються слідуєчій послідовності: 1) локалізація з вказанням на сусідні органи і тканини порожнини рота; 2) вид; 3) розміри; 4) фарбування; 5) поверхня (гладка, шорсткувата, зерниста); 6) межі (чіткі, не різко виражені, рівні, фестончасті, зубцюватої форми); 7) відношення до навколишніх тканин (плюс або мінус тканина); 8) вид нальоту (фібринозний, покришка пухиря, некротичний, міцелій); 9) при описі виразки характеризують її дно (рівне, нерівне, зернисте, покрите грануляціями) і краї (підриті, рівні); 10) наявність фонових змін (гіперкератоз, застійна або яскрава гіперемія, ліхенізація); 11) консистенція країв і основи (щільна, м'яка); 12) болісність. Відзначається стан слизової оболонки або шкіри сусідніх областей, гіпо- або гіперсалівація.

Первинні морфологічні елементи поразки поділяють по головному патологічному симптому на інфільтративні з переваженням проліферативного типу запалення, і ексудативні з переваженням явищ ексудації. До інфільтративних елементів поразки відносять пляму, вузлик, горбок, вузол, до ексудативних – пухирець, пухир, пустулу, кісту, абсцес. До вторинних морфологічних елементів поразки відносять ерозію, афту,

виразку, рубець, лусочку, шкірку, тріщину, атрофію, пігментацію, вегетацію і ліхенізацію.

Після обстеження м'яких тканин обстежують зуби, перкутують їх, відзначають наявність додаткових або молочних зубів у постійному прикусі, прорізування нижніх зубів мудрості, визначають характер змикання зубів (прикус), записують зубну формулу (клінічну і по ВОЗ). У зубній формулі відзначають наявність тимчасових і постійних зубів, зубів, уражених карієсом (ускладненим і неускладненим), зруйнованих зубів, наявність додаткових зубів. Відзначають наявність зубного нальоту, стан гігієни порожнини рота.

Досліджують ясеневі сосочки та кишені і характер виділень з них, використовують спеціальні зонди, гладилки.

Вивчають стан прикусу – характер змикання зубів у положенні центральної оклюзії. Розрізняють фізіологічні, патологічні й аномалійні прикуси. Порушення прикусу можуть бути наслідком травми при зсуві уламків щелеп, захворювань скронево-нижньощелепного суглоба, при розвитку пухлини, пухлиноподібної поразки, в наслідок уродженої патології.

Відтягнув щоку шпателем, відзначають **стан сосочків привушних залоз**, припідняв язик до піднебіння, **обстежують протоки піднижньощелепних і під'язичних слинних залоз** і виділення ними слини.

Варто використовувати **масаж слинних залоз**, звернув увагу на можливі характерні зміни: рясну консистенцію слини, каламутний колір, наявність у ній згустків, слинних тромбів.

При огляді **язика** звертають увагу на його форму, розмір, стан слизової оболонки, її колір і ступінь вологості, виразність сосочків. Пальпацію язика роблять при висуванні його до переду, захопивши кінчик марлевою серветкою.

Досліджуючи глотку, оглядають м'яке піднебіння (піднебінний язичок, піднебінно-глоткові дужки), трубно-піднебінну складку, піднебінну мигдалину, **визначають глотковий рефлекс**, що відноситься до соматичних поверхневих рефлексів. Доцентрові і відцентрові дуги його проходять через язико-глотковий і блукаючі нерви. Ослаблення або втрата глоткового рефлексу – одне з ознак функціональної або органічної поразки відповідного периферичного нерва. Глотковий рефлекс досліджують при широко відкритому роті шляхом доторкання до задньої стінки глотки металевим шпателем або пінцетом. Відповідну реакцію оцінюють у такий спосіб: 1) глотковий рефлекс у нормі, якщо легкий доторк до задньої стінки глотки викликає блювотні, ковтальні або кашлеві рухи; 2) глотковий рефлекс знижений, якщо тільки проведення ліній по задній стінці глотки викликає зазначені вище явища; 3) глотковий рефлекс відсутній, якщо ніякі тактильні або навіть слабкі болючі подразнення задньої стінки глотки не викликають відповідної реакції; 4) глотковий рефлекс підвищений, якщо доторк уже до середньої і задньої третини язика викликає блювотний рефлекс.

При дослідженні під'язикових ділянок застосовують бімануальну пальпацію: із боку під'язикової складки і піднижньощелепної області досліджують глибокі тканини дна порожнини рота.

При перфорації дна верхньощелепної пазухи при видаленні зуба досліджують лунку, визначають влучення в порожнину носа через рот рідини. Встановлюють глибину пазухи шляхом введення в неї зонда.

При захворюваннях слинних залоз проводять зондування протоків, що дозволяє встановити їхній напрямок, наявність стенозу, стріктури або повної облітерації його, конкремент у протоку.

Досліджуючи пацієнта з травматичними пошкодженнями кісток обличчя, визначають патологічну рухливість, болісність зубів, розриви слизової оболонки. При пальпації відламків відзначають рухливість,

крепітацію і болісність. Звертають увагу на змикання зубів, зсув нижньої щелепи при відкриванні рота.

При наявності підозри на пухлину й пухлиноподібне захворювання потребує уточнення локалізація утворення, його розміри, консистенція, рухомість, наявність зв'язку з зубами. При виявленні виразки необхідно дослідити щільність її країв та стан дна, наявність інфільтрації м'яких тканин.

Огляд порожнини рота при дефектах і деформаціях обличчя і щелеп починають із ротової щілини (форма губ), звертають увагу на відкривання рота, досліджують альвеолярні і піднебінні відростки верхніх щелеп, піднебінну кістку і м'яке піднебіння. Визначають локалізацію і розмір дефекту, стан навколишньої слизової оболонки.

Клінічне обстеження пацієнта повинно включати ряд діагностичних методів дослідження. Вид і обсяг їх залежать від характеру захворювання або травми щелепно-лицевої області і від умов проведення обстеження (у поліклініці або стаціонарі), а також від рівня оснащеності лікувального закладу.

У академічній історії хвороби місцевий статус описують у такому порядку:

1. Дані огляду обличчя, піднижньощелепних ділянок, шиї.
2. Характер і ступінь відкривання рота, визначають функцію скронево-нижньощелепних суглобів, характер рухів нижньої щелепи.
3. Дані пальпації щелеп, слинних залоз, лімфатичних вузлів, точок виходу гілок трійчастого нерва на поверхню лицевого черепа.
4. Дані огляду губів, переддвір'я порожнини рота, зубів, ясен, слизової оболонки альвеолярних відростків, піднебіння, щік,

під'язичної області, крилоподібно-щелепних складок, піднебінних дужок, мигдалин, зіва.

5. Дані перкусії і зондування зубів, стан тканин пародонта.
6. Зубна формула (клінічна або по ВООЗ).
7. Стан прикусу.
8. Дані огляду вустів вивідних протоків слинних залоз, визначення функції слинних залоз.
9. Характеристика язика.
10. Результати додаткових досліджень (рентгенограми, лабораторні дослідження та ін.), які має пацієнт.

При описі патологічного осередку необхідно зазначити розміри і межі поразки, характерні зміни тканин, обумовлені патологічним процесом (болісність, консистенцію, спаяність із навколишніми тканинами і зміщуваність, температуру тканин).

Наводимо зразковий опис місцевого статусу хворих на:

а) одонтогенну флегмону піднижньощелепного і піджувального просторів справа:

Виражена асиметрія обличчя за рахунок припухлості тканин правої піднижньощелепної і нижніх відділів правої привушно-жувальної ділянок. Шкіра лиця бліда, волога, над припухлістю гіперемована, напружена - у складку не береться, гаряча. Відкривання рота обмежене до 1,5 см, болісне. Щічні, підпідборідні, шийні, піднижньощелепні лімфовузли зліва не пальнуються. Місця виходу трійчастого нерва на поверхню лиця безболісні. Пальпація м'язів шиї безболісна.

При пальпації припухлості визначається розлитий, болісний, щільний інфільтрат у правій піднижньощелепній і нижніх відділах привушно-жувальній ділянках, з осередками флуктуації. Відзначається колатеральний набряк тканин у правій привушно-жувальній області. Пальпація місця прикріплення правого медіального крилоподібного м'яза до внутрішньої поверхні кута нижньої щелепи безболісна.

Червона облямівка губ суха, гіперемована. Слизова оболонка переддвір'я порожнини рота, щічної області зліва, крилоподібно-щелепних складок, піднебінних дужок, мигдалин, м'якого і твердого піднебіння, задньої стінки ротоглотки, альвеолярних відростків, під'язичної області зліва блідо-рожевого коліру, волога. Визначається зруйнований на $\frac{2}{3}$ 46 і змінений у колірі 47 зуби, дістопованний у щічну сторону 48, перкусія яких болісна; відзначається набряк і гіперемія ясен і слизової оболонки правої щічної і під'язичної областей, біль при пальпації по перехідній складці в області 45, 46, 47.

Зубна формула:

PI PI PI	PI C PI
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8

Pt Pt Pt Pt Pt | C Pt C

Стан пломб задовільний. У 24, 32 і 37 зубах глибокі каріозні порожнини заповнені розм'якшеним, пігментованим дентином, при зондуванні стінок і дна каріозних порожнин визначається біль.

Прикус ортогнатичний.

Вустя головних вивідних протоків привушних, піднижньощелепних і під'язикових залоз візуально визначаються, при масажі залоз із вивідних протоків виділяється прозорий, рясний секрет у помірній кількості. Масування і пальпація великих слинних залоз безболісне. Відзначається гнильний запах із рота.

Язик набряклий - визначаються відбитки зубів на бічних поверхнях язика; спинка язика обкладена білим нальотом, сосочки виражені помірно.

б) травматичний ангулярний перелом нижньої щелепи зліва зі зсувом відламків:

Асиметрія лиця за рахунок припухлості тканин у нижніх відділах лівої привушно-жувальної області. На шкірних покровах у цій області відзначаються садна, візуально визначаються підшкірні крововиливи.

Відкривання рота сторожке через біль в області лівого кута нижньої щелепи. Біль в області лівого кута нижньої щелепи посилюються при змиканні зубів. Екскурсія суглобних голівок у повному обсязі.

Точки виходу трійчастого нерва на поверхню лиця безболісні, відзначається зниження чутливості шкіри і слизової оболонки нижньої губи зліва.

При пальпації припухлості визначаються набряклі, різко болючі м'які тканини в межах: зверху - нижній край вищевої дуги, знизу - піднижньощелепна ділянка, попереду - передній край жувального м'яза, позаду - задній край гілки нижньої щелепи зліва. Безперервність нижнього краю нижньої щелепи на всьому протязі збережена, значна болісність в

області лівого кута нижньої щелепи. Симптом навантаження в області кута нижньої щелепи зліва позитивний. Пальпація контурів орбіт, вилицевих дуг і вилицевих кісток, вилицево-щелепних швів, кісток носа, передньої поверхні верхніх щелеп безболісна.

Червона облямівка губ волога. Слизова оболонка переддвір'я порожнини рота, щічних областей, крилоподібно-щелепної складки справа, піднебінних дужок, мигдалин, м'якого і твердого піднебіння, альвеолярних відростків, під'язикових ділянок блідо-рожевого цвіту, волога. Визначається підслизовий крововилив у нижніх відділах лівої крилоподібно-щелепної складки, порушення цілісності слизуватої оболонки з вестибулярної сторони альвеолярного відростка нижньої щелепи в області 38, що прорізався медіальними буграми. Прикус відкритий косий за рахунок відсутності контактів великих корінних зубів зліва, незначно усунута вуздечка нижньої губи вправо.

Перкусія 38 різко болісна, 37 - дошкульна. При бімануальній пальпації нижній щелепі відзначається патологічна рухливість в області 38, крепітація кісткових уламків, кров'янисте виділення з рани на слизовій оболонці. З боку порожнини рота пальпується зміщений декілька доверху відламок лівої гілки нижньої щелепи.

Зубна формула:

0 PI 0 PI Ar Cd	PICd Ar Pt
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
0 Ar Ar Ar Ar	C C

Стан пломб, штучних коронок задовільний. У 33 і 34 зубах каріозні порожнини, стінки яких покриті пігментованим дентином. У 27 глибока каріозна порожнина, що сполучається з порожниною зуба, перкусія зуба безболісна.

Вустя головних вивідних протоків привушних, піднижньощелепних і під'язикових залоз візуально визначаються, при масажі залоз із вивідних протоків виділяється прозорий, рясний секрет у достатній кількості. Масування і пальпація великих слинних залоз безболісне.

Язик обкладен бурим нальотом, сосочки язика виражені помірно.

СУБ'ЄКТИВНЕ Й ОБ'ЄКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПАЦІЄНТА
ЗАКІНЧУЮТЬСЯ ВИЗНАЧЕННЯМ ПОПЕРЕДНЬОГО ДІАГНОЗУ

IV. ПОПЕРЕДНІЙ ДІАГНОЗ

На підставі скарг пацієнта (перерахувати основні скарги пацієнта), даних анамнезу захворювання, анамнезу життя (якщо на цих даних ставиться діагноз), даних об'єктивного обстеження (описати основні симптоми захворювання) установлюють попередній діагноз.

