

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Харківський національний медичний університет

С. М. Григоров, Л. П. Рекова

**Алгоритм заповнення обліково-медичної документації
амбулаторного (стаціонарного) пацієнта
в клініці хірургічної стоматології**

*Навчальний посібник
для студентів вищих медичних навчальних закладів*

**Харків
ХНМУ
2021**

Затверджено Вченою радою ХНМУ.
Протокол № 1 від 27.01.2022.

Рецензенти:

О.В. Любченко – д-р мед. наук, проф., зав. кафедри стоматології дитячого віку, ортодонції та імплантології ХМАПО

В.І. Гризодуб – д-р мед. наук, проф., зав. кафедри ортопедичної стоматології та ортодонції дорослих ХМАПО

Григоров С.М., Рекова Л.П.

Г82 Алгоритм заповнення обліково-медичної документації амбулаторного (стаціонарного) пацієнта в клініці хірургічної стоматології : навч. посібник для студентів вищ. мед. навч. закладів III–IV рівнів акредитації. Харків : ХНМУ, 2021. 112 с.

У навчальному посібнику представлено детальний опис алгоритму клінічного обстеження пацієнта: скарг, даних анамнезу, даних об'єктивного дослідження та маніпуляцій, що виконуються лікарем-стоматологом хірургом. У посібнику надано приклади запису в медичну карту пацієнта даних клінічного обстеження та лікування патології щелепно-лицевої ділянки хірургічного профілю, які найчастіше зустрічаються в клініці хірургічної стоматології. Крім того, в посібнику наведено юридичну базу та стандарти медичної допомоги з хірургічної стоматології для забезпечення сучасного надання населенню кваліфікованої хірургічної стоматологічної допомоги.

В навчальному посібнику також представлена облікова та звітна документація, галузеві стандарти, алгоритм формування комплексного стоматологічного діагнозу. Навчальний посібник буде корисним студентам стоматологічних факультетів, лікарям-стоматологам інтернам, курсантам циклів тематичного удосконалення з хірургічної стоматології, практикуючим лікарям-стоматологам хірургам. Окрім цього, інформація, яка наведена у навчальному посібнику, може стати в нагоді аспірантам для набуття компетентностей згідно зі загальними і фаховими компетентностями освітньо-професійної програми «Медицина» третього (освітньо-наукового) рівня вищої освіти за спеціальністю 221 Стоматологія кваліфікації доктор філософії, зокрема, для практичних занять аспірантів з хірургічної стоматології.

УДК 616.314-08-039. 57-06:613.863-08

© Харківський національний
медичний університет, 2021

© С.М. Григоров, Л.П. Рекова, 2021

ЗМІСТ

Передмова	5
Алгоритм клінічного обстеження пацієнта	6
Скарги пацієнта	6
Анамнез захворювання	7
Супутні захворювання	7
Клінічна картина захворювання	8
Дані зовнішнього огляду (status specialis)	8
Огляд порожнини рота (status localis)	9
Клінічний діагноз	11
Приклади опису лікувальних маніпуляцій	11
Приклади місцевих анестетиків (в ампулах і карпулах) та антисептиків	12
МКХ-10 Хвороби порожнини рота, слинних залоз і щелеп (K00–K14)	12
Клінічні групи диспансерного спостереження	14
Розділ 1. Запальні захворювання щелепно-лицевої ділянки	15
Періодонтити	15
Абсцеси	18
Флегмони	20
Гострий серозний альвеоліт	23
Гострий гнійний перикороніт	23
Гострий остеомієліт	24
Хронічний остеомієліт	24
Розділ 2. Пухлини та пухлиноподібні новоутворення щелепно-лицевої ділянки	25
Фіброми	25
Кісти	26
Ліпома щічної ділянки	27
Екзостоз альвеолярного відростка	27
Енхондрома	28
Атерома підборідної ділянки	28
Гілляста гемангіома	29
Нейрофіброматоз (хвороба Реклінгаузена)	30
Кістозно-кавернозна лімфангіома	31
Холестеатома	32
Фіброзний епуліс	33
Лімфангіома носа	33
Периферична форма компактної остеоми	34
Нейрофіброма	34
Центральна остеобластокластома	35
Епулід	36
Амелобластома	37

Розділ 3. Травматичні ушкодження щелепно-лицевої ділянки	38
Переломи	38
Вивих зуба	40
Комбінована травма	40
Рвана рана щічної ділянки	41
Різана рана щічної ділянки	41
Перфорація дна верхньощелепної пазухи	42
Термічний опік щічної ділянки	42
Розділ 4. Захворювання скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС)	43
Вивихи СНЩС	43
М'язова дисфункція СНЩС	43
Розділ 5. Захворювання нервів щелепно-лицевої ділянки	44
Невралгія III гілки трійчастого нерва	44
Неврит скроневої гілки лицевого нерва	44
Література	45
Додатки	46

Передмова

Цей навчальний посібник розроблено з метою формування у здобувачів вищої освіти єдиного професійного підходу у реалізації медичних аспектів практичної хірургічної стоматології та законодавчо-правових документів, що визначають організацію надання пацієнтам хірургічної стоматологічної допомоги на території України.

Навчальний посібник складено у повній відповідності до державного освітнього стандарту вищої професійної освіти з чинною програмою навчальної дисципліни «Хірургічна стоматологія», спеціальність / ОКР 221 «Стоматологія», другий (магістерський) рівень, а також з нормативними документами Міністерства охорони здоров'я України.

Маємо акцентувати, що своєчасне та коректне заповнення медичної документації є обов'язком лікаря. Для поліпшення цієї роботи в посібнику надано приклади запису в медичну карту пацієнта даних клінічного обстеження та етапів лікування патології щелепно-лицевої ділянки хірургічного профілю, при цьому можна ознайомитися з варіантами клінічних кейсів різних нозологічних груп, які найчастіше зустрічаються у клініці хірургічної стоматології.

Необхідно підкреслити, що цей посібник є оригінальним у своєму роді, має прикладний характер для щоденного застосування в клінічній практиці хірургічної стоматології та буде корисним як здобувачам вищої освіти, так і досвідченим фахівцям цієї галузі.

Алгоритм клінічного обстеження пацієнта

Скарги пацієнта

Відсутність скарг. Причини приходу до лікаря:

- профілактичний огляд;
- санація порожнини рота;
- порада лікаря-стоматолога (терапевта, ортопеда, ортодонта);
- продовження лікування.

Скарги на наступне:

Біль:

- гострий, тупий, ниючий, ріжучий, рвучий;
- самовільного характеру;
- від термічних подразників (холодного, гарячого);
- при накушуванні на зуб або відчуття зуба, що виріс;
- в ділянці видаленого зуба;
- при відкриванні рота;
- що іррадіює за ходом гілок трійчастого нерва (в ухо, око, скроню);
- при нахилі голови вперед;
- головний;
- при повороті голови праворуч або ліворуч;
- за грудниною.

Припухлість (набряк):

- м'яких тканин (виличної, підочної, щічної, скроневої, привушно-жувальної ділянок, верхньої та нижньої губи, ділянки шиї);
- ясен в ділянці зуба;
- в інших ділянках порожнини рота.

Порушення функції:

- жування;
- ковтання;
- дихання;
- мовлення.

Наявність новоутворення:

- на шкірі (у виличній, підочній, щічній, скроневої, привушно-жувальній, під нижньощелепній і підборідній ділянках, у ділянці верхньої та нижньої губи);
- в товщі м'яких тканин;
- в ділянці твердого та м'якого піднебіння;
- на слизовій облямівці язика, щік, ясен, дна порожнини рота, в ретромолярній ділянці.

Наявність запаху:

- іхорозного (гнильного) з лунки видаленого зуба;
- з порожнини рота.

Наявність виділень:

- з норицевого ходу;
- з порожнини носа;
- з порожнини рота (слиновиділення);
- з ока (сльозотеча).

Зміна слиновиділення (салівації):

- збільшення;
- зменшення;
- «сухість у порожнині рота».

Зміна присмаку:

- гіркий, солений, кислий;
- відсутність смакових відчуттів.

Порушення чутливості (парестезія):

- зниження чутливості (гіпостезія);
- підвищення чутливості (гіперстезія);
- оніміння (анестезія);
- відчуття «повзання мурашок»;
- печіння;
- відчуття «удару електричним струмом».

Анамнез захворювання

Вважає себе хворим (скільки днів), коли з'явився:

- біль при накушуванні на зуб;
- набряклість;
- біль при ковтанні.

Динаміка болю або набряклості:

- без змін;
- біль посилюється (набряк збільшується);
- біль зменшується (набряк зменшується).

Звернення за медичною допомогою:

- звертався – призначили лікування (вказати яке);
- не звертався.

Лікування:

- лікувався згідно з призначеннями лікаря;
- лікувався самостійно;
- не лікувався.

Супутні захворювання

Захворювання серцево-судинної системи:

- артеріальна гіпертензія;
- ішемічна хвороба серця;
- стенокардія;
- аритмія;
- інфаркт, інсульт (вказати давність);
- інші (вказати).

Захворювання нервової системи:

- епілепсія;
- інші (вказати).

Захворювання ендокринної системи:

- цукровий діабет (I або II типу);
- тиреотоксикоз;
- інші (вказати).

Захворювання органів травлення:

- гастрит;
- виразкова хвороба;
- холецистит;
- інші (вказати).

Захворювання органів дихання:

- бронхіальна астма;
- інші (вказати).

Інфекційні захворювання:

- туберкульоз;
- вірусний гепатит (А, В, С);
- ВІЛ-інфекція;
- сифіліс;
- інші (вказати).

Алергічні реакції:

- харчова алергія;
- на медичні препарати;
- поліноз;
- інші (вказати).

Постійне застосування лікарських засобів:

- трициклічні антидепресанти;
- інгібітори МАО;
- інші (вказати).

Шкідливі фактори зовнішнього середовища:

- праця на виробництві скла;
- праця на хімічному виробництві;
- інші (вказати).

Вагітність, післяпологовий період:

- I, II, III триместр вагітності;
- активна лактація.

Інше:

- глаукома;
- тромбоцитопенічна пурпура;
- гемофілія;
- інше (вказати).

Клінічна картина захворювання

Дані зовнішнього огляду (status specialis)

Конфігурація обличчя:

- не змінена;
- змінена внаслідок:
 - набряку м'яких тканин будь-якої анатомічної ділянки праворуч або ліворуч;
 - інфільтрату м'яких тканин (вказати ділянку);
 - наявності новоутворення м'яких тканин;
 - деформації кісток лицевого скелету;
 - рубцевої деформації.

Колір шкірних покривів, червоної облямівки губ:

- фізіологічного забарвлення;
- без видимих патологічних змін;
- гіперемія (вказати ділянку);
- блідість (вказати ділянку);
- синюшність (вказати ділянку);
- мармуровість (вказати ділянку).

Стан шкірних покривів:

- визначається (не визначається) норицевий хід;
- визначаються гнійні або кров'яністі виділення з нориці (за її наявності);
- визначається зростання грануляційної тканини з нориці;
- в ділянці раніше наявної нориці визначається рубець;

- визначаються елементи ураження:
 - первинні: пляма (запальна, незапальна), вузлик (папула), горбик, вузол, пухирець, міхур, пустула, пухир;
 - вторинні: пігментація або депігментація, лусочки, кірка, рубець, ерозія, садно, тріщина, виразка, ліхенізація, вегетація.

Цілісність шкірних покривів:

- збережена (не порушена);
- порушена: визначається норичевий хід, рана.

