

**Міністерство охорони здоров'я України  
Харківський національний медичний університет**

**ЩОДЕННИК**  
**студента з обліку практичних навичок**  
**з хірургічної стоматології**  
**та щелепно-лицевої хірургії**

Затверджено вченою радою ХНМУ.

Протокол № 3 від 14.03.2019 р.

**Харків**  
**ХНМУ**  
**2019**

Щоденник студента з обліку практичних навичок з хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії / упоряд. С. М. Григоров, Л. П. Рекова, М. В. Сторожева, К. М. Вакуленко. – Харків : ХНМУ, 2019 – 168 с.

Упорядники      С. М. Григоров  
                         Л. П. Рекова  
                         М. В. Сторожева  
                         К. М. Вакуленко

# ЩОДЕННИК

студента з обліку практичних навичок з хірургічної  
стоматології та щелепно-лицевої хірургії

---

(прізвище, ім'я та по батькові студента (ки))

курс III група \_\_\_\_\_

курс IV група \_\_\_\_\_

курс V група \_\_\_\_\_

викладач практичного заняття (V семестр)

(прізвище, ім'я та по батькові, посада)

\_\_\_\_\_

викладач практичного заняття (VI семестр)

(прізвище, ім'я та по батькові, посада)

\_\_\_\_\_

викладач практичного заняття (VII семестр)

(прізвище, ім'я та по батькові, посада)

\_\_\_\_\_

викладач практичного заняття (VIII семестр)

(прізвище, ім'я та по батькові, посада)

\_\_\_\_\_

викладач практичного заняття (IX семестр)

(прізвище, ім'я та по батькові, посада)

\_\_\_\_\_

викладач практичного заняття (X семестр)

(прізвище, ім'я та по батькові, посада)

\_\_\_\_\_

## ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

Вивчення хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії починається з III курсу. До цього часу студент повинен мати знання з основних теоретичних фундаментальних наук, таких як анатомія, гістологія, мікробіологія, нормальна фізіологія, біохімія та продовжити набувати знання із фармакології, патологічної анатомії та патологічної фізіології тощо. Тобто, студент повинен бути готовим до розуміння та засвоєння конкретних клінічних понять та дій.

Щоденник студента з обліку практичних навичок з хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії розраховано на три роки навчання на кафедрі. У щоденнику приведені всі розділи практичної роботи студента на заняттях у поліклініці та у щелепно-лицевому стаціонарі, а також вказаний необхідний мінімум практичних навичок за семестрами.

Зокрема, передбачений облік наступних мануальних навичок студентів згідно з вимогами освітньо-кваліфікаційної характеристики (ОКХ);

1. Виконання всіх методів місцевої анестезії, як термінальної, так і провідникової (на фантомах та на хворих).

2. Виконання оперативних втручань на альвеолярних відростках щелеп, включаючи операції видалення зубів та коренів; резекції верхівки кореня зубів; пересадки зубів тощо (на фантомах та на хворих), припинення кровотечі, кюретаж лунки.

3. Операції на слизовій порожнини рота, на шкірі обличчя (видалення фібром, папілом, ретенційних кіст слинних залоз тощо), розтин пародонтального абсцесу, періостомія.

4. Хірургічна обробка ран м'яких тканин та кісток лицевого скелета.

5. Назубне шинування при переломах щелеп (на фантомах) та лігатурне зв'язування зубів.

6. Асистування при оперативних втручаннях у щелепно-лицевій ділянці.

7. Курація та клінічні розбори хворих.

8. Маніпуляції з догляду за хворими, їх годування, виконання іригації порожнини рота тощо.

Щоденник студента з обліку практичних навичок з хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії допоможе при проведенні поточної навчальної діяльності, підсумкових занять, підсумкового семестрового контролю та при оцінюванні практичних навичок студента на заключній атестації успішності студента перед практично-орієнтованим державним іспитом (ПОДІ).

### *Примітки:*

1. На практичних заняттях необхідно виконати обов'язковий мінімум навичок, перелік та кількість яких наведені у щоденнику.

2. Після закінчення кожного заняття необхідно зробити відмітку про виконання роботи у відповідній графі (за підписом викладача).

3. Щоденник повинен бути у студента до кінця навчання на кафедрі.

4. По закінченні семестру викладач повинен записати у щоденник коротку характеристику студента.

5. При складанні підсумкових занять, підсумкового семестрового контролю та на практично-орієнтованому державному іспиті (ПОДІ) студент повинен мати при собі оформлений згідно з вимогами щоденник студента з обліку практичних навичок з хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії.

6. По закінченні навчання щоденник студента зберігається в учбовій частині кафедри хірургічної стоматології.

# Заліковий лист

<b>III КУРС</b>	<b>Комп'ютерний контроль (бали)</b>	<b>Підсумкове заняття (оцінка)</b>
<b>V семестр</b>		
<b>VI семестр</b>		

<b>IV КУРС</b>	<b>Комп'ютерний контроль (бали)</b>	<b>Підсумкове заняття (оцінка)</b>	<b>Іспит (ОД: бал, ECTS, оцінка)</b>
<b>VII семестр</b>			
<b>VIII семестр</b>			

<b>V КУРС</b>	<b>Комп'ю- терний контроль (бали)</b>	<b>Захист історії хвороби (оцінка)</b>	<b>Підсумкове заняття (оцінка)</b>	<b>Семінар № 1 (оцінка)</b>	<b>Семінар № 2 (оцінка)</b>	<b>Диферен- ційований залік (оцінка)</b>	<b>Державний іспит (ПОДІ) (бал, ECTS, оцінка)</b>
<b>IX семестр</b>							
<b>X семестр</b>							

Завідувач кафедри

\_\_\_\_\_

(підпис)

\_\_\_\_\_

(прізвище та ініціали)

Завідувач кафедри

\_\_\_\_\_

(підпис)

\_\_\_\_\_

(прізвище та ініціали)

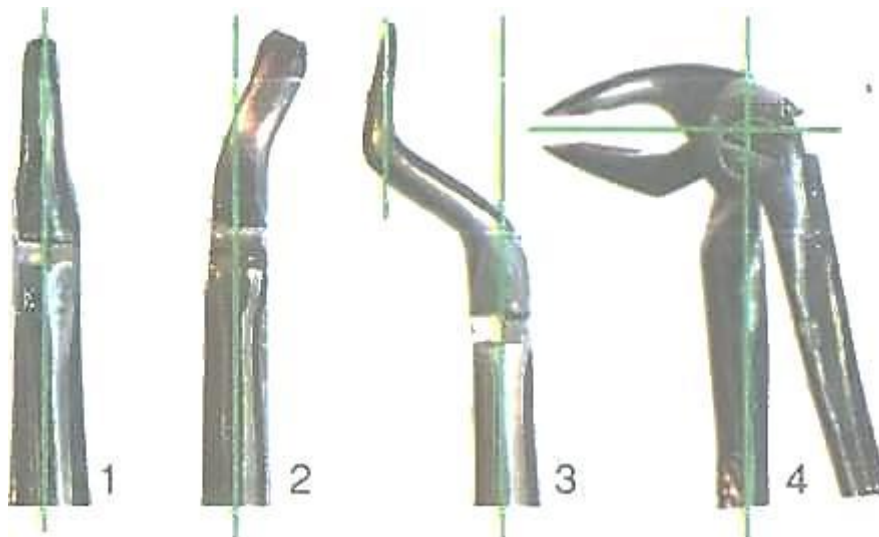
## СЕМЕСТР V

Студенти стоматологічного факультету починають вивчення хірургічної стоматології з III курсу. До того часу вони вже знають теоретичні основи фундаментальної науки та готові до обґрунтованого сприйняття конкретних клінічних концепцій діяльності.

Здається, що техніка виконання анестезій, особливо інфільтраційних – просте завдання, однак не завжди ці дії закінчуються успіхом, тому треба нагадати вислів професора Шаака (1928): "Місцева анестезія є мистецтво, якому необхідно вчитись, якщо при перших пробах отримуються невдачі, то вони у своїй більшості випадків повинні бути віднесені не до недоліків місцевого знеболення, а до погрішностей у техніці".

Операція видалення зуба – це оперативне втручання у тканини організму зі всіма притаманними йому властивостями, тобто штучне роз'єднання тканин, видалення ураженої ділянки, припинення кровотечі під час операції та після неї. Якщо студент дійсно бажає стати лікарем хірургом-стоматологом, то повинен зрозуміти: будь-яке втручання в організм щипцями чи скальпелем – це агресія, часом із важко передбаченими наслідками.

Для видалення окремих груп зубів застосовують щипці різної форми, всі вони мають робочу частину (щічки), замок та ручки (бранші). Маючи фундаментальні технічні подібності, щипці відрізняються в деталях завдяки їх функціональному призначенню: для зубів якої щелепи, для яких конкретно зубів, для зубів зі збереженою коронкою або для видалення кореня. При цьому форма щічок відповідає структурі конкретного зуба.



Ознака кута, яку мають щипці для видалення зубів:  
1–3 – верхньої щелепи; 4 – нижньої щелепи

## Щипці та елеватори для видалення зубів



1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_



3 \_\_\_\_\_

4 \_\_\_\_\_



5 \_\_\_\_\_

6 \_\_\_\_\_





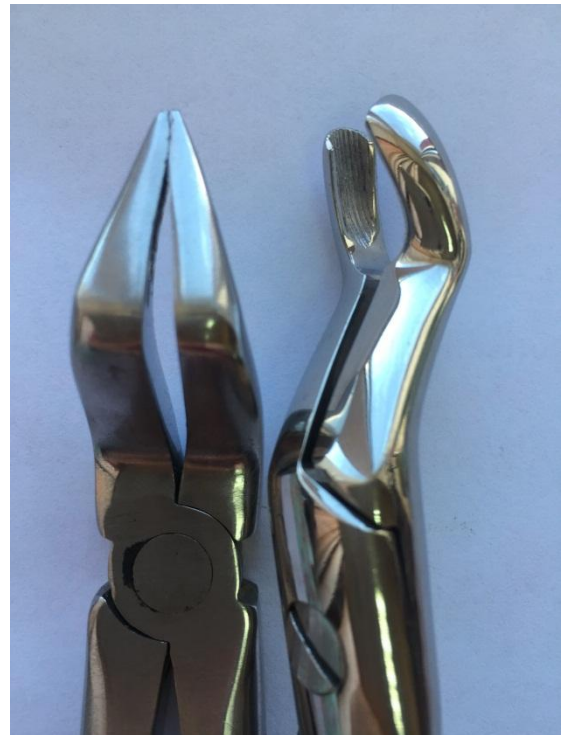
7 \_\_\_\_\_



8 \_\_\_\_\_



9 \_\_\_\_\_



10 \_\_\_\_\_





- 11 \_\_\_\_\_
- 12 \_\_\_\_\_
- 13 \_\_\_\_\_
- 14 \_\_\_\_\_



- 15 \_\_\_\_\_
- 16 \_\_\_\_\_
- 17 \_\_\_\_\_
- 18 \_\_\_\_\_

## СЕМЕСТР V

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я <hr/> Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма <hr/> Код за ЄДРПОУ <span style="float: right;"> _ _ _ _ _ </span>	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b>  Форма первинної облікової документації <b>№ 043/о</b> <b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b> Наказ МОЗ України  _ _ _ _ _ _  N  _ _ _ _ _
---	--

### Медична карта стоматологічного хворого N \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ рік

1. Прізвище, ім'я, по батькові

---

2. Стать: чоловіча – 1; жіноча – 2  3. Дата народження |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
(число, місяць, рік)

4. Місце проживання хворого, телефон

---

5. Діагноз

---

6. Скарги

---



---

7. Перенесені та супутні захворювання

---



---

8. Розвиток теперішнього захворювання

---



---

9. Дані об'єктивного дослідження, зовнішній огляд, стан зубів:

---



---



---



---

Дата огляду	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

#### Умовні позначення

С – карієс, Р – пульпіт, Рт – періодонтит, Лр – локалізований пародонтит, Гр – генералізований пародонтит, R – корінь, А – відсутній, Сd – коронка, РІ – пломба, F – фасетка, аг – штучний зуб, r – реставрація, Н – гемісекція, Ам – ампутація, res – резекція, ріп – штифт, і – імплантація, Rp – реплантація, Dc – зубний камінь



Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ _____	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b>
	Форма первинної облікової документації <b>N 043/о</b> <b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b> Наказ МОЗ України _____ N _____

**Медична карта стоматологічного хворого N \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ рік**

1. Прізвище, ім'я, по батькові

\_\_\_\_\_

2. Стать: чоловіча – 1; жіноча – 2  3. Дата народження \_\_\_\_\_  
(число, місяць, рік)

4. Місце проживання хворого, телефон

\_\_\_\_\_

5. Діагноз

\_\_\_\_\_

6. Скарги

\_\_\_\_\_

7. Перенесені та супутні захворювання

\_\_\_\_\_

8. Розвиток теперішнього захворювання

\_\_\_\_\_

9. Дані об'єктивного дослідження, зовнішній огляд, стан зубів:

\_\_\_\_\_

Дата огляду	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Умовні позначення

C – карієс, P – пульпіт, Pt – періодонтит, Lp – локалізований пародонтит, Gp – генералізований пародонтит, R – корінь, A – відсутній, Cd – коронка, PI – пломба, F – фасетка, ag – штучний зуб, r – реставрація, H – гемісекція, Am – ампутація, res – резекція, pin – штифт, i – імплантація, Rp – реплантація, Dc – зубний камінь



Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ _____	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b>  Форма первинної облікової документації <b>N 043/о</b> <b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b> Наказ МОЗ України _____ N _____

**Медична карта стоматологічного хворого N \_\_\_\_\_**  
 \_\_\_\_\_ рік

1. Прізвище, ім'я, по батькові

2. Стать: чоловіча – 1; жіноча – 2  3. Дата народження \_\_\_\_\_  
 (число, місяць, рік)

4. Місце проживання хворого, телефон

5. Діагноз

6. Скарги

7. Перенесені та супутні захворювання

8. Розвиток теперішнього захворювання

9. Дані об'єктивного дослідження, зовнішній огляд, стан зубів:

Дата огляду	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Умовні позначення

С – карієс, Р – пульпіт, Рт – періодонтит, Лр – локалізований пародонтит, Гр – генералізований пародонтит, R – корінь, А – відсутній, Сd – коронка, РІ – пломба, F – фасетка, аг – штучний зуб, r – реставрація, Н – гемісекція, Ам – ампутація, res – резекція, ріп – штифт, і – імплантація, Rp – реплантація, Dc – зубний камінь

10. Прикус

---

---

11. Стан гігієни порожнини рота, стан слизової оболонки порожнини рота, ясен, альвеолярних відростків та піднебіння.

---

---

---

---

---

---

---

---

12. Дані рентгенівських обстежень, лабораторних досліджень

---

---

---

---

13. Колір за шкалою  
"Віта"

---

14. Дата навчання навичкам гігієни порожнини рота

---

---

15. Дата контролю гігієни порожнини рота

---

### ЩОДЕННИК ЛІКАРЯ

Дата	16. Анамнез, статус, діагноз, лікування та рекомендації

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Кода ЄДРПОУ _____	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b>  Форма первинної облікової документації <b>№ 043/о</b> <b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b> Наказ МОЗ України _____ N _____

**Медична карта стоматологічного хворого N \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ рік**

1. Прізвище, ім'я, по батькові

2. Стать: чоловіча – 1; жіноча – 2  3. Дата народження \_\_\_\_\_  
(число, місяць, рік)

4. Місце проживання хворого, телефон

5. Діагноз

6. Скарги

7. Перенесені та супутні захворювання

8. Розвиток теперішнього захворювання

9. Дані об'єктивного дослідження, зовнішній огляд, стан зубів:

Дата огляду	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Умовні позначення

C – карієс, P – пульпіт, Pt – періодонтит, Lp – локалізований пародонтит, Gp – генералізований пародонтит, R – корінь, A – відсутній, Cd – коронка, PI – пломба, F – фасетка, ag – штучний зуб, r – реставрація, H – гемісекція, Am – ампутація, res – резекція, pin – штифт, i – імплантація, Rp – реплантація, Dc – зубний камінь





Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ _____	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b>  Форма первинної облікової документації <b>№ 043/о</b> <b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b> Наказ МОЗ України _____ N _____

**Медична карта стоматологічного хворого N \_\_\_\_\_**  
 \_\_\_\_\_ рік

1. Прізвище, ім'я, по батькові

2. Стать: чоловіча – 1; жіноча – 2  3. Дата народження \_\_\_\_\_  
 (число, місяць, рік)

4. Місце проживання хворого, телефон

5. Діагноз

6. Скарги

7. Перенесені та супутні захворювання

8. Розвиток теперішнього захворювання

9. Дані об'єктивного дослідження, зовнішній огляд, стан зубів:

Дата огляду	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Умовні позначення

C – карієс, P – пульпіт, Pt – періодонтит, Lp – локалізований пародонтит, Gr – генералізований пародонтит, R – корінь, A – відсутній, Cd – коронка, PI – пломба, F – фасетка, ag – штучний зуб, r – реставрація, H – гемісекція, Am – ампутація, res – резекція, pin – штифт, i – імплантація, Rp – реплантація, Dc – зубний камінь

10. Прикус

11. Стан гігієни порожнини рота, стан слизової оболонки порожнини рота, ясен, альвеолярних відростків та піднебіння.

12. Дані рентгенівських обстежень, лабораторних досліджень

13. Колір за шкалою  
"Віта"

14. Дата навчання навичкам гігієни порожнини рота

15. Дата контролю гігієни порожнини рота

**ЩОДЕННИК ЛІКАРЯ**

Дата	16. Анамнез, статус, діагноз, лікування та рекомендації

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ _____	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b>  Форма первинної облікової документації <b>№ 043/о</b> <b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b> Наказ МОЗ України _____ N _____

**Медична карта стоматологічного хворого N \_\_\_\_\_**  
 \_\_\_\_\_ рік

1. Прізвище, ім'я, по батькові

2. Стать: чоловіча – 1; жіноча – 2  3. Дата народження \_\_\_\_\_  
 (число, місяць, рік)

4. Місце проживання хворого, телефон

5. Діагноз

6. Скарги

7. Перенесені та супутні захворювання

8. Розвиток теперішнього захворювання

9. Дані об'єктивного дослідження, зовнішній огляд, стан зубів:

Дата огляду	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Умовні позначення

C – карієс, P – пульпіт, Pt – періодонтит, Lp – локалізований пародонтит, Gr – генералізований пародонтит, R – корінь, A – відсутній, Cd – коронка, PI – пломба, F – фасетка, ag – штучний зуб, r – реставрація, H – гемісекція, Am – ампутація, res – резекція, pin – штифт, i – імплантація, Rp – реплантація, Dc – зубний камінь

10. Прикус

11. Стан гігієни порожнини рота, стан слизової оболонки порожнини рота, ясен, альвеолярних відростків та піднебіння.