При написанні цієї частини академічної історії хвороби студенти повинні продемонструвати логічне мислення на підставі отриманих попередніх даних.

Для визначення клінічного діагнозу необхідно, базуючись на попередньому діагнозі, розробити план додаткового обстеження пацієнта.

V. ПЛАН ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТА

з вказанням й обґрунтуванням необхідності додаткових досліджень (лабораторних, клінічних, біохімічної, інструментальних, рентгенологічних) і консультації інших спеціалістів.

1. Лабораторні дослідження:

- клінічний аналіз крові;
- клінічний аналіз сечі;
- аналіз крові на антитіла до ВІЛ, HBs-антиген, RW;
- аналіз сечі на цукор (добовий діурез);
- біохімічний аналіз крові (загальний білок і білкові фракції, білірубін, діастаза, залишковий азот, мочеви́на, креатинін, калій, натрій, хлориди, амінокислоти, ліпідний склад, загальний холестерин, діспро́теїнемічні тести);
- кислотно-лужна рівновага;
- показники згортання крові і фібринолізу;
- аналіз крові на цукор;
- біохімічний аналіз сечі;
- група крові і резус-чинник;
- аналіз кала;
- імунограма;
- кількісний і якісний склад ротової рідини і слини.

2. Інструментальні дослідження:

- рентгенологічне дослідження:
 - а) внутришньоротова рентгенографія зубів, альвеолярних відростків, піднебінних відростків, органів дна порожнини рота.

б) внеротова рентгенографія нижньої і верхніх щелеп, вилицевих, лобових, носових, скроневиx кісток і кісток склепіння черепа, додаткових пазух носа, скронево-нижньощелепного суглоба, великих слинних залоз. Проекції – пряма, напіваксіальна, аксіальна, коса контактна, тангенціальна.

в) рентгенографія з контрастуванням (сіалографія, синусографія, фістулографія), комп'ютерна томографія.

- електроодонтометрія;
- естетіометрія;
- реографія;
- полярографія;
- ехоостеометрія;
- люмінесцентна діагностика;
- електроміографія;
- визначення біоелектричних і електрохімічних потенціалів у порожнині рота;
- радіоізотопні дослідження.

3. Морфологічні дослідження:

-цитологічний метод (відбитки, перебитки, зішкреби, пункційний матеріал).

-гістологічний метод (аспіраційна, пункційна, інцизійна, резекційна біопсія).

4. Бактеріологічне дослідження (визначення виду збудника, його вірулентності, чутливості до антибіотиків).

5. Імунобіологічні й алергологічні дослідження.

В окремих випадках при обстеженні хірургічного стоматологічного пацієнта, а також при підготуванні до операції проводять ортопедичні заходи: зняття відбитків і виготовлення захисних платівок, ортопедичних апаратів (шини Ванкевич, Вебера, шини з нахилою площиною, дотові шини із шарнірами Шредера, Померанцевої-Урбанської і ін.), моделей щелеп, масок лица. Роблять фотографії лица пацієнта (фас, профіль, при необхідності з двох сторін).

Консультації спеціалістів: при плануванні оперативного втручання необхідна консультація анестезіолога, за показниками – кардіолога, пульмонолога, нефролога, алерголога; для хворих із травмою щелепно-лицевої області, що особливо сполучиться з ушкодженням головного мозку, необхідна консультація нейрохірурга, невропатолога, офтальмолога, оторіноларінголога, за показниками - кардіолога, загального хірурга, травматолога; для пацієнта із важким перебігом гострих запальних захворювань тканин щелепно-лицевої області необхідна консультація реаніматолога, кардіолога, пульмонолога, невропатолога, оторіноларінголога, офтальмолога, торакального хірурга; для пацієнтів із системними захворюваннями – консультація ендокринолога, ревматолога, алерголога, гематолога, дерматолога й інших спеціалістів.

При тривалій госпіталізації пацієнта загальноклінічні дослідження провадяться регулярно щотижня.

Всі перераховані методи обстеження пацієнта вносять в історію хвороби, що є юридичним документом, у тому числі і для судово-медичної експертизи.

При обстеженні пацієнта деонтологія й етика є необхідними умовами успішної діагностики і лікування хірургічного стоматологічного захворювання.

VI. Результати лабораторних, клінічних, біохімічних та спеціальних методів дослідження

Результати додаткових методів дослідження наводяться в історії хвороби відповідно з планом обстеження пацієнта й з обов'язковою вказівкою дати дослідження. Отримані дані додаткових методів дослідження перекладаються в систему СІ. Лікарем здійснюється інтерпретація отриманих даних додаткового обстеження.

Здійснюють повний опис рентгенограм, томограм, сіалогам, даних ультразвукового дослідження, рео- або електроенцефалограм, після чого указують висновок по використаному методу дослідження пацієнта.

У додатку 1 наведені показники нормальних величин основних констант організму.

VII. КЛІНІЧНИЙ ДІАГНОЗ

На підставі скарг, даних анамнезу захворювання та анамнезу життя пацієнта, даних об'єктивного дослідження, результатів додаткових методів дослідження встановлюють клінічний діагноз із вказівкою основного захворювання, ускладнень, що супроводжують захворювання.

Вказуються тільки ті дані суб'єктивного, об'єктивного та додаткових методів дослідження, що відображають етіологію, патогенез, клінічну картину основного захворювання, його ускладнення і супутні захворювання.

VIII. ДИФЕРЕНЦІАЛЬНИЙ ДІАГНОЗ

Діагностика хвороби здійснюється на підставі її симптомів, що виявляються в процесі обстеження пацієнта, із використанням принципів гносеології і логіки і будується на методологічних принципах – спостереження, досвід, порівняння, класифікація явищ, їхній аналіз і синтез, побудова і перевірка гіпотез.

По засобам логічної побудови й обґрунтування діагнозу розрізняють **прямий і диференціальний діагноз**. Крім цього, виділяють установлення діагнозу шляхом спостереження (*diagnosis ex observation*) і по лікувальному ефекту (*diagnosis ex juvantibus*).

Прямий діагноз встановлюється по типовій сукупності симптомів, що об'єднані патогенетично (синдроми) і спостерігаються тільки при даному захворюванні або по наявності патогномонічних для захворювання симптомів.

Диференціальний діагноз встановлюється на основі порівняння конкретної клінічної картини з рядом подібних абстрактних хвороб із метою ідентифікації з однієї з них і виключення інших.

Діагноз шляхом спостереження – різновид диференціального діагнозу, встановлюється в процесі спостереження за розвитком конкретного захворювання і порівняння його з розвитком подібних абстрактних хвороб.

Діагноз по лікувальному ефекту – форма диференціального діагнозу, яка встановлюється на основі ефективності лікування, що є специфічним тільки для даного захворювання.

Найбільш досконалим ступенем лікарського діагнозу є «**діагноз пацієнта**», у якому відзначаються особливості захворювання в конкретного пацієнта, що залежать від його індивідуальної реактивності,

конституції, віку, умов життя. Але така форма діагнозу ускладнює статистичне вивчення загальних закономірностей, динаміки структури захворюваності і смертності. Тому, в основу документального оформлення захворювань у клінічній практиці покладено **клінічний «діагноз хвороби»**. Він складається з **нозологічної форми**, що позначає сутність хвороби в термінах, що передбачені прийнятою класифікацією і номенклатурою хвороб, і включає **етіологічний, патогенетичний, морфологічний і функціональний** аспекти (Міжнародна класифікація хвороб – X серія (стоматологічна), Женева, 1998).

Диференціальна діагностика є важливим етапом у діагностичному процесі. У її основу покладено **порівняння** – логічний прийом, що дає можливість установити подібність або розходження предметів або процесів. У діагностичному процесі порівняння припускає встановлення окремих симптомів у порівнюваного конкретного захворювання і знання симптомів абстрактного захворювання, аналіз і наступний синтез симптомів конкретного захворювання для зіставлення захворювань у цілому. Порівняння повинно проводитися по визначених правилах:

- загальна орієнтована оцінка клінічної картини захворювання в пацієнта;
- визначення класу хвороб, до котрого це захворювання відноситься;
- визначення головного симптому або синдрому в клінічній картині захворювання в конкретного пацієнта;
- визначення всіх нозологічних форм, у яких є цей симптом або синдром;
- порівняння з позицій динамічного розвитку всіх ознак конкретної клінічної картини з ознаками абстрактної клінічної картини послідовно з кожним із підозрюваних захворювань;
- виняток усіх видів хвороб, крім найбільше ймовірної в даному конкретному випадку.

Виняток провадиться на підставі одного з **принципів диференціації**:

1. принцип істотного розходження;
2. принцип винятку через протилежність;
3. принцип розбіжності ознак.

При проведенні диференціальної діагностики для більш ймовірного встановлення подібності або розходження клінічної картини захворювань, що диференціюються, варто порівнювати захворювання не тільки по зовнішніх проявах, але і спробувати зіставити внутрішню динаміку конкретного захворювання з етіопатогенезом тієї абстрактної хвороби, із якій дорівнюється захворювання пацієнта. Саме такий патогенетичний підхід до диференціальної діагностики наближає її результат до достовірного.

При диференціальній діагностиці проводять порівняння захворювання пацієнта з захворюваннями, що мають як найменш подібні етіологію, патогенез, клінічну картину, так і з захворюваннями, що мають найбільш подібні ознаки – тобто провадиться міжгрупова і внутришньогрупова диференціальна діагностика.

Міжгрупова диференціальна діагностика провадиться з основними групами патологічних процесів щелепно-лицевої ділянки – запальними процесами, травмами м'яких тканин і кісток лицевого скелета, вродженою патологією, дистрофічними порушеннями, пухлинами й пухлиноподібними захворюваннями. Порівняння схожих ознак захворювання починають із групи захворювань, що мають найменш подібні ознаки з захворюванням у пацієнта.

Внутришньогрупова диференціальна діагностика провадиться усередині групи однорідних патологічних процесів з окремими подібними по етіології, патогенезу і клінічній картині захворюваннями. Порівняння

подібних ознак різноманітних захворювань можна проводити **двома методами** – по перше, порівнювати паралельно окремі симптоми захворювання, що діагностується, із симптомами захворювання пацієнта. Таким чином, приходячи до остаточного виключення або утвердження захворювання, або описати всі основні ознаки гаданого захворювання, потім зазначити відмітні ознаки і так само виключити гадане захворювання або прийти до остаточного діагнозу.

Диференціальний діагноз необхідно оформлювати у текстовому або табличному вигляді, де порівнюють захворювання згідно основних критеріїв: етіологія, патогенез, клінічна картина, дані додаткових методів дослідження (лабораторний, апаратних), ефект від проведеного лікування тощо.

ОСТАТОЧНИЙ ДІАГНОЗ - РЕЗЮМЕ ЗАГАЛЬНОКЛІНІЧНОЇ ЧАСТИНИ ІСТОРІЇ ХВОРОБИ

Остаточний діагноз – це діагноз, який встановлюють на підставі аналізу основних скарг, анамнезу захворювання та життя пацієнта, даних об'єктивного обстеження, результатів додаткових методів дослідження і проведеної диференціальної діагностики з зазначенням основного і супутнього захворювання, а також ускладнень захворювання.

X. ЕТІОЛОГІЯ І ПАТОГЕНЕЗ ОСНОВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ

Вивчення й опис етіології основного захворювання полягає у визначенні причин, що обумовили виникнення і розвиток захворювання пацієнта. Для цього використовують фактичні дані, що були отримані при з'ясуванні скарг, анамнезу життя і захворювання пацієнта, його об'єктивного обстеження, що підтверджують причинний фактор захворювання.

Необхідно враховувати цілісність організму пацієнта, особливості його життєдіяльності, єдність організму з навколишнім середовищем. Враховуються уроджені і набуті особливості конституції і функцій організму, що викликали розвиток даного захворювання, тому, етіологічні чинники зв'язують з особливостями навчання і професії пацієнта, із перенесеними захворюваннями, а також встановлюється сімейний анамнез, який має суттєве значення при певних захворюваннях щелепно-лицевої локалізації.

Описують механізм розвитку захворювання – запалення, дистрофія, травма, пухлинний ріст, порушення ембріогенезу. Вказують можливі результати й ускладнення захворювання.

При написанні цього обов'язкового розділу академічної історії хвороби у клініці хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії передбачене глибоке вивчення додаткової літератури з питань етіології і патогенезу захворювань і вміння студента письмово викласти узагальнені, найбільше поширені теорії, і на основі узагальнюючих даних зазначити механізм розвитку досліджуваного захворювання у пацієнта.

XI. ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ

Після встановлення діагнозу, використовуючи необхідну навчальну, навчально-методичну та наукову літературу, студент викладає основні принципи лікування захворювання пацієнта, розробляє **план лікування**, зокрема, визначає хірургічну тактику, план комплексного лікування і реабілітації пацієнта. Опис лікувальних заходів ведуть у чіткій послідовності:

- *режим пацієнта* (суворий постільний, постільний, палатний, вільний);
- *дієта* (загальний стіл, щелепна дієта № 1 та № 2, при супутніх захворюваннях – відповідна дієта);
- *підготовка до проведення оперативного втручання*;
- *передопераційний епікриз*;
- *протокол операції*;
- *післяопераційне ведення пацієнта*;
- *медикаментозне лікування*;
- *фізіотерапевтичне лікування*;
- *лікувальна фізкультура*.