Інфільтрат (за його наявності):

- шкіра над інфільтратом гіперемована, набрякла;
- шкіра над інфільтратом збирається або не збирається в складку;
- пальпація інфільтрату безболісна, слабо болісна, болісна або різко болісна;
- визначається симптом флуктуації, глибокої флуктуації або поверхневої флуктуації;
- симптом флуктуації не визначається.

Лімфатичні вузли:

- не збільшені;
- збільшені до (вказати розмір в діаметрі);
- рухливі;
- нерухливі;
- спаяні з м'якими тканинами (зі шкірою, із підлеглими тканинами, зі шкірою та підлеглими тканинами);
- спаяні в «пакети»;
- не спаяні;
- м'яко-еластичної, щільно-еластичної, хрящоподібної консистенції.

Рухи в скронево-нижньощелепному суглобі:

- не обмежені;
- обмежені, рот відкривається на (скільки) сантиметрів;
- при русі нижньої щелепи визначається її S-подібне зміщення праворуч або ліворуч;
- при відкриванні рота визначається симптом хрускоту, клацання.

Характеристика ступеня відкривання рота:

- в межах фізіологічної можливості;
- обмеження відкривання рота I ступеня (легкий: рот відкривається на 2,0–3,0 см), II (середній: 1,0–2,0 см), III ступеня (тяжкий: менше 1,0 см).

Огляд порожнини рота (status localis)

Прикус:

- нейтральний;
- дистальний;
- мезіальний;
- за відсутності ключових зубів не визначається.

Стан твердих тканин зубів:

- зуб інтактний;
- коронка зуба зруйнована на 1/3, 1/2, 2/3, до рівня ясен;
- дефект твердих тканин відновлений пломбою, вкладкою, штучною коронкою;
- зуб під штучною коронкою в складі мостоподібного протеза;
- зуб (вказати, який за формулою) в зубному ряду відсутній (не прорізався);
- зуб (вказати, який за формулою) в зубному ряду відсутній (видалений, лунка виконана кров'яним згустком або кров'яним згустком, що розпався; харчовими масами);
- зуб (вказати, який за формулою) в зубному ряду відсутній (видалений, стінки лунки покриті сірим нальотом);
- зуб (вказати, який за формулою) в зубному ряду відсутній, визначається сполучення із верхньощелепною пазухою;

- визначається лунка видаленого премоляра або моляра, сполучена з верхньощелепною пазухою;
- за наявності сполучення із верхньощелепною пазухою – є гнійне відокремлюване чи нема;
- рухливість зуба (вказати, якого за формулою) I, II, III ступеня;
- зуб прорізався одним, двома (мезіальними) горбиками;
- зондування зуба болісне або безболісне;
- перкусія зуба болісна або безболісна;
- пальпація в проекції верхівки зуба болісна або безболісна.

Стан періодонта:

- стійкий;
- визначається рухливість зубів (вказати, яких за формулою) I, II, III–IV ступеня;
- визначається зубоясенна (періодонтальна) кишеня глибиною до (вказати, скільки) міліметрів.

Стан слизової оболонки порожнини рота:

- фізіологічного забарвлення;
- без видимих патологічних змін;
- визначаються петехії за лінією змикання зубів або рубцево-змінена слизова оболонка;
- визначаються ділянки лейкоплакії внаслідок хронічної травми гострими краями зубів, протезів;
- визначаються елементи ураження:
 - первинні – пляма (розеола, еритема), геморагії (петехії, екхімози); телеангіоектазії, пігментні плями, вузлик (папула), горбик, вузол, пухирець, міхур, пустула;
 - вторинні – ерозія, екскоріація, афта, виразка, тріщина, рубець, наліт, кірка, лусочки;
- гіперемована, набрякла в проекції верхівки кореня, в ділянці лунки видаленого зуба, в ділянці коронки зуба, що прорізується, або в ділянці, де очікується прорізування зуба;
- перехідна складка згладжена або вибухає через набряк, гіперемована в проекції зубів (вказати, яких);
- перехідна складка згладжена або вибухає внаслідок інфільтрату (вказати розмір), гіперемована в проекції зубів (вказати, яких);
- визначається симптом «флуктуації».

Симптоми:

- позитивний симптом «повітряного струменя»;
- позитивний симптом «трубача»;
- позитивні медіастинальні симптоми.

Дані променевих методів дослідження:

- структура кісткової тканини не змінена;
- періодонтальна щілина розширена;
- кореневі канали запломбовані:
 - до фізіологічного звуження, рівномірно, щільно по всьому простору;
 - на 1/3, 1/2, 2/3 довжини кореня, пухко, визначаються пори;
- кореневі канали не запломбовані;
- в періапикальних тканинах визначається чужорідне тіло (корінь зуба, пломбувальний матеріал);
- осередок деструкції кісткової тканини з чіткими/нечіткими контурами (вказати розмір) – зона просвітлення;
- осередок деструкції кісткової тканини округлої форми у вигляді «язиків полум'я» розміром (вказати, скільки);
- визначається порушення цілісності нижньої стінки верхньощелепної пазухи;
- зниження пневматизації верхньощелепного синуса;
- наявність новоутворення верхньощелепної пазухи у вигляді «купола»;

- осередок деструкції кісткової тканини прилягає до верхньощелепної пазухи або нижньощелепного каналу;
- наявність секвестрів у кістці;
- стінки лунки видаленого зуба визначаються чітко або нечітко;
- в отворі лунки визначається чужорідне тіло (секвестр або корінь зуба);
- визначається сформований зуб, розташований повністю в кістковій тканині;
- дистально в ділянці коронки зуба, що прорізується, визначається півмісячна тінь;
- зуб прилягає до верхньощелепної пазухи або нижньощелепного каналу.

Клінічний діагноз

- Гострий серозний або гнійний періодонтит (вказати зуб);
- хронічний фіброзний, гранулюючий або гранулематозний періодонтит (вказати зуб);
- загострення хронічного періодонтиту (вказати зуб);
- гострий одонтогенний серозний періостит верхньої або нижньої щелепи праворуч або ліворуч від зуба (вказати, якого);
- гострий одонтогенний гнійний періостит верхньої або нижньої щелепи праворуч або ліворуч від зуба (вказати, якого);
- гострий (серозний або гнійний) перикороніт зуба (вказати, якого);
- хронічний перикороніт зуба (вказати, якого);
- альвеоліт зуба (вказати, якого);
- гострий одонтогенний остеомієліт альвеолярного відростка (або тіла) верхньої або нижньої щелепи праворуч або ліворуч в ділянці зуба (вказати, якого);
- хронічний одонтогенний обмежений, осередковий або дифузний остеомієліт альвеолярного відростка (або тіла) верхньої або нижньої щелепи праворуч або ліворуч в ділянці зуба (вказати, якого);
- ретенція зуба (вказати, якого);
- дистопія зуба (вказати варіант просторового розташування);
- гострий одонтогенний синусит (серозний або гнійний) верхньощелепної пазухи праворуч або ліворуч;
- хронічний одонтогенний синусит верхньощелепної пазухи праворуч або ліворуч;
- нориця верхньощелепної пазухи в ділянці лунки зуба (вказати, якого);
- гострий одонтогенний (серозний або гнійний) лімфаденіт (вказати, якої ділянки);
- хронічний одонтогенний лімфаденіт (або туберкульозний, сифілітичний, актиномікотичний).

Приклади опису лікувальних маніпуляцій

Операція видалення зуба:

- під двобічною інфільтраційною або провідниковою анестезією (вказати розчин і об'єм анестетика) видалено зуб (вказати, який) за допомогою щипців (вказати, яких). Ревізія лунки. Зроблено гемостаз компресією. Пацієнту надані рекомендації.

Операція складного видалення зуба:

- під провідниковою або інфільтраційною анестезією (вказати розчин і об'єм анестетика) за допомогою прямого елеватора та щипців (вказати, яких) видалено зуб (вказати, який). Ревізія лунки. Зроблено гемостаз компресією. Пацієнту надані рекомендації.

Операція атипового видалення зуба:

- під провідниковою або інфільтраційною анестезією (вказати розчин і об'єм анестетика) зроблено трапецієподібний або кутовий розріз слизової оболонки до кістки. Відшаровано слизово-окісний клапоть в проекції зуба (вказати, якого). За допомогою бормашини видалено кісткову тканину над ретенуваним (напівретенуваним) зубом. Прямим елеватором і щипцями видалено корінь або зуб (вказати, який). Ревізія лунки кюретажною ложкою. Зроблено гемостаз компресією. Слизово-окісний клапоть укладено на місце та фіксовано окремими вузловими швами (вказати шовний матеріал).

Первинна хірургічна обробка гнійного осередку при періоститі:

- під провідниковою або інфільтраційною анестезією (вказати розчин і об'єм анестетика) зроблено розріз слизової оболонки до кістки по перехідній складці в проекції зубів. Серпоподібною гладилкою в зоні втручання відшаровано окістя. Отримано серозне (гнійне) відокремлюване. Інстиляція рани розчином (вказати антисептик), до рани введено дренаж із рукавичної гуми. Гемостаз компресією. Призначено лікування (вказати препарати).

Первинна хірургічна обробка при гострому перикороніті:

- під торусальною (мандибулярною) анестезією (вказати розчин і об'єм анестетика) проведена перикоронарэктомія (перикоронаротомія). Інстиляція рани (вказати антисептик), гемостаз компресією, до рани введено йодоформну турунду (губка «Альвостаз», «Гелопак», «Альвожил») (гумовий дренаж). Призначено лікування (вказати препарати).

Перев'язка при періоститі:

- видалено гумовий дренаж. Інстиляція рани (вказати антисептик), повторно введено дренаж із рукавичної гуми.

Перев'язка після видалення зуба:

- антисептична обробка лунки видаленого зуба (вказати антисептик). При кров'яному згустку, що розпався, – обережне видалення кюретажною ложкою (без вискоблювання) кров'яного згустку, що розпався, а також харчових мас. До лунки видаленого зуба введено йодоформну турунду (лінкоміцинова плівка, губка «Альвостаз», «Гелопак», «Альвожил»).

Перев'язка після травми (або видалення утвору) на шкірі (або слизовій оболонці):

- знято пов'язку, антисептична обробка ділянки рани (вказати антисептик), обробка лінії швів 1,0 % розчином діамантового зеленого. Накладення на ділянку рани антисептичної пов'язки з лейкопластирною фіксацією.

Зняття швів:

- знято пов'язку, антисептична обробка ділянки рани (вказати антисептик). Знято шви. Обробка шкірних покривів або слизової оболонки 1,0 % розчином діамантового зеленого.