12. Дані рентгенівських обстежень, лабораторних досліджень

13. Колір за шкалою

"Віта"

14. Дата навчання навичкам гігієни порожнини рота

15. Дата контролю гігієни порожнини рота

### ЩОДЕННИК ЛІКАРЯ

Дата	16. Анамнез, статус, діагноз, лікування та рекомендації

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ _____	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b>
	Форма первинної облікової документації <b>N 043/о</b> <b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b> Наказ МОЗ України _____ N _____

**Медична карта стоматологічного хворого N \_\_\_\_\_**  
 \_\_\_\_\_ рік

1. Прізвище, ім'я, по батькові

2. Стать: чоловіча – 1; жіноча – 2  3. Дата народження \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 (число, місяць, рік)

4. Місце проживання хворого, телефон

5. Діагноз

6. Скарги

7. Перенесені та супутні захворювання

8. Розвиток теперішнього захворювання

9. Дані об'єктивного дослідження, зовнішній огляд, стан зубів:

Дата огляду	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Умовні позначення

C – карієс, P – пульпіт, Pt – періодонтит, Lp – локалізований пародонтит, Gr – генералізований пародонтит, R – корінь, A – відсутній, Cd – коронка, PI – пломба, F – фасетка, ag – штучний зуб, r – реставрація, H – гемісекція, Am – ампутація, res – резекція, pin – штифт, i – імплантація, Rp – реплантація, Dc – зубний камінь

10. Прикус

11. Стан гігієни порожнини рота, стан слизової оболонки порожнини рота, ясен, альвеолярних відростків та піднебіння.

12. Дані рентгенівських обстежень, лабораторних досліджень

13. Колір за шкалою  
"Віта"

14. Дата навчання навичкам гігієни порожнини рота

15. Дата контролю гігієни порожнини рота

**ЩОДЕННИК ЛІКАРЯ**

Дата	16. Анамнез, статус, діагноз, лікування та рекомендації

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ _____	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b>  Форма первинної облікової документації <b>№ 043/о</b> <b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b> Наказ МОЗ України _____ N _____

**Медична карта стоматологічного хворого N \_\_\_\_\_**  
 \_\_\_\_\_ рік

1. Прізвище, ім'я, по батькові  
\_\_\_\_\_
2. Стать: чоловіча – 1; жіноча – 2  3. Дата народження \_\_\_\_\_  
 (число, місяць, рік)
4. Місце проживання хворого, телефон  
\_\_\_\_\_
5. Діагноз  
\_\_\_\_\_
6. Скарги  
\_\_\_\_\_
7. Перенесені та супутні захворювання  
\_\_\_\_\_
8. Розвиток теперішнього захворювання  
\_\_\_\_\_
9. Дані об'єктивного дослідження, зовнішній огляд, стан зубів:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Дата огляду	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Умовні позначення

С – карієс, Р – пульпіт, Рт – періодонтит, Lр – локалізований пародонтит, Gр – генералізований пародонтит, R – корінь, А – відсутній, Cd – коронка, PІ – пломба, F – фасетка, аг – штучний зуб, г – реставрація, Н – гемісекція, Am – ампутація, res – резекція, ріп – штифт, і – імплантація, Rр – реплантація, Dс – зубний камінь





Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ _____	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b>
	Форма первинної облікової документації <b>№ 043/о</b> <b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b> Наказ МОЗ України _____ N _____

**Медична карта стоматологічного хворого N \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ рік**

1. Прізвище, ім'я, по батькові

\_\_\_\_\_

2. Стать: чоловіча – 1; жіноча – 2  3. Дата народження \_\_\_\_\_  
(число, місяць, рік)

4. Місце проживання хворого, телефон

\_\_\_\_\_

5. Діагноз

\_\_\_\_\_

6. Скарги

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. Перенесені та супутні захворювання

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. Розвиток теперішнього захворювання

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. Дані об'єктивного дослідження, зовнішній огляд, стан зубів:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Дата огляду	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Умовні позначення

С – карієс, Р – пульпіт, Рт – періодонтит, Лр – локалізований пародонтит, Гр – генералізований пародонтит, R – корінь, А – відсутній, Сd – коронка, Рl – пломба, F – фасетка, аг – штучний зуб, r – реставрація, Н – гемісекція, Am – ампутація, res – резекція, рin – штифт, і – імплантація, Rp – реплантація, Dc – зубний камінь



Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ _____	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b>  Форма первинної облікової документації <b>№ 043/о</b> <b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b> Наказ МОЗ України _____ N _____
	<b>Медична карта стоматологічного хворого N _____</b> <b>_____ рік</b>

1. Прізвище, ім'я, по батькові \_\_\_\_\_

2. Стать: чоловіча – 1; жіноча – 2  3. Дата народження \_\_\_\_\_  
 (число, місяць, рік)

4. Місце проживання хворого, телефон \_\_\_\_\_

5. Діагноз \_\_\_\_\_

6. Скарги \_\_\_\_\_

7. Перенесені та супутні захворювання \_\_\_\_\_

8. Розвиток теперішнього захворювання \_\_\_\_\_

9. Дані об'єктивного дослідження, зовнішній огляд, стан зубів:

Дата огляду	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Умовні позначення

С – карієс, Р – пульпіт, Рt – періодонтит, Lр – локалізований пародонтит, Gр – генералізований пародонтит, R – корінь, A – відсутній, Cd – коронка, PІ – пломба, F – фасетка, ar – штучний зуб, r – реставрація, H – гемісекція, Am – ампутація, res – резекція, рin – штифт, і – імплантація, Rp – реплантація, Dc – зубний камінь



# **ПЕРЕЛІК ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК, ОБОВ'ЯЗКОВИХ ДЛЯ ЗАСВОЄННЯ СТУДЕНТОМ, ЗГІДНО З НАВЧАЛЬНОЮ ПРОГРАМОЮ**

## **3 курс (V семестр)**

1. Провести опитування хворого та на його основі зробити запис в історії хвороби.
2. Провести обстеження амбулаторного хірургічного стоматологічного хворого та зробити про це запис в історії хвороби.
3. Провести обстеження периферійних лімфатичних вузлів щелепно-лищевої ділянки, шиї та слинних залоз.
4. Встановити попередній діагноз на основі опитування та обстеження хворого з періодонтитом, періоститом, остеомієлітом щелеп.
5. Знати схему та вміти доповісти про хворого викладачеві; обґрунтувати діагноз та скласти план лікування.
6. Підготувати набір інструментарію для обстеження хірургічного стоматологічного хворого.
7. Підготувати набір інструментів для видалення різців на верхній щелепі.
8. Підготувати набір інструментів для видалення іклів на верхній щелепі.
9. Підготувати набір інструментів для видалення премолярів на верхній щелепі.
10. Підготувати набір інструментів для видалення молярів на верхній щелепі.
11. Підготувати набір інструментів для видалення 8-го зуба на верхній щелепі.
12. Підготувати набір інструментів для видалення різців на нижній щелепі.
13. Підготувати набір інструментів для видалення іклів на нижній щелепі.
14. Підготувати набір інструментів для видалення премолярів на нижній щелепі.
15. Підготувати набір інструментів для видалення 8-го зуба на нижній щелепі.
16. Підготувати набір інструментів для видалення дистопованого 8-го зуба на нижній щелепі.
17. Підготувати набір інструментарію для операції розсікання капюшону при перикоронариті 38, 48 зубів.
18. Підготувати набір інструментарію для операції висікання капюшону при перикоронариті 18, 28.
19. Підготувати набір інструментарію для видалення ретенуваних 3|3 зубів.
20. Підготувати набір інструментарію для видалення молярів на нижній щелепі.
21. Підготувати набір інструментарію для операції резекції верхівки кореня зуба.
22. Підготувати набір інструментарію та медикаментозних засобів для зупинення ямкової кровотечі після видалення зуба.
23. Підготувати набір інструментарію, необхідного для розсікання тканин при періоститі.
24. Підготувати набір інструментарію, необхідного для секвестректомії.
25. Вміти виконати місцеве знеболення на верхній щелепі та нижній щелепі (усі методи).

№ пор	Назва практичної навички	Рівень засвоєння ("виконав", "не виконав")

**ЗВІТ**  
**про виконану роботу за V семестр**

<p>I. Прийнято хворих всього:</p> <p>а) первинних:</p> <p>б) повторних:</p>	
<p>II. Проведено анестезій:</p> <p>1. Провідникових:</p> <p>Туберальна –</p> <p>Інфраорбітальна –</p> <p>Мандибулярна –</p> <p>Торусальна –</p> <p>Ментальна –</p> <p>Піднебінна –</p> <p>Ріщева –</p> <p>Берше–Дубова –</p> <p>2. Стовбурових:</p> <p>3. Термінальних:</p> <p>4. Аплікаційних:</p>	
<p>III. Проведено операцій:</p> <p>1. Видалення зубів та коренів:</p> <p>2. Ургентні операції:</p> <p>Розтин субперіостального абсцесу –</p> <p>Хірургічна обробка ран –</p> <p>Розтин флегмон та абсцесів –</p> <p>Видалення слизової при перікоронарит:</p> <p>3. Лікування ускладнень:</p> <p>Гемостаз –</p> <p>Лікування альвеолітів –</p> <p>Лікування гематом, контрактур та інших ускладнень –  </p> <p>Альвеоектомія –</p> <p>4. Планові операції</p> <p>Оперував –</p> <p>Асистував –</p> <p>5. Інші види маніпуляцій:</p> <p>Перев'язка –</p> <p>Шинування –</p> <p>Вправлення вивиху та ін. –</p>	
<p>IV. Лекції для пацієнтів</p>	



**ХАРАКТЕРИСТИКА**  
**студента (ки) III курсу \_\_\_\_ групи**  
**за V семестр**

**П.І.Б.** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_  
Підпис викладача

## СЕМЕСТР VI

Більшість пацієнтів, з якими у своїй майбутній діяльності зустрінеться лікар хірург-стоматолог, буде звертатись із запальними процесами, починаючи від різних форм періодонтиту і закінчуючи важкими флегмонами, остеомієлітами щелеп.

### **Класифікація одонтогенних запальних захворювань щелепно-лицьової ділянки та шиї (Солнцев А. М. та Тимофєєв, 1989)**

#### **I. Одонтогенні запальні захворювання:**

##### **1) Щелеп:**

1. Періодонтит (гострий, хронічний, у стадії загострення).
2. Періостит (гострий, хронічний, у стадії загострення).
3. Остеомієліт (гострий, хронічний, в стадії загострення).
4. Альвеоліт (гострий, хронічний).
5. Гайморит (гострий, хронічний, у стадії загострення).

##### **2) М'яких тканин:**

1. Лімфаденіт (гострий, хронічний).
2. Запальний інфільтрат.
3. Абсцеси.
4. Флегмони.
5. Підшкірна гранульома обличчя.
6. Перикороніт (неускладнений та ускладнений).

#### **II. Ускладнення одонтогенних запальних захворювань:**

1. Флебіти і тромбофлебіти, тромбоз синусу головного мозку.
2. Медіастеніт.
3. Сепсис (гострий та хронічний).
4. Інші ускладнення: менінгіт, пневмонія, абсцес мозку та ін.

### **Класифікація періодонтиту Г. І. Лукомського (1955)**

#### **1. Гострий періодонтит:**

- а) серозний (обмежений та розлитий);
- б) гнійний (обмежений та розлитий).

#### **2. Хронічний періодонтит:**

- а) гранулюючий;
- б) гранулематозний;
- в) фіброзний.

#### **3. Хронічний періодонтит у стадії загострення.**

## **Класифікація періодонтитів за МКБ-10 (ВООЗ, 1993)**

МКБ-10 – Міжнародна статистична класифікація хвороб та проблем, суміжних зі здоров'ям 10-го перегляду Всесвітньої організації охорони здоров'я.

МКБ-С – Міжнародна класифікація стоматологічних захворювань згідно з МКБ-10.

Міжнародна організація підійшла до класифікації періодонтитів всебічно. Вона запропонувала класифікацію, яка враховує не тільки гострий або хронічний перебіг захворювання, але й види ускладнень, які зустрічаються найбільш часто.

### **К04.4 Гострий апікальний періодонтит пульпарного походження**

### **К04.5 Хронічний апікальний періодонтит**

### **К04.6 Періапикальний абсцес зі свищем:**

- дентальний;
- дентоальвеолярний;
- періодонтальний абсцес пульпарного походження.

### **Свищі поділяються залежно від того, з чим мається повідомлення:**

К04.60 Має повідомлення [свищ] з верхньощелепною пазухою.

К04.61 Має повідомлення [свищ] з носовою порожниною.

К04.62 Має повідомлення [свищ] з порожниною рота.

К04.63 Має повідомлення [свищ] з шкірою.

К04.69 Періапикальний абсцес зі свищем неуточнений.

### **К04.7 Періапикальний абсцес без свища:**

- дентальний абсцес;
- дентоальвеолярний абсцес;
- періодонтальний абсцес пульпарного походження

### **К04.8 Коренева кіста**

К04.80 Апікальна і бічна.

К04.81 Залишкова.

К04.82 Запальна парадентальна.

К04.89 Коренева кіста неуточнена.

### **К04.9 Інші й неуточнені хвороби пульпи і періапикальних тканин**

## **Класифікація періоститу щелепно-лицевої ділянки**

### **1. За етіологією:**

- одонтогенні;
- неодонтогенні.

### **2. За шляхами розповсюдження:**

- посттравматичні;
- per continuitatem;
- гематогенні;
- лімфогенні;
- стоматогенні.

### **3. За клінічним перебігом:**

- а) гострий:
  - серозний;
  - гнійний;

б) хронічний періостит:

- простий;
- осифікуючий;
- рарефікуючий.

**4. За видом інфекції:**

- специфічні;
- неспецифічні.

## **Класифікація остеомієліту щелепно-лицевої ділянки**

**1. За шляхом проникнення інфекції:**

- а) одонтогенний;
- б) неодонтогенний:
  - судинний (гематогенний, лімфогенний);
  - стоматогенний;
  - посттравматичний;
  - контактний;

**2. Залежно від виду інфекції:**

- а) специфічний (сифілітичний, туберкульозний, актиномікотичний);
- б) неспецифічний (банальний), спричинений:
  - поєднаною дією стрепто- і стафілококової флори;
  - фузоспірилярним симбіозом;
  - поєднаною дією анаеробних та аеробних мікроорганізмів;
  - спричинені анаеробною мікрофлорою.

**3. За клінічним перебігом захворювання:**

- а) гострий;
- б) первинно-хронічний;
- в) хронічний як наслідок гострого:
  - деструктивний (рарефікувальний – розсмоктування кістки);
  - продуктивний чи гіперпластичний;
  - деструктивно-продуктивний;
- г) хронічний у стадії загострення.

**4. За анатомо-топографічними ознаками:**

- а) остеомієліт верхньої чи нижньої щелеп (з конкретною локалізацією процесу);
- б) остеомієліт інших кісток щелепно-лицевої ділянки.

**5. За поширеністю процесу**

- а) вогнищевий;
- б) генералізований.

# Класифікації абсцесів та флегмон щелепно-лицевої ділянки (ЩЛД)

## Класифікація О. І. Євдокимова (1958)

1. Абсцеси та флегмони, розташовані навколо верхньої щелепи (підорбітальна, вилична та орбітальна ділянки, скронева, підскронева та крило-піднебінна ямки, тверде та м'яке піднебіння).
2. Абсцеси та флегмони, розташовані навколо нижньої щелепи (підборідна, щічна та піднижньощелепна ділянки, крило-щелепний, навкологлотковий та субмасетеріальний простори, ділянка навколовушної слинної залози та позадущелепної ямки).
3. Абсцеси та флегмони дна порожнини рота (верхнього та нижнього відділів).
4. Абсцеси та флегмони язика та шиї.

## Класифікація Г. О. Васильєва та Т. Г. Робустової (1981)

### I. Навколощелепні абсцеси та флегмони:

1. Тканин, прилеглих до нижньої щелепи:
  - поверхневі ( щічна; підщелепна, підборідна, навколовушно-жувальна ділянки);
  - глибокі (крило-щелепний та навкологлотковий простори, під'язикова ділянка, дно порожнини рота).
2. Тканин, прилеглих до верхньої щелепи:
  - поверхневі (підорбітальна, щічна);
  - глибокі (підскронева, крило-піднебінна ямки).

### II. Абсцеси та флегмони сусідніх з навколощелепними тканинами ділянок (вилична, скронева ділянки, орбіта, позадущелепна ділянка, шия), абсцеси та флегмони язика.

Залежно від джерела виникнення всі абсцеси та флегмони ЩЛД та шиї розподіляють на одонтогенні та неодонтогенні.