Важливим етапом ефективного лікування є раціональна передопераційна підготовка пацієнта з мобілізацією імунобіологічних сил організму, санацією осередків хронічної інфекції, корекцією водяного, електролітного, білкового, кислотно-лужного балансів організму. Тривалість і ефективність підготовки пацієнта залежить від ступеня важкості захворювання, ступеня порушень функцій організму, і від обсягу оперативного втручання і його терміновості.

Перед описанням протоколу оперативного втручання необхідно письмово зазначити **передопераційний епікриз**, у якому стисло описують основні скарги пацієнта і найбільш важливі відомості щодо захворювання,

вказують основне захворювання, його ускладнення, супутні захворювання й обґрунтовують необхідність і терміновість оперативного втручання. Обов'язково визначають вид знеболювання (загальне або місцеве), оперативний доступ, обсяг оперативного втручання і метод операції, вказують усвідомлену згоду пацієнта (його родичів або законних представників –опікунів, адвокатів) на операцію і подальше лікування.

У протоколі операції необхідно описати такі етапи:

- 1) обробка операційного поля;
- 2) вид знеболення з вказівкою застосовуваних лікарських препаратів і їхніх доз;
- 3) оперативний доступ;
- 4) розтин шкіри або слизової оболонки (локалізація, форма, довжина, глибина);
- 5) дані огляду і ревізії операційної рани, органів та патологічні зміни в них;
- 6) послідовність різноманітних етапів операції і їхнє проведення;
- 7) ускладнення під час оперативного втручання;
- 8) закінчення оперативного втручання, загальний стан пацієнта на момент закінчення операції;
- 9) опис макропрепарату.

Описують лікування в післяопераційному періоді в повному обсязі (дієтичне, медикаментозне, фізіотерапевтичне):

1) внутрішньовенні інфузії з корекцією водно-електролітних, білкових, вуглеводних, кислотно-лужного балансів; антибактеріальне лікування; протизапальне лікування;

2) знеболюючі препарати;

3) симптоматичне лікування.

Призначення медикаментозної терапії записують в історію хвороби в **листок призначень** латинською мовою, указують концентрацію, дозу, кратність і засіб введення.

Вказують профілактику ускладнень і лікування супутніх захворювань.

ЛИСТОК ПРИЗНАЧЕНЬ

№ історії хвороби
палати

Прізвище, ім'я, по батькові пацієнта, №

Призначення		Відмітка про виконання призначень									
Режим _____	Дата										
Дієта _____											
	лікар										
	медсестра										
	лікар										
	медсестра										
	лікар										
	медсестра										
	лікар										
	медсестра										
	лікар										
	медсестра										
	лікар										
	медсестра										
підпис	лікаря										
	медсестри										

ХІІ. ЩОДЕННИК З ВІДОБРАЖЕННЯМ ДИНАМІКИ ЗАХВОРЮВАННЯ І КОРЕКЦІЇ ЛІКУВАЛЬНИХ ПРИЗНАЧЕНЬ

Перебіг хвороби та її динаміку куратор фіксує в щоденнику спостереження за пацієнтом. Куратор описує детально скарги пацієнта в день спостереження, загальний об'єктивний стан, сон, апетит, фізіологічні відправлення, артеріальний тиск, пульс, подих, а також детально описують місце захворювання, оцінює ефективність лікування.

Докладно описується стан пов'язки, кількість і характер виділень з рани, наявність некротичних тканин у рані, грануляцій, інфільтратів та стан навколишніх тканин.

Відзначається характер і вид дренажів, антисептичні розчини, якими промивають рану, характер загоєння рани, вид пов'язки. Оцінюється стан шин, фіксуючих конструкцій або апаратів.

Куратор призначає лікування в день спостереження за пацієнтом (на латинській мові з указівкою дози, концентрації, засобу і кратності введення). Спостережень у щоденнику повинно бути 2-4.

<i>№ n/n</i>	<i>Дата</i>	<i>АТ, пульс, температура</i>	<i>Перебіг захворювання</i>	<i>Призначення. Рецептура</i>

До щоденника додається графічне відображення температурної кривої, пульсу, артеріального тиску – **температурний листок**.

У температурному листку відзначають температурну криву (позначають чорним коліром), частоту пульсу (червоним коліром) і подиху (синім коліром), указують кількість випитої рідини, діурез (за показниками), масу тіла пацієнта, зображують у виді діаграми артеріальний тиск.

ХІІІ. ЕПІКРИЗ

Епікриз – короткий виклад історії захворювання пацієнта. Розрізняють передопераційний, етапний, переводний, виписний, посмертний епікриз.

Передопераційний епікриз оформлюють при плануванні оперативного втручання. У епікризі вказують дані анамнезу захворювання і життя пацієнта, дані об'єктивного і додаткових методів дослідження, клінічний або остаточний діагнози, показання до оперативного втручання, обґрунтування знеболювання, планується оперативний доступ і обсяг оперативного втручання, призначається дата і час оперативного втручання, бригада, що оперує. Обов'язкова консультація анестезіолога при плануванні операції під загальним знеболюванням.

Переводний епікриз оформляють при переводі пацієнта в інше відділення або лікувальний заклад, де буде здійснюватися подальше лікування або де буде проводитися реабілітація пацієнта. У цьому епікризі коротко наводять основні відомості про пацієнта, дані обстеження, остаточний діагноз, проведене лікування і його ефективність. Вказують тяжкість клінічних проявів, що переважають в сучасний момент перебування пацієнта в лікувальному закладі. Обов'язково обґрунтовують причину переводу пацієнта, дають рекомендації по подальшому лікуванню та уходу за пацієнтом.

Етапний епікриз оформляють кожні 10-12 днів перебування пацієнта в стаціонарі. У ньому оцінюють перебіг захворювання за зазначений період, відображають динаміку клінічних і параклінічних даних, обґрунтовують зміни в діагнозі і лікуванні пацієнта, оцінюють ефективність лікування, надають відомості про переносність медикаментів і лікувальних процедур, обґрунтовують потребу у подальшому обстеженні і лікуванні.

Виписний епікриз – це заключний розділ історії хвороби, де повинні бути коротко і логічно узагальнені всі результати спостереження за пацієнтом, відображені основні дані анамнезу, об'єктивного дослідження, додаткових методів дослідження, остаточний діагноз, проведене лікування та його ефективність, показання до операції, ускладнення і ісхід захворювання пацієнта. Закінчується епікриз указівкою про те, у якому стані виписується пацієнт, куди він направляється (на роботу або навчання, на амбулаторне лікування, або переведений в інше відділення, на диспансерне спостереження), режим і дієта, що рекомендуються пацієнту, рекомендації для амбулаторного лікування.

Посмертний епікриз оформляють у випадку смерті пацієнта. Обґрунтовують основний діагноз і його ускладнення, вказують безпосередню причину смерті пацієнта, при наявності супутні захворювання. Вказують патологоанатомічний діагноз.

XIV. ПРОГНОЗ ЗАХВОРЮВАННЯ.

РЕАБІЛІТАЦІЯ ПАЦІЄНТА. РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТУ.

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

У цьому розділі історії хвороби указують прогноз щодо:

1) **життя** (обґрунтувати – чи загрожує захворювання життю пацієнта в даний момент і чому);

2) **видужання** (обґрунтувати можливість видужання пацієнта або поліпшення його стану при хронічному захворюванні);

3) **відновлення функцій і працездатності** (вказати й обґрунтувати втрату працездатності – тимчасова, тривала або постійна).

Варто зазначити можливі ускладнення основного захворювання, охарактеризувати можливості медичної, психологічної, соціальної і фахової реабілітації пацієнта і її перспективи.

XV. НАСЛІДКИ ЗАХВОРЮВАННЯ

залежать від характеру захворювання. Зокрема, наслідками гострого запалення є: видужання, перехід у хронічну форму, розвиток стійкого патологічного стану (рубці, деформації, свищі, контрактури, дефекти); смерть.

Наслідки захворювання документуються в епікриті і на титульному листі історії хвороби:

- видужання;
- поліпшення стану;
- без змін;
- погіршення стану;
- смерть.

XVI. ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНОЇ ПРИ НАПИСАННІ ІСТОРІЇ ХВОРОБИ ЛІТЕРАТУРИ

Перелік літератури, використаної студентом під час курації пацієнта і написання академічної історії хвороби, повинний бути складений за абеткою.

У бібліографічних посиланнях на монографії і посібники вказують прізвища авторів і їхні ініціали, назву праці, місце публікації, видавництво, рік, кількість сторінок. Якщо монографія написана колективом авторів, варто зазначити, під чиєю редакцією вона видана.

У випадку посилань на статті з часопису або збірника вказують прізвища й ініціали авторів, назву статті, назву часопису або збірника, рік, том, номер випуску, сторінки (якщо більше трьох авторів, то прізвища їх указують після назви статті).

Підпис куратора

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Авдошенко К. Восстановительное лечение пациентов после пластических операций на лице методами аппаратной косметологии и физиотерапии / К. Авдошенко, Т. Коновалова // Эстетич. мед. – 2007. – № 1. – С. 54-63.
2. Аветіков Д.С. Гістотопографічна характеристика загоєння післяопераційних ран при застосуванні клейової композиції «Сульфакрилат» в порівнянні з традиційним ушиванням / Д.С.Аветіков, Р.В.Талаш, І.І.Старченко // Актуальні проблеми сучасної медицини. Вісник УМСА. – 2015. – Т.15. Вип.3 (51). – Ч.І. – С. 149-153.
3. Аветіков Д. С. Зміни мінерального компоненту нижньощелепної кістки в динаміці репаративного остеогенезу за умов хронічної нітратної інтоксикації / Д. С. Аветіков, К. П. Локес, В. В. Іщенко // Вісник проблем біології і медицини. – 2014. – Вип. 2. – Т. 1 (107). – С.37–39.
4. Аветіков Д. С. Комплексний підхід до вибору методів обстеження пацієнтів з больовою дисфункцією скронево-нижньощелепного суглобу як умова ефективного її лікування / Д. С. Аветіков, О. С. Іваницька, О. В. Рибалов // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2013. – Т. 13, Вип. 2 (42). – С. 50–52.
5. Аветіков Д. С. Морфофункціональні особливості будови м'яких тканин різних ділянок голови людини : автореф. дис. на отрим. вчен. ступення докт. мед. наук : спец. 14.03.01 “нормальна анатомія” / Д.С. Аветіков. – Х., 2011. – 37 с.
6. Аветіков Д.С. Особливості будови та біомеханічних властивостей сполучнотканинних структур голови / Д. С. Аветіков // Вісник морфології. – 2010. - № 16(3). – С. 721–726.

7. Аветіков Д. С. Одонтогенні та неодонтогенні кісти щелеп : навч. посіб. для студентів стоматологічних факультетів вищих навчальних закладів МОЗ України та лікарів-інтернів / Д. С. Аветіков, І. В. Яценко, В. Д. Ахмеров. – Полтава : СПДФО Гаража М.Ф., 2012. – 93 с.
8. Аветіков Д. С. Передпухлинні захворювання щелепно-лицевої ділянки : навч. посіб. для студентів стомат. фак-тів вищих мед.закладів та лікарів-інтернів / Д. С. Аветіков, Н. А. Соколова, Г. П. Рузін. — Полтава : ТОВ"АСМИ", 2012. — 82 с.
9. Аветиков Д. С. Предоперационная оценка и хирургическая коррекция преддверия полости рта / Д. С. Аветиков, И. В. Яценко, С. А. Ставицкий // Стоматология. Имплантация. Остеоинтеграция. VI Український Міжнародний конгрес. – Київ, 2014. – С. 220–222.
10. Аветіков Д.С. Сучасні підходи до хірургічного лікування рецесії ясен / Д.С.Аветіков, І.В.Яценко, К.П.Локес, С.О.Ставицкий, Каплун Д.В.// Вісник проблем біології і медицини. – 2015. – вип. 2, Т.2(119). – С.9-12.
11. Аналіз захворюваності та стан діагностики злоякісних новоутворень щелепно-лицевої ділянки / Н. А. Соколова, Д. С. Аветіков, В. М. Гаврильєв, В. Д. Ахмеров // Лікарська справа. – 2013. – № 8 (1125). – С. 137–141.
12. Белоусова И.П. Фармакологическая регуляция окислительного гомеостаза при гипоксическом синдроме / И.П. Белоусова, Е.Ю. Библик // Проблеми військової охорони здоров'я : Зб. наук. праць Укр. військ.-мед. академії. Вип. 7 : за ред. проф. В.Я. Білого. – К., 2000. – С. 473–477.
13. Бородай Н.В. Морфофункціональні особливості слизової оболонки порожнини рота та зміни в ній при різних патологічних процесах / Н.В. Бородай // Лабораторна діагностика. – 2001. - № 1. – С. 49 -55.