Приклади місцевих анестетиків (в ампулах і карпулах) та антисептиків

Місцеві анестетики:

- Sol. Artiphriini 4,0 % – 1,7 мл
- Sol. Septonesti 4,0 % – 1,7 мл
- Sol. Ultracaini DS 2,0 % – 1,7 мл
- Sol. Ubistesini 2,0 % – 1,5 мл
- Sol. Ubistesini 4,0 % – 1,7 мл

Антисептики:

- 0,05 % розчин хлоргексидину біглюконату
- 3,0 % розчин перекису водню
- 0,01 % розчин мірамістину
- 1,0 % водний розчин хлорофіліпту

МКХ-10. Хвороби порожнини рота, слинних залоз і щелеп (K00-K14)

K00 Порушення розвитку і прорізування зубів

K00.1 Надкомплектні зуби

K00.6 Порушення прорізування зубів

K01 Ретенвані та імпактні зуби

K01.0 Ретенвані зуби

K01.1 Імпактні зуби

K03 Інші хвороби твердих тканин зубів

K03.4 Гіперцементоз

K04 Хвороби пульпи і періапикальних тканин

K04.4 Гострий апікальний періодонтит пульпарного походження

K04.5 Хронічний апікальний періодонтит

- K04.6 Періапикальний абсцес з норицею
 - K04.60 який має сполучення (норицю) з верхньощелепною пазухою
 - K04.61 який має сполучення (норицю) з носовою порожниною
 - K04.62 який має сполучення (норицю) з порожниною рота
 - K04.63 який має сполучення (норицю) зі шкірою
- K04.7 Періапикальний абсцес без нориці
- K04.8 Коренева кіста
 - K04.80 Коренева кіста. Апікальна та бокова
 - K04.81 Коренева кіста. Залишкова
 - K04.82 Коренева кіста. Запальна пародонтальна
 - K04.89 Коренева кіста не уточнена

K05 Гінгівіт і хвороби пародонту

- K05.2 Гострий пародонтит:
 - K05.20 Періодонтальний абсцес ясенного походження без нориці
 - K05.21 Періодонтальний абсцес ясенного походження з норицею
 - K05.22 Гострий перикороніт
- K05.3 Хронічний пародонтит:
 - K05.30 Хронічний пародонтит. Локалізований
 - K05.31 Хронічний пародонтит. Генералізований
 - K05.32 Хронічний перикороніт
 - K05.33 Потовщений фолікул (гіпертрофія сосочка)
- K05.4 Пародонтоз

K07 Щелепно-лицьові аномалії (включаючи аномалії прикусу)

- K07.3 Аномалії положення зубів
- K07.6 Хвороби скронево-нижньощелепного суглоба:
 - K07.60 Синдром больової дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба
 - K07.61 Щелепа, що "клацає"
 - K07.62 Рецидивуючий вивих, підвивих скронево-нижньощелепного суглоба

K09 Кісти ділянки рота, не класифіковані в інших рубриках

- K09.0 Кісти, що утворювалися в процесі формування зубів
 - K09.00 Кіста при прорізуванні зубів
 - K09.03 Фолікулярна кіста
 - K09.04 Бокова періодонтальна кіста
- K09.10 Глобуломаксилярна (верхньощелепної пазухи) кіста
- K09.11 Серединна піднебінна кіста
- K09.12 Носо-піднебінна (різцевого каналу) кіста
- K09.80 Дермоїдна кіста
- K09.81 Епідермоїдна кіста

K10 Інші хвороби щелеп

- K10.2 Запальні захворювання щелеп
 - K10.21 Остеомієліт щелепи
 - K10.22 Періостит щелепи
 - K10.23 Хронічний періостит щелепи
 - K10.25 Секвестр
 - K10.26 Радіаційний остеонекроз
- K10.3 Альвеоліт щелеп

K11 Хвороби слинних залоз

- K11.0 Атрофія слинної залози
- K11.1 Гіпертрофія слинної залози
- K11.2 Сіалоденіт
- K11.4 Нориця слинної залози
- K11.5 Сіалолітіаз
- K11.6 Мукоцеле слинної залози
- K11.60 Слизова ретенційна кіста

Клінічні групи диспансерного спостереження

Група	Хворі	Характеристика клінічних груп
Ia	Із злоякісними новоутвореннями, що підозрілі на злоякісне новоутворення	До Ia клінічної групи належать хворі з неясною клінічною картиною, при наявності підозри на злоякісне новоутворення. Хворих Ia групи після встановлення остаточного діагнозу знімають з обліку або переводять в інші клінічні групи. Поглиблене обстеження хворих Ia клінічної групи повинне бути організоване не пізніше, ніж через 7 днів з моменту взяття на диспансерний облік. На клінічній групі Ia хворий може знаходитись не більше 10 днів
Iб	З передпухлинними захворюваннями	До Iб клінічної групи належать хворі з передпухлинними захворюваннями
II	Із злоякісними новоутвореннями, що підлягають спеціальному комплексному лікуванню	До II клінічної групи відносять хворих зі злоякісними новоутвореннями, які внаслідок застосування сучасних схем лікування можуть бути повністю виліковані, а також тих, у кого може бути досягнута тривала ремісія
IIa	Із злоякісними новоутвореннями, що підлягають радикальному лікуванню	У складі II клінічної групи виділена підгрупа IIa – хворі, які підлягають радикальному лікуванню. Під радикальним лікуванням розуміють застосування сучасних методів лікування пухлинного процесу, спрямованих на повне виліковування хворого від пухлини
III	Практично здорові особи після проведеного радикального лікування злоякісної пухлини	До III клінічної групи практично здорових осіб відносять хворих, яким проведено радикальне лікування (хірургічне, променеве, комбіноване або комплексне) при відсутності рецидивів та метастазів. Ці особи є об'єктом спостереження та реабілітації. Контрольні огляди проводяться у перший рік після закінчення радикального лікування щоквартально, у другий рік – двічі на рік, у третій та наступні роки – один раз на рік. Особи цієї клінічної групи у випадку виникнення у них рецидивів захворювання переводяться у II (IIa) групу для проведення спеціалізованого лікування (хірургічного, променевого та ін.) або в IV групу, якщо проведення спеціальних методів лікування не показано у зв'язку з розповсюдженістю процесу
IV	З розповсюдженими формами злоякісних новоутворень, що підлягають паліативному або симптоматичному лікуванню	До IV клінічної групи – розповсюджена форма злоякісного новоутворення – відносять хворих, спеціальне лікування яких неможливе. Це хворі, яким надається головним чином симптоматичне та паліативне лікування. Цей важкий контингент хворих потребує особливої уваги з боку медичного персоналу. Для цих хворих є обов'язковим застосування адекватних протипухлинних заходів, а також ліквідація життєво небезпечних ускладнень

Розділ 1. Захворювання щелепно-лицевої ділянки
Періодонтити

№ пор.	ПІБ, вік	Скарги і дані анамнезу	Дані об'єктивного дослідження	Діагноз	Лікування та призначення
1	Хромченко Олексій Юрійович, 36 років	Пацієнта направив лікар-ортопед. Скарги на наявність зруйнованого зуба на верхній щелепі праворуч. Зуб раніше лікували з приводу ускладнень каріозного процесу. На диспансерному обліку не перебуває. Хворобу Боткіна та інші спец. інфекції заперечує. Алергологічний анамнез не обтяжений. Онкологічний огляд – новоутворень не виявлено.	Конфігурація обличчя не змінена. Шкірні покриви і видимі слизові оболонки нормального забарвлення, без патологічних змін. Носогубні складки та підборідна борозна виражені помірно, відповідно віку. Регіонарні лімфатичні вузли не пальпуються. Відкриття рота вільне, рухи у скронево-нижньощелепному суглобі (СНЩС) виконуються у повному обсязі. Слизова оболонка порожнини рота (СОПР) блідо-рожевого кольору, без видимих патологічних змін. Язик чистий, вологий. A Pt 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 A PI PI PI PI A Прикус: за ортогнатичним типом. St. localis: коронкова частина 14-го зуба зруйнована на 2/3. Визначається рухливість II ступеня. Слизова оболонка в ділянці 14-го зуба має ціанотичний відтінок. На рентгенограми: в просвіті щічного кореневого каналу 14-го зуба нерівномірно проектується пломбувальний матеріал, кореневий канал заломбовано не до верхівкового отвору, в ділянці якого визначається вогнище деструкції кісткової тканини у вигляді «язиків полум'я».	Хронічний гранулюючий періодонтит 14-го зуба	Проведено антисептичну обробку порожнини рота 0,02 % розчином хлоргексидину. Під плексуальною та піднебінною анестезією (Sol. Artiphriini 4,0 % – 1,7 мл) проведено операцію видалення 14-го зуба. Лунку репоновано. Проведено гемостаз. Призначено: «Німесил» – по 1 пак. 2 рази на добу у разі виникнення болю. Пацієнту надані рекомендації.
2	Токарев Артур Ігорович, 27 років	Скарги на періодичну появу отвору, з якого виділяється гній, на слизовій оболонці в ділянці кореня зуба на нижній щелепі праворуч. Вперше дані симптоми з'явилися 3 міс тому. До лікаря за допомогою не звертався. На диспансерному обліку не перебуває. Хворобу Боткіна та інші спец. інфекції заперечує. Алергологічний анамнез не обтяжений. Онкологічний огляд – новоутворень не виявлено.	Конфігурація обличчя не змінена. Шкірні покриви і видимі слизові оболонки нормального забарвлення, без патологічних змін. Носогубні складки та підборідна борозна виражені помірно, відповідно до віку. Регіонарні лімфатичні вузли не пальпуються. Відкриття рота вільне, рухи у СНЩС виконуються у повному обсязі. СОПР блідо-рожевого кольору, без видимих патологічних змін. Язик чистий, вологий. A PI PI A 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 A PI Pt PI PI A Прикус: за ортогнатичним типом. St. localis: коронкова частина 46-го зуба зруйнована на 2/3. Перкусія чутлива. Слизова оболонка в ділянці проєкції верхівки дистального кореня 46-го дещо набрякла, застійно гіперемована, визначається нориця. Позитивний симптом вазопарезу: при натисканні інструментом на цю ділянку ясен виникають поглиблення та почервоніння, які не зникають одразу після припинення натискання. Пальпація болюча. На рентгенограми: в ділянці верхівки дистального кореня 46-го зуба визначається вогнище деструкції кісткової тканини з нечіткими контурами, розміром 0,4 см	Хронічний гранулюючий періодонтит 46-го зуба	Проведено антисептичну обробку порожнини рота 0,02 % розчином хлоргексидину. Під торусальною анестезією (Sol. Ubistesini 4,0 % – 1,7 мл) проведено операцію видалення 46-го зуба. Лунку репоновано. Проведено гемостаз. Призначено: «Німесил» – по 1 пак. 2 рази на добу у разі виникнення болю.