## СЕМЕСТР VI

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я <hr/> Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма <hr/> Код за ЄДРПОУ <span style="float: right;"> _ _ _ _ _ </span>	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b>  Форма первинної облікової документації <b>№ 043/о</b> <b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b> Наказ МОЗ України  _ _ _ _ _ _  N  _ _ _ _ _																																																																				
<b>Медична карта стоматологічного хворого N _____</b> <b>_____ рік</b>																																																																					
1. Прізвище, ім'я, по батькові																																																																					
2. Стать: чоловіча – 1; жіноча – 2 <input type="checkbox"/> 3. Дата народження <span style="float: right;"> _ _ _ _ _ _ _ </span> (число, місяць, рік)																																																																					
4. Місце проживання хворого, телефон																																																																					
5. Діагноз																																																																					
6. Скарги																																																																					
7. Перенесені та супутні захворювання																																																																					
8. Розвиток теперішнього захворювання																																																																					
9. Дані об'єктивного дослідження, зовнішній огляд, стан зубів:																																																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 5%;">8</td> <td style="width: 5%;">7</td> <td style="width: 5%;">6</td> <td style="width: 5%;">5</td> <td style="width: 5%;">4</td> <td style="width: 5%;">3</td> <td style="width: 5%;">2</td> <td style="width: 5%;">1</td> <td style="width: 5%;">1</td> <td style="width: 5%;">2</td> <td style="width: 5%;">3</td> <td style="width: 5%;">4</td> <td style="width: 5%;">5</td> <td style="width: 5%;">6</td> <td style="width: 5%;">7</td> <td style="width: 5%;">8</td> </tr> <tr> <td>Дата огляду</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>			8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	Дата огляду																																																		
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																																																					
Дата огляду																																																																					
Умовні позначення С – карієс, Р – пульпіт, Рt – періодонтит, Lр – локалізований пародонтит, Gр – генералізований пародонтит, R – корінь, А – відсутній, Cd – коронка, PІ – пломба, F – фасетка, аг – штучний зуб, r – реставрація, Н – гемісекція, Am – ампутація, res – резекція, рin – штифт, і – імплантація, Rр – реплантація, Dс – зубний камінь																																																																					



Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ _____	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b>
	Форма первинної облікової документації <b>№ 043/о</b> <b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b> Наказ МОЗ України _____ № _____

**Медична карта стоматологічного хворого № \_\_\_\_\_**  
 \_\_\_\_\_ рік

1. Прізвище, ім'я, по батькові

2. Стать: чоловіча – 1; жіноча – 2  3. Дата народження \_\_\_\_\_  
 (число, місяць, рік)

4. Місце проживання хворого, телефон

5. Діагноз

6. Скарги

7. Перенесені та супутні захворювання

8. Розвиток теперішнього захворювання

9. Дані об'єктивного дослідження, зовнішній огляд, стан зубів:

Дата огляду	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Умовні позначення

С – карієс, Р – пульпіт, Рт – періодонтит, Лр – локалізований пародонтит, Гр – генералізований пародонтит, R – корінь, А – відсутній, Сd – коронка, ПІ – пломба, F – фасетка, ar – штучний зуб, r – реставрація, Н – гемісекція, Am – ампутація, res – резекція, ріп – штифт, і – імплантація, Rp – реплантація, Dc – зубний камінь





Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ _____	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b>
	Форма первинної облікової документації <b>№ 043/о</b> <b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b> Наказ МОЗ України _____ № _____

**Медична карта стоматологічного хворого № \_\_\_\_\_**  
 \_\_\_\_\_ рік

1. Прізвище, ім'я, по батькові

2. Стать: чоловіча – 1; жіноча – 2  3. Дата народження \_\_\_\_\_  
 (число, місяць, рік)

4. Місце проживання хворого, телефон

5. Діагноз

6. Скарги

7. Перенесені та супутні захворювання

8. Розвиток теперішнього захворювання

9. Дані об'єктивного дослідження, зовнішній огляд, стан зубів:

Дата огляду	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Умовні позначення

С – карієс, Р – пульпіт, Рт – періодонтит, Лр – локалізований пародонтит, Гр – генералізований пародонтит, R – корінь, А – відсутній, Сd – коронка, ПІ – пломба, F – фасетка, ar – штучний зуб, r – реставрація, Н – гемісекція, Am – ампутація, res – резекція, ріп – штифт, і – імплантація, Rp – реплантація, Dc – зубний камінь



Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ _____	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b>
	Форма первинної облікової документації <b>№ 043/о</b> <b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b> Наказ МОЗ України _____ N _____

**Медична карта стоматологічного хворого N \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ рік**

1. Прізвище, ім'я, по батькові

\_\_\_\_\_

2. Стать: чоловіча – 1; жіноча – 2  3. Дата народження \_\_\_\_\_  
(число, місяць, рік)

4. Місце проживання хворого, телефон

\_\_\_\_\_

5. Діагноз

\_\_\_\_\_

6. Скарги

\_\_\_\_\_

7. Перенесені та супутні захворювання

\_\_\_\_\_

8. Розвиток теперішнього захворювання

\_\_\_\_\_

9. Дані об'єктивного дослідження, зовнішній огляд, стан зубів:

\_\_\_\_\_

Дата огляду	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Умовні позначення

C – карієс, P – пульпіт, Pt – періодонтит, Lp – локалізований пародонтит, Gr – генералізований пародонтит, R – корінь, A – відсутній, Cd – коронка, PI – пломба, F – фасетка, ar – штучний зуб, r – реставрація, H – гемісекція, Am – ампутація, res – резекція, pin – штифт, i – імплантація, Rp – реплантація, Dc – зубний камінь



Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ _____	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b>
	Форма первинної облікової документації <b>№ 043/о</b> <b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b> Наказ МОЗ України _____ N _____

**Медична карта стоматологічного хворого N \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ рік**

1. Прізвище, ім'я, по батькові

\_\_\_\_\_

2. Стать: чоловіча – 1; жіноча – 2  3. Дата народження \_\_\_\_\_  
(число, місяць, рік)

4. Місце проживання хворого, телефон

\_\_\_\_\_

5. Діагноз

\_\_\_\_\_

6. Скарги

\_\_\_\_\_

7. Перенесені та супутні захворювання

\_\_\_\_\_

8. Розвиток теперішнього захворювання

\_\_\_\_\_

9. Дані об'єктивного дослідження, зовнішній огляд, стан зубів:

\_\_\_\_\_

Дата огляду	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Умовні позначення

C – карієс, P – пульпіт, Pt – періодонтит, Lp – локалізований пародонтит, Gr – генералізований пародонтит, R – корінь, A – відсутній, Cd – коронка, PI – пломба, F – фасетка, ar – штучний зуб, r – реставрація, H – гемісекція, Am – ампутація, res – резекція, pin – штифт, i – імплантація, Rp – реплантація, Dc – зубний камінь



Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ _____	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b>  Форма первинної облікової документації <b>№ 043/о</b> <b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b> Наказ МОЗ України _____ N _____
	<b>Медична карта стоматологічного хворого N _____</b> <b>_____ рік</b>

1. Прізвище, ім'я, по батькові \_\_\_\_\_

2. Стать: чоловіча – 1; жіноча – 2  3. Дата народження \_\_\_\_\_  
 (число, місяць, рік)

4. Місце проживання хворого, телефон \_\_\_\_\_

5. Діагноз \_\_\_\_\_

6. Скарги \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

7. Перенесені та супутні захворювання \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

8. Розвиток теперішнього захворювання \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

9. Дані об'єктивного дослідження, зовнішній огляд, стан зубів:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Дата огляду	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Умовні позначення

С – карієс, Р – пульпіт, Рт – періодонтит, Лр – локалізований пародонтит, Гр – генералізований пародонтит, R – корінь, А – відсутній, Сd – коронка, РІ – пломба, F – фасетка, аг – штучний зуб, r – реставрація, Н – гемісекція, Am – ампутація, res – резекція, ріп – штифт, і – імплантація, Rp – реплантація, Dc – зубний камінь





Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ _____	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b>  Форма первинної облікової документації <b>№ 043/о</b> <b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b> Наказ МОЗ України _____ N _____
---	---

**Медична карта стоматологічного хворого N \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ рік**

1. Прізвище, ім'я, по батькові \_\_\_\_\_

2. Стать: чоловіча – 1; жіноча – 2  3. Дата народження \_\_\_\_\_  
(число, місяць, рік)

4. Місце проживання хворого, телефон \_\_\_\_\_

5. Діагноз \_\_\_\_\_

6. Скарги \_\_\_\_\_

7. Перенесені та супутні захворювання \_\_\_\_\_

8. Розвиток теперішнього захворювання \_\_\_\_\_

9. Дані об'єктивного дослідження, зовнішній огляд, стан зубів: \_\_\_\_\_

	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
Дата огляду																

**Умовні позначення**

С – карієс, Р – пульпіт, Рт – періодонтит, Лр – локалізований пародонтит, Гр – генералізований пародонтит, R – корінь, А – відсутній, Сd – коронка, РІ – пломба, F – фасетка, аг – штучний зуб, г – реставрація, Н – гемісекція, Ам – ампутація, res – резекція, ріп – штифт, і – імплантація, Rp – реплантація, Dc – зубний камінь



Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я <hr/> Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма <hr/> Код за ЄДРПОУ <span style="float: right;"> _ _ _ _ _ </span>	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b>  Форма первинної облікової документації <b>№ 043/о</b> <b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b> Наказ МОЗ України  _ _ _ _ _ _  N  _ _ _ _ _
---	--

**Медична карта стоматологічного хворого N \_\_\_\_\_**  
**\_\_\_\_\_ рік**

1. Прізвище, ім'я, по батькові  
 \_\_\_\_\_

2. Стать: чоловіча – 1; жіноча – 2  3. Дата народження |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
 (число, місяць, рік)

4. Місце проживання хворого, телефон  
 \_\_\_\_\_

5. Діагноз  
 \_\_\_\_\_

6. Скарги  
 \_\_\_\_\_

7. Перенесені та супутні захворювання  
 \_\_\_\_\_

8. Розвиток теперішнього захворювання  
 \_\_\_\_\_

9. Дані об'єктивного дослідження, зовнішній огляд, стан зубів:  
 \_\_\_\_\_

	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
Дата огляду																

**Умовні позначення**

С – карієс, Р – пульпіт, Pt – періодонтит, Lp – локалізований пародонтит, Gr – генералізований пародонтит, R – корінь, А – відсутній, Cd – коронка, PI – пломба, F – фасетка, ar – штучний зуб, r – реставрація, Н – гемісекція, Am – ампутація, res – резекція, pin – штифт, і – імплантація, Rp – реплантація, Dc – зубний камінь



Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ _____	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b>  Форма первинної облікової документації <b>№ 043/о</b> <b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b> Наказ МОЗ України _____ N _____

**Медична карта стоматологічного хворого N \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ рік**

1. Прізвище, ім'я, по батькові

\_\_\_\_\_

2. Стать: чоловіча – 1; жіноча – 2  3. Дата народження \_\_\_\_\_  
(число, місяць, рік)

4. Місце проживання хворого, телефон

\_\_\_\_\_

5. Діагноз

\_\_\_\_\_

6. Скарги

\_\_\_\_\_

7. Перенесені та супутні захворювання

\_\_\_\_\_

8. Розвиток теперішнього захворювання

\_\_\_\_\_

9. Дані об'єктивного дослідження, зовнішній огляд, стан зубів:

\_\_\_\_\_

Дата огляду	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Умовні позначення

С – карієс, Р – пульпіт, Рт – періодонтит, Lр – локалізований пародонтит, Gr – генералізований пародонтит, R – корінь, А – відсутній, Cd – коронка, PI – пломба, F – фасетка, ar – штучний зуб, r – реставрація, Н – гемісекція, Am – ампутація, res – резекція, ріп – штифт, і – імплантація, Rp – реплантація, Dc – зубний камінь



Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ _____	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b>
	Форма первинної облікової документації <b>№ 043/о</b> <b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b> Наказ МОЗ України _____ N _____

**Медична карта стоматологічного хворого N \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ рік**

1. Прізвище, ім'я, по батькові

\_\_\_\_\_

2. Стать: чоловіча – 1; жіноча – 2  3. Дата народження \_\_\_\_\_  
(число, місяць, рік)

4. Місце проживання хворого, телефон

\_\_\_\_\_

5. Діагноз

\_\_\_\_\_

6. Скарги

\_\_\_\_\_

7. Перенесені та супутні захворювання

\_\_\_\_\_

8. Розвиток теперішнього захворювання

\_\_\_\_\_

9. Дані об'єктивного дослідження, зовнішній огляд, стан зубів:

\_\_\_\_\_

Дата огляду	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Умовні позначення

C – карієс, P – пульпіт, Pt – періодонтит, Lp – локалізований пародонтит, Gr – генералізований пародонтит, R – корінь, A – відсутній, Cd – коронка, PI – пломба, F – фасетка, ar – штучний зуб, r – реставрація, H – гемісекція, Am – ампутація, res – резекція, pin – штифт, i – імплантація, Rp – реплантація, Dc – зубний камінь





## ЗВІТ

### про виконану роботу за VI семестр

I. Прийнято хворих всього: а) первинних: б) повторних:	
II. Проведено анестезій: 1. Провідникових: Туберальна – Інфраорбітальна – Мандибулярна – Торусальна – Ментальна – Піднебінна – Різцева – Берше–Дубова – 2. Стовбурових: 3. Термінальних: 4. Аплікаційних:	
III. Проведено операцій: 1. Видалення зубів та коренів: 2. Ургентні операції: Розтин субперіостального абсцесу – Хірургічна обробка ран – Розтин флегмон та абсцесів – Видалення слизової при перікоронарит: 3. Лікування ускладнень: Гемостаз – Лікування альвеолітів – Лікування гематом, контрактур та інших ускладнень –   Альвеолектомія – 4. Планові операції Оперував – Асистував – 5. Інші види маніпуляцій: Перев'язка – Шинування – Вправлення вивиху та ін. –	
IV. Лекції для пацієнтів	



## СЕМЕСТР VII

Вивчення щелепно-лицевої травматології займає семестр на IV курсі.

Травматичні пошкодження тканин обличчя та щелеп є частою причиною звертання до стоматолога. До 30 % хворих, які потрапляють у стаціонар щелепно-лицевого відділення, становлять постраждалі з різними видами травм. Цей розділ хірургічної стоматології охоплює всі можливі варіанти пошкоджень обличчя: від вивиху та перелому зуба до великих пошкоджень усіх тканин та відділів обличчя. Загальним завданням при вивченні цього розділу є вивчення студентами основ діагностики пошкоджень та методів надання необхідної невідкладної допомоги. Треба враховувати, що більшість постраждалих проходить лікування в умовах стаціонару, але багато хворих звертається у поліклініки до шпиталізації та іноді проходять реабілітаційний період. Виходячи з того, що надання допомоги хворому із травмою є обов'язком лікаря будь-якого фаху, треба при розгляданні клініки, діагностики і тактики при різних пошкодженнях обличчя поряд із теоретичним розглядом надавати загальну увагу реальним діям. Тому необхідні знання з анатомії, фізіології тканин обличчя та закономірностей регенерації.

Програма зі щелепно-лицевої травматології передбачає засвоєння тактики лікування пошкоджень у мирний час, вогнепальних поранень, організації надання допомоги в екстремальних умовах: катастрофи, стихійні лиха, при яких часто пошкоджується нижня щелепа. Пошкодження обличчя супроводжуються різними ускладненнями.

Студент повинен знати основні причини їх виникнення, заходи для їхнього попередження. Травми та ушкодження кісток обличчя дуже різноманітні, тому для зручності статистичної обробки клінічних матеріалів, діагностики та лікування запропоновано декілька класифікацій ушкоджень кісток лицевого скелета.

### **Класифікація ушкоджень мирного часу**

#### **I. Ізольовані ушкодження м'яких тканин:**

- а) за локалізацією : ділянка повіки, підочноямкова, навколоушна та ін.;
- б) за характером ушкодження : різана, колота, рвана, рвано-забійна, роздроблена, клаптева, скальпована, вкушена та ін.;
- в) розташування щодо порожнини обличчя: що проникає у порожнину рота, у порожнину носа.

#### **II. Переломи, вивихи зубів, переломи альвеолярних відростків.**

#### **III. Переломи нижньої щелепи :**

- а) за локалізацією : тіло, гілка кут тощо;
- б) за характером перелому : одно-, двосторонній, подвійний, численний, лінійний, велико- та дрібноуламковий тощо.

#### **IV. Перелом верхньої щелепи :**

- а) за локалізацією :
  - перелом типу Лефор I;
  - перелом типу Лефор II;
  - перелом типу Лефор III.
- б) за характером :
  - ушкоджена одна верхньощелепна кістка;
  - ушкоджені обидві верхньощелепні кістки.

**У. Переломи виличної кістки (тіла, дуги), кісток носа.**

**УІ. Ушкодження двох і більше кіток обличчя.**

**УІІ. Термічні ураження – опіки, відмороження.**

**УІІІ. Хімічні ураження.**

**ІХ. Комбіновані ураження.**

### **Класифікація механічних ушкоджень верхньої, середньої, нижньої третини та бічних відділів обличчя**

#### **I. За локалізацією :**

А – травми м'яких тканин з ушкодженням :

- а) язика;
- б) слинних залоз;
- в) нервових стовбурів;
- г) кісток носа;
- д) двох і більше кісток лицевого скелета.

#### **II. За характером ушкодження :**

- а) наскрізні;
- б) сліпі;
- в) дотичні;
- г) що проникають у порожнини обличчя : порожнину рота, носа, додаткові пазухи.

#### **III. За механізмом :**

А – вогнепальні :

- а) кульові;
- б) осколкові;
- в) кулькові;
- г) стрілоподібні елементи;

Б – невогнепальні ушкодження;

В – комбіновані ушкодження;

Г – опіки;

Д – відмороження.

### **Класифікація ушкоджень кісток лицевого скелета**

**(Б. Д. Кабаков, В. М. Лук'яненко, П. З. Аржанцев)**

#### **I. Ушкодження зубів (верхньої та нижньої щелепи).**

#### **II. Переломи нижньої щелепи:**

А. За характером:

- поодинокі;
- подвійні: однобічні або двобічні;
- численні.

Б. За локалізацією:

- коміркової частини;
- підборідного відділу тіла щелепи;
- бічного відділу тіла щелепи;
- кута щелепи;
- гілки щелепи: (власне гілки, основи або шийки вінцевого відростка, вінцевого відростка).

### **III. Переломи верхньої щелепи:**

- коміркового відростка (Лефор I);
- тіла щелепи без носових та виличних кісток (Лефор II);
- тіла щелепи з носовими кістками (черепно-мозкове роз'єднання, Лефор III).

### **IV. Переломи виличної кістки та дуги:**

- виличної кістки з ушкодженням стінок верхньощелепної (гайморової) пазухи або без її ушкодження;
- виличної кістки та виличної дуги;
- виличної дуги.

### **V. Переломи носових кісток (зі зміщенням або без зміщення уламків).**

### **VI. Поєднані ушкодження кількох кісток обличчя (обох щелеп, нижньої щелепи, виличної кістки тощо).**

### **VI. Поєднані ушкодження обличчя та інших ділянок організму.**

**Переломи** розрізняють залежно від етіології, характеру, лінії перелому та інших ознак.

Залежно від **етіологічного фактора** переломи діляться на **травматичні і патологічні**.