14. Быков В.Л. Гистология и эмбриология органов полости рта человека : учебн. пособ. [для студентов стом. фак. мед. ин-тов.] / В.Л. Быков – М. : Спец. лит., 1996. – 246 с.
15. Вдосконалення консервативного лікування хворих з одонтогенними флегмонами дна порожнини рота : монографія / Аветіков Д. С., Кайдашев І. П., Скікевич М. Г., Кравченко С. Б. – Полтава: 2016. – 132 с.
16. Влізло В. В., Федорук Р. С., Ратич І. Б. та ін. Лабораторні методи досліджень у біології, тваринництві та ветеринарній медицині. Львів: СПОЛОМ, 2012. – 761 с.
17. Ву Вьет Куонг Современный взгляд на этиология и патогенез одонтогенных абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области / Ву Вьет Куонг, Д. С. Аветиков, С. Б. Кравченко // Вісник проблем біології і медицини. – 2014. – Вип. 2, т. 1 (107). – С. 79–83.
18. Гнойно-воспалительные процессы челюстно-лицевой локализации у пациентов с сахарным диабетом / Д. С. Аветиков, Е. П. Локес, С. А. Ставицкий [та ін.] // Матеріали IV з'їзду Української асоціації черепно-щелепно-лицевих хірургів. – Київ, 2015. – С. 84–85.
19. Гуллер А.Е. Влияние возраста пациента и способа местного лечения раны на структуру рубцов при пограничных дермальных ожогах / А.Е. Гуллер, А.Б. Шехтер // Экспериментальная и клиническая дерматокосметология. - 2006. - № 3. - С. 6-14.
20. Гуллер А.Е. Клинический тип и гистологическая структура кожных рубцов как прогностические факторы исхода лечения / А.Е. Гуллер, А.Б. Шехтер // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии - 2007. - №4. - С.19-31.
21. Камышников В.С. Справочник по клинико-биохимическим исследованиям и лабораторной диагностике / В.С. Камышников. – М.: МЕДпресс-информ. – 2004. – 911 с.

22. Калюжна Л.Д. Хвороби шкіри обличчя, слизової оболонки ротової порожнини та червоної облямівки губ та червоної облямівки губ : навч. посіб./ Л.Д. Калюжна, Г.Ф. Білоклицька. - К. : Грамота, 2011. – 271 с.
- 23.Коробов В.М. Впливгіпоксичної гіпоксії на кисневозв’язувальні властивості гемоглобінівщурів і напівводяних амніот / В.М. Коробов // Exper. та клін. фізіологія і біохімія. – 2001. – №1 (13). – С.38–41.
- 24.Маланчук В.О. Доброякісні пухлини та пухлиноподібні ураження щелепно-лицевої ділянки та шиї / В.О. Маланчук, А.В. Копчак. – К. : Видавничий дім «Асканія», 2008. – 320 с.
- 25.Маланчук В.О. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія : Т. 1 / В.О. Маланчук. – К., 2011. – 672 с.
26. Матушевская, Е.В. Сочетание клинических форм красного плоского лишая у одного больного / Е.В. Матушевская, И.Г. Богуш, Д.К. Нажмутдинова, Т.В. Жомова, Л.М. Сабирова // Вестник дерматологии и венерологии. 2013. - №4. - С. 46 - 47.
- 27.Методичні рекомендації для самостійної роботи студентів. Методические рекомендации для самостоятельной работы студентов. Methodical recommendations for student's independent work. (3 Модуль) / Д. С. Аветіков, О. О. Розколупа, І. В. Яценко [та ін.]. — Полтава, 2012. — 498 с.
- 28.Методичні рекомендації для самостійної роботи студентів. Методические рекомендации для самостоятельной работы студентов.(4 модуль) / [Д. С. Аветіков, О. О. Розколупа, І. В. Яценко та ін.]. — Полтава, 2013. — 390 с.
- 29.Методичні рекомендації для самостійної роботи студентів. Методические рекомендации для самостоятельной работы студентов. (5 модуль) / [Д. С. Аветіков, О. О. Розколупа, І. В. Яценко та ін.]. — Полтава, 2013. — 487 с.

30. Методичні рекомендації для самостійної роботи студентів. Методические рекомендации для самостоятельной работы студентов. (6 модуль) / [Д. С. Аветіков, О. О. Розколуца, І. В. Яценко та ін.]. — Полтава, 2014. — 512 с.
31. Новые взгляды на хирургическую анатомию лица / Д. С. Аветиков, С. А. Ставицкий, И. В. Яценко [и др.] // Матеріали IV з'їзду Української асоціації черепно-щелепно-лицевих хірургів. – Київ, 2015. – С. 128–129.
32. Озерская О.С. Рубцы кожи и их дерматологическая коррекция / О.С. Озерская. // СПб. : Искусство России, 2007. – 224 с.
33. Оптимізація хірургічних розрізів шкіри голови та шиї. Сучасний погляд на проблему / С. О. Ставицький, Д. С. Аветіков, І. В. Яценко, К. П. Локес // Вісник проблем біології і медицини. – 2013. – Вип. 3, Т. 2(103). – С. 42–47.
34. Пат. 86628 UA, МПК А 61К 39/00 (2013.01) А61G 10/02 (2006.01). Спосіб лікування гострих та хронічних сіалоденітів на фоні хронічної нітратної інтоксикації / Бондаренко В. В., Аветіков Д. С. ; заявник ВДНЗУ «УМСА». — № u 2013 07026 ; заявл. 04.06.2013; опубл. 10.01.2014, Бюл. № 1.
35. Патент на корисну модель 15448 Україна, МПК G01N 33/00. Спосіб профілактики виникнення патологічних рубців, що локалізовані в ділянках голови та шиї після планових оперативних втручань / Аветіков Д.С., Ставицький С.О., Скрипник В.М. - № u 2012 102712; заявл 14.10.2012; опубл. 20.12.2012, Бюл. №11.
36. Переломи нижньої щелепи: аналіз частоти виникнення, локалізації та ускладнень / Д. С. Аветіков, К. П. Локес, С. О. Ставицький [та ін.] // Вісник проблем біології і медицини. – 2014. – Вип. 3, т. 3 (112). – С. 62–64.
37. Принципи знеболення хірургічних стоматологічних хворих в післяопераційному періоді / І. В. Яценко, Д. С. Аветіков, С. О.

- Ставицкий, I. В. Бойко // Нові технології в хірургічній стоматології і щелепно-лицевій хірургії : матер. наук.-прак. конф., присвяч. 100-річчю з дня народ. проф. Г. I. Семенченка. – Одеса: Астропринт, 2014. – С. 32–34.
38. Рабинович, О.Ф. Методы диагностики и местного лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта (красный плоский лишай, рецидивирующий афтозный стоматит, декубитальные язвы) / О.Ф. Рабинович, Е.Л. Эпельдимова // Стоматология. – 2015. - № 3. — С. 58-62.
39. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / Под ред. В.М. Безрукова, Т.Г. Робустовой. – М. : Медицина, 2000. – Т. 1. – 772 с.
40. Серов В. В. Соединительная ткань / В. В. Серов, А. Б. Шехтер // . – М. : Медицина, 2002. – 194 с.
41. Сахарный диабет и его влияние на клиническое течение гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой локализации / Д. С. Аветиков, Е. П. Локес, И. В. Яценко [та ін.] // Global Scientific Unity 2014. The European Scientific and Practical Congress. – Prague (Czech Republic), 2014. – Vol. 2. – P. 50–53.
42. Скрипник В.М. Клініко-генетичне та морфологічне обґрунтування профілактики утворення післяопераційних патологічних рубців голови та шиї : автореферат дис. на здобуття наук. ст. к.мед.н. : спец. 14.01.22 «Стоматологія» / В.М. Скрипник. – Полтава, 2013. – 21 с.
43. Современный подход к хирургическому лечению и послеоперационной реабилитации пациентов с жаберными кистами шеи / С.Н. Григоров, Л.Р. Криничко, С.А. Ставицкий, Е.П. Локес // Паринские чтения 2016. Обеспечение демографической безопасности при решении актуальных вопросов хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии : сборник трудов национального конгресса с международным участием. – Минск,

2016. – С. 327–329.
44. Ставицький С.О. Клініко-морфологічне обґрунтування комплексного лікування патологічних рубців, що локалізовані в ділянках голови та шиї : автореферат дис. на здобуття наук. ст. к.мед.н. : спец. 14.01.22 «Стоматологія» / С.О. Ставицький. – Полтава, 2012. – 19 с.
45. Сучасний підхід до вибору методів обстеження хворих із патологічними рубцями шкіри голови та шиї / Д.С. Аветіков, О.П. Буханченко, О.С. Іваницька [та ін.] // Вісник проблем біології і медицини. – 2018. – вип 1. – Т.1(142). – С.243-246.
46. Сучасні аспекти діагностики передракових захворювань щелепно-лицевої ділянки / Д. С. Аветіков, І. В. Яценко, В. Д. Ахмеров [та ін.] // Стоматологія Придніпров'я. Збірник наукових праць Третьої (III) міжрегіональної наук.-практичної конф. – Дніпропетровськ, Запоріжжя, 2015. – С. 11–12.
47. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии : учебник / А.А. Тимофеев. – [5-е изд., перераб. и доп.]. – К., 2012. - 1048 с. : ил.
48. Тимофеев А.А. Тесты контроля знаний по специальности «Челюстно-лицевая хирургия и хирургическая стоматология» : учеб. пособие / А.А. Тимофеев. – [5-е изд., перераб. и доп.]. – К., 2010. - 256 с.
49. Тимофеев А.А. Челюстно-лицевая хирургия : учебник / А.А. Тимофеев. – К., 2010. - 576 с. : ил.
50. Тимофеев О.О. Щелепно-лицева хірургія : підручник / О.О. Тимофеев. – К., 2011.- 752 с.
51. Факторы риска и анализ осложнений после регенеративных вмешательств в хирургии полости рта / Д. С. Аветиков, Л. Р. Криничко, С. А. Ставицкий [и др.] // Клінічна хірургія. – 2014. – № 11 (865). – С. 52–54.

52. Фізична реабілітація в стоматології : навч. посібник / В.А. Шаповалова, В.М. Коршак, В.М. Халтогарова [та ін.]. – К., 2008. – 96 с.
53. Adams C. L. Mechanisms of epithelial cell-cell adhesion and cell compaction revealed by high-resolution tracking of E-cadherin-green fluorescent protein / Adams C. L., Chen Y. T., Smith S. J. [et al.] // *J Cell Biol.* – 2013. - V. 142. - P. 1105-1119.
54. Agarwal R. Claudin -3 and claudin-4 expression in ovarian epithelial cells enhances invasion and is associated with increased matrix metalloproteinase-2 activity// Agarwal R., D'Souza T., Morin P. J. // *Cancer Res.* – 2012. - V. 65. - P. 7378-7385.
55. Ansai S.I. Topics in histopathology of sweat gland and sebaceous neoplasms / Ansai S.I. / *J Dermatol.* – 2017. – Vol. 44(3). – P. 315-326.
56. Avetikov D. S. Operation of Root Apex Resection – Modern Risk Factors and Complications / D. S. Avetikov, I. V. Yatsenko, K. P. Lokes // *Intermedical journal.* – 2017. – I (9). – P. 55–59.
57. Avetikov D. S. Precancerous diseases of maxillofacial area / D. S. Avetikov, V. V. Aipert, K. P. Lokes. – Poltava, 2017. – 126 p.
58. Bankfalvi A. Gains and losses of adhesion molecules (CD44, E-cadherin, and β -catenin) during oral carcinogenesis and tumor progression / Bankfalvi A., Krassort M., Buchwalow I. B. [et al.] // *J Pathol.* 2014. - V. 198. - P. 343-351.
59. Case report of a p16INK4A-positive branchial cleft cyst / T. McLean, C. Iseli, D. Amott, M. Taylor // *J Laryngol Otol.* – 2015. – Vol. 129(6). – P. 611-613.
60. Ectopic congenital bronchogenic cyst accompanied by infection appearing in the cervical region of an elderly female patient: A case report / Z. Liu, Z. Tian, C. Zhang, Y. He // *Oncol Lett.* – 2016. – Vol. 11(2). – P. 1065–1068.

61. Golledge J. The aetiology of lateral cervical (branchial) cysts: past and present theories / J. Golledge, H. Ellis // J Laryngol Otol. – 1994. – Vol. 108. – P. 653–659.
62. Goodman H.S. Oral cancer prevention: the role of family practitioners / Goodman H.S., Yellowitz J.A., Horowitz A.M. // Arch Fam Med. – 2014. - V.4.- P.628-636.
63. Lateral and median cysts of the neck / G. Buła , J. Waler , A. Niemiec [et al.] // Pol Przegl Chir. – 2012. – Vol. 84(9). – P. 445-448.
64. Skikevych M. G. The basics of stomatology : text-book [for the students of medical faculty] / M. G. Skikevych, D. S. Avetikov. – Poltava : ASMI, 2012. – 206 p.