№ пор.	ПІБ, вік	Скарги і дані анамнезу	Дані об'єктивного дослідження	Діагноз	Лікування та призначення
3	Вовк Павло Андрійович, 32 роки	Скарги на незначний, періодично виникаючий біль при накушуванні в зубі на нижній щелепі праворуч. Зуб раніше лікували з приводу гострого пульпіту. На диспансерному обліку не перебуває. Хворобу Боткіна та інші спец. інфекції заперечує. Алергологічний анамнез не обтяжений. Онкологічний огляд – новоутворень не виявлено.	Конфігурація обличчя не змінена. Шкірні покриви і видимі слизові оболонки нормального забарвлення, без патологічних змін. Носогубні складки та підборідна борозна виражені помірно, відповідно до віку. Регіонарні лімфатичні вузли не пальпуються. Відкриття рота вільне, рухи у СНЩС виконуються у повному обсязі. СОПР присінку та власне порожнини рота блідо-рожевого кольору, без патологічних змін. Язик чистий, вологий. 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 3 36 37 38 A Pt A Прикус: за ортогнатичним типом. St. localis: коронкова частина 46-го зуба в кольорі не змінена, на жувальній поверхні визначається велика пломба з композитного пломбувального матеріалу. Реакція на температурні подразники, перкусію – безболісна. Слизова оболонка ясен в ділянці проєкції коренів 46-го в кольорі не змінена, без видимих патологічних змін. На рентгенограмі: дистальний кореневий канал 46-го зуба запломбовано на 3/4 довжини, в ділянці його верхівки – вогнище просвітлення округлої форми з чіткими контурами, діаметром 0,4 см.	Хронічний гранулематозний періодонтит 46-го зуба	Показано проведення операції – гемісекція 46-го зуба. Проведено антисептичну обробку порожнини рота 0,02 % розчином хлоргексидину. Під правобічною торусальною анестезією (Sol. Septonesti 4,0 % – 1,7 мл) проведено коронарорадикулярну сепарацію 46-го зуба – вилучено дистальну частину з гранульою. Проведено гемостаз. Медіальну частину 46 зашиновано за допомогою системи «Fiber Splint». Надані рекомендації. Прихід – наступного дня.
4	Христенко Ілля Андрійович, 42 роки	Скарги на періодично виникаючий біль при накушуванні в зубі на верхній щелепі праворуч. Зуб раніше лікували з приводу гострого пульпіту. На диспансерному обліку не перебуває. Хворобу Боткіна та інші спец. інфекції заперечує. Алергологічний анамнез не обтяжений. Онкологічний огляд – новоутворень не виявлено.	Конфігурація обличчя не змінена. Шкірні покриви і видимі слизові оболонки нормального забарвлення, без патологічних змін. Носогубні складки та підборідна борозна виражені помірно, відповідно до віку. Регіонарні лімфатичні вузли не пальпуються. Відкриття рота вільне, рухи у СНЩС виконуються у повному обсязі. СОПР присінка та власне порожнини рота блідо-рожевого кольору, без патологічних змін. Язик чистий, вологий. A Pt Cd A 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 A Pt Pl Cd A Прикус: за ортогнатичним типом. St. localis: коронкова частина 12-го зуба в кольорі не змінена, на піднебінній поверхні визначається пломба з композитного пломбувального матеріалу. Реакція на температурні подразники та перкусію безболісна. Слизова оболонка ясен в ділянці проєкції кореня 12-го в кольорі не змінена, без видимих патологічних змін. На рентгенограмі: кореневий канал 12-го зуба запломбовано неякісно, пломбувальний матеріал не доведено до верхівки на 0,2 см, в ділянці якої визначається вогнище деструкції кісткової тканини овальної форми з чіткими контурами, діаметром 0,4 см.	Хронічний гранулематозний періодонтит 12-го зуба	Показано проведення операції – резекція верхівки кореня 12-го зуба. Проведено антисептичну обробку порожнини рота 0,02 % розчином хлоргексидину. Під правобічною інфраорбітальною та різцевою анестезією (Sol. Ubistesini 4,0 % – 1,7 мл) проведено дугоподібний розріз м'яких тканин альвеолярного відростка до кістки, відсепаровано слизово-окісний клапоть, який звернено до перехідної складки. Проведено трепанацію зовнішньої стінки лунки кулястим бором, оголення верхівки кореня. Кюретажними ложками різних розмірів проведено вишкрібання грануляцій, фісурним бором зрізано верхівку кореня, проведено ревізію і туалет кісткової рани. Слизово-окісний клапоть покладено на місце, рану ушито поліамідною ниткою (№ 3) вузловими швами. До рани притиснутий сухий асептичний тампон, дозований холод. Призначено: «Найз» – 1 табл. 2 рази на добу протягом 3 днів. Прихід наступного дня.

№ пор.	ПІБ, вік	Скарги і дані анамнезу	Дані об'єктивного дослідження	Діагноз	Лікування та призначення
5	Шевченко Сергій Сергійович, 42 роки	Скарги на зміну кольору зуба на верхній щелепі праворуч. Рік тому відмічав постійні ниючі болі у зубі. До лікаря за допомогою не звертався. На диспансерному обліку не перебуває. Хворобу Боткіна та інші спец. інфекції заперечує. Алергологічний анамнез не обтяжений. Онкологічний огляд – новоутворень не виявлено.	Конфігурація обличчя не змінена. Шкірні покриви і видимі слизові оболонки нормального забарвлення, без патологічних змін. Носогубні складки та підборідна борозна виражені помірно, відповідно віку. Піднижньощелепний лімфатичний вузол праворуч розміром до 0,5 см безболісний при пальпації. Відкриття рота вільне, рухи у СНЩС виконуються у повному обсязі. СОПР присінка та власне порожнини рота блідо-рожевого кольору, без патологічних змін. Язик чистий, вологий. A PI PI Pt 18 17 1 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 A PI PI PI PI Cd A Прикус: за ортогнатичним типом. St. localis: коронкова частина 14-го зуба змінена в кольорі, на жувальній поверхні визначається глибока каріозна порожнина, що сполучається з порожниною зуба. Реакція на температурні подразники, зондування, перкусію – безболісна. Пальпація в проекції верхівок коренів 14-го зуба безболісна, визначається вазопаре – при натисканні інструментом на цю ділянку ясен виникає поглиблення та почервоніння, які не зникають одразу після припинення натискання. На рентгенограмі в ділянці верхівок коренів 14-го зуба визначається осередок деструкції кісткової тканини округлої форми з чіткими контурами, діаметром 0,4 см.	Хронічний гранулематозний періодонтит 14-го зуба	Показано реплантацію 14-го зуба. Проведено антисептичну обробку порожнини рота 0,02 % розчином хлоргексидину. Під плексуальною та палатинальною анестезією (Sol. Ultracaini DS 2,0 % – 1,7 мл) проведено операцію з видалення 14-го зуба. Зуб поміщено в 0,9 % розчин хлориду натрію. Лунку видаленого зуба після ревізії накрито стерильним тампоном. Проведено стерилізацію та обробку видаленого 14-го зуба (реплантату), зняття зубних відкладень, пломбування корневих каналів і каріозних порожнин, резекція верхівок коренів. Після обробки реплантат введено в лунку. 13, 14, 15-й зуб зашиновано скловолоконною арматурою «Fiberkore». Призначено: «Німесил» – по 1 пак. 2 рази на добу; «Цефаклор» по 4,0 г/доб; «Аперон» по 1 табл. на добу, курс – 5 днів.
6	Морева Катерина Ігорівна, 29 років	Скарги на періодично виникаючий біль при накушуванні в зубі на верхній щелепі праворуч. Зуб раніше лікували з приводу гострого пульпіту. На диспансерному обліку не перебуває. Хворобу Боткіна та інші спец. інфекції заперечує. Алергологічний анамнез не обтяжений. Онкологічний огляд – новоутворень не виявлено.	Конфігурація обличчя не змінена. Шкірні покриви і видимі слизові оболонки нормального забарвлення, без патологічних змін. Носогубні складки та підборідна борозна виражені помірно, відповідно віку. Регіонарні лімфатичні вузли не пальпуються. Відкриття рота вільне, рухи у СНЩС виконуються у повному обсязі. СОПР присінка та власне порожнини рота блідо-рожевого кольору, без патологічних змін. Язик чистий, вологий. A PI 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 A PI PI PI PI A Прикус: за ортогнатичним типом. St. localis: коронкова частина 23-го зуба змінена в кольорі, на апроксимальній поверхні визначається пломба з композитного матеріалу. Реакція на температурні подразники, зондування, перкусію – безболісна. Пальпація в проекції верхівки кореня 23-го зуба безболісна, визначається незначне вибухання з вестибулярного боку. На рентгенограмі в ділянці верхівки кореня 23-го зуба визначається розрідження кісткової тканини округлої форми з чіткими контурами, діаметром 0,6 см. Кореневий канал запломбовано на 2/3 довжини.	Хронічний гранулематозний періодонтит 23-го зуба Кістогранульома в ділянці апекса 23-го зуба	Показано проведення операції – резекція верхівки кореня 23-го зуба. Проведено антисептичну обробку порожнини рота 0,02 % розчином хлоргексидину. Під правобічною інфраорбітальною анестезією (Sol. Ubistesini 2,0 % – 1,5 мл) проведено дугоподібний розріз м'яких тканин альвеолярного відростка до кістки, відсепаровано слизово-окісний клапоть в ділянці 22, 23, 24-го зубів, який звернено до перехідної складки. Виділено верхівку кореня 23-го зуба разом із кістогранульою, проведено резекцію верхівки кореня 23-го зуба фісурним бором, яку видалено юретажною ложкою разом з кістогранульою. Виступаючу частину кореня згладжено фрезою до дна кісткової порожнини. Антисептична обробка. Слизово-окісний клапоть покладено на місце і зафіксовано вузловими швами «VICRYL». Накладено стисну пов'язку. Призначено: «Німегезик» – по 1 табл. у разі виникнення болю; «Тавегіл» – по 1 табл. 3 рази на добу; «Ротокан» – полоскання теплим розчином 3 рази на добу протягом тижня.

Абсцеси

№ пор.	ПІБ, вік	Скарги і дані анамнезу	Дані об'єктивного дослідження	Діагноз	Лікування та призначення																																																																
7	Сидоренко Іван Сергійович, 41 рік	<p>Скарги на утруднене відкривання рота, нестерпний біль при ковтанні, біль під час їжі та розмови, поганий сон і апетит, посилене слино виділення, підвищена температура тіла до 38,0 °С.</p> <p>Тиждень тому видалено 37-й зуб з приводу абсцедуючого пародонтиту. Через добу в підпідборідній ділянці та під язиком з'явилась припухлість м'яких тканин, біль в ділянці лунки видаленого зуба. Прийом анальгетиків, зігріваючі компреси не принесли полегшення, з'явилось обмежене відкривання рота, і хворий звернувся до стоматолога.</p> <p>Рухи язиком стали болючими, виник біль під язиком, спроби відкрити рот різко болючі, температура підвищилась до 39,0 °С, зникли сон і апетит.</p> <p>Відмічає часті простудні захворювання. На диспансерному обліку не перебуває. Хворобу Боткіна та інші спец. інфекції заперечує.</p> <p>Алергологічний анамнез не обтяжений. Онкологічний огляд – новоутворень не виявлено.</p>	<p>Вираз обличчя страждальний. Відзначається незначна припухлість в підщелепному трикутнику, колір шкіри в цій ділянці не змінений. При пальпації тканин в цій ділянці виявляється болючість та збільшення групи підщелепних лімфатичних вузлів. Відкривання рота утруднене, болісне. При повільному обережному розведенні щелеп вдається відкрити рот на 1,0–2,0 см, після цього утримання рота відкритим за допомогою гвинтового роторозширювача або іншим способом є менш болючим і стає можливим провести огляд порожнини рота.</p> <table border="0" data-bbox="728 502 1467 614"> <tr> <td>A</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>PI</td> <td></td> <td></td> <td>PI</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>PI</td> <td></td> <td>A</td> </tr> <tr> <td>18</td> <td>17</td> <td>16</td> <td>15</td> <td>14</td> <td>13</td> <td>12</td> <td>11</td> <td>21</td> <td>22</td> <td>23</td> <td>24</td> <td>25</td> <td>26</td> <td>27</td> <td>28</td> </tr> <tr> <td>48</td> <td>47</td> <td>46</td> <td>45</td> <td>44</td> <td>43</td> <td>42</td> <td>41</td> <td>31</td> <td>32</td> <td>33</td> <td>34</td> <td>35</td> <td>36</td> <td>37</td> <td>38</td> </tr> <tr> <td>A</td> <td></td> <td>PI</td> <td></td> <td></td> <td>PI</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>A</td> <td>A</td> </tr> </table> <p>St. localis: з боку слизової оболонки присінка та ясен відхилень від норми не спостерігається. У зіві, крім невеликого почервоніння лівої передньої дужки, жодних змін не виявлено. Передній відділ під'язикового простору, ділянка <i>carunculae sublingualis</i> ліворуч і під'язиковий валик залишаються без змін.</p> <p>Різде почервоніння слизової оболонки і вибухання у ділянці жолобка ліворуч. При пальпації цієї ділянки визначається обмежений осередок запалення з симптомами флуктуації. Лунка видаленого 37-го зуба запалена.</p> <p>Прикус: за ортогнатичним типом.</p> <p>На ортопантограмі визначається вогнище просвітлення кісткової тканини в ділянці лунки 37-го зуба овальної форми з нерівними контурами.</p>	A					PI			PI					PI		A	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	A		PI			PI									A	A	Абсцес щелепно-язикового жолобка	<p>Анестезія за Берше-Дубовим: положення пацієнта – лежачи, голова повернена в бік, протилежний оперативному втручання. Шкірні покриви бокової поверхні обличчя оброблено спиртом і 5,0 % настоянкою йоду. Виконано укол ін'єкційною голкою завдовжки 6,0 см в точці, розташованій під виличною дугою на 2,0 см наперед від козелка вушної раковини. Передпосилаючи розчин анестетика, просунуто голку перпендикулярно поверхні шкірних покривів вглиб між виличною дугою і краєм півмісячної вирізки гілки нижньої щелепи. На глибині 2,5 см введено 2,0 мл Sol. Ultracaini 4,0 % – 1,5 мл (за даними Берше, цим досягається виключення рухових гілок трійчастого нерва і зняття запальної контрактури жувальних м'язів). Просунуто ін'єкційну голку вглиб ще на 1,0 см і введено решту – 3,0 мл розчину новокаїну (за даними Дубова, цим досягається відключення чутливої частини III гілки трійчастого нерва).</p> <p>Проведено розріз для розтину гнійника невеликим вузьким скальпелем між середньою лінією жолобка і внутрішньою поверхнею тіла нижньої щелепи, ближче до тіла щелепи. Розтин неглибокий, лише в межах підслизового шару. Якщо при цьому гною не отримано, рану поглиблюють тупим шляхом за допомогою жолобоподібного зонда. Щоб краї рани не спадалися, рану дреновано тонкою гумовою смужкою. Кровотечу зупинено тампонадою (у деяких випадках вдаються до перев'язки язикової артерії в процесі). Накладено асептичну пов'язку з гіпертонічним розчином.</p> <p>Призначено: промивання розчином фурациліну (1:5000) 3 рази на добу; в/в 10,0 мл 40,0 % розчину уротропіну з 40,0 % розчином глюкози; «Метронідазол» в/в 7,5 мг кожні 6 год; «Лінкоміцин» в/в краплинно по 600,0 мг в 250,0 мл ізотонічного розчину NaCl 2 рази на добу; «Продигіозан» в/м за схемою 0,2 – 0,5 мл, 0,7 – 1,0 мл з інтервалом 4–5–7 днів.</p> <p>Вітамінотерапія – вітаміни групи В і С.</p>
A					PI			PI					PI		A																																																						
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																																																						
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																																																						
A		PI			PI									A	A																																																						