**Травматичний перелом** відбувається в результаті впливу будь-якої зовнішньої сили на щелепи. Травма може бути вогнепальною та невогнепальною.

**Патологічний перелом** може статися внаслідок хворобливого процесу, що протікає в кістці (остеомієліт, новоутворення, туберкульоз, сифіліс тощо). Так, наприклад, нерідко при ураженні остеомієлітом нижньої щелепи остання руйнується через великі секвестри, внаслідок чого може відбутися самовільний або спонтанний перелом щелепи.

## **Класифікація переломів нижньої щелепи**

### **1. За терміном отримання:**

- свіжі (до 10 днів);
- застарілі (від 11 до 20 днів);
- які неправильно зрослися (більш як 20 днів).

### **2. За локалізацією:**

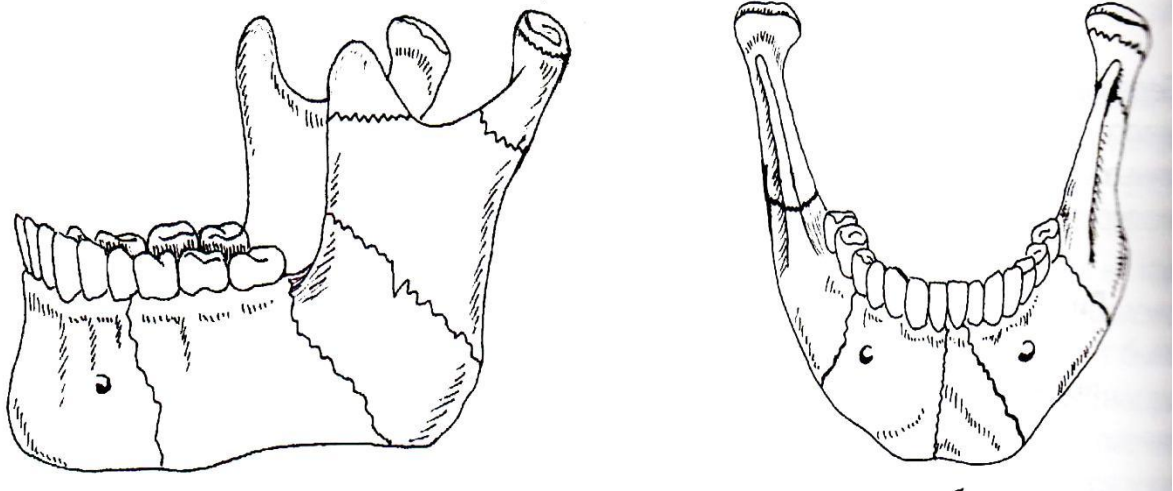
- А – односторонні; – двосторонні;
- Б – одиночні; – подвійні; – чисельні;
- В – переломи тіла щелепи; – переломи гілки щелепи.

### **3. За характером перелому:**

- А – повні; – неповні;
- Б – без зсуву відламків; – із зсувом відламків;
- В – лінійний; – уламковий; – комбінований;
- Г – ізольовані; – поєднані.

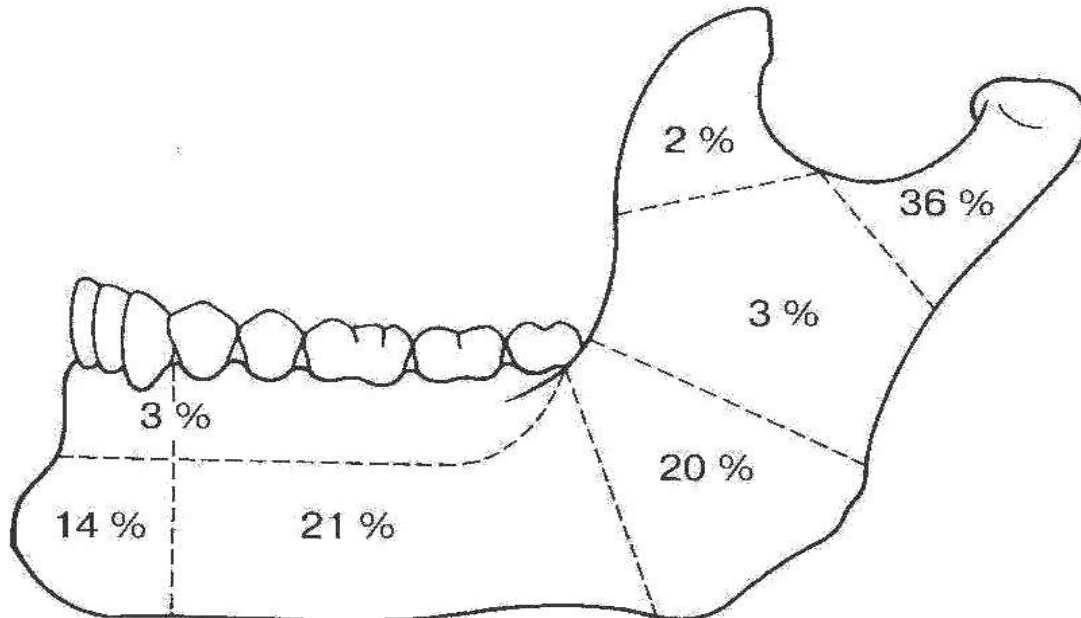
## Локалізація типових переломів нижньої щелепи

Д. А. Ентін розрізняє перераховані нижче переломи на нижній щелепі залежно від локалізації (рис. 1–4).

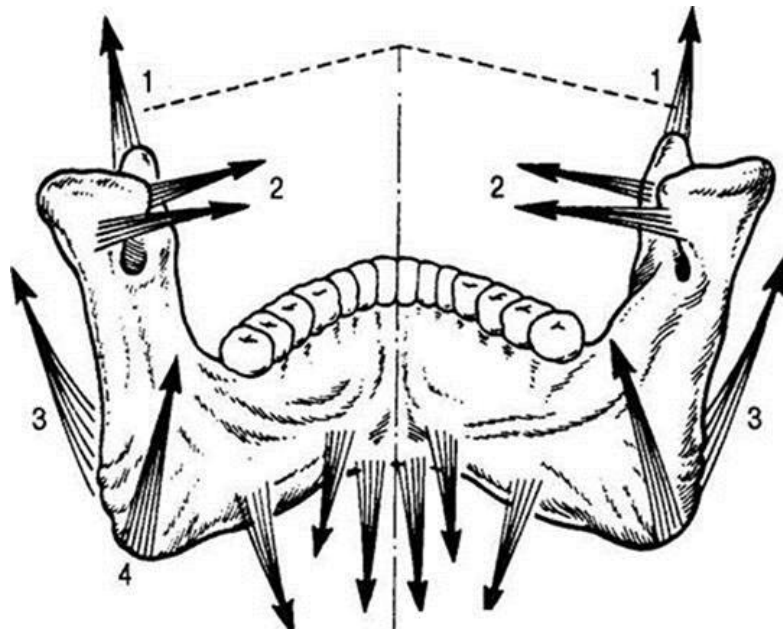


**Рис. 1.** Локалізація переломів нижньої щелепи:

- 1) серединний перелом, розташований у ділянці центральних різців;
- 2) ментальний чи бічний перелом у ділянці іклів або ментальних отворів;
- 3) ангулярний (кутовий) або антиангулярний – в ділянці кута нижньої щелепи або попереду кута щелепи;
- 4) у гілці щелепи;
- 5) цервікальні, розташовані в ділянці шийки суглобового відростка.

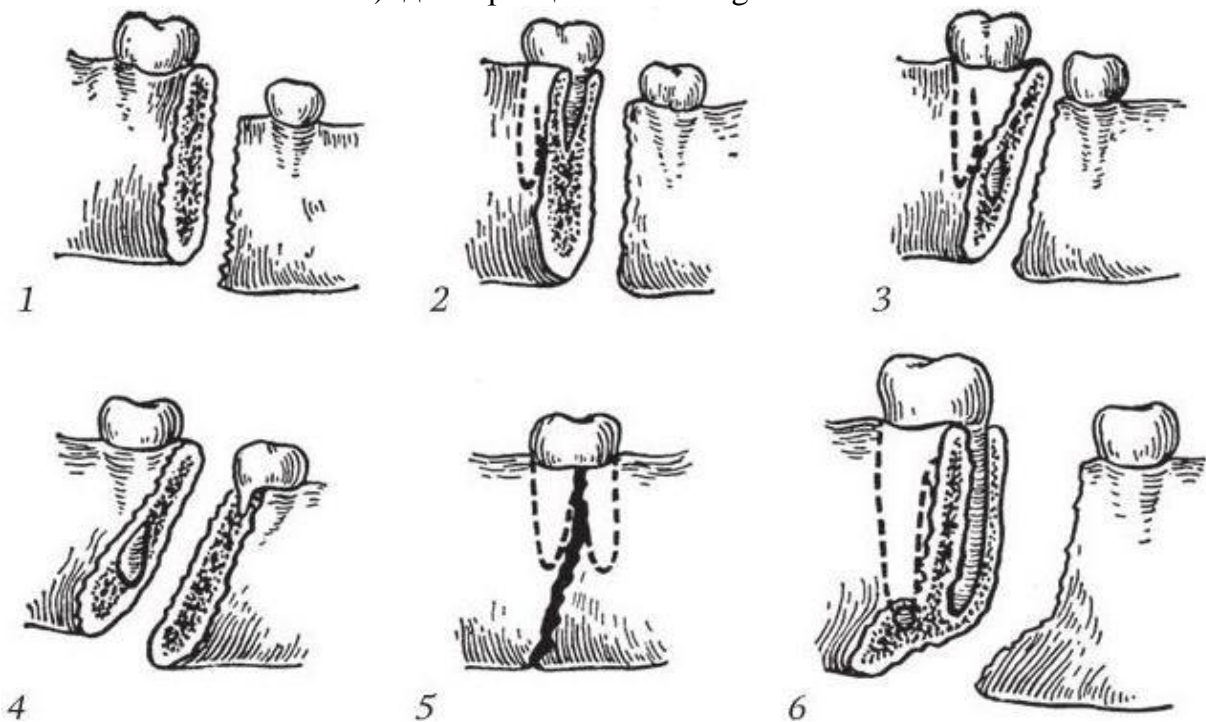


**Рис. 2.** Процентне співвідношення переломів нижньої щелепи різних локалізацій



**Рис. 3.** Напрямок тяги м'язів, які прикріплені до нижньої щелепи:

- 1) скроневий м'яз – *m. temporalis*;
- 2) латеральний крилоподібний – *m. pterygoideus lateralis*;
- 3) жувальний – *m. masseter*;
- 4) медіальний крилоподібний – *m. pterygoideus medialis*;
- 5) щелепно-під'язиковий – *m. mylohyoideus*;
- 6) подборідно-під'язиковий – *m. geniohyoideus*;
- 7) двочеревцевий – *m. digastricus*.



**Рис. 4.** Варіанти співвідношення щілини перелому та кореня зуба у зоні пошкодження нижньої щелепи:

- 1) щілина перелому починається на альвеолярному відростку між зубами, йде вниз до краю нижньої щелепи, минаючи лунки зубів;
- 2) щілина перелому починається в ділянці однієї поверхні лунки зуба, але не до верхівки кореня, проходить уздовж періодонтальної щілини та йде вниз до краю нижньої щелепи;
- 3–4) щілина перелому починається в ділянці лунки одного зуба, але не до верхівки кореня, руйнує лунку другого зуба в ділянці верхівки кореня та йде вниз до краю нижньої щелепи;
- 5) при локалізації щілини перелому в ділянці двокореневих зубів може бути порушена цілісність лунки як медіального, так і дистального кореня (або обох одночасно);
- 6) щілина перелому починається в ділянці однієї поверхні лунки зуба, йде до верхівки кореня та далі вниз до краю нижньої щелепи.



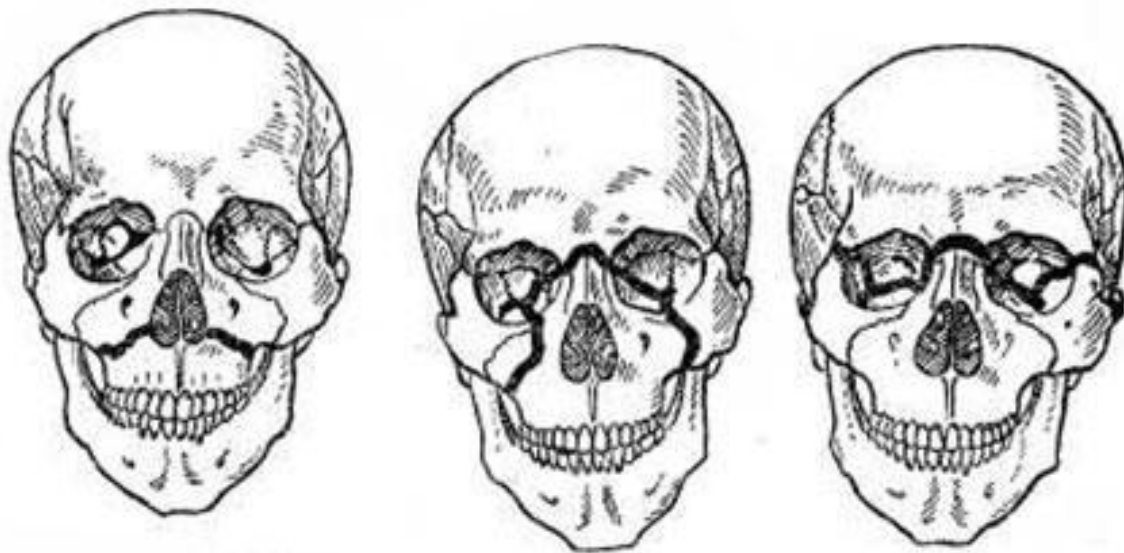
## Класифікація переломів верхньої щелепи (Лефор)

На верхній щелепі залежно від лінії слабкості розрізняють три типи переломів (рис. 5), що походять від механічних пошкоджень, описані Лефор (Le Fort, 1900 рік).

**Le Fort 1, перший тип** – неповний поперечний перелом, який характеризується горизонтальним переломом тіла верхньої щелепи. Лінія перелому проходить по нижній лінії слабкості над альвеолярним відростком та над твердим піднебінням горизонтально назад від нижньої частини грушоподібного отвору до крилоподібних відростків основної кістки.

**Le Fort 2, другий тип** – повний відрив верхньої щелепи з носовими кістками. Лінія перелому проходить через носові кістки, дно орбіти, крилоподібний відросток, між виличною кісткою і виличним відростком верхньої щелепи.

**Le Fort 3, третій тип** – повний відлам верхньої щелепи з носовими та виличними кістками.



Le Fort 1

Le Fort 2

Le Fort 3

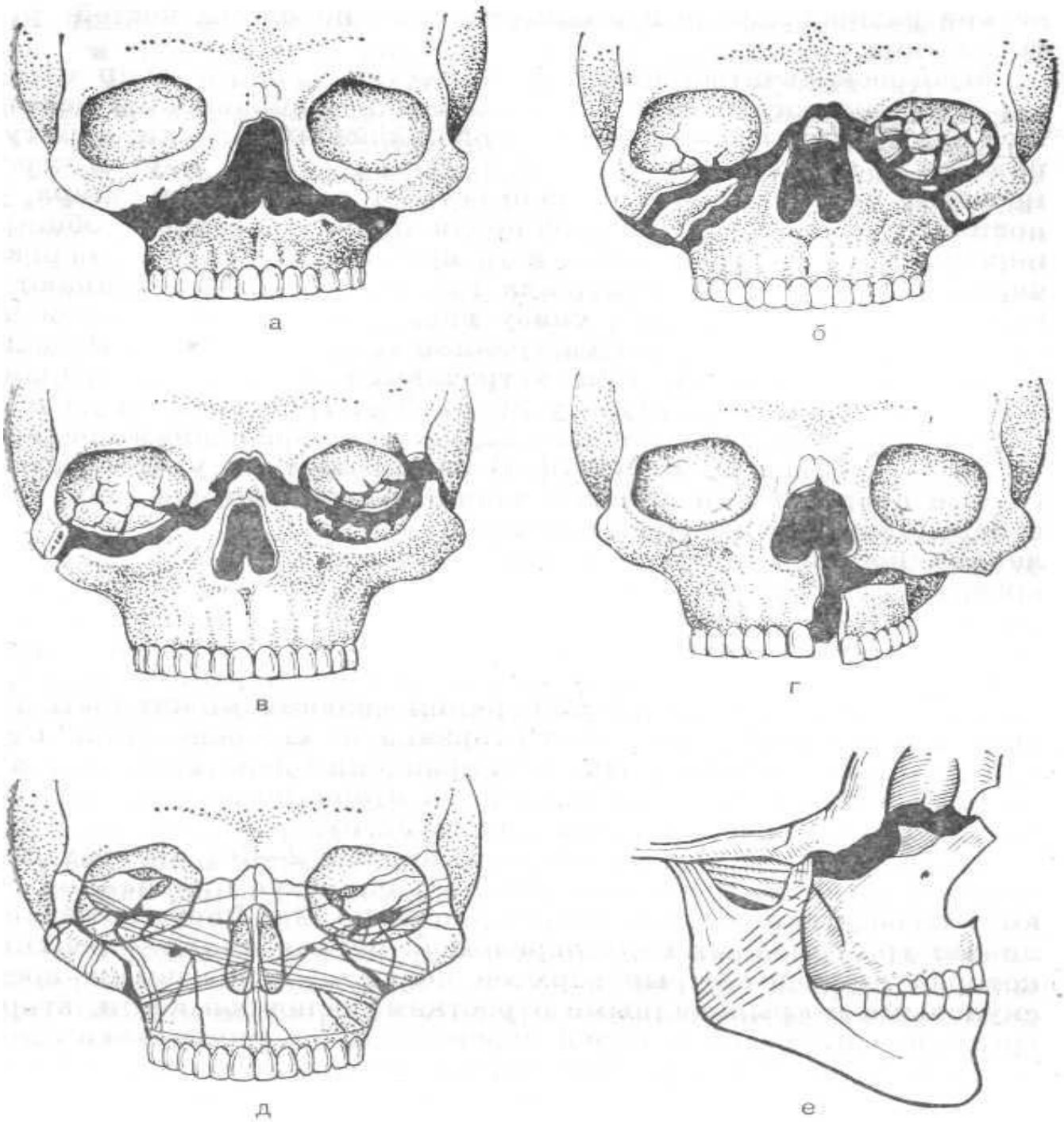
Рис. 5. Локалізація типових переломів верхньої щелепи

### Класифікація переломів верхньої щелепи (І. Г. Лукомський)

(близькість розташування перелому до основи черепа)

- 1 – переломи альвеолярного відростка,
- 2 – переломи суборбітальні (проходять нижче інфраорбітального отвору):  
лінійні, дірчасті, осколкові;
- 3 – орбітальні, або суббазальні (лінія перелому проходить під основою або поблизу основи черепа);
- 4 – переломи окремих кісток лицевого скелета.