НОРМАЛЬНІ ВЕЛИЧИНИ ОСНОВНИХ КОНСТАНТ ЛЮДИНИ

СИСТЕМА КРОВІ

Таблиця 1. Периферична кров

Показник	Одиниці	Одиниці СІ
Гемоглобін		
чоловіки	13-17,5 г%	130–175г/л(2,02-2,71ммоль/л)
жінки	12-16 г%	120–160г/л(1,86-2,48ммоль/л)
Еритроцити:		
чоловіки	4,0-5,6 млн у 1 мкл	4×10^{12} - $5,6 \times 10^{12}$ /л
жінки	3,4-5,0 млн у 1 мкл	$3,4 \times 10^{12}$ - $5,0 \times 10^{12}$ /л
Колірний показник	0,86-1,1	0,86-1,1
Лейкоцити¹		
чоловіки	4300-11300 у 1 мкл	$4,3 \times 10^9$ – $11,3 \times 10^9$ /л
жінки	3200-10200 у 1 мкл	$3,2 \times 10^9$ – $10,2 \times 10^9$ /л
Тромбоцити, кількість в 1 мкл крові	180 000–320 000	180×10^9 – 320×10^9 /л
Ретикулоцити	2-12 %	0,5-1,2%
ШОЕ²:		
чоловіки	1-14 мм/год	
жінки	2-20 мм/год	
Гематокритне число (загальний обсяг формених елементів у суцільній крові)		
чоловіки	40-54 %	
жінки	36-42 %	

1. Кількість лейкоцитів коливається протягом доби (максимум – у вечірні години); підвищення спостерігається при м'язовій роботі, емоційній напрузі, прийомі білкової їжі, різкій зміні температури навколишнього середовища.

2. Підвищується в здорових при вагітності, після вакцинації, при голодуванні та гіповолемії.

Таблиця 2. Лейкоцитарна формула

Клітини	%	Одиниці СІ
МИЕЛОЦИТИ	0	
Метаміелоцити	0	
Нейтрофили:		
палочкоядерні	1-6	$0,04$ - $0,3 \times 10^9$ /л
сегментоядерні	47-72	2 - $5,5 \times 10^9$ /л
Еозинофили	0,5-5	$0,02$ - $0,3 \times 10^9$ /л
Базофили	0-1	0 - $0,065 \times 10^9$ /л
Лімфоцити	19-37	$1,2$ - 3×10^9 /л
Моноцити	3-11	$0,09$ - $0,6 \times 10^9$ /л

Таблиця 3. Система згортання крові і фібринолізу

Показник	Одиниці
Час згортання крові: венозної капілярної	5-10 хв початок – 30с-2 хв, кінець – 3-5 хв
Час кровотечі	не більш 4 хв
Тромбоеластографія: час реакції (R) час коагуляції (K) максимальна амплітуда (МД)	5-7 хв 3-5 хв 45-55 мм
ЧАС РЕКАЛЬЦИФІКАЦІЇ ПЛАЗМИ	60-120 с
Толерантність цитратної плазми до гепарину: у 75% людей у 90% людей	10-16 хв 10-14 хв 10-16 хв
Толерантність оксалатної плазми до гепарину	7-15 хв
Толерантність плазми до протамінсульфату	7-9 с
Протромбіновий (тромбопластиновий) час плазми	Індекс 90-105%, або 12–20с
Протромбіновий (тромбінопластиновий) час капілярної крові	Індекс 93-107%
Антитромбінова активність	90-110%
Споживання протромбіну	80-100%
Фібринолитична активність плазми	3-4 год
Фібриноген плазми (ваговий метод)	200-400 мг% (2-4 г/л)
Фібриноген плазми (колориметричний метод)	250-300 мг% (2,5-3 г/л)
Фібриноген плазми (по Рутберг)	8-13 мг/мл (8-13 г/л)
Фібриноген В плазми	не визначається
Чинник, що стабілізує фібрин (XIII)	40-50 одиниць
Тест генерації тромбопластина (плазми, тромбоцитів, сироватки)	7-12 одиниць
Концентрація чинника II (протромбіну)	85-110%
Концентрація чинника V (проакцелерину)	85-110%
Концентрація чинника VIII	80-100%
Концентрація чинника X	60-130%
Концентрація чинника VII	65-135%
Продукти деградації фібрину	негативна реакція
Частково активований тромбопластиновий час	35-50 одиниць
Розчинні комплекси фібрин-мономера в плазмі	0,35-0,47 їж.
Адгезивність тромбоцитів	25-55%

Таблиця 4. Основні параметри гемостазу

Показник	Величини
Дослідження судино-тромбоцитарного гемостазу	
Манжетна проба Кончаловського–Румпеля– Леєде	На ділянці внутрішньої поверхні передпліччя (5 см в діаметрі) до 10 петехій розміром не більше 1 мм
Баночна проба (за О.І. Нестеровим)	Поява петехій при АТ 197±7 мм.рт.ст.
Час кровотечі (за Дьюком)	2–4 хв
Час кровотечі (за Айві)	до 8 хв
Час кровотечі (за Борхгревінком– Ваалером)	до 10–12 хв
Тест толерантності до ацетилсаліцилової кислоти (за Квіком)	Після введення ацетилсаліцилової кислоти тривалість кровотечі або не змінюється, або збільшується не більше, ніж в 1,5 рази
Тромбоцити	150–320×10 ⁹ /л
Ретенція (адгезивність) тромбоцитів уранці за Борхгревінком	25–60% до кінця 2-ї хвилини
Ретенція (адгезивність) тромбоцитів при контакті зі склом	25–55%
Агрегація тромбоцитів (при стимуляції АДФ)	75–195сек
Час дезагрегації (при стимуляції АДФ) збільшення світлопропускання	45–175сек 3,5–20%
Ретракція кров'яного згустка (за В.П. Балудою, В.П. Маляровським)	48–64%
Індекс ретракції (за методом Макферлейна)	0,3–0,5
Доступність фактора 3 тромбоцитів	40–98%
Вивільнення фактора 4 тромбоцитів	40–85%
Визначення фактора Віллебранда	80–120%
Дослідження коагуляційного гемостазу (внутрішнього механізму згортання крові)	
Час згортання нестабілізованої венозної крові (за Лі–Уайтом)	5–10 хв
Час згортання капілярної крові (за Сухарєвим)	початок – 30 с-2 хв, кінець – 3-5 хв
Час рекальцифікації плазми	60–120 сек
АЧР – активований час рекальцифікації (каоліновий час)	60–70 сек
Силіконовий час згортання крові	16–20 хв
Силіконовий час згортання плазми	200–260 сек
ПТЧ – парціальний (частковий)	55–56 сек

тромбопластиновий (кефаліновий) час плазми	
АПТЧ – активований парціальний тромбопластиновий час плазми (кефалін-каоліновий час)	45–55 сек
Тест генерації тромбопластину (Бігс–Дугласа–Макфарлена)	Максимальна активність тромбопластину (7–10с) реєструється на 4-й хвилині інкубації
Тест споживання протромбіну	80–100%
Дослідження зовнішнього механізму згортання крові	
Протромбіновий (тромбопластиновий) час плазми (за Квіком)	індекс 90–105%, або 12–15сек
Дослідження кінцевого етапу процесу згортання крові	
Тромбіновий час згортання плазми	15–18сек
Фібриноген плазми (ваговий метод)	2–4 г/л
Фібриноген плазми (колориметричний метод)	2,5–3,0 г/л
Фібриноген В плазми	не визначається
Фібринстабілізуючий фактор, фактор XIII (метод Сігга і Дукерта в модифікації В.П.Балуди та ін., 1966)	лізис фібринного згустку під впливом оксалатної сечовини відбувається за 70 ± 15 сек, що відповідає 100% активності фібринази
Дослідження факторів згортання крові	
Фактор II (протромбін)	85–110%
Фактор V (проакцелерин)	85–110%
Фактор VII (проконвертин)	65–135%
Фактор VIII (антигемофільний глобулін А)	80–100%
Фактор IX (кристмас-фактор)	60–140%
Фактор X (фактор Стюарта)	60–130%
Фактор XI (плазмовий попередник тромбопластину)	65–135%
Фактор XII (фактор Хагемана)	65–150%
Дослідження основних фізіологічних антикоагулянтів	
Толерантність цитратної плазми до гепарину (гепариновий час)	10–16 хв
Толерантність оксалатної плазми до гепарину	7–15 хв
Толерантність плазми до протамінсульфату	7–9с
Антитромбопластинова активність крові	90–110%
Антитромбін III	85–110%

СЕЧА

Таблиця 5. Фізичні властивості

Кількість сечі за добу	800-1500 мл
Відносна щільність у ранковій порції	1020-1026
Максимальна осмотична концентрація	910 мосм/л
Цвіт	солом'яно-жовтий
Прозорість	прозора

Таблиця 6. Хімічний склад

Показник	Одиниці	Одиниці СІ
РЕАКЦІЯ	нейтральна або слабокисла	
Білок	відсутній, сліди (25-70 мг/доб)	0,025-0,070 г/доб
Цукор	відсутній, сліди (не більш 0,02%)	
Ацетон	відсутній	
Кетоновые тіла	відсутні	
Уробилиновые тіла	відсутні	
Білірубін	відсутній ¹	
Аміак	0,6-1,3 г/доб	36-78 ммоль/доб
Сечова кислота	270-600 мг/доб	1,62-3,6 ммоль/доб
Пуринові основи:		
гипоксантин	9,7 мг/доб	
ксантин	6,1 мг/доб	
Мочевина	20-35 г/сут	333,0-582,8 ммоль/доб
Креатинин:	0,5-2 г/доб	4,4-17,6 ммоль/доб
чоловіки	1-2 г/доб	8,8-17,6 ммоль/доб
жінки	0,5-1,6 г/доб	4,4-14,08 ммоль/доб
КРЕАТИН	відсутній	
α-амілаза	20-160 мг крохмалю/(год×мл)	20-160 г/(год×л)
Уропепсин	38-96 мг/доб	
Калій	1,5-3 г/доб	38,4-76,7 ммоль/доб
Натрій	3-6 г/доб	130,5-261,0 ммоль/доб
Хлор	120-170 мекв/л (600-740 мг%)	120-170 ммоль/л
Неорганічний фосфор	0,6-1,2 г/доб	0,019-0,038 ммоль/доб

¹ Прийом антипірину дає ложнопозитивну реакцію.

Таблиця 7. Функціональне дослідження нирок

Назва проби	Метод	Показники
1	2	3
Проба на розчинення	по Фольгарду (навантаження 1,5 л води)	Більше 50% випитій рідині виділяється через 2 ч, інша - за 3-4 ч. Відносна щільність знижується до 1001-1003. Кількість сечі в порціях 50-500 мл
Проба на концентрацію	по Фольгарду	Кількість сечі в порціях 50-60 мл, відносна щільність через 4-8 год

1	2	3
Проба Зимницького		досягає 1028-1035 Добова кількість сечі складає 65-75% випитої рідини. Денний діурез складає $2/3-3/4$ добового. Відносна щільність 1004-1024
ПРОБА РЕБЕРГА	Визначення креатинину в крові і сечі	Клубочкова фільтрація 75-125 мг/хв. Реабсорбція 98,2-98,8%.
Проба на виділення індігокармину	Введення у вену 20 мл 0,4% розчину індігокармину	Виділення пофарбованої сечі через 5-10 хвилин
Розмір канальцевої секретії	Введення фенолового червоного	Виділення із сечею через 15 хвилин 25% і більш уведеної фарби

Таблиця 8. Осад сечі

ЕПІТЕЛІАЛЬНІ КЛІТИНИ	0-3 у полі зору
Лейкоцити: чоловіки жінки	0-2 у полі зору 1-2 у полі зору
ЕРИТРОЦИТИ	одиничні в препараті
Циліндри	відсутні
Слиз	відсутня
Бактерії	не більш 50 000 у 1 мл
Неорганічний осад: при кислій реакції при лужній реакції	сечова кислота, урати, оксалати аморфні фосфати, сечокислий амоній, гріпельфосфат
Метод Каковського – Аддіса за добу виділяється із сечею: лейкоцитів еритроцитів циліндрів	до 2000000 (2×10^6 /доб) до 1000000 (1×10^6 /доб) до 20000 (2×10^4 /доб)
Метод Нечипоренка 1 мл сечі вмістить: лейкоцитів еритроцитів циліндрів	до 4000 до 1000 0-1 на 4 камери підрахунку
Метод Штернгеймера - Мальбіна 1 мл сечі вмістить активні лейкоцити	від 0 до 200

БІОХІМІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ КРОВІ

Таблиця 9. Білки і білкові фракції

Показник	Одиниці	Одиниці СІ
Загальний білок сироватки крові	6,5-8,5 г %	65-85 г/л
Альбуміни	4-5 г %	40-50 г/л
Глобуліни	2-3 г %	20-30 г/л
Фібриноген	0,2-0,4 г %	2-4 г/л

Таблиця 10. Білкові фракції¹

Показники	відносні %	г %	СІ (г/л)
Альбуміни	61,5±0,7	4,97±0,07	49,7±0,7
Глобуліни:			
α_1	5,5±0,21	0,45±0,02	4,5±0,2
α_2	6,7±0,20	0,56±0,02	5,6±0,2
β	9,2±0,24	0,76±0,02	7,6±0,2
γ	16,8±0,34	1,39±0,03	13,9±0,3

¹В крові вміститься до 100 різноманітних білкових компонентів; за допомогою електрофорезу на папері виділяють 5 фракцій, в агаровому гелі – 7-8, у крохмалевому гелі – 16-18, методом імуноелектрофорезу – біля 30 фракцій.