№ пор.	ПІБ, вік	Скарги і дані анамнезу	Дані об'єктивного дослідження	Діагноз	Лікування та призначення																																																																										
8	Кулік Ігор Ігорович, 46 років	<p>Скарги на інтенсивний біль і припухлість в щічній ділянці ліворуч, утруднене відкривання рота, погане самопочуття, підвищення температури тіла до 38,0 °С.</p> <p>П'ять днів тому з'явився гострий біль в ділянці 26-го зуба, переважно при накушуванні. 3 роки тому 26-й зуб проліковано з приводу гострого пульпіту.</p> <p>Пацієнт самостійно полоскав рот теплим содовим розчином, після чого біль при накушуванні трохи стихав. Однак 4 дні тому з'явилась припухлість щоки ліворуч, яка поступово збільшувалась в розмірі і добу тому стала щільною. Відкривання рота обмежене при жуванні. На диспансерному обліку не перебуває. Хворобу Боткіна та інші спец. інфекції заперечує. Алергологічний анамнез не обтяжений. Онкологічний огляд – новоутворень не виявлено.</p>	<p>Конфігурація обличчя змінена внаслідок припухлості м'яких тканин щоки ліворуч, шкіра в кольорі не змінена, в складку збирається добре. При пальпації в товщі лівої щоки визначається болісна ділянка ущільнення з чіткими контурами близько 3,0 см у діаметрі. Піднижньощелепні лімфатичні вузли ліворуч збільшені, помірно болючі. Відкривання рота обмежене, при цьому відзначається біль в ділянці щоки ліворуч.</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">A</td> <td style="text-align: center;">Cd</td> <td style="text-align: center;">Cd</td> <td colspan="6"></td> <td style="text-align: center;">PI</td> <td colspan="6"></td> <td style="text-align: center;">Cd</td> <td style="text-align: center;">Cd</td> <td style="text-align: center;">A</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">18</td> <td style="text-align: center;">17</td> <td style="text-align: center;">16</td> <td style="text-align: center;">15</td> <td style="text-align: center;">14</td> <td style="text-align: center;">13</td> <td style="text-align: center;">12</td> <td style="text-align: center;">11</td> <td style="text-align: center;">21</td> <td style="text-align: center;">22</td> <td style="text-align: center;">23</td> <td style="text-align: center;">24</td> <td style="text-align: center;">25</td> <td style="text-align: center;">26</td> <td style="text-align: center;">27</td> <td style="text-align: center;">28</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">48</td> <td style="text-align: center;">47</td> <td style="text-align: center;">46</td> <td style="text-align: center;">45</td> <td style="text-align: center;">44</td> <td style="text-align: center;">43</td> <td style="text-align: center;">42</td> <td style="text-align: center;">41</td> <td style="text-align: center;">31</td> <td style="text-align: center;">32</td> <td style="text-align: center;">33</td> <td style="text-align: center;">34</td> <td style="text-align: center;">35</td> <td style="text-align: center;">36</td> <td style="text-align: center;">37</td> <td style="text-align: center;">38</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">A</td> <td style="text-align: center;">Cd</td> <td style="text-align: center;">Cd</td> <td colspan="6"></td> <td colspan="6"></td> <td style="text-align: center;">Cd</td> <td style="text-align: center;">Cd</td> <td style="text-align: center;">A</td> <td style="text-align: center;">A</td> </tr> </table> <p>Прикус: за ортогнатичним типом. St. localis: слизова оболонка щоки ліворуч напружена, гіперемована, набрякла. При пальпації визначається болючий запальний інфільтрат з чіткими межами. Слизова оболонка над ним в складку не збирається.</p>	A	Cd	Cd							PI							Cd	Cd	A	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28			48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38			A	Cd	Cd													Cd	Cd	A	A	Одонтогенний абсцес щічної ділянки ліворуч	<p>Під щічною і інфільтраційною анестезією (Sol. Ubistesini 4,0 % – 1,7 мл) зроблено розтин слизової оболонки щоки довжиною 4,0 см паралельно лінії змикання зубів. Розкрито гнійний осередок шляхом розшарування підшкірної клітковини над щічним м'язом за допомогою кровоспинного затиску у напрямку до центру запального інфільтрату. За допомогою шприца і тупої голки рану промито 0,02 % розчином хлоргексидину та дреновано широкою гумовою смужкою. Накладено асептичну ватно-марлеву пов'язку з гіпертонічним розчином, антисептиками.</p>
A	Cd	Cd							PI							Cd	Cd	A																																																													
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																																																																
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																																																																
A	Cd	Cd													Cd	Cd	A	A																																																													

Флегмони

№ пор.	ПІБ, вік	Скарги і дані анамнезу	Дані об'єктивного дослідження	Діагноз	Лікування та призначення
9	Поварчук Іван Олегович, 40 років	<p>Скарги на млявість, слабкість, біль у горлі, що посилюється при відкриванні рота, жуванні, ковтанні, обмежене відкривання рота, підвищення температури тіла до 39,0–40,0 °С. Біль почався у ділянці кута нижньої щелепи ліворуч. Біль пов'язує з прорізуванням зуба мудрості на нижній щелепі ліворуч.</p> <p>Біль розпочався близько тижня тому, до лікаря не звертався. Приймав «Анальгін», який зменшував біль.</p> <p>У дитинстві хворів на вітряну віспу. На диспансерному обліку не перебуває. Хворобу Боткіна та інші спец. інфекції заперечує.</p> <p>Алергологічний анамнез не обтяжений. Онкологічний огляд – новоутворень не виявлено.</p>	<p>Конфігурація обличчя не змінена. Шкірні покриви блідого забарвлення. Носогубні складки та підборідна борозна виражені помірно, відповідно до віку. При пальпації болісно під кутом нижньої щелепи, шкіра гіперемована. Відкривання рота різко обмежене через запальну контрактуру внутрішнього крилоподібного м'яза. Спостерігається зменшення амплітуди бічного переміщення нижньої щелепи в «здоровий» бік. Слизова оболонка в ділянці крилоподібно-щелепної складки набрякла, гіперемована. Пальпація цієї зони викликає біль.</p> <p>A Cd Cd Cd Cd A 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 48 47 46 4 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 A Cd Cd Cd Cd A</p> <p>Прикус: за ортогнатичним типом. St. localis: в ділянці 38-го зуба слизова оболонка набрякла, гіперемована.</p> <p>На рентгенограмі нижньої щелепи в бічній проекції 38-й зуб візуалізується в неправильному положенні відносно нижньої щелепи та інших зубів, впирається коронковою частиною у 37-й зуб. Також виявлено зону резорбції між 37-м і 38-м зубами.</p>	Одонтогенна флегмона крилоподібно-щелепного простору ліворуч	<p>Знеболювання – анестезія за Берше-Дубовим у поєднанні з місцевою інфільтраційною анестезією (Sol. Ultracaini DS 2,0% – 1,7 мл) у ділянці крилоподібно-щелепної складки. Розріз слизової оболонки уздовж зовнішнього краю крилоподібно-щелепної складки довжиною 2,5–3,0 см. Розведення країв рани з розшаруванням підслизового шару клітковини та міжкрилоподібною фасцією за допомогою кровоспинного затиску. Розтин гнійного осередку шляхом розшарування клітковини крилоподібно-щелепного простору уздовж внутрішньої поверхні гілки нижньої щелепи за допомогою кровоспинного затиску. Введення через операційну рану стрічкового гумового дренажу в крилоподібно-щелепний простір. Зафіксовано швом до краю рани. Виконано операцію з видалення 38-го зуба.</p> <p>Призначено: промивання порожнини рота розчином фурациліну (1:5000) 3–4 рази на добу; «Сульфадіазин» – 1-й день 2–3 табл. одноразово, потім по 1 табл., курс лікування 5–7 днів; «Лінкоміцин» – по 2 табл. за 1 год до прийому їжі – 7 днів; «Ністатин» – по 2 табл. 2 рази на день. Полівітамініотерапія.</p>