**Б. Н. Бинін** виділяє комбіновані переломи нижньої та верхньої щелеп (рис. 6).



**Рис. 6.** Переломи кісток середньої зони обличчя: а) поперечний;  
 б) суборбітальний; в) суббазальний; г) сагітальний;  
 д) лінії найчастіше виникаючих пошкоджень;  
 е) зміщення верхньої щелепи за рахунок тяги крилоподібних та жувальних м'язів

## СЕМЕСТР VII

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ _____	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b>  Форма первинної облікової документації <b>№ 043/о</b> <b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b> Наказ МОЗ України _____ N _____
--	---

### Медична карта стоматологічного хворого N \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ рік

1. Прізвище, ім'я, по батькові

\_\_\_\_\_

2. Стать: чоловіча – 1; жіноча – 2  3. Дата народження \_\_\_\_\_  
(число, місяць, рік)

4. Місце проживання хворого, телефон

\_\_\_\_\_

5. Діагноз

\_\_\_\_\_

6. Скарги

\_\_\_\_\_

7. Перенесені та супутні захворювання

\_\_\_\_\_

8. Розвиток теперішнього захворювання

\_\_\_\_\_

9. Дані об'єктивного дослідження, зовнішній огляд, стан зубів:

\_\_\_\_\_

Дата огляду	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

#### Умовні позначення

С – карієс, Р – пульпіт, Рт – періодонтит, Лр – локалізований пародонтит, Гр – генералізований пародонтит, R – корінь, А – відсутній, Сd – коронка, РІ – пломба, F – фасетка, аг – штучний зуб, г – реставрація, Н – гемісекція, Ам – ампутація, res – резекція, рin – штифт, і – імплантація,



Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ _____	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b>
	Форма первинної облікової документації <b>№ 043/о</b> <b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b> Наказ МОЗ України _____ N _____

**Медична карта стоматологічного хворого N \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ рік**

1. Прізвище, ім'я, по батькові

\_\_\_\_\_

2. Стать: чоловіча – 1; жіноча – 2  3. Дата народження \_\_\_\_\_  
(число, місяць, рік)

4. Місце проживання хворого, телефон

\_\_\_\_\_

5. Діагноз

\_\_\_\_\_

6. Скарги

\_\_\_\_\_

7. Перенесені та супутні захворювання

\_\_\_\_\_

8. Розвиток теперішнього захворювання

\_\_\_\_\_

9. Дані об'єктивного дослідження, зовнішній огляд, стан зубів:

\_\_\_\_\_

Дата огляду	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Умовні позначення

С – карієс, Р – пульпіт, Рt – періодонтит, Lр – локалізований пародонтит, Gр – генералізований пародонтит, R – корінь, А – відсутній, Cd – коронка, PІ – пломба, F – фасетка, ar – штучний зуб, r – реставрація, H – гемісекція, Am – ампутація, res – резекція, рin – штифт, і – імплантація, Rр – реплантація, Dс – зубний камінь



Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ _____	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b>
	Форма первинної облікової документації <b>№ 043/о</b> <b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b> Наказ МОЗ України _____ N _____

**Медична карта стоматологічного хворого N \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ рік**

1. Прізвище, ім'я, по батькові

\_\_\_\_\_

2. Стать: чоловіча – 1; жіноча – 2  3. Дата народження \_\_\_\_\_  
(число, місяць, рік)

4. Місце проживання хворого, телефон

\_\_\_\_\_

5. Діагноз

\_\_\_\_\_

6. Скарги

\_\_\_\_\_

7. Перенесені та супутні захворювання

\_\_\_\_\_

8. Розвиток теперішнього захворювання

\_\_\_\_\_

9. Дані об'єктивного дослідження, зовнішній огляд, стан зубів:

\_\_\_\_\_

Дата огляду	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Умовні позначення

C – карієс, P – пульпіт, Pt – періодонтит, Lp – локалізований пародонтит, Gr – генералізований пародонтит, R – корінь, A – відсутній, Cd – коронка, PI – пломба, F – фасетка, ar – штучний зуб, r – реставрація, H – гемісекція, Am – ампутація, res – резекція, pin – штифт, i – імплантація, Rp – реплантація, Dc – зубний камінь





Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ _____	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b>
	Форма первинної облікової документації <b>№ 043/о</b> <b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b> Наказ МОЗ України _____ N _____

**Медична карта стоматологічного хворого N \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ рік**

1. Прізвище, ім'я, по батькові

\_\_\_\_\_

2. Стать: чоловіча – 1; жіноча – 2  3. Дата народження \_\_\_\_\_  
(число, місяць, рік)

4. Місце проживання хворого, телефон

\_\_\_\_\_

5. Діагноз

\_\_\_\_\_

6. Скарги

\_\_\_\_\_

7. Перенесені та супутні захворювання

\_\_\_\_\_

8. Розвиток теперішнього захворювання

\_\_\_\_\_

9. Дані об'єктивного дослідження, зовнішній огляд, стан зубів:

\_\_\_\_\_

Дата огляду	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Умовні позначення

C – карієс, P – пульпіт, Pt – періодонтит, Lp – локалізований пародонтит, Gr – генералізований пародонтит, R – корінь, A – відсутній, Cd – коронка, PI – пломба, F – фасетка, ar – штучний зуб, r – реставрація, H – гемісекція, Am – ампутація, res – резекція, pin – штифт, i – імплантація, Rp – реплантація, Dc – зубний камінь



Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ _____	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b>
	Форма первинної облікової документації <b>№ 043/о</b> <b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b> Наказ МОЗ України _____ N _____

**Медична карта стоматологічного хворого N \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ рік**

1. Прізвище, ім'я, по батькові

\_\_\_\_\_

2. Стать: чоловіча – 1; жіноча – 2  3. Дата народження \_\_\_\_\_  
(число, місяць, рік)

4. Місце проживання хворого, телефон

\_\_\_\_\_

5. Діагноз

\_\_\_\_\_

6. Скарги

\_\_\_\_\_

7. Перенесені та супутні захворювання

\_\_\_\_\_

8. Розвиток теперішнього захворювання

\_\_\_\_\_

9. Дані об'єктивного дослідження, зовнішній огляд, стан зубів:

\_\_\_\_\_

Дата огляду	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Умовні позначення

C – карієс, P – пульпіт, Pt – періодонтит, Lp – локалізований пародонтит, Gr – генералізований пародонтит, R – корінь, A – відсутній, Cd – коронка, PI – пломба, F – фасетка, ar – штучний зуб, r – реставрація, H – гемісекція, Am – ампутація, res – резекція, pin – штифт, i – імплантація, Rp – реплантація, Dc – зубний камінь



Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ _____	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b>
	Форма первинної облікової документації <b>№ 043/о</b> <b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b> Наказ МОЗ України _____ N _____

**Медична карта стоматологічного хворого N \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ рік**

1. Прізвище, ім'я, по батькові

\_\_\_\_\_

2. Стать: чоловіча – 1; жіноча – 2  3. Дата народження \_\_\_\_\_  
(число, місяць, рік)

4. Місце проживання хворого, телефон

\_\_\_\_\_

5. Діагноз

\_\_\_\_\_

6. Скарги

\_\_\_\_\_

7. Перенесені та супутні захворювання

\_\_\_\_\_

8. Розвиток теперішнього захворювання

\_\_\_\_\_

9. Дані об'єктивного дослідження, зовнішній огляд, стан зубів:

\_\_\_\_\_

Дата огляду	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Умовні позначення

C – карієс, P – пульпіт, Pt – періодонтит, Lp – локалізований пародонтит, Gr – генералізований пародонтит, R – корінь, A – відсутній, Cd – коронка, PI – пломба, F – фасетка, ar – штучний зуб, r – реставрація, H – гемісекція, Am – ампутація, res – резекція, pin – штифт, i – імплантація, Rp – реплантація, Dc – зубний камінь



Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ _____	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b>
	Форма первинної облікової документації <b>№ 043/о</b> <b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b> Наказ МОЗ України _____ N _____

**Медична карта стоматологічного хворого N \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ рік**

1. Прізвище, ім'я, по батькові

\_\_\_\_\_

2. Стать: чоловіча – 1; жіноча – 2  3. Дата народження \_\_\_\_\_  
(число, місяць, рік)

4. Місце проживання хворого, телефон

\_\_\_\_\_

5. Діагноз

\_\_\_\_\_

6. Скарги

\_\_\_\_\_

7. Перенесені та супутні захворювання

\_\_\_\_\_

8. Розвиток теперішнього захворювання

\_\_\_\_\_

9. Дані об'єктивного дослідження, зовнішній огляд, стан зубів:

\_\_\_\_\_

Дата огляду	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Умовні позначення

C – карієс, P – пульпіт, Pt – періодонтит, Lp – локалізований пародонтит, Gr – генералізований пародонтит, R – корінь, A – відсутній, Cd – коронка, PI – пломба, F – фасетка, ar – штучний зуб, r – реставрація, H – гемісекція, Am – ампутація, res – резекція, pin – штифт, i – імплантація, Rp – реплантація, Dc – зубний камінь





Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ _____	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b>
	Форма первинної облікової документації <b>№ 043/о</b> <b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b> Наказ МОЗ України _____ N _____

**Медична карта стоматологічного хворого N \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ рік**

1. Прізвище, ім'я, по батькові

\_\_\_\_\_

2. Стать: чоловіча – 1; жіноча – 2  3. Дата народження \_\_\_\_\_  
(число, місяць, рік)

4. Місце проживання хворого, телефон

\_\_\_\_\_

5. Діагноз

\_\_\_\_\_

6. Скарги

\_\_\_\_\_

7. Перенесені та супутні захворювання

\_\_\_\_\_

8. Розвиток теперішнього захворювання

\_\_\_\_\_

9. Дані об'єктивного дослідження, зовнішній огляд, стан зубів:

\_\_\_\_\_

Дата огляду	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Умовні позначення

C – карієс, P – пульпіт, Pt – періодонтит, Lp – локалізований пародонтит, Gr – генералізований пародонтит, R – корінь, A – відсутній, Cd – коронка, PI – пломба, F – фасетка, ar – штучний зуб, r – реставрація, H – гемісекція, Am – ампутація, res – резекція, pin – штифт, i – імплантація, Rp – реплантація, Dc – зубний камінь



## ЗВІТ

### про виконану роботу за VII семестр

I. Прийнято хворих всього: а) первинних: б) повторних:	
II. Проведено анестезій: 1. Провідникових: Туберальна – Інфраорбітальна – Мандибулярна – Торусальна – Ментальна – Піднебінна – Різцева – Берше–Дубова – 2. Стовбурових: 3. Термінальних: 4. Аплікаційних:	
III. Проведено операцій: 1. Видалення зубів та коренів: 2. Ургентні операції: Розтин субперіостального абсцесу – Хірургічна обробка ран – Розтин флегмон та абсцесів – Видалення слизової при перікоронарит: 3. Лікування ускладнень: Гемостаз – Лікування альвеолітів – Лікування гематом, контрактур та інших ускладнень –   Альвеоектомія – 4. Планові операції Оперував – Асистував – 5. Інші види маніпуляцій: Перев'язка – Шинування – Вправлення вивиху та ін. –	
IV. Лекції для пацієнтів	



## СЕМЕСТР VIII

Пухлина, новоутворення ("neoplasma" від грец. "neos" – новий, "plasma" – утворення) або бластома (від грец. "blastos" – паросток) є загальноприйнятими синонімами, що позначають як доброякісні, так і злоякісні онкологічні процеси.

Пухлини обличчя, щелеп і шиї складають більше 13 % всіх хірургічних стоматологічних захворювань. Вони мають своєрідний перебіг, обумовлений близьким розташуванням життєво важливих органів, наявністю зубів та ін. Ці пухлини часто викликають функціональні і косметичні порушення, а також можуть спричинити смертельний наслідок (злоякісна пухлина).

Новоутворення органів обличчя і порожнини рота досить різноманітні, що пов'язано з їх формуванням з різних тканинних структур. З метою стандартизації номенклатури онкологічних захворювань ВООЗ за останні десятиліття створила Міжнародну гістологічну класифікацію пухлин голови і шиї (МГКП). Вона відображає сучасний рівень наукових і практичних досягнень у галузі онкології і найбільш повно представляє різноманітність пухлинних захворювань. Слід підкреслити, що визначення клінічних форм ураження повинно ґрунтуватися на знанні морфології, оскільки розуміння суті захворювання необхідне в діагностиці і лікуванні хворого.

### Класифікація пухлин та пухлиноподібних новоутворень м'яких тканин ЩЛД

Тканини	Справжні пухлини		Пухлиноподібні новоутворення
	доброякісні	злоякісні	
<b>Сполучна:</b> Фібозна	Фіброма (м'яка, тверда). Шкірний ріг. Міксома	Фібросаркома	Фіброматоз ясен. Банальний епулід. Тератома
Жирова	Ліпома	Ліпосаркома	Ліпоматоз
М'язова	Лейоміома. Рабдоміома	Лейосаркома. Рабдоміосаркома	Осифікуючий міозит
Кровоносні судини	Гемангіома	Ангіосаркома. Ендотеліома	Системна ангіопатія Рандлю–Ослера–Вебера, хвороба Стреджа– Вебера тощо
Лімфатичні судини	Лімфангіомами	Злоякісна лімфосаркома	
Периферійна нервова тканина	Нейрофіброма. Нейролейома	Злоякісна невринома (шваннома)	Нейрофіброматоз Невуси
<b>Епітеліальна:</b> Слизова оболонка	–	Рак	Папілома

## **Класифікація доброякісних пухлин м'яких тканин ЩЛД (Сімановська, 1968):**

### **I. Ураження слизової оболонки і м'яких тканин рота:**

- пухлини з епітелію (папіломи);
- пухлини зі сполучної тканини і її похідних (фіброми, ліпоми, хондроми);
- пухлини з м'язової тканини (міоми);
- пухлини з нервової тканини (невриноми, нейрофіброми, нейрофіброматоз);
- пухлини з судин (гемангіоми, лімфангіоми, гемангіоендотеліоми доброякісні);
- пухлини з пігментної тканини (пігментний невус).

### **II. Ураження слинних залоз (великих і малих):**

- пухлини з епітелію (аденоми, аденолімфоми, змішані пухлини, мукоепідермоїди високодиференційовані);
- пухлини зі сполучної тканини (ліпоми);
- пухлини з судин (гемангіоми, гемангіоендотеліоми доброякісні);
- пухлини з нервової тканини (невриноми);
- пухлиноподібні утворення – ретенційні кісти.

### **III. Ураження шкіри і підшкірних м'яких тканин обличчя:**

- пухлини з епітелію (папіломи);
- пухлини зі сполучної тканини (фіброми і ліпоми);
- пухлини з судин;
- пухлини з нервової тканини;
- пухлини з пігментної тканини;
- пухлиноподібні утворення: епідермоїдні кісти, дермоїдні кісти, атероми, а також інші утворення – ринофіма, бронхіогенні кісти і тератоми.

## **Кісти щелепних кісток**

### **Справжні:**

- одонтогенні,
- неодонтогенні;

### **Хибні:**

- аневризмальна;
- проста або травматична;
- геморагічна.

### **Одонтогенні кісти (гістогенез пов'язаний із зубним епітелієм):**

- дизонтогенетичні або дизембріогенетичні (вади розвитку з епітеліальним вистиланням зубного походження);
- набуті (запальні).

### **Неодонтогенні кісти:**

- дизембріогенетичні (фісуральні).

**Класифікація кіст щелепних кісток (МКБ-С, 1997, з уточненнями за Міжнародною гістологічною класифікацією пухлин голови та шиї, 2005):**

**1) одонтогенні дизембріогенетичні:**

- кератокістозна одонтогенна пухлина;
- фолікулярна кіста;
- бічна періодонтальна кіста;
- кіста прорізування зуба;
- ясенна (гінгівальна) кіста ("перлина Епштейна");

**2) одонтогенні набуті:**

- радикулярна (коренева) кіста;

**3) неодонтогенні (фісуральні):**

- кіста різцевого каналу (носо-піднебінного каналу);
- глобуломаксиллярна кіста (шароподібно-верхньощелепна);
- носогубна (носоальвеолярна) кіста присінка ротової порожнини.

**У клінічній практиці розрізняють наступні види щелепних кіст:**

**I. Навколорізні кісти:**

- навколорізні (навколоверхівкові, апікальні, радикулярні);
- резидуальні;
- навколорізні (фолікулярні, кісти прорізування);
- ретромолярні (пародентарні).