Таблиця 11. Залишковий азот і його компоненти

Показник	Вміст	
	у мг/100 мл	одиниці СІ
	<i>в сироватці крові</i>	
Залишковий азот	20-40	7,06-14,1 ммоль/л
Сечовина	20-40	3,3-6,6 ммоль/л
Азот амінокислот	2,0-4,3	1,43-3,07 ммоль/л

Сечова кислота	2-6,4	0,12-0,38 ммоль/л
Креатин:		
чоловіки	0,2-0,7	13-53 мкмоль/л
жінки	0,4-0,9	27-71 мкмоль/л
Креатинин:		
чоловіки	1-2	0,088-0,177 ммоль/л
жінки	0,5-1,6	0,044-0,141 ммоль/л
Аміак	0,03-0,06	21,4-42,8 ммоль/л
Ксантопротеїнова реакція	20 одиниць	
Креатин: суцільної крові	3-4 мг %	229-305 мкмоль/л
плазми	1-1,5 мг %	76,3-114,5 мкмоль/л
Азот сечовини крові	9-14 мг %	3,18-4,94 ммоль/л

Таблиця 12. Диспротеїнемічні тести

Проба Вельтмана	0,4-0,5 мл розчину кальцію (5-7-я пробірка)
Сулемова проба	1,6-2,2 мл діхлорида ртуті
Тімолова проба	0- 4 одиниць

Таблиця 13. Вміст найважливіших амінокислот у плазмі крові

(Збарский Б. І. та і ін., 1972)

Амінокислота	Вміст		Амінокислота	Вміст	
	мг %	мкмоль/л		мг %	мкмоль/л
Глікокол	2,8-3,0	—	Аргінін	1,6-3,0	91,8-172,2
Аланін	3,2-5,6	359,0-628,3	Лізін	2,1-5,3	143,9-363,1
Метіонін	0,3-0,5	20,1-33,6	Глютамінова	0,8-1,1	54,4-74,8
Валін	2,2-3,2	188,1-273,6	Глютамін	7,5-8,3	513,8-568,6
Лейцин	1,7-3,3	129,7-251,8	Пролін	2,6	222,2

Ізолейцин	1,6-2,0	121,1-152,6	Сирин	1,16	110,4
Тирозин	1,4-1,5	77,3-82,8	Треонін	1,9-2,1	159,6-176,4
Фенілаланін	1,4-1,9	84,7-114,9	Гістидін	1,7-2,1	109,7-135,5
Триптофан	1,0	49,0	Цистеїн	2,0-3,0	166,6-249,9

Таблиця 14. Ліпидні компоненти плазми крові

Ліпидні фракції	Вміст	
	одиниці	одиниці СІ
Загальні ліпиди ¹	350-800 мг %	4,6-10,4 ммоль/л
Фосфоліпиди	150-380 мг %	1,95-4,9 ммоль/л
Ліпидний фосфор	6,1-14,5 мг %	1,97- 4,68 ммоль/л
Нейтральні жири	0-200 мг%	
Тріглицериди (сироватки крові)	50-150 мг%	0,565-1,695 ммоль/л
Неетерификовані жирні кислоти	20-50 мг%	0,71-1,75 ммоль/л
Вільні жирні кислоти	0,3-0,8 мэкв/л	0,3-0,8 мкмоль/л
Загальний холестерин	120-250 мг %	3,11-6,48 ммоль/л
Вільний холестерин	40-90 мг% (30-40% загального)	1,04-2,33 ммоль/л
Ефіри холестерину	90-135 мг% (60-70% загального)}	2,33-3,49 ммоль/л
Вільний холестерин ефіри холестерину	0,55-0,60	
α-ліпопротеїди (25-30%) (ліпопротеїди високої щільності)	220 мг%	2,2 г/л
чоловіки	125-425 мг%	1,25-4,25 г/л
жінки	250-650 мг%	2,5-6,5 г/л
β-ліпопротеїди (65-75%)	300-450 мг %	3-4,5 г/л

(липопротеїди низкої щільності)	35-55 одиниць оптичної щільності (турбідиметричний метод)
---------------------------------	--

¹ Досліджують суворо натще.

Таблиця 15. Вміст загального холестерину в залежності від віку

Вік	Вміст (Keys et al. , 1950)		Вік	Вміст (Fredrickson , 1967)	
	мг%	ммоль/л		мг %	ммоль/л
20	101-189	2,6-4,9	0-19	120-230	3,1-5,9
30	108-218	2,8-5,7	21-29	120-240	3,1-6,2
40	128-237	3,3-6,2	30-39	140-270	3,6-7,02
50	145-270	3,8-7,02	40-49	150-310	3,9-8,06
60	165-258	4,3-6,7	50-59	160-330	4,2-8,9

Таблиця 16. Склад і деякі властивості ліпопротеїдів сироватки крові

Склад	Типи ліпопротеїдів			Хіломікро ни
	ЛПВЩ	ЛПНЩ	ЛПОНЩ	
Відносна щільність	1063-1210	1010-1063	1010-930	930
Молекулярна маса	180- 380000	2 200 000	3-128 млн	-
Усього білків (%)	50-57	21-22	5-12	2
Усього ліпідів (%)	43-50	78-79	88-95	98
Вільний холестерин (%)	2-3	8-10	3-5	2
Етерификований холестерин (%)	19-29	36-37	10-13	4-5
Фосфолипиди (%)	22-24	20-22	13-20	4-7
Холестерин (загальний)				
Фосфолипиди, %	1,0	2,3	0,9	1,1

Уріглицериди, %	4-8	11-12	50-60	84-87
-----------------	-----	-------	-------	-------

Таблиця 17. Компоненти вуглеводного обміну крові

Показник	Одиниці	Одиниці СІ
ГЛИКОГЕН КРОВІ	12-21 мг%	
Цукор крові: метод Хагедорна – Іенсена ¹ суцільна кров	80-120 мг %, із них: 15–30 мг% – речовин, що редукують 55–95мг% – глюкоза	4,44-6,66 ммоль/л 3,05-5,27 ммоль/л
ортотолуїдиновий метод ² суцільна кров	60-100 мг %	3,33-5,55 ммоль/л
плазма	60-110 мг%	3,33-6,1 ммоль/л
Глюкозооксидазний метод ³ : глюкоза суцільної крові;	56-94 мг %	3,10-5,21 ммоль/л
глюкоза плазми і сироватки	55-100 мг%	3,05-5,55 ммоль/л
Фруктоза	0,1-0,5 мг %	0,56-2,77 ммоль/л
Галактоза сироватки	2-17 мг %	0,11-0,94 ммоль/л
Молочна кислота	9-16 мг %	0,99-1,78 ммоль/л
Пировиноградна кислота	0,4-0,8 мг %	45,6-91,2 мкмоль/л
Ацетон	відсутній	
Р-Оксимасляна кислота	2,5-6 мг %	0,43-1,033 ммоль/л

¹ Метод неспецифічний; крім глюкози, визначають і інші речовини, що редукують: глутатіон, креатинин, сечову кислоту, аскорбінову кислоту, глюкуронову кислоту і т.п.

² Не має повну специфічність, тому що, крім глюкози, з ортотолуїдином взаємодіють галактоза, ксілоза, декстран, гексоза, пентоза, дисахариди, глюкуронова

кислота. Завищують показники високі утримання в крові гемоглобіну, білірубину, білків.

³ Найбільше специфічний метод, проте за 3 доби треба скасувати аскорбінову кислоту й антибіотики тетрациклінового ряду.

Таблиця 18. Білки, що містять вуглець, та їхні компоненти в крові

Показник	Одиниці	Одиниці СІ
1	2	3
Глюкопротеїди	120-160 мг %	1,2-1,6 г/л
Гексози сироватки, пов'язані з білком	105-115 мг%	1,05-1,65 г/л

1	2	3
Серомукоїд: по вмісту в ньому гексоз турбідиметричний метод	22-28 мг % 0,13-0,20 од. опт. щільності	0,22-0,28 г/л
СІАЛОВІ КИСЛОТИ	135-200 умовних одиниць 62-73 мг % N-ацетілнейрамі-нової кислоти	2,0-3,36 ммоль/л
Показники пігментного обміну в крові		
Білірубін загальний	0,65 (0,5–1,2) мг %	11,12 (8,6–20,5) мкмоль/л
Білірубін пов'язаний	0,15 мг %	2,57 мкмоль/л
Білірубін вільний	0,50мг% (75% від загального)	8,6 мкмоль/л

Таблиця 19. Показники мінерального обміну в крові

Показник	Одиниці	Одиниці СІ
Кальцій сироватки	9–12 мг % (4,5–6 мекв/л)	2,25–3,0 ммоль/л
Магній сироватки крові	1,7–2,4 мг % (1,5–2,0 мекв/л)	0,70–0,99 ммоль/л

Іон хлору в сироватці	340–390 мг% (95–110 мекв/л)	95,9–109,9 ммоль/л
Неорганічний фосфор сироватки	2–4 мг % (1,2–2,3 мекв/л)	0,65–1,30 ммоль/л
Залізо сироватки	70–170 мкг %	12,5–30,4 мкмоль/л
ВІЛЬНИЙ ТРАНСФЕРИН	0,150–0,230 мг %	0,0015–0,0023 г/л
Загальний трансферин	0,300–0,400 мг %	0,0030–0,0040 г/л
Мідь сироватки	70–140 мкг %	11,02–22,04 мкмоль/л
Церулоплазмін	27 ± 1,44 мг %	0,27 ± 0,014 г/л
Калій: плазми	13,6-20,8 мг % (3,48-5,3 мекв/л)	3,48-5,3 ммоль/л
еритроцитів	305-374 мг % (77,8-95,7 мекв/л)	77,8-95,7 ммоль/л
Натрій: плазми	300-360 мг%(130,5-156,6 мекв/л)	130,5–156,6 ммоль/л
еритроцитів	31-50 мг % (13,48-21,75 мекв/л)	13,48–21,75 ммоль/л
Літій	0,35–1,4 мг % (0,5-2 мекв/л)	0,5–2 мкмоль/л

Таблиця 20. Активність ферментів крові

Показник	Одиниці	Одиниці СІ
1	2	3
α-Амілаза сироватки крові	12-32мг крохмалю/(мгхгод)	12-32 г/(годхл)
Аспаратамінотрансфераза	8-40 одиниць	0,1-0,45 ммоль/(годхл)
Аланинамінотрансфераза	5-30 одиниць	0,1-0,68 ммоль/(годхл)
Лактатдегідрогеназа загальна	0,8-4,0мкм пірувата/(млхгод)	0,8-4,0 ммоль/(годхл)

Лактатдегідрогеназа сечовиностабильна	25-36% загальної	
Холинэстераза	160-340 мкм (оцтової кислоти)	160-340 ммоль/(годхл)
γ-Глютамилтранспептидаза		0,6-3,96 ммоль/(годхл)
Липаза	0,28 МОд/л	
Лужна фосфатаза загальна	1–3мкмоль пара-нітрофенола/(млхгод)	1,0-3,0 ммоль/(годхл)
Лужна фосфатаза загальна	0,5-1,3 мкмоль неорганічного фосфору (млхгод)	

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
ІЗОФЕРМЕНТИ ЛФ	до 20% загальної	
Кисла фосфатаза загальна	0,025-0,12 мкмоль <u>неорганічного фосфору</u> (мл/год)	
Трипсин	1–4мкмоль/(млххвил)	60–240мкмоль/(млхгод)
Фруктозо-1-фосфатальдолаза	0-1 одиниць.	
Фруктозо-1,6-фосфатальдолаза	3-8 одиниць	
Сорбитолдегідрогеназа	0-0,02 мкмоль/(млхгод)	
Глюкозо-6-фосфатдегідрогеназа еритроцитів	негативна	

Креатинфосфокиназа загальна	10-110 МОд	0,60–66ммоль <u>неорганічного фосфору</u> (годхл)
Ізоферменти КФК:		
ВВ	відсутній	
МВ	4-6% загальної	
ММ	94-96% загальної	

Таблиця 21. Деякі імунологічні показники крові

Показник	Вміст
Антигіалуронидаза	до 300 одиниць (АЕ Нус)
Антистрептолизин	250 одиниць
Реакція Ваалера-Розе	наявність аглютинації до титру 1:20
Лізоцим сироватки	8-12 мкг/мл
Пропердин сироватки	20-80 одиниць гемолітичних
Комплемент у сироватці	20-50 одиниць гемолітичних
Ревматоїдний чинник	наявність аглютинації до титру 1:20
α-Фетопротейн	негативний
С-Реактивний білок	негативний
Антитіла до лейкоцитів	відсутні
Антитіла до ДНК	відсутні
Ракові антигени	відсутні

**Таблиця 22. Вміст імуноглобулінів у сироватці крові
(Стефані Д.В., 1975)**

	Тип імуноглобулінів					
	М		G		А	
	мг %	г/л	мг %	г/л	мг %	г/л
Чоловіки	55-141	0,55-1,41	664-1400	6,64-14,0	103-404	1,03-4,04
Жінки	37-195	0,37-1,95	587-1630	5,87-16,3	54-343	0,54-3,43

Таблиця 23. Вміст Т- і В-лімфоцитів у крові

Клітини	%	Абсолютне число в 1 мкл крові
Т-ЛІМФОЦИТИ	74,08±0,96	1549,58± 69,35
В-лімфоцити	21,6±0,86	432,88±27,5