№ пор.	ПІБ, вік	Скарги і дані анамнезу	Дані об'єктивного дослідження	Діагноз	Лікування та призначення																																																																																																				
10	Стефанов Вадим Олегович, 45 років	<p>Скарги на біль і припухлість м'яких тканин в ділянці нижньої щелепи, утруднене відкривання рота і ковтання, поганий сон і апетит, слабкість, погане загальне самопочуття, підвищену температуру тіла до 40,0 °С. Тиждень тому був видалений 43-й зуб з приводу абсцедуючого пародонтиту. Через добу в підпідборідній ділянці і під язиком з'явилася припухлість м'яких тканин, біль в ділянці лунки видаленого зуба. Прийом анальгетиків, зігріваючі компреси не принесли полегшення, припухлість збільшувалась і пацієнт знову звернувся до стоматолога. Був зроблений внутрішньоротовий розріз у під'язиковій ділянці, призначена протизапальна медикаментозна терапія. Однак запальні явища наростали, ковтання стало болючим, мова невиразною, біль посилювався, пацієнт відзначив обмеження відкривання рота, і з'явилась припухлість в піднижньощелепних ділянках – спочатку праворуч, а потім і ліворуч. Рухи язиком стали болючими, дихання – утрудненим. Температура тіла підвищилася до 39,0 °С, зникли сон і апетит. Пацієнт викликав швидку допомогу і був госпіталізований до щелепно-лицевого відділення.</p> <p>Перенесені захворювання: ревматизм, часті простудні захворювання. Специфічні інфекції заперечує. Алергологічний анамнез не обтяжений.</p>	<p>Конфігурація обличчя змінена внаслідок припухлості в піднижньощелепних та підпідборідній ділянках. Шкіра над припухлістю гіперемована, в складку не збирається, при пальпації визначається щільний і болючий інфільтрат в підпідборідній і піднижньощелепних ділянках. У зоні переднього відділу шиї визначається щільний і болючий інфільтрат в ділянці кореня язика. Рот відкривається на 1,5 см між різцями.</p> <table border="0" data-bbox="728 406 1467 518"> <tr> <td style="text-align: center;">A</td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">PI</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">PI</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">18</td> <td style="text-align: center;">17</td> <td style="text-align: center;">16</td> <td style="text-align: center;">15</td> <td style="text-align: center;">14</td> <td style="text-align: center;">13</td> <td style="text-align: center;">12</td> <td style="text-align: center;">11</td> <td style="text-align: center;">21</td> <td style="text-align: center;">22</td> <td style="text-align: center;">23</td> <td style="text-align: center;">24</td> <td style="text-align: center;">25</td> <td style="text-align: center;">26</td> <td style="text-align: center;">27</td> <td style="text-align: center;">28</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">48</td> <td style="text-align: center;">47</td> <td style="text-align: center;">46</td> <td style="text-align: center;">45</td> <td style="text-align: center;">44</td> <td style="text-align: center;">43</td> <td style="text-align: center;">42</td> <td style="text-align: center;">41</td> <td style="text-align: center;">31</td> <td style="text-align: center;">32</td> <td style="text-align: center;">33</td> <td style="text-align: center;">34</td> <td style="text-align: center;">35</td> <td style="text-align: center;">36</td> <td style="text-align: center;">37</td> <td style="text-align: center;">38</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 style="text-align: center;">PI</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">A</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> <p>Прикус: за ортогнатичним типом.</p> <p>St. localis: з рота виходить гнильний запах, вітаєє слина, яку пацієнт не може проковтнути. Мова невиразна. Визначається значно збільшений через набряк та інфільтрацію м'яких тканин язик, який «не вміщується» в порожнині рота. Під'язикові валики підняті. Слизова оболонка під'язикової ділянки гіперемована, набрякла, при пальпації тут визначається болючий інфільтрат.</p> <p>На ортопантограмі визначається вогнище просвітлення кісткової тканини в ділянці лунки 43-го зуба, деструкція вестибулярної кортикальної пластинки. Пухке формування кісткової структури в ділянці лунки видаленого зуба.</p>	A			PI											PI											18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28										48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38													PI										A												Одонтогенна флегмона дна порожнини рота	<p>Проведена премедикація за Бернадським: ввечері напередодні – в/м 1,0 мл 2,5 % розчину «Аміназину»; 1,0 мл 2,0 % розчину «Гідроброміду», всередину 0,1 г «Фенобарбіталу» і 0,1 г «Етаміналу натрію»; за 2 год до операції – в/м 2,0 мл 2,5 % розчину «Аміназину», 2,0 мл 2,0 % розчину «Димедролу»; 2,0 мл 2,0 % розчину «Промедолу»; за 20–30 хв до операції – п/ш 1,0 мл 0,05 % розчину «Скополаміну»; 1,0 мл 1,0–2,0 % розчину «Оmnopону»; 1,0 мл 6,0 % розчину «Тіаміну хлориду»; 1,0 мл 5,0 % розчину аскорбінової кислоти. Під внутрішньовенним наркозом з використанням 20,0 мл 2,0 % розчину «Тіопенталу натрію» проведений комірний розріз у піднижньощелепних і підпідборідній ділянках, із відступом на 2,0 см униз від краю тіла нижньої щелепи і паралельно йому. Пошарово розсічені шкіра, підшкірно-жирова клітковина, поверхнева фасція шиї, платизма, зовнішній листок власної фасції шиї. По черзі виділені і перев'язані лицева вена і артерія з двох боків, після чого розсічені тканини уздовж верхнього полюса піднижньощелепної слинної залози, остання відведена донизу. Проведена ревзія верхнього відділу піднижньощелепного трикутника ліворуч та праворуч, отримано гній. Виділено передні черевця двочеревного м'яза, після чого вони пересічені. Розсічений щелепно-під'язиковий м'яз ліворуч та праворуч і проведена ревзія під'язикового простору, отримано гній 20,0 мл. Розсічений щелепно-під'язиковий м'яз по середній лінії. Кровоспинним затискачем пройшли між лівим та правим підборідно-під'язиковим м'язом догори, а потім між підборідно-під'язиковим та під'язиково-мовним м'язами ліворуч та праворуч, отримано гній 5,0 мл. Рану дреновано гумовими дренажами. Накладена асептична пов'язка з 10,0 % розчином хлориду натрію. Промивання порожнини рота розчином фурациліну (1:5000) 3–4 рази на добу. Всередину «Амоксицилін» 500,0 мг 2 рази на день, протягом 6 днів. «Натаміцин» всередину по 100,0 мг 4 рази на добу протягом 6 днів. «Сульфадиметоксин», ударна доза – 2,0 г 1 рази на добу, наступними днями по 1,0 г 1 раз на добу протягом 7 днів. «Фуразолідон» всередину після їжі по 0,1 г 4 рази на добу протягом 7 днів. «Гіпольфен» по 0,025 г 2–3 рази на добу протягом 10 днів. «Метилурацил» внутрішньо після їжі по ,5 г 4 рази на добу протягом 14 днів.</p> <p>Вітаміни групи В і С.</p>
A			PI											PI																																																																																											
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																																																																																										
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																																																																																										
			PI										A																																																																																												

№ пор.	ПІБ, вік	Скарги і дані анамнезу	Дані об'єктивного дослідження	Діагноз	Лікування та призначення																																																																				
11	Крапивін Олексій Олексійович, 39 років	<p>Скарги на загальну слабкість, головний біль, підвищення температури до 39,0 °С, біль в піднижньощелепній ділянці, що посилюється при жуванні, ковтанні, розмові. Симптоми з'явилися три дні тому, до лікаря не звертався, приймав знеболюючі та жаро знижувальні препарати. До цього протягом 4 міс турбували періодичні болі в зубі на нижній щелепі праворуч, але потім біль пройшов, пацієнт з цього приводу до лікаря не звертався.</p> <p>На диспансерному обліку не перебуває. Хворобу Боткіна та інші спец. інфекції заперечує. Алергологічний анамнез не обтяжений. Онкологічний огляд – новоутворень не виявлено.</p>	<p>Конфігурація обличчя порушена внаслідок припухлості тканин піднижньощелепної ділянки праворуч. Шкіра піднижньощелепної ділянки напружена, гіперемована, в складку не збирається. Пальпація піднижньощелепної ділянки болюча, визначається щільний інфільтрат без чітких меж. Носогубні складки і супраментальна борозна помірно виражені. Відкриття рота обмежене, помірно болюче. Піднижньощелепні лімфовузли ліворуч збільшені до 1,0 см в діаметрі, болючі при пальпації, рухливі.</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>A</td><td>PI</td><td>PI</td><td>PI</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>PI</td><td>A</td><td>A</td> </tr> <tr> <td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td><td>21</td><td>2</td><td>13</td><td>2</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td></td> </tr> <tr> <td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td><td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td>PI</td><td></td><td></td><td>Pt</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>A</td><td>A</td><td>A</td> </tr> </table> <p>Прикус: за ортогнатичним типом. St. localis: коронка 45-го зруйнована на 2/3, ясна навколо зуба набряклі, гіперемовані. Перкусія зуба слабо болюча. На рентгенограми: періодонтальна щілина розширена в ділянці верхівки кореня 45-го зуба.</p>	A	PI	PI	PI											PI	A	A	18	17	16	15	14	13	12	11	21	2	13	2	25	26	27	28		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38				PI			Pt									A	A	A	Одонтогенна флегмона піднижньощелепної ділянки праворуч	<p>Під торусальною анестезією (Sol. Ultracaini DS 2,0 % – 1,7 мл) проведено видалення 45-го зуба, ревізія лунки, гемостаз.</p> <p>Під інфільтраційною анестезією (Sol. Ultracaini DS 2,0 % – 1,7 мл) із попередньою премедикацією («Діазепам» 0,005 г, Омнопон 1,0 в/м), зроблено розріз завдовжки 6,0 см паралельно нижньому краю нижньої щелепи і відступивши від нього на 2,0 см униз. Пошарово розсічені шкіра, підшкірно-жирова клітковина, поверхнева фасція шиї, підшкірний м'яз. Розсічений зовнішній листок власної фасції, оголена піднижньощелепна слинна залоза у власній капсулі, при цьому отримано близько 10,0 мл гною. Проведена ревізія тканин в ділянці нижнього відділу піднижньощелепного трикутника і позаду залози. Виділена, перев'язана та пересічена лицева вена і лицева артерія, після чого розсічений фасціальний футляр піднижньощелепної слинної залози від основи нижньої щелепи. Проведена ревізія тканин у верхньому відділі піднижньощелепного трикутника.</p> <p>Рану промито 3,0 % розчином перекису водню, дреновано гумовими дренажами. Накладена асептична пов'язка.</p> <p>Призначення: «Ампіцилін» 2,0 г (кожні 6 год), в/в 7 днів; «Ністатин» по 50,0 мг 3 рази на добу 10 днів; «Лоратадин» по 1 табл. 1 раз на добу 7 днів; «Продигіозан» в/м за схемою 0,2–0,5–0,7–1,0 мл, 1,0 мл з інтервалом 4–5–7 днів; «Аскорутин» по 1 табл. 2 рази на добу впродовж 30 днів.</p>
A	PI	PI	PI											PI	A	A																																																									
18	17	16	15	14	13	12	11	21	2	13	2	25	26	27	28																																																										
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																																																										
		PI			Pt									A	A	A																																																									