**II. Первинна кіста (кератокіста, навколорізні кіста).**

**III. Кіста носо-піднебінного каналу (різцевого отвору).**

**IV. Холестеати щелеп.**

**V. Травматичні (прості, геморагічні або однокамерні кісткові кісти).**

**VI. Аневризмальна кісткова кіста.**

**VII. Шароподібно-верхньощелепна кіста.**

**VIII. Носогубна (носоальвеолярна, позакісткова) кіста.**

**Класифікація первинних доброякісних пухлин та пухлиноподібних утворень щелеп**

Група доброякісних пухлин і пухлиноподібних утворень	Пухлини	Пухлиноподібні утворення
Остеогенні	Остеома. Остеоїд-остеома. Остеобластокластома	Фібозна дисплазія. Херувізм. Деформуючий остоз. Гіперпаратиреоїдна фіброзна остеодистрофія. Гіперстоз. Екзостоз Еозинофільна гранульома
Неостеогенні та неодонтогенні	Гемангіома. Гемангіоендотеліома. Фіброма. Неврофіброма. Неврилемома. Міксома. Хондрома	Холестеатома

## СЕМЕСТР VIII

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ _____	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b>  Форма первинної облікової документації <b>N 043/о</b> <b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b> Наказ МОЗ України _____ N _____
---	---

### Медична карта стоматологічного хворого N \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ рік

1. Прізвище, ім'я, по батькові

\_\_\_\_\_

2. Стать: чоловіча – 1; жіноча – 2  3. Дата народження \_\_\_\_\_  
(число, місяць, рік)

4. Місце проживання хворого, телефон

\_\_\_\_\_

5. Діагноз

\_\_\_\_\_

6. Скарги

\_\_\_\_\_

7. Перенесені та супутні захворювання

\_\_\_\_\_

8. Розвиток теперішнього захворювання

\_\_\_\_\_

9. Дані об'єктивного дослідження, зовнішній огляд, стан зубів:

\_\_\_\_\_

Дата огляду	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

#### Умовні позначення

С – карієс, Р – пульпіт, Рt – періодонтит, Lр – локалізований пародонтит, Gr – генералізований пародонтит, R – корінь, А – відсутній, Cd – коронка, PІ – пломба, F – фасетка, ar – штучний зуб, r – реставрація, H – гемісекція, Am – ампутація, res – резекція, ріп – штифт, і – імплантація, Rp – реплантація, Dc – зубний камінь





Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ _____	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b>
	Форма первинної облікової документації <b>№ 043/о</b> <b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b> Наказ МОЗ України _____ N _____

**Медична карта стоматологічного хворого N \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ рік**

1. Прізвище, ім'я, по батькові

\_\_\_\_\_

2. Стать: чоловіча – 1; жіноча – 2  3. Дата народження \_\_\_\_\_  
(число, місяць, рік)

4. Місце проживання хворого, телефон

\_\_\_\_\_

5. Діагноз

\_\_\_\_\_

6. Скарги

\_\_\_\_\_

7. Перенесені та супутні захворювання

\_\_\_\_\_

8. Розвиток теперішнього захворювання

\_\_\_\_\_

9. Дані об'єктивного дослідження, зовнішній огляд, стан зубів:

\_\_\_\_\_

Дата огляду	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Умовні позначення

C – карієс, P – пульпіт, Pt – періодонтит, Lp – локалізований пародонтит, Gr – генералізований пародонтит, R – корінь, A – відсутній, Cd – коронка, PI – пломба, F – фасетка, ar – штучний зуб, r – реставрація, H – гемісекція, Am – ампутація, res – резекція, pin – штифт, i – імплантація, Rp – реплантація, Dc – зубний камінь



Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ _____	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b>  Форма первинної облікової документації <b>№ 043/о</b> <b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b> Наказ МОЗ України _____ N _____
	<b>Медична карта стоматологічного хворого N _____</b> <b>_____ рік</b>

1. Прізвище, ім'я, по батькові

2. Стать: чоловіча – 1; жіноча – 2  3. Дата народження \_\_\_\_\_

(число, місяць, рік)

4. Місце проживання хворого, телефон

5. Діагноз

6. Скарги

7. Перенесені та супутні захворювання

8. Розвиток теперішнього захворювання

9. Дані об'єктивного дослідження, зовнішній огляд, стан зубів:

Дата огляду	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Умовні позначення

С – карієс, Р – пульпіт, Рt – періодонтит, Lр – локалізований пародонтит, Gр – генералізований пародонтит, R – корінь, A – відсутній, Cd – коронка, PІ – пломба, F – фасетка, аг – штучний зуб, r – реставрація, H – гемісекція, Am – ампутація, res – резекція, рin – штифт, і – імплантація, Rр – реплантація, Dс – зубний камінь



Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ _____	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b>
	Форма первинної облікової документації <b>№ 043/о</b> <b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b> Наказ МОЗ України _____ N _____

**Медична карта стоматологічного хворого N \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ рік**

1. Прізвище, ім'я, по батькові

\_\_\_\_\_

2. Стать: чоловіча – 1; жіноча – 2  3. Дата народження \_\_\_\_\_  
(число, місяць, рік)

4. Місце проживання хворого, телефон

\_\_\_\_\_

5. Діагноз

\_\_\_\_\_

6. Скарги

\_\_\_\_\_

7. Перенесені та супутні захворювання

\_\_\_\_\_

8. Розвиток теперішнього захворювання

\_\_\_\_\_

9. Дані об'єктивного дослідження, зовнішній огляд, стан зубів:

\_\_\_\_\_

Дата огляду	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Умовні позначення

C – карієс, P – пульпіт, Pt – періодонтит, Lp – локалізований пародонтит, Gr – генералізований пародонтит, R – корінь, A – відсутній, Cd – коронка, PI – пломба, F – фасетка, ar – штучний зуб, r – реставрація, H – гемісекція, Am – ампутація, res – резекція, pin – штифт, i – імплантація, Rp – реплантація, Dc – зубний камінь



Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ _____	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b>
	Форма первинної облікової документації <b>№ 043/о</b> <b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b> Наказ МОЗ України _____ N _____

**Медична карта стоматологічного хворого N \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ рік**

1. Прізвище, ім'я, по батькові

\_\_\_\_\_

2. Стать: чоловіча – 1; жіноча – 2  3. Дата народження \_\_\_\_\_  
(число, місяць, рік)

4. Місце проживання хворого, телефон

\_\_\_\_\_

5. Діагноз

\_\_\_\_\_

6. Скарги

\_\_\_\_\_

7. Перенесені та супутні захворювання

\_\_\_\_\_

8. Розвиток теперішнього захворювання

\_\_\_\_\_

9. Дані об'єктивного дослідження, зовнішній огляд, стан зубів:

\_\_\_\_\_

Дата огляду	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Умовні позначення

C – карієс, P – пульпіт, Pt – періодонтит, Lp – локалізований пародонтит, Gr – генералізований пародонтит, R – корінь, A – відсутній, Cd – коронка, PI – пломба, F – фасетка, ar – штучний зуб, r – реставрація, H – гемісекція, Am – ампутація, res – резекція, pin – штифт, i – імплантація, Rp – реплантація, Dc – зубний камінь





Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ _____	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b>
	Форма первинної облікової документації <b>№ 043/о</b> <b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b> Наказ МОЗ України _____ N _____

**Медична карта стоматологічного хворого N \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ рік**

1. Прізвище, ім'я, по батькові

\_\_\_\_\_

2. Стать: чоловіча – 1; жіноча – 2  3. Дата народження \_\_\_\_\_  
(число, місяць, рік)

4. Місце проживання хворого, телефон

\_\_\_\_\_

5. Діагноз

\_\_\_\_\_

6. Скарги

\_\_\_\_\_

7. Перенесені та супутні захворювання

\_\_\_\_\_

8. Розвиток теперішнього захворювання

\_\_\_\_\_

9. Дані об'єктивного дослідження, зовнішній огляд, стан зубів:

\_\_\_\_\_

Дата огляду	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Умовні позначення

C – карієс, P – пульпіт, Pt – періодонтит, Lp – локалізований пародонтит, Gr – генералізований пародонтит, R – корінь, A – відсутній, Cd – коронка, PI – пломба, F – фасетка, ar – штучний зуб, r – реставрація, H – гемісекція, Am – ампутація, res – резекція, pin – штифт, i – імплантація, Rp – реплантація, Dc – зубний камінь



Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ _____	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b>
	Форма первинної облікової документації <b>№ 043/о</b> <b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b> Наказ МОЗ України _____ N _____

**Медична карта стоматологічного хворого N \_\_\_\_\_**  
**\_\_\_\_\_ рік**

1. Прізвище, ім'я, по батькові \_\_\_\_\_

2. Стать: чоловіча – 1; жіноча – 2  3. Дата народження \_\_\_\_\_  
(число, місяць, рік)

4. Місце проживання хворого, телефон \_\_\_\_\_

5. Діагноз \_\_\_\_\_

6. Скарги \_\_\_\_\_

7. Перенесені та супутні захворювання \_\_\_\_\_

8. Розвиток теперішнього захворювання \_\_\_\_\_

9. Дані об'єктивного дослідження, зовнішній огляд, стан зубів: \_\_\_\_\_

Дата огляду	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Умовні позначення

C – карієс, P – пульпіт, Pt – періодонтит, Lp – локалізований пародонтит, Gr – генералізований пародонтит, R – корінь, A – відсутній, Cd – коронка, PI – пломба, F – фасетка, ar – штучний зуб, r – реставрація, H – гемісекція, Am – ампутація, res – резекція, pin – штифт, i – імплантація, Rp – реплантація, Dc – зубний камінь



Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ _____	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b>
	Форма первинної облікової документації <b>№ 043/о</b> <b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b> Наказ МОЗ України _____ N _____

**Медична карта стоматологічного хворого N \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ рік**

1. Прізвище, ім'я, по батькові

\_\_\_\_\_

2. Стать: чоловіча – 1; жіноча – 2  3. Дата народження \_\_\_\_\_  
(число, місяць, рік)

4. Місце проживання хворого, телефон

\_\_\_\_\_

5. Діагноз

\_\_\_\_\_

6. Скарги

\_\_\_\_\_

7. Перенесені та супутні захворювання

\_\_\_\_\_

8. Розвиток теперішнього захворювання

\_\_\_\_\_

9. Дані об'єктивного дослідження, зовнішній огляд, стан зубів:

\_\_\_\_\_

Дата огляду	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Умовні позначення

C – карієс, P – пульпіт, Pt – періодонтит, Lp – локалізований пародонтит, Gr – генералізований пародонтит, R – корінь, A – відсутній, Cd – коронка, PI – пломба, F – фасетка, ar – штучний зуб, r – реставрація, H – гемісекція, Am – ампутація, res – резекція, pin – штифт, i – імплантація, Rp – реплантація, Dc – зубний камінь



Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ _____	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b>
	Форма первинної облікової документації <b>№ 043/о</b> <b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b> Наказ МОЗ України _____ N _____

**Медична карта стоматологічного хворого N \_\_\_\_\_**  
 \_\_\_\_\_ рік

1. Прізвище, ім'я, по батькові

2. Стать: чоловіча – 1; жіноча – 2  3. Дата народження \_\_\_\_\_  
 (число, місяць, рік)

4. Місце проживання хворого, телефон

5. Діагноз

6. Скарги

7. Перенесені та супутні захворювання

8. Розвиток теперішнього захворювання

9. Дані об'єктивного дослідження, зовнішній огляд, стан зубів:

Дата огляду	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Умовні позначення

C – карієс, P – пульпіт, Pt – періодонтит, Lp – локалізований пародонтит, Gr – генералізований пародонтит, R – корінь, A – відсутній, Cd – коронка, PI – пломба, F – фасетка, ar – штучний зуб, r – реставрація, H – гемісекція, Am – ампутація, res – резекція, pin – штифт, i – імплантація, Rp – реплантація, Dc – зубний камінь





## ЗВІТ

### про виконану роботу за VIII семестр

I. Прийнято хворих всього: а) первинних: б) повторних:	
II. Проведено анестезій: 1. Провідникових: Туберальна – Інфраорбітальна – Мандибулярна – Торусальна – Ментальна – Піднебінна – Різцева – Берше–Дубова – 2. Стовбурових: 3. Термінальних: 4. Аплікаційних:	
III. Проведено операцій: 1. Видалення зубів та коренів: 2. Ургентні операції: Розтин субперіостального абсцесу – Хірургічна обробка ран – Розтин флегмон та абсцесів – Видалення слизової при перікоронарит: 3. Лікування ускладнень: Гемостаз – Лікування альвеолітів – Лікування гематом, контрактур та інших ускладнень –   Альвеоектомія – 4. Планові операції Оперував – Асистував – 5. Інші види маніпуляцій: Перев'язка – Шинування – Вправлення вивиху та ін. –	
IV. Лекції для пацієнтів	



## СЕМЕСТР ІХ

Важливим розділом для студентів у ІХ семестрі є вивчення сучасних методик медичної науки та практики стосовно проявів різного роду захворювань, в тому числі онкологічних, у щелепно-лицевій ділянці. Розвиток раку – процес тривалий, але часто йому передують передракові стани. Діагностика та лікування онкологічних захворювань на ранніх етапах дещо складні через те що пухлини щелепно-лищевої ділянки відрізняються значним різноманіттям морфологічних та клінічних проявів.

Вивчення передракових захворювань – одна із найбільш актуальних проблем в основі ланки медичної профілактики. В теперішній час ні в кого не виникає сумніву щодо взаємозв'язку більшості патологічних процесів на СОПР із хворобами різних органів, порушенням обмінних процесів, діяльністю нервової системи, змінами імунного статусу та ін. Що стосується захворювань, які знаходяться на межі декількох спеціальностей, то як стоматологи, так і лікарі інших спеціальностей не завжди приділяють достатньо уваги патології передракових станів.

"Доля хворого на рак залежить від того лікаря, до якого вперше звернувся хворий". Цей вислів, який належить одному із засновників вітчизняної онкології М.М. Петрову, є особливо актуальним у наш час.

Термін "передрак" вперше був описаний у роботах М. В. Дюбрейля (Лондон, 1896 р.), і він визначає зміни, які можуть привести, але не обов'язково приводять до раку.

В широкому змісті під поняттям "передрак" мають на увазі всі хронічні процеси, доброякісні новоутворення та ін.; у вузькому сенсі поняття "передрак" – це специфічні зміни в епітелії: порушення процесів кератинізації за типом гіпер-і дискератозу, атипове ороговіння, втрата зв'язків між сусідніми клітинами та їх ядрами, атипове розростання незрілого епітелію зі схильністю до інфільтраційного росту, але ще без руйнування тканин.

Важливе, що повинен зрозуміти та засвоїти студент – це необхідність, по-перше, уважного, ретельного збирання анамнезу та огляду хворого, по-друге, обов'язкового направлення його до лікаря-онколога при найменшій підозрі щодо новоутворення, бо навіть будь-який неопластичний, ерозивний, виразковий процес, природа якого лікарю не зрозуміла, вимагає консультації із колегою. Тому студентам важливо знання онкологічної настороженості для профілактики онкологічних захворювань.

Онкологічна настороженість включає наступне:

1. Знання клінічних проявів передракових захворювань для їх своєчасного виявлення.
2. Знання основних провокуючих і сприятливих факторів розвитку преканцерозних станів для їх усунення.
3. Знання ранніх клінічних проявів злоякісних пухлин органів порожнини рота й шкіри, що визначаються візуально.
4. Знання структури й системи надання онкологічної допомоги для своєчасного направлення хворого на обстеження й лікування.
5. Знання мінімального обсягу необхідного обстеження в умовах стоматологічної поліклініки при підозрі на передракове злоякісне захворювання.
6. Знання принципів деонтології в спілкуванні з хворими цього профілю.
7. Знання основних положень реабілітації онкостоматологічних хворих в умовах стоматологічної поліклініки залежно від клінічної групи.
8. Здійснення санітарно-освітньої роботи серед населення.

**Класифікація передраків А. Л. Машкіллейсон (1970),  
затверджена в 1976 р. Комітетом з вивчення пухлин голови і шиї  
Всесоюзного наукового медичного товариства онкологів**

**Класифікація передпухлинних процесів слизової оболонки порожнини рота**

**А. З високою частотою малігнізації (облігатні):**

– хвороба Боуена.

**Б. З меншою частотою малігнізації (факультативні):**

- 1) лейкоплакія верукозна й ерозивна;
- 2) папіломатоз;
- 3) ерозивно-виразкова й гіперкератотична форми червоного вовчак й червоного плоского лишаю;
- 4) променевий стоматит.

**Класифікація передпухлинних процесів червоної облямівки губ**

**А. З високою частотою малігнізації (облігатні):**

- 1) бородавчастий передрак;
- 2) обмежений передраковий гіперкератоз;
- 3) абразивний преканцерозний хейліт Манганотті.

**Б. З меншою частотою малігнізації (факультативні):**

- 1) лейкоплакія;
- 2) кератоакантома;
- 3) шкірний ріг;
- 4) папілома зі зроговінням;
- 5) ерозивно-виразкова й гіперкератотична форми червоного вовчак й червоного плоского лишаю;
- 6) променевий хейліт.

**Класифікація передракових процесів шкіри**

**А. З високою частотою злоякісного переродження (облігатні):**

- 1) пігментна ксеродерма;
- 2) хвороба Боуена, еритроплазія Кейра.

**Б. З меншою частотою малігнізації (факультативні):**

- 1) пізні променеві виразки шкіри;
- 2) шкірний ріг;
- 3) миш'яковистий кератоз;
- 4) атипичний кератоз;
- 5) туберкульозний вовчак;
- 6) трофічні виразки, інші хронічні виразкові та гранульоматозні ураження шкіри (лепра, сифіліс, червоний вовчак) глибокі мікози.

## Клінічна класифікація злоякісних пухлин TNM

**T** – ступінь місцевого поширення пухлини;

**N** – відсутність, наявність і поширеність регіонарних метастазів;

**M** – відсутність або наявність віддалених метастазів.

Додавання чисел до цих трьох компонентів означає поширеність процесу: для "T" – це 0 – 4, для "N" – це 0 – 3, для "M" – це 0 – 1.

**T<sub>x</sub>** – недостатньо даних для оцінювання розмірів та місцевого поширення первинної пухлини;

**T<sub>0</sub>** – первинна пухлина не визначається;

**T<sub>is</sub>** – преінвазивна карцинома (карцинома *in situ*);

**T<sub>1</sub>** – пухлина поширюється по ураженому органу на малу відстань;

**T<sub>2</sub>** – пухлина поширюється по ураженому органу на велику відстань, але не проростає вглиб органа;

**T<sub>3</sub>** – пухлина проростає крізь орган;

**T<sub>4</sub>** – пухлина поширюється на сусідні структури;

**N<sub>x</sub>** – недостатньо даних для оцінювання регіонарних лімфатичних вузлів;

**N<sub>0</sub>** – лімфовузли не уражені;

**N<sub>1</sub>** – уражений один регіонарний вузол;

**N<sub>2</sub>** – уражені кілька регіонарних лімфовузлів;

**N<sub>3</sub>** – уражені віддалені лімфовузли;

**M<sub>x</sub>** – недостатньо даних для визначення віддалених метастазів;

**M<sub>0</sub>** – немає ознак віддалених метастазів;

**M<sub>1</sub>** – є віддалені метастази.

## Класифікація нейростоматологічних захворювань, В. Є. Гречко (1980)

- I. Симптомокомплекси, обумовлені ураженням системи черепно-мозкових нервів (трійчастого, лицевого, проміжного, блукаючого, під'язикового).
- II. Симптомокомплекси, обумовлені ураженням вегетативного відділу нервової системи (гострі і хронічні набряки обличчя, стомалгії, ураження вегетативних гангліїв обличчя, синдроми ураження шийного відділу симпатичного стовбура).
- III. Симптомокомплекси, обумовлені порушенням іннервації рухових систем щелепно-лицевої ділянки (гіперкінетичні симптомокомплекси).
- IV. Симптомокомплекси, обумовлені ураженням зубощелепно-носової системи, патологією суглобів, додаткових пазух носа і очної ямки.
- V. Симптомокомплекси, обумовлені захворюваннями внутрішніх органів (атеросклерозом судин головного мозку, захворюванням серця, аорти, гіпертонічною хворобою, захворюванням хребта та ін.).
- VI. Симптомокомплекси, обумовлені порушенням вищої нервової діяльності (неврастенії, істерії, неврози нав'язливих станів).