Таблиця 24. Показники кислотно-лужного стану крові

Показник	Одиниці СІ
Концентрація водневих іонів (рН):	
чоловіки	7,36-7,42
жінки	7,37-7,42
Парціальний тиск CO₂ (рCO₂):	
чоловіки	35,8-46,6 мм рт. ст.
жінки	32,5-43,7 мм рт. ст.
Буферні основи (ВВ)	44,9-51,9 мекв/л крові
Надлишок основ (ВЕ):	
чоловіки	2,4-2,3 мекв/л крові
жінки	3,3-1,2 мекв/л крові
Стандартний бікарбонат (SB)	18,8-24,0 мекв/л плазми
Справжній бікарбонат (AB)	21,3-24,8 мекв/л плазми
Загальна CO₂	21-26 мекв/л плазми

Додаток 2

РЕНТГЕНКОНТРАСТНІ ЗАСОБИ

I. ВОДОРОЗЧИННІ:

- барій сірчаноокислий	– застосовується для рентгенологічного дослідження шлунка і кишечника;
- сергозін (моноіодметансульфат натрію)	– застосовується для рентгенологічного дослідження нирок, сечоводів, кровоносних судин;
- кардіотраст (сіль діетаноламіна оцтової кислоти)	– застосовується для рентгенологічного дослідження нирок, сечоводів, сечового пухиря;
- іодогност (15% водяний розчин тетраіодфенолфталеїн натрія)	– застосовується для рентгенологічного дослідження жовчного пухиря і жовчних шляхів;
- білітраст (оксидіодфеніл- α -фенілпропіонова кислота)	– застосовується для рентгенологічного дослідження жовчного пухиря і жовчних шляхів;
- білігност 50%	– застосовується для рентгенологічного дослідження жовчного пухиря і жовчних шляхів;
- тріомбраст 60%	– застосовується для рентгенологічного дослідження жовчного пухиря і жовчних шляхів;
- тразограф синонім: амідотріозат, меглунін (суміш меглумінової і натрієвої солей амідотріозата) 76% (370 мг іода/мл) 60% (292 мг іода/мл) 30% (146 мг іода/мл)	– контрастний засіб, що вмістить іод, застосовується для ангіо-, лімфо-, фістуло-, артрографії;
- іогексол синонім: омніпак розчини для ін'єкцій із концентрацією іода 140, 180, 240, 300 мг/мл	– неіонний низкомолекулярний водорозчинний засіб для внутрішньосудинного, інтратекального, внутрішньопорожнинного введення (сіалографії)
- урографін	– застосовується для рентгенологічного дослідження нирок, сечоводів, сечового пухиря
- ультравіст 370 синонім: іопромід	– мономерний, низкоосмотичний, неіоногенний рентгенконтрастний засіб зниженої в'язкості, що зв'язується з біологічними мембранами, застосовується для внутрішньопорожнинного контрастування;

II. МАСЛЯНІ:

- іодіпол (30 % масляний розчин іоду)	– для контрастного рентгенологічного дослідження порожнин органів, сіалографії;
- ліпоідол Ультра-Флюід (1 мл містить 0,96 мл складного етилового ефіру жирної кислоти іодованного Oleum Paraveris, що відповідає 0,48 г іода в 1 мл)	– контрастний засіб, що вмістить іод, для рентгенографії лімфатичних судин і лімфатичних вузлів (уводиться підшкірно або усередину лімфатичного протоку);
- хітраст	– суспензія для інстиляцій, застосовується для цистографії;
- магнєвіст	– контрастний засіб для МРТ голови;
- діонозіл	– контрастний засіб для бронхографії.

ПОБІЧНІ ДІЇ:

1. алергічні реакції;
2. анафілактичний шок;
3. жирова емболія у випадку застосування жиророзчинних речовин;
4. нудота, блювота;
5. гіперемія, сверблячка на місці введення.

ПРОТИПОКАЗАННЯ:

1. гостра фаза захворювання;
2. активна форма туберкульозу;
3. підвищена чутливість до речовин, що вмістять іод.

ПЕРЕЛІК РЕЦЕПТІВ ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ

Місцеві анестетики:	
Rp: Novocaini 1.0 Sol. Natrii chloridi 0,7%-100 ml M. Sterilisetur! D.S. Для стомат. кабінету	Rp: Novocaini 2.0 Sol. Natrii chloridi 0,7%-100 ml M. Sterilisetur! D.S. Для стомат. кабінету
Rp: Novocaini 0.5 Sol. Natrii chloridi 0,7%-100 ml M. Sterilisetur! D.S. Для стомат. кабінету	Rp: Novocaini 0.25 Sol. Natrii chloridi 0,7%-100 ml M. Sterilisetur! D.S. Для стомат. кабінету
Rp: Sol. Trimecaini 1%-5 ml D.t.d. № 10 in amp. S. Для провідникової анестезії	Rp: Sol. Lidocaini 1%-2 ml D.t.d. № 10 in amp. S. Для провідникової анестезії
Rp: Sol. Dicaini 3 %-10 ml M. Sterilisetur! D.S. Для аплікаційної анестезії	Rp: Aethylii chloridi 30 ml D.t.d. № 5 in amp. S. Для аплікаційної анестезії
Препарати, що посилюють анестезію:	
Rp: Sol. Adrenalini hydrochloridi 1:1000 1ml D.t.d. № 6 in amp. S. По 1-2 краплі на 10 мл анестетика	Rp: Sol. Noradrenalini hydrotartratis 0,2 %-1 ml D.t.d. № 6 in ampull. S. По 1-2 краплі на 10 мл анестетика
Антисептики:	
Rp: Sol. Kalii permanganatis 1:5000 5000 ml D. S. Для полоскання порожнини рота і промивання ран	Rp: Sol. Furacilini 0,02%-500 ml D. S. Для полоскання порожнини рота і промивання ран і порожнин
Rp: Sol. Dioxidini 1%-10 ml D.t.d. № 10 in amp. S. Для промивання гнійних ран	Rp: Sol. Ammonii caustici 200 ml D. S. Для миття рук
Rp: Ectericidi 250 ml D. S. Для промивання гнійних ран	Rp: Yodoformii 5.0 Glicerini 10 ml Aetheris medicinalis 90 ml M. D. S. для тампонів
Rp: Sol. Hydrogenii peroxidi dilute 3%-50.0 D. S. По 1 ст. ложці на стакан води для полоскання	Rp: Sol. Jodi spirituose 5%-10 ml D. S. Для обробки шкіри
Rp: Sol. Jodonati 1%-200ml D. S. Для обробки слизової оболонки	Rp: Microcidi 200 ml D. S. Для інстиляцій і аплікацій

Rp: Sol. Lugoli 20 ml D.S. Для змазування слизової оболонки порожнини рота (1 частина йода, 2 частини калію йодиду, 17 частин води)	Rp: Sol. Chloramini 4%-50 ml D. S. Для обробки інструментів
Rp: Viridis nitentis 2.0 Spiritus aethylici 70%-100 ml M. D. S. Для змазування шкіри	Rp: Sol. Aethacridini lactatis 0,1%-500ml (Rivanolum) D. S. Для полоскання порожнини рота
Rp: Sol. Chlorophyllipti spirituosae 1%-200 ml D. S. Для промивання гнійних ран	Rp: Ectericidi 250 ml D. S. Для промивання гнійних ран
Rp: Sol. Chlorophyllipti oleosae 2%-20.0 D. S. Для фонофореза або введення в гнійні рани на марлевих турундах	Rp: Spiritus aethylici 96% 500 ml D.S. Для стоматологічного відділення
Rp: Sol. Kalii iodidi 5% 200 ml D.S. По 1 столовій ложці 2-3 рази в день (6-7 днів)	Rp: Sol. Iodinoli 1% 200 ml D.S. Для стоматологічного кабінету
Аналгетики:	
Rp: Sol. Analgini 50%-1.0 D.t.d. № 10 in amp. S. По 1 мл внутрішньом'язово	Rp: Sol. Promedoli 2%-1 ml D.t.d. № 6 in amp. S. По 1 мл підшкірно
Rp: Tab. Ac. acethylsalicylici 0.5 № 10 D.S. По 1 таблетці 3 рази в день	Rp: Sol. Omnoponi 2 % -1 ml D.t.d. № 6 in amp. S. По 0,5-1,0 мл під шкіру
Rp: Tab. Paracetamoli 0.2 № 10 D.S. По 1 таблетці 3 рази в день	Rp: Sol. Phentanyli 0,005 % 2 ml D. t. d. № 6 in amp. S. По 1,0 мл внутрішньом'язово
Антибіотики:	
Rp: Benzilpenicillini-natrii 50000 ED D.t.d. № 12 S. По 5000000 ОД внутрішньом'язово 6-8 разів у день	Rp: Ampicillini-natrii 0.5 D.t.d. № 40 S. Вміст флакона розчинити в 2,5 мл води для ін'єкцій, вводить внутрішньом'язово через 4 години
Rp: Methicillini-natrii 1.0 D.t.d. № 10 S. По 1.0 внутрішньом'язово кожні 6 годин	Rp: Oxacillini-natrii 0.25 D.t.d. № 50 in capsulae gelatinosae (in tab.) S. По 2 капсули (табл.)
Rp: Oxacillini-natrii 0.25 D.t.d. № 6 S. Для внутрішньом'язових ін'єкцій (розчинити в 1,5 мл води для ін'єкцій) 4 рази на добу	Rp: Ampioxi 0.5 D.t.d. № 20 S. Вводити внутрішньом'язово по 0,5-1,0 3 рази на добу. Вміст флакона розчинити в 5 мл води для ін'єкцій

Rp: Cefaloridini 1.0 (Ceporini) D.t.d. № 40 S. Внутрішньом'язово 3 рази на добу. Розчинити 2г у 4 мл води для ін'єкцій	Rp: Cefalexini 0.25 (Ceporexii) D.t.d. № 50 in capsulae gelatinosae S. По 1 капсулі 4 рази на добу
Rp: Methacyclini hydrochloridi 0.3 D.t.d. № 10 in capsulae gelatinosae S. По 1 капсулі 2 рази на добу	Rp: Sol. Gentamicini sulfatis 4%-2 ml D.t.d. № 10 in amp. S. внутрішньом'язово кожні 8 годин протягом 7-8 днів
Rp: Tab. Nystatini obductae 500000ED № 40 D.S. По 1-2 таблетки 3-4 рази на добу протягом 7-8 днів	Rp: Linimenti Synthomycini 1%-25,0 D.S. Для змазування шкіри при гнійно-запальних захворюваннях
Сульфаніламід:	
Rp: Tab. Sulfadimesini 0.5 № 20 D. S. По 2 таблетки через кожні 4-6 годин протягом 3-6 днів	Rp: Tab. Sulfadimethoxini 0.5 № 30 D. S. У перший день 2 таблетки, у наступні дні по 1таблетці на добу
Rp: Tab. Bactrimi № 20 D.S. По 2 таблетки 2 рази на добу після їжі	Rp: Tab. Norsulfasoli 0.5 № 20 D.S. По 2 таблетки через 6 годин (3-6 днів)
Rp: Sulfaleni 0.2 D.t.d. № 12 in tab. S. По 4 таблетки в перший день, по 1 таблетці на добу протягом 7-8 днів	
Антигістамінні препарати:	
Rp: Tab. Dimedroli 0.05 № 20 D.S. По 1-2 таблетці 2 рази на добу протягом 10 днів	Rp: Tab. Suprastini 0.025 № 20 D. S. По 1 таблетці 2 рази на добу після їжі протягом 10 днів
Rp: Dragee Diazolini 0.05 № 20 D.S. По 1 драже 2 рази на добу після їжі	Rp: Tab. Tavegili 0.001 № 50 D.S. По 1 таблетці 2 рази на добу після їжі
Засоби невідкладної допомоги:	
Rp: Cordiamini 1 ml D.t.d. № 10 in amp. S. По 1 мл підшкірно	Rp: Sol.Ephedrini hydrochloridi 5%-1.0 D.t.d. № 10 in amp. S. По 0,5-1 мл підшкірно
Rp: Sol.Coffeini-natrii benzoatis 10%-1ml D.t.d. № 6 in amp. S. По 1 мл підшкірно	Rp: Hydrocortisoni hemisuccinatis 0.025 pro injectionibus in amp. № 10 D.S. По 25 мг в вену або внутрішньом'язово
Rp: Lobelini hydrochloridi 1%-1,0 D.t.d. № 6 in amp. S. По 1 мл підшкірно	Rp: Amylii nitritus 0.5 D.t.d. № 10 in vitro nigro S. Для вдихання по 1-2 краплі при