Гострий серозний альвеоліт

№ пор.	ПІБ, вік	Скарги і дані анамнезу	Дані об'єктивного дослідження	Діагноз	Лікування та призначення																																																																		
12	Жеребко Андрій Васильович, 48 років	Скарги на постійний біль у ділянці лунки видаленого зуба на нижній щелепі праворуч, що віддає у вухо та скроню, запах з рота. Зуб видалено 2 дні тому з приводу хронічного періодонтиту, наступного дня виник біль в ділянці видаленого зуба, який поступово посилювався. Перенесені та супутні захворювання: цукровий діабет, гіпертонічна хвороба. Хворобу Боткіна та інші спец. інфекції заперечує. Алергологічний анамнез не обтяжений. Онкологічний огляд – новоутворень не виявлено.	Конфігурація обличчя не змінена. Шкірні покриви блідого забарвлення. Носогубні складки та підборідна борозна виражені помірно, відповідно віку. У правій піднижньощелепній ділянці пальпаторно визначаються 2 збільшені лімфовузли до 1,0 см, злегка ущільнені, болючі, рухливі. Відкриття рота вільне, безболісне. <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 0 5px;">A</td> <td style="padding: 0 5px;">Cd</td> <td style="padding: 0 5px;">Cd</td> <td colspan="12"></td> <td style="padding: 0 5px;">Cd</td> <td style="padding: 0 5px;">Cd</td> <td style="padding: 0 5px;">A</td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 5px;">18</td> <td style="padding: 0 5px;">17</td> <td style="padding: 0 5px;">16</td> <td style="padding: 0 5px;">15</td> <td style="padding: 0 5px;">14</td> <td style="padding: 0 5px;">13</td> <td style="padding: 0 5px;">12</td> <td style="padding: 0 5px;">11</td> <td style="padding: 0 5px;">21</td> <td style="padding: 0 5px;">22</td> <td style="padding: 0 5px;">23</td> <td style="padding: 0 5px;">24</td> <td style="padding: 0 5px;">25</td> <td style="padding: 0 5px;">26</td> <td style="padding: 0 5px;">27</td> <td style="padding: 0 5px;">28</td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 5px;">48</td> <td style="padding: 0 5px;">47</td> <td style="padding: 0 5px;">46</td> <td style="padding: 0 5px;">45</td> <td style="padding: 0 5px;">44</td> <td style="padding: 0 5px;">43</td> <td style="padding: 0 5px;">42</td> <td style="padding: 0 5px;">41</td> <td style="padding: 0 5px;">31</td> <td style="padding: 0 5px;">32</td> <td style="padding: 0 5px;">33</td> <td style="padding: 0 5px;">34</td> <td style="padding: 0 5px;">35</td> <td style="padding: 0 5px;">36</td> <td style="padding: 0 5px;">37</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="16" style="text-align: center; padding: 0 5px;">A</td> </tr> </table> Прикус: за ортогнатичним типом. St. localis: слизова оболонка порожнини рота блідо-рожевого кольору, без патологічних змін. Слизова оболонка в ділянці лунки видаленого 46-го зуба гіперемована, набрякла; краї лунки вкриті блідо-сірим нальотом, кров'яний згусток відсутній. Пальпація стінок лунки різко болюча. На рентгенограми: 46-й зуб відсутній, залишків коренів немає.	A	Cd	Cd													Cd	Cd	A	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37		A																Гострий серозний альвеоліт у ділянці видаленого 46-го зуба	Під торусальною анестезією (Sol. Ubistesini 4,0 % – 1,7 мл) проведено механічну обробку лунки, видалення нальоту кюретажною ложкою. Антисептична обробка 3,0 % розчином H ₂ O ₂ , 0,02 % розчином фурациліну. У рані залишено марлевий дренаж з левосином. Призначення: «Німесил» у разі виникнення болю.
A	Cd	Cd													Cd	Cd	A																																																						
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																																																								
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37																																																									
A																																																																							

Гострий гнійний перикороніт

№ пор.	ПІБ, вік	Скарги і дані анамнезу	Дані об'єктивного дослідження	Діагноз	Лікування та призначення																																																													
13	Харламов Василь Петрович, 43 роки	Скарги на біль, набряк, утруднене ковтання, підвищення температури тіла до 37,8 °С. На диспансерному обліку не перебуває. Хворобу Боткіна та інші спец. інфекції заперечує. Алергологічний анамнез не обтяжений. Онкологічний огляд – новоутворень не виявлено.	Конфігурація обличчя не змінена. Шкіра і видимі слизові оболонки без патологічних змін, фізіологічного забарвлення, без висипань. Пальпується збільшений одиничний піднижньощелепний лімфовузол діаметром 0,8 см, трохи болючий, рухливий. Відкриття рота утруднене. <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 0 5px;">A</td> <td colspan="12"></td> <td style="padding: 0 5px;">P1</td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 5px;">18</td> <td style="padding: 0 5px;">17</td> <td style="padding: 0 5px;">16</td> <td style="padding: 0 5px;">15</td> <td style="padding: 0 5px;">14</td> <td style="padding: 0 5px;">13</td> <td style="padding: 0 5px;">12</td> <td style="padding: 0 5px;">11</td> <td style="padding: 0 5px;">21</td> <td style="padding: 0 5px;">22</td> <td style="padding: 0 5px;">23</td> <td style="padding: 0 5px;">24</td> <td style="padding: 0 5px;">25</td> <td style="padding: 0 5px;">26</td> <td style="padding: 0 5px;">27</td> <td style="padding: 0 5px;">28</td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 5px;">48</td> <td style="padding: 0 5px;">47</td> <td style="padding: 0 5px;">46</td> <td style="padding: 0 5px;">45</td> <td style="padding: 0 5px;">44</td> <td style="padding: 0 5px;">43</td> <td></td> <td style="padding: 0 5px;">41</td> <td style="padding: 0 5px;">31</td> <td style="padding: 0 5px;">32</td> <td style="padding: 0 5px;">33</td> <td style="padding: 0 5px;">34</td> <td style="padding: 0 5px;">35</td> <td style="padding: 0 5px;">36</td> <td style="padding: 0 5px;">37</td> <td style="padding: 0 5px;">38</td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 5px;">A</td> <td style="padding: 0 5px;">P1</td> <td colspan="12"></td> <td style="padding: 0 5px;">P1</td> </tr> </table> Прикус: за ортогнатичним типом. St. localis: при пальпації слизової оболонки на місці 38-го зуба відзначається гіперемія, набряклість, зуб знаходиться під дуплікацією слизової оболонки. На рентгенограми: нижня щелепа в лівій боковій проекції без видимих патологічних змін кісткової тканини. 38-й зуб розташований в альвеолярному відростку нижньої щелепи, над коронковою частиною відсутні кісткові структури. Ретромолярна відстань – 0,4 см. 38-й зуб розташований вертикально, нижня межа нижньощелепного каналу на рівні верхівки кореня 38-го зуба.	A													P1	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	48	47	46	45	44	43		41	31	32	33	34	35	36	37	38	A	P1													P1	Гострий гнійний перикороніт 38-го зуба	Проведено антисептичну обробку порожнини рота 0,02 % розчином хлоргексидину. Під інфільтраційною анестезією (Sol. Ultracaini DS 2,0 % – 1,7 мл) розсічена дуплікація слизової оболонки в ділянці ретенаного 38-го зуба. Отримано гній. Антисептична обробка, дренажування. Призначено: «Найз» по 1 табл. у разі виникнення болю, «Цифран СТ» 1 000,0 мг на 3 дні.
A													P1																																																					
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																																																			
48	47	46	45	44	43		41	31	32	33	34	35	36	37	38																																																			
A	P1													P1																																																				

Гострий остеомієліт

№ пор.	ПІБ, вік	Скарги і дані анамнезу	Дані об'єктивного дослідження	Діагноз	Лікування та призначення
14	Хвостов Олексій Петрович, 39 років	Скарги на гострий біль у нижній щелепі зліва, ниючий біль у підщелепній ділянці зліва, набряк у підщелепній ділянці зліва, асиметрію обличчя. Вважає себе хворим близько 2 днів, коли вперше відчув біль у зуби на нижній щелепі зліва, з'явився набряк, підвищення температури тіла до 38,8 °С. Зуб раніше лікували з приводу ускладнення каріозного процесу. На диспансерному обліку не перебуває. Хворобу Боткіна та інші спец. інфекції заперечує. Алергологічний анамнез не обтяжений. Онкологічний огляд – новоутворень не виявлено.	Конфігурація обличчя порушена внаслідок запального інфільтрату тканин нижньої щелепи зліва. При пальпації навколощелепні м'які тканини щільні, безболісні, шкіра спаяна з підлеглими тканинами, в складку збирається важко, колір змінений від інтенсивно рожевого до яскраво-червоного, температура тканин підвищена, спостерігається болючість та збільшення підщелепних лімфатичних вузлів зліва. Відкривання рота не обмежене. A 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 A PI PI Pt Прикус: за ортогнатичним типом. St. localis: в порожнині рота 37-й зуб зруйновано на 2/3, слизова оболонка набрякла, пальпація болюча. Перкусія 37-го зуба болюча. Перехідна складка в ділянці 35, 36, 37-го зубів згладжена. Крововиливів, рубців, "судинних зірочок", ангіом немає. Слизова оболонка альвеолярного відростка гіперемована і набрякла як з боку присінка порожнини рота, так і з піднебінної сторони, висипи відсутні. Ясна набряклі та гіперемовані, не кровоточать.	Гострий одонтогенний остеомієліт нижньої щелепи зліва	Проведено антисептичну обробку порожнини рота 0,02 % розчином хлоргексидину. Під торусальною анестезією (Sol. Ultracaini DS 2,0 % – 1,7 мл) розітнуто та дреновано субпериостальний абсцес, антисептична обробка, гемостаз. Поставлено дренаж. Під торусальною анестезією (Sol. Ultracaini DS 2,0 % – 1,7 мл) проведено видалення 37 зуба, антисептична обробка, гемостаз. Призначення: «Найз» – по 1 табл. у разі виникнення болю, «Цифран СТ» – 1 000,0 мг – 3 дні.

Хронічний остеомієліт

15	Хвостов Сергій Артемович, 39 років	Скарги на наявність нориці з гнійним вмістом у піднижньощелепній ділянці, набряк у цій ділянці, біль у нижній щелепі справа. Зі слів пацієнта травму – перелом нижньої щелепи в ділянці кута щелепи отримано близько місяця тому. До лікаря за допомогою не звертався. Наявність нориці відмічає близько тижня. На диспансерному обліку не перебуває. Хворобу Боткіна та інші спец. інфекції заперечує. Алергологічний анамнез не обтяжений. Онкологічний огляд – новоутворень не виявлено.	Конфігурація обличчя змінена внаслідок набряку та інфільтрації у ділянці нижньої щелепи та піднижньощелепній ділянці справа. Шкіра над ущільненням трохи гіперемована, з синюшним відтінком, в складку не збирається. У піднижньощелепній ділянці є рана розміром 2×2 см, є скудний гнійний вміст. Піднижньощелепні та підборідні лімфатичні вузли збільшені, безболісні при пальпації. Відкривання рота на 3,5 см, безболісне. A 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 A PI PI A Прикус: за ортогнатичним типом. St. localis: слизова оболонка порожнини рота фізіологічного забарвлення, без патологічних змін. На рентгенограмі нижньої щелепи у бічній проекції виявлено лінію перелому у ділянці тіла справа з тінню секвестру.	Хронічний пострауматичний остеомієліт нижньої щелепи справа	Показана операція – секвестректомія. Оперативне втручання проводять з зовнішнього доступу, в умовах внутрішньовенного наркозу та інфільтраційної анестезії. Положення хворого на спині, голова трохи закинута й повернута в протилежну від втручання сторону. Розрізом у піднижньощелепній ділянці розсікають тканини, включаючи підшкірний м'яз і распатором скелетують зовнішню поверхню тіла щелепи в необхідних межах. Потім розкривають та розширюють долотом, кусачками та бором секвестральну порожнину. Секвестри та грануляції необхідно видалити, а порожнині надати човноподібної форми. Порожнину заповнюють пластичним матеріалом. Рану пошарово вшивають наглухо, залишаючи на 1–2 доби між швами резиновий дренаж. Призначення: «Цифран СТ» – 1 000,0 мг 5 днів.
----	------------------------------------	---	--	---	--