## **Класифікація планових хірургічних втручань при захворюваннях пародонту**

1. Втручання на яснах:
  - а) кюретаж (закритий, відкритий);
  - б) проста гінгівектомія.
  
2. Втручання на яснах і кісткових тканинах:
  - а) радикальна гінгівектомія;
  - б) клаптеві операції;
  - в) клаптеві операції:
    - із гінгівопластиком (корекцією краю ясен);
    - із остеогінгівопластиком (використанням ауто-, алло-, ксенотрансплантантів та штучних імплантатів).
  
3. Мукогінгівальна хірургія – френулоектомія, вестибулопластика.

### **Види пластичних операцій**

- реконструктивні;
- естетичні.

Реконструктивні пластичні операції допомагають усунути деформації, дефекти тканин і органів, і відновити їх функції методами пластичної хірургії. Подібні операції проводяться людям, яким нанесено тілесне ушкодження в результаті травми, хвороби або у яких є вроджені дефекти.

Естетичні пластичні операції – це застосування методів пластичної хірургії з метою поліпшення зовнішності. Їх класифікують за ділянкою виконання:

- омолодження обличчя (ритидектомія, фейсліфтинг);
- пластика повік (блефаропластика);
- пластика носа (ринопластика, септопластика);
- пластика вушних раковин (отопластика);
- пластика губ (хейлопластика);
- пластика підборіддя (ментопластика, мандибулопластика або геніопластика);
- пластика вилиць (малярпластика);
- пластика шиї та підпідборідної ділянки (цервікопластика).

## СЕМЕСТР ІХ

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ _____	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b>  Форма первинної облікової документації <b>№ 043/о</b> <b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b> Наказ МОЗ України _____ N _____																																																			
<b>Медична карта стоматологічного хворого N _____</b> <b>_____ рік</b>																																																				
1. Прізвище, ім'я, по батькові _____																																																				
2. Стать: чоловіча – 1; жіноча – 2 <input type="checkbox"/> 3. Дата народження _____ (число, місяць, рік)																																																				
4. Місце проживання хворого, телефон _____																																																				
5. Діагноз _____																																																				
6. Скарги _____																																																				
7. Перенесені та супутні захворювання _____																																																				
8. Розвиток теперішнього захворювання _____																																																				
9. Дані об'єктивного дослідження, зовнішній огляд, стан зубів: _____																																																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 5%;">8</td> <td style="width: 5%;">7</td> <td style="width: 5%;">6</td> <td style="width: 5%;">5</td> <td style="width: 5%;">4</td> <td style="width: 5%;">3</td> <td style="width: 5%;">2</td> <td style="width: 5%;">1</td> <td style="width: 5%;">1</td> <td style="width: 5%;">2</td> <td style="width: 5%;">3</td> <td style="width: 5%;">4</td> <td style="width: 5%;">5</td> <td style="width: 5%;">6</td> <td style="width: 5%;">7</td> <td style="width: 5%;">8</td> </tr> <tr> <td style="text-align: left;">Дата огляду</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>			8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	Дата огляду																																	
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																																				
Дата огляду																																																				
Умовні позначення С – карієс, Р – пульпіт, Рт – періодонтит, Лр – локалізований пародонтит, Гр – генералізований пародонтит, R – корінь, А – відсутній, Сd – коронка, РІ – пломба, F – фасетка, аг – штучний зуб, г – реставрація, Н – гемісекція, Ам – ампутація, res – резекція, ріп – штифт, і – імплантація, Рр – реплантація, Dc – зубний камінь																																																				





Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ _____	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b>
	Форма первинної облікової документації <b>№ 043/о</b> <b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b> Наказ МОЗ України _____ N _____

**Медична карта стоматологічного хворого N \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ рік**

1. Прізвище, ім'я, по батькові

\_\_\_\_\_

2. Стать: чоловіча – 1; жіноча – 2  3. Дата народження \_\_\_\_\_  
(число, місяць, рік)

4. Місце проживання хворого, телефон

\_\_\_\_\_

5. Діагноз

\_\_\_\_\_

6. Скарги

\_\_\_\_\_

7. Перенесені та супутні захворювання

\_\_\_\_\_

8. Розвиток теперішнього захворювання

\_\_\_\_\_

9. Дані об'єктивного дослідження, зовнішній огляд, стан зубів:

\_\_\_\_\_

Дата огляду	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Умовні позначення

C – карієс, P – пульпіт, Pt – періодонтит, Lp – локалізований пародонтит, Gr – генералізований пародонтит, R – корінь, A – відсутній, Cd – коронка, PI – пломба, F – фасетка, ar – штучний зуб, r – реставрація, H – гемісекція, Am – ампутація, res – резекція, pin – штифт, i – імплантація, Rp – реплантація, Dc – зубний камінь



Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ _____	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b>
	Форма первинної облікової документації <b>№ 043/о</b> <b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b> Наказ МОЗ України _____ N _____

**Медична карта стоматологічного хворого N \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ рік**

1. Прізвище, ім'я, по батькові

\_\_\_\_\_

2. Стать: чоловіча – 1; жіноча – 2  3. Дата народження \_\_\_\_\_  
(число, місяць, рік)

4. Місце проживання хворого, телефон

\_\_\_\_\_

5. Діагноз

\_\_\_\_\_

6. Скарги

\_\_\_\_\_

7. Перенесені та супутні захворювання

\_\_\_\_\_

8. Розвиток теперішнього захворювання

\_\_\_\_\_

9. Дані об'єктивного дослідження, зовнішній огляд, стан зубів:

\_\_\_\_\_

Дата огляду	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Умовні позначення

C – карієс, P – пульпіт, Pt – періодонтит, Lp – локалізований пародонтит, Gr – генералізований пародонтит, R – корінь, A – відсутній, Cd – коронка, PI – пломба, F – фасетка, ar – штучний зуб, r – реставрація, H – гемісекція, Am – ампутація, res – резекція, pin – штифт, i – імплантація, Rp – реплантація, Dc – зубний камінь



Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ _____	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b>
	Форма первинної облікової документації <b>№ 043/о</b> <b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b> Наказ МОЗ України _____ N _____

**Медична карта стоматологічного хворого N \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ рік**

1. Прізвище, ім'я, по батькові

\_\_\_\_\_

2. Стать: чоловіча – 1; жіноча – 2  3. Дата народження \_\_\_\_\_  
(число, місяць, рік)

4. Місце проживання хворого, телефон

\_\_\_\_\_

5. Діагноз

\_\_\_\_\_

6. Скарги

\_\_\_\_\_

7. Перенесені та супутні захворювання

\_\_\_\_\_

8. Розвиток теперішнього захворювання

\_\_\_\_\_

9. Дані об'єктивного дослідження, зовнішній огляд, стан зубів:

\_\_\_\_\_

Дата огляду	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Умовні позначення

C – карієс, P – пульпіт, Pt – періодонтит, Lp – локалізований пародонтит, Gr – генералізований пародонтит, R – корінь, A – відсутній, Cd – коронка, PI – пломба, F – фасетка, ar – штучний зуб, r – реставрація, H – гемісекція, Am – ампутація, res – резекція, pin – штифт, i – імплантація, Rp – реплантація, Dc – зубний камінь



Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ _____	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b>  Форма первинної облікової документації <b>№ 043/о</b> <b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b> Наказ МОЗ України _____ N _____
	<b>Медична карта стоматологічного хворого N _____</b> <b>_____ рік</b>

1. Прізвище, ім'я, по батькові

2. Стать: чоловіча – 1; жіноча – 2  3. Дата народження \_\_\_\_\_  
 (число, місяць, рік)

4. Місце проживання хворого, телефон

5. Діагноз

6. Скарги

7. Перенесені та супутні захворювання

8. Розвиток теперішнього захворювання

9. Дані об'єктивного дослідження, зовнішній огляд, стан зубів:

Дата огляду	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Умовні позначення

С – карієс, Р – пульпіт, Рт – періодонтит, Lр – локалізований пародонтит, Gр – генералізований пародонтит, R – корінь, А – відсутній, Cd – коронка, PI – пломба, F – фасетка, аг – штучний зуб, r – реставрація, Н – гемісекція, Am – ампутація, res – резекція, ріп – штифт, і – імплантація, Rр – реплантація, Dс – зубний камінь





Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ _____	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b>
	Форма первинної облікової документації <b>№ 043/о</b> <b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b> Наказ МОЗ України _____ N _____

**Медична карта стоматологічного хворого N \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ рік**

1. Прізвище, ім'я, по батькові

\_\_\_\_\_

2. Стать: чоловіча – 1; жіноча – 2  3. Дата народження \_\_\_\_\_  
(число, місяць, рік)

4. Місце проживання хворого, телефон

\_\_\_\_\_

5. Діагноз

\_\_\_\_\_

6. Скарги

\_\_\_\_\_

7. Перенесені та супутні захворювання

\_\_\_\_\_

8. Розвиток теперішнього захворювання

\_\_\_\_\_

9. Дані об'єктивного дослідження, зовнішній огляд, стан зубів:

\_\_\_\_\_

Дата огляду	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Умовні позначення

C – карієс, P – пульпіт, Pt – періодонтит, Lp – локалізований пародонтит, Gr – генералізований пародонтит, R – корінь, A – відсутній, Cd – коронка, PI – пломба, F – фасетка, ar – штучний зуб, r – реставрація, H – гемісекція, Am – ампутація, res – резекція, pin – штифт, i – імплантація, Rp – реплантація, Dc – зубний камінь



Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ _____	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b>
	Форма первинної облікової документації <b>№ 043/о</b> <b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b> Наказ МОЗ України _____ N _____

**Медична карта стоматологічного хворого N \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ рік**

1. Прізвище, ім'я, по батькові

\_\_\_\_\_

2. Стать: чоловіча – 1; жіноча – 2  3. Дата народження \_\_\_\_\_  
(число, місяць, рік)

4. Місце проживання хворого, телефон

\_\_\_\_\_

5. Діагноз

\_\_\_\_\_

6. Скарги

\_\_\_\_\_

7. Перенесені та супутні захворювання

\_\_\_\_\_

8. Розвиток теперішнього захворювання

\_\_\_\_\_

9. Дані об'єктивного дослідження, зовнішній огляд, стан зубів:

\_\_\_\_\_

Дата огляду	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Умовні позначення

C – карієс, P – пульпіт, Pt – періодонтит, Lp – локалізований пародонтит, Gr – генералізований пародонтит, R – корінь, A – відсутній, Cd – коронка, PI – пломба, F – фасетка, ar – штучний зуб, r – реставрація, H – гемісекція, Am – ампутація, res – резекція, pin – штифт, i – імплантація, Rp – реплантація, Dc – зубний камінь



Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ _____	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b>
	Форма первинної облікової документації <b>№ 043/о</b> <b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b> Наказ МОЗ України _____ N _____

**Медична карта стоматологічного хворого N \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ рік**

1. Прізвище, ім'я, по батькові

\_\_\_\_\_

2. Стать: чоловіча – 1; жіноча – 2  3. Дата народження \_\_\_\_\_  
(число, місяць, рік)

4. Місце проживання хворого, телефон

\_\_\_\_\_

5. Діагноз

\_\_\_\_\_

6. Скарги

\_\_\_\_\_

7. Перенесені та супутні захворювання

\_\_\_\_\_

8. Розвиток теперішнього захворювання

\_\_\_\_\_

9. Дані об'єктивного дослідження, зовнішній огляд, стан зубів:

\_\_\_\_\_

Дата огляду	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Умовні позначення

C – карієс, P – пульпіт, Pt – періодонтит, Lp – локалізований пародонтит, Gr – генералізований пародонтит, R – корінь, A – відсутній, Cd – коронка, PI – пломба, F – фасетка, ar – штучний зуб, r – реставрація, H – гемісекція, Am – ампутація, res – резекція, pin – штифт, i – імплантація, Rp – реплантація, Dc – зубний камінь



Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ _____	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b>
	Форма первинної облікової документації <b>№ 043/о</b> <b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b> Наказ МОЗ України _____ N _____

**Медична карта стоматологічного хворого N \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ рік**

1. Прізвище, ім'я, по батькові

\_\_\_\_\_

2. Стать: чоловіча – 1; жіноча – 2  3. Дата народження \_\_\_\_\_  
(число, місяць, рік)

4. Місце проживання хворого, телефон

\_\_\_\_\_

5. Діагноз

\_\_\_\_\_

6. Скарги

\_\_\_\_\_

7. Перенесені та супутні захворювання

\_\_\_\_\_

8. Розвиток теперішнього захворювання

\_\_\_\_\_

9. Дані об'єктивного дослідження, зовнішній огляд, стан зубів:

\_\_\_\_\_

Дата огляду	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Умовні позначення

С – карієс, Р – пульпіт, Рt – періодонтит, Lp – локалізований пародонтит, Gr – генералізований пародонтит, R – корінь, А – відсутній, Cd – коронка, PІ – пломба, F – фасетка, ar – штучний зуб, r – реставрація, Н – гемісекція, Am – ампутація, res – резекція, рin – штифт, і – імплантація, Rp – реплантація, Dc – зубний камінь





Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ _____	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b>
	Форма первинної облікової документації <b>№ 043/о</b> <b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b> Наказ МОЗ України _____ N _____

**Медична карта стоматологічного хворого N \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ рік**

1. Прізвище, ім'я, по батькові

\_\_\_\_\_

2. Стать: чоловіча – 1; жіноча – 2  3. Дата народження \_\_\_\_\_  
(число, місяць, рік)

4. Місце проживання хворого, телефон

\_\_\_\_\_

5. Діагноз

\_\_\_\_\_

6. Скарги

\_\_\_\_\_

7. Перенесені та супутні захворювання

\_\_\_\_\_

8. Розвиток теперішнього захворювання

\_\_\_\_\_

9. Дані об'єктивного дослідження, зовнішній огляд, стан зубів:

\_\_\_\_\_

Дата огляду	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Умовні позначення

C – карієс, P – пульпіт, Pt – періодонтит, Lp – локалізований пародонтит, Gr – генералізований пародонтит, R – корінь, A – відсутній, Cd – коронка, PI – пломба, F – фасетка, ar – штучний зуб, r – реставрація, H – гемісекція, Am – ампутація, res – резекція, pin – штифт, i – імплантація, Rp – реплантація, Dc – зубний камінь



Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ _____	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b>
	Форма первинної облікової документації <b>№ 043/о</b> <b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b> Наказ МОЗ України _____ N _____

**Медична карта стоматологічного хворого N \_\_\_\_\_**  
 \_\_\_\_\_ рік

1. Прізвище, ім'я, по батькові

\_\_\_\_\_

2. Стать: чоловіча – 1; жіноча – 2  3. Дата народження \_\_\_\_\_  
 (число, місяць, рік)

4. Місце проживання хворого, телефон

\_\_\_\_\_

5. Діагноз

\_\_\_\_\_

6. Скарги

\_\_\_\_\_

7. Перенесені та супутні захворювання

\_\_\_\_\_

8. Розвиток теперішнього захворювання

\_\_\_\_\_

9. Дані об'єктивного дослідження, зовнішній огляд, стан зубів:

\_\_\_\_\_

Дата огляду	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Умовні позначення

C – карієс, P – пульпіт, Pt – періодонтит, Lp – локалізований пародонтит, Gr – генералізований пародонтит, R – корінь, A – відсутній, Cd – коронка, PI – пломба, F – фасетка, ar – штучний зуб, r – реставрація, H – гемісекція, Am – ампутація, res – резекція, pin – штифт, i – імплантація, Rp – реплантація, Dc – зубний камінь



Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ _____	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b>
	Форма первинної облікової документації <b>№ 043/о</b> <b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b> Наказ МОЗ України _____ N _____

**Медична карта стоматологічного хворого N \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ рік**

1. Прізвище, ім'я, по батькові

\_\_\_\_\_

2. Стать: чоловіча – 1; жіноча – 2  3. Дата народження \_\_\_\_\_  
(число, місяць, рік)

4. Місце проживання хворого, телефон

\_\_\_\_\_

5. Діагноз

\_\_\_\_\_

6. Скарги

\_\_\_\_\_

7. Перенесені та супутні захворювання

\_\_\_\_\_

8. Розвиток теперішнього захворювання

\_\_\_\_\_

9. Дані об'єктивного дослідження, зовнішній огляд, стан зубів:

\_\_\_\_\_

Дата огляду	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Умовні позначення

C – карієс, P – пульпіт, Pt – періодонтит, Lp – локалізований пародонтит, Gr – генералізований пародонтит, R – корінь, A – відсутній, Cd – коронка, PI – пломба, F – фасетка, ar – штучний зуб, r – реставрація, H – гемісекція, Am – ампутація, res – резекція, pin – штифт, i – імплантація, Rp – реплантація, Dc – зубний камінь



## ЗАХИСТ ІСТОРІЇ ХВОРОБИ у ІХ семестрі

**Прізвище, ім'я, по батькові хворого, вік:**

---

---

**Діагноз:**

---

---

---

---

**Проведене лікування:**

---

---

---

---

---

**Дата захисту** \_\_\_\_\_

**Оцінка** \_\_\_\_\_

**Підпис викладача** \_\_\_\_\_



## ЗВІТ

### про виконану роботу за ІХ семестр

I. Прийнято хворих всього: а) первинних: б) повторних:	
II. Проведено анестезій: 1. Провідникових: Туберальна – Інфраорбітальна – Мандибулярна – Торусальна – Ментальна – Піднебінна – Різцева – Берше–Дубова – 2. Стовбурових: 3. Термінальних: 4. Аплікаційних:	
III. Проведено операцій: 1. Видалення зубів та коренів: 2. Ургентні операції: Розтин субперіостального абсцесу – Хірургічна обробка ран – Розтин флегмон та абсцесів – Видалення слизової при перікоронарит: 3. Лікування ускладнень: Гемостаз – Лікування альвеолітів – Лікування гематом, контрактур та інших ускладнень –   Альвеоектомія – 4. Планові операції Оперував – Асистував – 5. Інші види маніпуляцій: Перев'язка – Шинування – Вправлення вивиху та ін. –	
IV. Лекції для пацієнтів	



## СЕМЕСТР X

Студенти у X семестрі продовжують вивчати хірургічні захворювання і пошкодження зубів, органів порожнини рота, обличчя, шиї, кісток лицевого скелета. Згідно з навчальною програмою студенти мають поглиблювати свої знання з анестезіології, місцевої анестезії, а також засвоїти наступні розділи хірургічної стоматології:

1. Запальні захворювання зубів, щелеп, м'яких тканин обличчя і шиї, органів порожнини рота, наприклад, гострий і хронічний періодонтит, періостит, остеомієліт, абсцеси і флегмони, лімфаденіт та ін. За частотою вони складають основну групу хворих, які лікуються в стаціонарі.