	отруєнні новокаїном
Rp: Sol. Glucosi 40%-20 ml D.t.d. № 10 in amp. S. По 10 мл у вену струминно	Rp: Sol. Calcii chloridi 10%-10 ml D. t. d. № 10 in amp. S. По 10 мл у вену краплями
Rp: Sol. Furosemidi 1%-2 ml D. t.d. № 10 in amp. S. По 2 мл внутрішньом'язово або у вену	Rp: Sol. Hexamethylentetramini 40%-10 ml D.t.d. № 10 in amp. S. По 5-10 мл у вену
Rp: Neo-Haemodesi 200 ml D. S. Для внутрішньовенного введення	Rp: Sol. Euphyllini 2,4 %-10 ml D.t.d. № 10 in amp. S. Вводитьи у вену по 5-10 мл на 20 мл 20% розчину глюкози повільно
Кровоспинні засоби:	
Rp: Haemophobini 3%-20 ml D.S. Для внутрішньовенних ін'єкцій	Rp: Sol. Acidi aminocapronici 5%-100ml D.t.d. № 10 in lagenis S. Для місцевого застосування
Rp: Spongiae haemophobicae 1.0 D. t. d. № 10 in charta cerata S. Порошок змочити 5% розчином амінокапронової кислоти, для місцевого застосування	Rp: Vicasoli 0.015 D. t.d. № 25 in tab. S. По 1 таблетці 3 рази на добу
Вітаміни:	
Rp: Sol. Acidi ascorbinici 5%-1ml D.t.d. № 20 in amp. S. Для внутрішньовенних, внутрішньом'язових ін'єкцій	Rp: Sol. Retinoli acetatis oleosae 3,4%-10.0 D. S. По 5 крапель у середину
Rp: Sol. Tocopheroli acetatis oleosae 10%-100 ml D. S. Для аплікацій	Rp: Sol. Thiamini chloridi 2,5%-1 ml D.t.d. № 10 in amp. S. По 2 мл внутрішньом'язово через день
Rp: Sol. Riboflavini mononucleotidi 1%-1.0 D.t.d. № 15 in amp. S. По 1 мл 1 раз на добу внутрішньом'язово через день	Rp: Sol. Ac. nicotinicici 1%-1 ml D.t.d. № 10 in amp. S. Підшкірно по 1 мл
Rp: Sol. Pyridoxini hydrochloridi 0,1%-1.0 D.t.d. № 10 in amp. S. По 1 мл підшкірно	Rp: Tab. ac. folicici 0.001 № 50 D.S. По 1 таблетці 3 рази на добу протягом місяця в комплексі з вітаміном У
Rp: Sol. Cyancobalamini 0,01% -1.0 D.t.d. № 10 in amp. S. По 1 мл внутрішньом'язово через день	Rp: Vitamini P Ac. ascorbinici aa 0.05 D.t.d. № 10 in tab. S. По 1 таблетці 3 рази на добу
Rp: Tab. Methylmethioninsulfonii	

chloridi (vitamin K) 0.05 № 100 D.S. По 2 таблетки 2 рази на добу після їжі протягом місяця	
Біостимулятори:	
Rp: Extr. Aloes fluidi 1 ml D.t.d. № 30 in amp. S. По 1 мл підшкірно щодня	Rp: Tab. Methyluracili 0.5 № 30 D. S. По 1 таблетці 3 рази на добу
Rp: Corpori vitrei 2 ml D.t.d. № 25 in amp. S. Для підшкірних ін'єкцій	Rp: Fibsi 1 ml D.t.d. № 30 in amp. S. По 1 мл підшкірно щодня
Rp: Ung. "Proposei" 50.0 D.S. Для аплікацій на слизову оболонку	Rp: Plasmoli 1 ml D.t.d. № 10 in amp. S. По 1 мл підшкірно
Rp: Extr. Placentae 1 ml D.t.d. № 10 in amp. S. По 1мл підшкірно через день	
Ферменти:	
Rp: Trypsini crystallisati 0.01 D.t.d. № 10 S. Вміст флакона ex tempore розчинити в 10 мл мікроциду або ізотонічного розчину	Rp: Terrilitini 200 ПЕ D.t.d. № 10 S. Вміст флакона розчинити в 4-5 мл 0,25 % розчину новокаїну
Rp: Ung. Iruholi 30.0 D.S. Для ензиматичного очищення ран	Rp: Lydasi 0.1 D.t.d. № 10 in amp. S. Вміст ампули розчинити в 1 мл 0,5% розчину новокаїну (для електрофореза) або додати 10 мл 2% новокаїну (для анестезії)
Засоби, що впливають на саливацію:	
Rp: Sol. Pilocarpini hydrochloridi 1%-10 ml D. S. По 10 крапель 3 рази на добу (2-3 доби)	Rp: Sol. Aceclidini 0,2 % 1 ml D.t.d. № 6 in. amp. S. По 1 мл під шкіру 1 раз на добу протягом 2-3 днів
Rp: Sol. Galanthamini hydrobromidi 1%-1ml D. t.d. № 6 in amp. S. По 0,5 мл 1-2 рази на добу під шкіру протягом 2-3 днів	Rp: Scopolamini hydrobromidi 0.005 Aq. destill. 5 ml MDS. По 3-4 краплі 2 рази на добу усередину при підвищеній саливації
Rp: Sol. Atropini sulfatis 0,1%-1.0 D.t.d. № 10 in amp. S. Для підшкірних ін'єкцій по 0.5-1.0 мл 1-2 рази на добу	

ВИДИ ЕКСУДАТУ

Серозний і серозно-фібринозний ексудат. Частіше спостерігається при стафілококовій і стрептококовій інфекціях, сифілісі, туберкульозі. Ексудат лимонно-жовтого кольору, прозорий, з порівняно невеликою кількістю клітинних елементів (3-4%). Під час мікроскопії виявляють невелику кількість клітин з переважанням лімфоцитів, у разі тривалого перебігу – багато плазматичних клітин. Стійке і тривале переважання нейтрофілів у клітинному складі ексудату свідчить про тяжкий перебіг запального процесу. Поява дегенеративних форм нейтрофілів у ексудаті свідчить про можливий початок переходу серозного ексудату в гнійний і часто передують утворенню гнійного ексудату.

Серозно-гнійний і гнійний ексудат. Каламутний, частіше густий, жовтого або жовто-зеленого кольору. Спостерігається при бактеріальній інфекції. Цитограма характеризується наявністю великої кількості нейтрофільних гранулоцитів з дегенеративними змінами, наявністю макрофагів і детриту.

Гнильний (іхорозний) ексудат. Виникає у разі гнилісної та газової інфекції. Має бурий або буро-зелений колір, запах індолу і скатолу, іноді сірководню. Під час мікроскопічного дослідження виявляють детрит (розпад лейкоцитів), голкоподібні включення жирних кислот, іноді – кристали гематоїдину і холестерину. Ексудат містить багато мікроорганізмів, зокрема анаеробів, що утворюють гази.

Геморагічний ексудат. Має червонуватий або бурий колір, містить багато еритроцитів. Поряд із еритроцитами нормальної величини і форми виявляють мікроцити, пойкилоцити, безбарвні еритроцити, нейтрофільні лейкоцити різної стадії дегенерації. Такій ексудат частіше спостерігається при злоякісних новоутвореннях, туберкульозі, травмах і вогнепальних пораненнях.

Холестериновий ексудат. Має жовтуватий або бурий колір з перламутровим відтінком, густий. На стінках пробірки, змоченої ексудатом, макроскопічне виявляють зліпки кристаликів холестерину. У холестериновому ексудаті можна також виявити жироперероджені клітини, продукти клітинного розпаду і краплі жиру. Виявляється при застарілому осумкованому випоті у порожнини.

Хільозний ексудат. Має молочний колір, зумовлений великою кількістю жиру. Останній легко відстоюється, утворюючи вершкоподібний шар. Після того як до ексудату додати 1-2 краплі їдкового натру з ефіром і легенько струсити, настає прояснення. Мікроскопічне виявляють крапельки жиру, багато еритроцитів і лімфоцитів. Хільозний ексудат може виникати внаслідок ураження лімфатичних судин, спостерігається при пораненнях і злоякісних новоутвореннях.

Хілусоподібний ексудат. Виникає внаслідок гнійного розпаду клітинних елементів, містить багато жироперероджених клітин і жирового детриту. Виявляють у разі тривалого існування обмежених гнійних порожнин.

КЛІНІЧНА ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ ПУНКЦІЙНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПОРОЖНИН

Ознака	Транссудат	Ексудат
Цитологічне дослідження	Клітинних елементів мало. Як правило, мезотеліальні клітини, еритроцити. Іноді переважають лімфоцити, після повторних пункцій інколи – еозинофіли	Клітинних елементів більше, ніж у трансудаті. Кількість клітинних елементів, їх види і стан залежать від етіології і фази запального процесу
Лейкоцити (поліморфноядерні)	<50%	>50% при гострому запаленні
Лейкоцити (в 1мкл)	менше 1000	понад 1000
Кількість еритроцитів	<5000 в 1 мл	варіабельна

**ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ВИРАЗОК СЛИЗОВОЇ
ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА**

Травматична	Сифілітична	Туберкульозна	Актиномікотична	Ракова
Різко відмежована, неправильної форми. Обмежена інфільтрованим и, різко ущільненими і хворобливими краями. Виразка неглибока, із гладким рожевим епітеліальним дном. У основі виразки може бути хворобливий інфільтрат.	Має “сальне” дно, краї обрублені, гладкі, мов вибиті. Краї помірної щільності і мало хворобливі. У основі виразки – безболісний інфільтрат.	Дно неглибоке, сіро-жовтого кольору. Краї дрібні, підриті, фестончасті, із дрібними грануляціями, що легко кровлять. Навколо виразки широкий запальний пояс, виразка дуже хвороблива. У основі виразки – хворобливий інфільтрат.	Виразка на місці актиномікотичного вузла, дно бухтоподібне, покрито місцями жовтуватими краплинками. При дослідженні їх знаходять друзі актиноміцетів. У основі виразки – щільний, малоболучий, “дерев'янистий” інфільтрат.	Краї дуже щільні, валикоподібні, що поступово спускаються до дна виразки. Кратероподібний вид виразки з дном жовтуватого кольору. У підставі виразки – щільний інфільтрат, безболісний.

СЛОВНИК ТЕРМІНІВ

- Акроцефалія** – високий «баштовий» череп
- Алопеція** – стійке або тимчасове, повне або часткове випадання волосся
- Анофтальмія** – відсутність одного або обох очних яблук
- Антимонголоїдний розтин очей** – опущені зовнішні кути очних щілин
- Аненцефалія** – повна або майже повна відсутність головного мозку
- Аплазія (агенезія)** – повна уроджена відсутність органа або частини його
- Блефарофімоз** – укорочення вік по горизонталі, звуження очних щілин
- Блефарохалазія** – атрофія шкіри верхніх вік
- Брахідактілія** – укорочення пальців
- Брахіцефалія** – збільшення поперечного розміру голови при відносному зменшенні подовжнього розміру
- Вітіліго** – осередкова депігментація шкіри
- Гетерохромія радужки** – неоднакове фарбування різноманітних ділянок райдужної оболонки
- Гіперкератоз** – надмірне стовщення рогового прошарку епідермісу
- Гіпертелорізм** – збільшена відстань між внутрішніми краями орбіт
- Гіпертріхоз** – надлишковий ріст волосся
- Гіпоплазія уроджена** – недорозвинення органа, що виявляється дефіцитом відносної маси або розміру органа
- Гіпоспадія** – ніжне незрощення сечівника зі зсувом його зовнішнього отвору
- Гіпотелорізм** – зменшена відстань між внутрішніми краями орбіт
- Гірсутізм** – надлишкове оволосіння в дівчинок по чоловічому типі
- Доліхоцефалія** – переваження подовжніх розмірів голови над поперечними
- Екзофтальм** – зсув очного яблука вперед, що супроводжується розширенням очної щілини

Ектропіон вік – виворіт краю віку

Епікант – вертикальна шкірна складка у внутрішнього куту очної щілини

Клінодактілія – латеральне або медіальне скривлення пальця

Краніосиностоз – передчасне заростання черепних швів, що обмежує ріст черепа, і призводить до його деформації

Кріптофтальм – недорозвинення або відсутність очного яблука, вік та очної щілини

Макрогловія – патологічне збільшення язика

Макросомія (гігантизм) – надмірно збільшені розміри окремих частин тіла або дуже високий ріст

Макростомія – надмірно широка ротова щілина

Макротія – збільшені вушні раковини

Макроцефалія – надмірно велика голова

Мікрогенія – малий розмір нижньої щелепи

Мікрогнатія – малий розмір верхньої щелепи

Мікростомія – надмірно вузька ротова щілина

Мікротія – зменшені розміри вушних раковин

Мікроцефалія – малі розміри головного мозку і мозкового черепа

Мікрофтальмія – малі розміри очного яблука

Монголоїдний розріз – опущені внутрішні кути очних щілин

Нанізм – невідповідність росту і ваги віку

Полідактілія – збільшення кількості пальців на кистях і (або) стопах

Преаурикулярні папіломи – фрагменти зовнішнього вуха, розташовані перед вушною раковиною

Преаурикулярні фістули (преаурикулярні ямки) – ходи, що сліпо закінчуються, зовнішній отвір яких розташовано в основі висхідної частини завитка вушної раковини

Прогенія – надмірний розвиток нижньої щелепи

Прогерія – передчасне старіння організму

Прогнатія – надмірний розвиток верхньої щелепи в порівнянні з нижньої

Сіндактілія – повне або часткове зрощення сусідніх пальців кисті або стопи

Сінехії – фіброзні тяжи, що з'єднують поверхні суміжних органів

Сінофріз – зрослі брови

Скафоцефалія – подовжений череп із виступаючим гребенем на місці передчасно зарослого сагітального шва

Страбізм – косоокість

Телеангіектазія – локальне надмірне розширення капілярів і дрібних судин

Телекант – зсув внутрішніх кутів очних щілин латерально при нормально розташованих орбітах

Трігоноцефалія – розширення черепа в потиличної і звуження в лобовій частині

Фільтр – відстань від ніжньоносової точки до червоної кайми верхньої губи