2. Травми органів порожнини рота, кісток лицьового скелета невогнепального і вогнепального походження, комбіновані і поєднані пошкодження.

3. Захворювання скронево-нижньощелепного суглоба.

4. Неврогенні захворювання.

5. Пухлиноподібні захворювання обличчя, щелеп і органів порожнини рота.

6. Пухлини: доброякісні та злоякісні.

7. Природжені та набуті дефекти і деформації обличчя та щелеп. Реконструктивна хірургія.

Студенти у цьому семестрі повинні навчитися сучасним методам діагностики та лікування захворювань щелепно-лицевої ділянки з кожної групи. Треба знати, що хірургічні стоматологічні захворювання можуть бути екстремними (ургентними): операції при флегмонах, травмах, припиненні кровотечі, трахеотомії, а також плановими, що вимагають комплексних методів лікування. Оперативні втручання серед цього комплексу лікувальних заходів є провідними.

Студенти, як майбутні лікарі-стоматологи-хірурги також повинні уміти надавати невідкладну допомогу пацієнтам при непритомності, колапсі, комі, серцевій та дихальній недостатності, гіпертонічному кризі та ін.

## СЕМЕСТР X

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ _____	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b>  Форма первинної облікової документації <b>N 043/о</b> <b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b> Наказ МОЗ України _____ N _____
--	---

### Медична карта стоматологічного хворого N \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ рік

1. Прізвище, ім'я, по батькові

2. Стать: чоловіча – 1; жіноча – 2  3. Дата народження \_\_\_\_\_  
(число, місяць, рік)

4. Місце проживання хворого, телефон

5. Діагноз

6. Скарги

7. Перенесені та супутні захворювання

8. Розвиток теперішнього захворювання

9. Дані об'єктивного дослідження, зовнішній огляд, стан зубів:

Дата огляду	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

#### Умовні позначення

С – карієс, Р – пульпіт, Рт – періодонтит, Лр – локалізований пародонтит, Гр – генералізований пародонтит, R – корінь, А – відсутній, Сd – коронка, РІ – пломба, F – фасетка, аг – штучний зуб, г – реставрація, Н – гемісекція, Ам – ампутація, res – резекція, ріп – штифт, і – імплантація, Рр – реплантація, Dc – зубний камінь



Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ _____	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b>
	Форма первинної облікової документації <b>№ 043/о</b> <b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b> Наказ МОЗ України _____ N _____

**Медична карта стоматологічного хворого N \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ рік**

1. Прізвище, ім'я, по батькові

\_\_\_\_\_

2. Стать: чоловіча – 1; жіноча – 2  3. Дата народження \_\_\_\_\_  
(число, місяць, рік)

4. Місце проживання хворого, телефон

\_\_\_\_\_

5. Діагноз

\_\_\_\_\_

6. Скарги

\_\_\_\_\_

7. Перенесені та супутні захворювання

\_\_\_\_\_

8. Розвиток теперішнього захворювання

\_\_\_\_\_

9. Дані об'єктивного дослідження, зовнішній огляд, стан зубів:

\_\_\_\_\_

Дата огляду	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Умовні позначення

C – карієс, P – пульпіт, Pt – періодонтит, Lp – локалізований пародонтит, Gr – генералізований пародонтит, R – корінь, A – відсутній, Cd – коронка, PI – пломба, F – фасетка, ar – штучний зуб, r – реставрація, H – гемісекція, Am – ампутація, res – резекція, pin – штифт, i – імплантація, Rp – реплантація, Dc – зубний камінь



Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ _____	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b>
	Форма первинної облікової документації <b>№ 043/о</b> <b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b> Наказ МОЗ України _____ N _____

**Медична карта стоматологічного хворого N \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ рік**

1. Прізвище, ім'я, по батькові

\_\_\_\_\_

2. Стать: чоловіча – 1; жіноча – 2  3. Дата народження \_\_\_\_\_  
(число, місяць, рік)

4. Місце проживання хворого, телефон

\_\_\_\_\_

5. Діагноз

\_\_\_\_\_

6. Скарги

\_\_\_\_\_

7. Перенесені та супутні захворювання

\_\_\_\_\_

8. Розвиток теперішнього захворювання

\_\_\_\_\_

9. Дані об'єктивного дослідження, зовнішній огляд, стан зубів:

\_\_\_\_\_

Дата огляду	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Умовні позначення

C – карієс, P – пульпіт, Pt – періодонтит, Lp – локалізований пародонтит, Gr – генералізований пародонтит, R – корінь, A – відсутній, Cd – коронка, PI – пломба, F – фасетка, ar – штучний зуб, r – реставрація, H – гемісекція, Am – ампутація, res – резекція, pin – штифт, i – імплантація, Rp – реплантація, Dc – зубний камінь





Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ _____	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b>
	Форма первинної облікової документації <b>№ 043/о</b> <b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b> Наказ МОЗ України _____ N _____

**Медична карта стоматологічного хворого N \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ рік**

1. Прізвище, ім'я, по батькові

\_\_\_\_\_

2. Стать: чоловіча – 1; жіноча – 2  3. Дата народження \_\_\_\_\_  
(число, місяць, рік)

4. Місце проживання хворого, телефон

\_\_\_\_\_

5. Діагноз

\_\_\_\_\_

6. Скарги

\_\_\_\_\_

7. Перенесені та супутні захворювання

\_\_\_\_\_

8. Розвиток теперішнього захворювання

\_\_\_\_\_

9. Дані об'єктивного дослідження, зовнішній огляд, стан зубів:

\_\_\_\_\_

Дата огляду	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Умовні позначення

C – карієс, P – пульпіт, Pt – періодонтит, Lp – локалізований пародонтит, Gr – генералізований пародонтит, R – корінь, A – відсутній, Cd – коронка, PI – пломба, F – фасетка, ar – штучний зуб, r – реставрація, H – гемісекція, Am – ампутація, res – резекція, pin – штифт, i – імплантація, Rp – реплантація, Dc – зубний камінь



Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ _____	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b>
	Форма первинної облікової документації <b>№ 043/о</b> <b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b> Наказ МОЗ України _____ N _____

**Медична карта стоматологічного хворого N \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ рік**

1. Прізвище, ім'я, по батькові

\_\_\_\_\_

2. Стать: чоловіча – 1; жіноча – 2  3. Дата народження \_\_\_\_\_  
(число, місяць, рік)

4. Місце проживання хворого, телефон

\_\_\_\_\_

5. Діагноз

\_\_\_\_\_

6. Скарги

\_\_\_\_\_

7. Перенесені та супутні захворювання

\_\_\_\_\_

8. Розвиток теперішнього захворювання

\_\_\_\_\_

9. Дані об'єктивного дослідження, зовнішній огляд, стан зубів:

\_\_\_\_\_

Дата огляду	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Умовні позначення

C – карієс, P – пульпіт, Pt – періодонтит, Lp – локалізований пародонтит, Gr – генералізований пародонтит, R – корінь, A – відсутній, Cd – коронка, PI – пломба, F – фасетка, ar – штучний зуб, r – реставрація, H – гемісекція, Am – ампутація, res – резекція, pin – штифт, i – імплантація, Rp – реплантація, Dc – зубний камінь



Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ _____	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b>
	Форма первинної облікової документації <b>№ 043/о</b> <b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b> Наказ МОЗ України _____ N _____

**Медична карта стоматологічного хворого N \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ рік**

1. Прізвище, ім'я, по батькові

\_\_\_\_\_

2. Стать: чоловіча – 1; жіноча – 2  3. Дата народження \_\_\_\_\_  
(число, місяць, рік)

4. Місце проживання хворого, телефон

\_\_\_\_\_

5. Діагноз

\_\_\_\_\_

6. Скарги

\_\_\_\_\_

7. Перенесені та супутні захворювання

\_\_\_\_\_

8. Розвиток теперішнього захворювання

\_\_\_\_\_

9. Дані об'єктивного дослідження, зовнішній огляд, стан зубів:

\_\_\_\_\_

Дата огляду	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Умовні позначення

C – карієс, P – пульпіт, Pt – періодонтит, Lp – локалізований пародонтит, Gr – генералізований пародонтит, R – корінь, A – відсутній, Cd – коронка, PI – пломба, F – фасетка, ar – штучний зуб, r – реставрація, H – гемісекція, Am – ампутація, res – резекція, pin – штифт, i – імплантація, Rp – реплантація, Dc – зубний камінь



Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ _____	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b>
	Форма первинної облікової документації <b>№ 043/о</b> <b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b> Наказ МОЗ України _____ N _____

**Медична карта стоматологічного хворого N \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ рік**

1. Прізвище, ім'я, по батькові

\_\_\_\_\_

2. Стать: чоловіча – 1; жіноча – 2  3. Дата народження \_\_\_\_\_  
(число, місяць, рік)

4. Місце проживання хворого, телефон

\_\_\_\_\_

5. Діагноз

\_\_\_\_\_

6. Скарги

\_\_\_\_\_

7. Перенесені та супутні захворювання

\_\_\_\_\_

8. Розвиток теперішнього захворювання

\_\_\_\_\_

9. Дані об'єктивного дослідження, зовнішній огляд, стан зубів:

\_\_\_\_\_

Дата огляду	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Умовні позначення

C – карієс, P – пульпіт, Pt – періодонтит, Lp – локалізований пародонтит, Gr – генералізований пародонтит, R – корінь, A – відсутній, Cd – коронка, PI – пломба, F – фасетка, ar – штучний зуб, r – реставрація, H – гемісекція, Am – ампутація, res – резекція, pin – штифт, i – імплантація, Rp – реплантація, Dc – зубний камінь





Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ _____	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b>
	Форма первинної облікової документації <b>№ 043/о</b> <b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b> Наказ МОЗ України _____ N _____

**Медична карта стоматологічного хворого N \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ рік**

1. Прізвище, ім'я, по батькові

\_\_\_\_\_

2. Стать: чоловіча – 1; жіноча – 2  3. Дата народження \_\_\_\_\_  
(число, місяць, рік)

4. Місце проживання хворого, телефон

\_\_\_\_\_

5. Діагноз

\_\_\_\_\_

6. Скарги

\_\_\_\_\_

7. Перенесені та супутні захворювання

\_\_\_\_\_

8. Розвиток теперішнього захворювання

\_\_\_\_\_

9. Дані об'єктивного дослідження, зовнішній огляд, стан зубів:

\_\_\_\_\_

Дата огляду	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Умовні позначення

C – карієс, P – пульпіт, Pt – періодонтит, Lp – локалізований пародонтит, Gr – генералізований пародонтит, R – корінь, A – відсутній, Cd – коронка, PI – пломба, F – фасетка, ar – штучний зуб, r – реставрація, H – гемісекція, Am – ампутація, res – резекція, pin – штифт, i – імплантація, Rp – реплантація, Dc – зубний камінь



Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ _____	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b>
	Форма первинної облікової документації <b>№ 043/о</b> <b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b> Наказ МОЗ України _____ N _____

**Медична карта стоматологічного хворого N \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ рік**

1. Прізвище, ім'я, по батькові

\_\_\_\_\_

2. Стать: чоловіча – 1; жіноча – 2  3. Дата народження \_\_\_\_\_  
(число, місяць, рік)

4. Місце проживання хворого, телефон

\_\_\_\_\_

5. Діагноз

\_\_\_\_\_

6. Скарги

\_\_\_\_\_

7. Перенесені та супутні захворювання

\_\_\_\_\_

8. Розвиток теперішнього захворювання

\_\_\_\_\_

9. Дані об'єктивного дослідження, зовнішній огляд, стан зубів:

\_\_\_\_\_

Дата огляду	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Умовні позначення

C – карієс, P – пульпіт, Pt – періодонтит, Lp – локалізований пародонтит, Gr – генералізований пародонтит, R – корінь, A – відсутній, Cd – коронка, PI – пломба, F – фасетка, ar – штучний зуб, r – реставрація, H – гемісекція, Am – ампутація, res – резекція, pin – штифт, i – імплантація, Rp – реплантація, Dc – зубний камінь



Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ _____	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b>
	Форма первинної облікової документації <b>№ 043/о</b> <b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b> Наказ МОЗ України _____ N _____

**Медична карта стоматологічного хворого N \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ рік**

1. Прізвище, ім'я, по батькові

\_\_\_\_\_

2. Стать: чоловіча – 1; жіноча – 2  3. Дата народження \_\_\_\_\_  
(число, місяць, рік)

4. Місце проживання хворого, телефон

\_\_\_\_\_

5. Діагноз

\_\_\_\_\_

6. Скарги

\_\_\_\_\_

7. Перенесені та супутні захворювання

\_\_\_\_\_

8. Розвиток теперішнього захворювання

\_\_\_\_\_

9. Дані об'єктивного дослідження, зовнішній огляд, стан зубів:

\_\_\_\_\_

Дата огляду	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Умовні позначення

C – карієс, P – пульпіт, Pt – періодонтит, Lp – локалізований пародонтит, Gr – генералізований пародонтит, R – корінь, A – відсутній, Cd – коронка, PI – пломба, F – фасетка, ar – штучний зуб, r – реставрація, H – гемісекція, Am – ампутація, res – резекція, pin – штифт, i – імплантація, Rp – реплантація, Dc – зубний камінь



Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ _____	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b>
	Форма первинної облікової документації <b>№ 043/о</b> <b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b> Наказ МОЗ України _____ N _____

**Медична карта стоматологічного хворого N \_\_\_\_\_**  
 \_\_\_\_\_ рік

1. Прізвище, ім'я, по батькові

\_\_\_\_\_

2. Стать: чоловіча – 1; жіноча – 2  3. Дата народження \_\_\_\_\_  
 (число, місяць, рік)

4. Місце проживання хворого, телефон

\_\_\_\_\_

5. Діагноз

\_\_\_\_\_

6. Скарги

\_\_\_\_\_

7. Перенесені та супутні захворювання

\_\_\_\_\_

8. Розвиток теперішнього захворювання

\_\_\_\_\_

9. Дані об'єктивного дослідження, зовнішній огляд, стан зубів:

\_\_\_\_\_

Дата огляду	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Умовні позначення

C – карієс, P – пульпіт, Pt – періодонтит, Lp – локалізований пародонтит, Gr – генералізований пародонтит, R – корінь, A – відсутній, Cd – коронка, PI – пломба, F – фасетка, ar – штучний зуб, r – реставрація, H – гемісекція, Am – ампутація, res – резекція, pin – штифт, i – імплантація, Rp – реплантація, Dc – зубний камінь





## УЧАСТЬ У КЛІНІЧНИХ РОЗБОРАХ ХВОРИХ

№	Дата	П.І.Б. хворого	Діагноз	Підпис викладача

## Тематичні семінари у X семестрі

Тема семінару	Дата	Оцінка	Підпис викладача
<b>Семінар № 1:</b>  <b>Тема реферату:</b>			
<b>Список літератури, використаної для підготовки до семінару № 1 та реферату:</b>			
№	Автор	Найменування джерела	Підпис викладача

## Тематичні семінари

Тема семінару	Дата	Оцінка	Підпис викладача
<b>Семінар № 2:</b>  <b>Тема реферата:</b>			

**Список літератури,  
використаної для підготовки до семінару № 2 та реферату:**

№	Автор	Найменування джерела	Підпис викладача

## ЗВІТ

### про виконану роботу за X семестр

I. Прийнято хворих всього: а) первинних: б) повторних:	
II. Проведено анестезій: 1. Провідникових: Туберальна – Інфраорбітальна – Мандибулярна – Торусальна – Ментальна – Піднебінна – Різцева – Берше–Дубова – 2. Стовбурових: 3. Термінальних: 4. Аплікаційних:	
III. Проведено операцій: 1. Видалення зубів та коренів: 2. Ургентні операції: Розтин субперіостального абсцесу – Хірургічна обробка ран – Розтин флегмон та абсцесів – Видалення слизової при перікоронарит: 3. Лікування ускладнень: Гемостаз – Лікування альвеолітів – Лікування гематом, контрактур та інших ускладнень –   Альвеоектомія – 4. Планові операції Оперував – Асистував – 5. Інші види маніпуляцій: Перев'язка – Шинування – Вправлення вивиху та ін. –	
IV. Лекції для пацієнтів	



*Навчальне видання*

# **ЩОДЕННИК**

## **СТУДЕНТА З ОБЛІКУ ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК З ХІРУРГІЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ ТА ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ХІРУРГІЇ**

у

порядники Григоров Сергій Миколайович  
Рекова Ліляна Петрівна  
Сторожева Марина Вікторівна  
Вакуленко Катерина Миколаївна

Відповідальний за випуск Л. П. Рекова



Редактор Є. В. Рубцова  
Комп'ютерна верстка О. Ю. Лавриненко

Формат А5. Ум. друк. арк. 12,0. Зам. № 19-33849.

---

**Редакційно-видавничий відділ  
ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022  
izdatknmurio@gmail.com**

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництв, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р.