Розділ 2. Пухлини та пухлиноподібні новоутворення щелепно-лицевої ділянки

Фіброми

№ пор.	ПІБ, вік	Скарги і дані анамнезу	Дані об'єктивного дослідження	Гістологічне дослідження	Діагноз	Лікування та призначення																																																																						
1	Сировар Артем Вікторович, 63 роки	<p>Скарги на неможливість користуватися знімним протезом на нижній щелепі в зв'язку з появою утворення на нижній щелепі праворуч.</p> <p>Анамнез захворювання: утворення з'явилося впродовж року після протезування, коли був виготовлений повний знімний протез на нижню щелепу. Зазначає поступове зростання утворення, в зв'язку з чим не може користуватися протезом.</p> <p>Перенесені та супутні захворювання: ГРВІ, гіпертонічна хвороба II ст.</p> <p>Хворобу Боткіна та інші спец. інфекції заперечує.</p> <p>Алергологічний анамнез не обтяжений.</p>	<p>Обличчя симетричне, носогубні складки і підборідна борозна виражені помірно. Шкірні покриви і видимі слизові оболонки без патологічних змін. Регіонарні лімфатичні вузли пальпаторно не визначаються. Рух у СНЩС – в повному обсязі.</p> <table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>A</td><td>∏</td><td>PI</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>PI</td><td>PI</td><td>A</td> </tr> <tr> <td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> </tr> <tr> <td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td><td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td> </tr> <tr> <td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td> </tr> </table> <p>Прикус: за ортогнатичним типом.</p> <p>St. localis: в порожнині рота – слизова оболонка блідо-рожевого кольору, добре зволожена. На нижній щелепі після зняття повного знімного протезу на рівні 44, 45-го зубів по перехідній складці виявлено утворення округлої форми, на широкій основі, безболісне при пальпації, відносно рухливе, покрите злегка гіперемованою слизовою оболонкою, м'якоеластичної консистенції.</p>	A	∏	PI										PI	PI	A	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	<p>Препарат являє собою ділянку слизової оболонки з утворенням округлої форми діаметром до 1,0 см. Мікроскопічно: є нечисленні пухко розташовані сполучнотканинні волокна та велика кількість веретенподібних клітин з овальними ядрами.</p>	Фіброма в ділянці 44, 45 зубів	<p>Показане хірургічне лікування. Під мандибулярною та інфільтраційною анестезією (Sol. Ultracaini 4,0 % – 1,0 мл) двома півовальними розрізами, що сходяться між собою, виконано вирізання фіброми в межах здорових тканин. Рану ушито вузловими кетгутувими швами. Зона швів оброблена 1,0 % настоянкою йоду.</p> <p>Рекомендації. Прихід наступного дня.</p>							
A	∏	PI										PI	PI	A																																																														
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																																																													
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																																																													
A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A																																																													
25	2	Пекарь Юрій Сергійович, 43 роки.	<p>Скарги на деформацію нижньої щелепи ліворуч, естетичний дефект, порушення прорізування зубів на нижній щелепі ліворуч.</p> <p>Вперше ущільнення в товщі нижньої щелепи помітив 3 роки тому. До лікаря не звертався. За час, що пройшов, ущільнення збільшилось у розмірах у 2 рази. Болю не відзначає. Самолікуванням не займався. Звернувся до лікаря.</p> <p>Перенесені захворювання: ГРВІ, грип. На диспансерному обліку не перебуває. Хворобу Боткіна та інші спец. інфекції заперечує.</p> <p>Алергологічний анамнез не обтяжений.</p>	<p>Обличчя асиметричне через деформацію нижньої щелепи ліворуч. Шкіра над деформацією в кольорі не змінена, добре збирається в складку. Носогубні складки та підборідна борозна виражені помірно. Регіонарні лімфовузли не збільшені, при пальпації поверхня ущільнення гладка, межі чіткі, щільна на дотик, безболісна.</p> <table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td><td></td><td>PI</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>PI</td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>1</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td><td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td>PI</td><td>PI</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> <p>Прикус: за ортогнатичним типом.</p> <p>St. localis: слизова оболонка блідо-рожевого кольору, нормально зволожена. Проведено діагностичну пункцію утворення: в пунктаті залишки епітелію, що утворює зуб, у вигляді невеликих островців серед сполучнотканинної маси пухлини. Забарвлення – гематоксилін-еозин.</p> <p>На рентгенограми: рентгенологічно визначається гомогенне розрідження кісткової тканини округлої форми з відносно чіткими межами. Патологічний осередок облямований стоншеним шаром кістки без періостальної реакції. В центрі осередку ділянки петрифікації. Відзначається ретенція зубів.</p>			PI											PI				18	17	16	1	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28			48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38					PI	PI													<p>Наявність залишків епітелію, що утворює зуб, серед сполучнотканинної маси пухлини. Епітеліальний компонент представлений дуже рідкісними дрібними острівцями, а також окремими тяжами з однорідних округло-овальних клітин або невеликими одиночними гронподібними комплексами, в центральних відділах яких є деяке розрідження клітинних елементів.</p>	Одонтогенна фіброма нижньої щелепи ліворуч	<p>Показане хірургічне лікування. Під торусальною та інфільтраційною анестезією (Sol. Ubistesini 2,0 % – 4,0 мл) зроблено розріз слизової оболонки та відшаровано слизово-окісний клапоть. Проведено вилушування новоутворення із подальшою обробкою слизово-окісного клаптя. Заповнення порожнини «Bio-Oss». Рану поширено ушито вузловими кетгутувими швами.</p> <p>Призначення: «Сульфадиметоксин» в 1-й день – 2 табл./доб, подальший прийом – 1 табл./доб протягом 5 днів. «Німесил» – по 1 пак. 2 рази на добу. «Глюконат кальцію» – 1 табл. 2 рази на добу.</p>
		PI											PI																																																															
		18	17	16	1	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																																																											
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																																																											
				PI	PI																																																																							

Кісти

№ пор.	ПІБ, вік	Скарги і дані анамнезу	Дані об'єктивного дослідження	Діагноз	Лікування та призначення
3	Бабай Данило Андрійович, 50 років	З'явився зі скаргами на зміну форми ділянки верхньої щелепи, яку вперше помітив 1 рік тому. Раніше до лікаря не звертався. На диспансерному обліку не перебуває. Хворобу Боткіна та інші спец. інфекції заперечує. Алергологічний анамнез не обтяжений.	Конфігурація обличчя не порушена. Шкіра та видимі слизові оболонки нормального забарвлення, без видимих патологічних змін. Носогубні складки і підборідна борозна помірно виражені. Регіонарні лімфовузли не пальпуються. Відкриття рота вільне. Рух СНЩС – у повному обсязі. СОПР блідо-рожевого кольору, без видимих патологічних змін. Язик чистий, вологий. 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 A A A A A A A A A A A Прикус: за ортогнатичним типом. St. localis: визначається ділянка вибухання склепіння присінку порожнини рота округлої форми з чіткими межами діаметром 0,9 см в ділянці 12-го зуба. Слизова оболонка в зоні 12-го зуба без патологічних змін. Симптом Дююїтрена – позитивний. Коронка 12-го зуба зруйнована на 2/3. Зондування, реакція на холод – безболісна. Перкусія – безболісна, визначається тупий звук. На рентгенограмі: в ділянці верхівки кореня 12-го зуба визначається просвітлення рисунка кісткової тканини округлої форми із чіткими межами діаметром 1,7 см.	Радікулярна кіста верхньої щелепи від 12 зуба	Показано проведення операції: цистектомія. Антисептична обробка порожнини рота розчином фурациліну. Під правобічною інфраорбітальною та різцевою анестезією (Sol. Artiphrini 4,0 % – 1,7 мл) проведено трапецієподібний розріз від 13-го до 11-го зуба, відшаровано слизово-окісний клапоть. Трепанували кортикальну пластинку. Проведено вилушування оболонок кісти з вмістом. Видалення 12-го зуба. Згладжування країв кісткової порожнини, заповнення порожнини пастою «Easy Graf». Слизово-окісний клапоть та лунка альвеоли наглухо ушиті вузловими швами хромованим кетгуттом. Гемостаз в процесі операції. Надані рекомендації по догляду за порожниною рота. Призначено: «Tab. Analgini 0,5» по 1 табл. 2-3 рази на добу.
4	Кривка Дмитро Сергійович, 42 роки	Скарги на вибухаюче утворення на поверхні слизової оболонки нижньої губи, безболісне, округлої форми, поступово збільшується. При прокушуванні утворення виділяється тягуча, прозора, слизового характеру рідина. Через деякий час утворення з'являється знову. Раніше до лікаря не звертався. Має шкідливу звичку прикушування нижньої губи. На диспансерному обліку не перебуває. Хворобу Боткіна та інші спец. інфекції заперечує. Алергологічний анамнез не обтяжений.	При зовнішньому огляді – конфігурація обличчя не порушена. Шкіра та видимі слизові оболонки нормального забарвлення, без видимих патологічних змін. Носогубні складки і підборідна борозна помірно виражені. Регіонарні лімфатичні вузли не пальпуються. Відкриття рота вільне. PI PI PI 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 PI PI Прикус: за ортогнатичним типом. St. localis: СОПР блідо-рожевого кольору, досить зволожена. На слизовій оболонці нижньої губи є утворення діаметром 0,5 см округлої форми, блакитного кольору з елементами рубцювання. При пальпації – еластичної консистенції, безболісне. Здіймається над рівнем слизової оболонки. Позитивний симптом флукуації.	Ретенційна кіста малої слинної залози нижньої губи	Показане хірургічне лікування. Проведено антисептичну обробку порожнини рота 0,02 % розчином хлоргексидину. Інфільтраційна анестезія (Sol. Artiphrini 4,0 % – 1,7 мл) з обережністю для запобігання травми тонкої оболонки кісти. Над кістою роблять два півовальних розрізи слизової оболонки, що сходяться між собою. Напрямок розрізів перпендикулярний червоній облямівці губи, що забезпечує ушивання рани без натягу. Вилушування оболонки кісти без її пошкодження. Відділення оболонки кісти тупим інструментом. Вирізання травмованих прилеглих малих слинних залоз (з метою профілактики утворення нової кісти). Накладання швів (вузлуватих). Матеріал – мононітка, що розсмоктується, «Proline 6.0». Рекомендації: раціональна гігієна порожнини рота, усунення шкідливої звички.

Ліпома щічної ділянки

№ пор.	ПІБ, вік	Скарги і дані анамнезу	Дані об'єктивного дослідження	Гістологічне дослідження	Діагноз	Лікування та призначення
5	Сидоров Іван Сергійович, 1 рік	Скарги на припухлість в щічній ділянці ліворуч, естетичний дефект. Вперше припухлість в товщі щоки відзначив 3 роки тому. До лікаря не звертався. За час, що минув, припухлість збільшилася в розмірі приблизно в 3 рази. Неодноразово робив компреси до щоки, що не призводило до поліпшення. Болю не відзначає. Перенесені захворювання: ГРЗ, грип. На диспансерному обліку не перебуває. Хворобу Боткіна та інші спец. інфекції – заперечує. Алергологічний анамнез не обтяжений.	При зовнішньому огляді спостерігається припухлість в нижньому відділі щічної ділянки ліворуч. Шкіра над припухлістю в кольорі не змінена, добре збирається в складку. При пальпації в товщі щоки визначається утворення розміром близько 5,0 см, м'якоеластичної консистенції з гладкою поверхнею, безболісне, добре зміщується відносно навколишніх тканин. За даними бімануальної пальпації, утворення розташоване назовні від щічного м'яза. Піднижньощелепні лімфовузли праворуч та ліворуч не збільшені, рот відкривається вільно. РІ 18 17 16 15 14 13 12 11 2 22 23 24 25 26 27 28 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 РІ Прикус: за ортогнатичним типом. St. localis: у порожнині рота: слизова оболонка блідо-рожевого кольору, нормально зволожена. Проведено діагностичну пункцію утворення. На рентгенограмі: спостерігається гладко окреслене, гомогенне просвітлення правильної форми, розташоване у підшкірно-жировій клітковині щічної ділянки назовні від щічного м'яза.	На розрізі ліпома жовтого кольору, часточкової будови. Тканина ліпоми відрізняється від нормальної жирової тканини нерівномірною величиною часточок та наявністю нерегулярних прошарків з волокнистої сполучної тканини. Спостерігається добре розвинена капілярна мережа. Мікроскопічно між звичайними жировими клітинами (ліпоцитами) виявляють клітини з декількома жировими вакуолями (мультилокулярні клітини).	Ліпома щічної ділянки ліворуч	Показане хірургічне лікування. Проведено антисептичну обробку порожнини рота 0,02 % розчином хлоргексидину. Під щічною та інфільтраційною анестезією (Sol. Ubistesini 2,0 % – 4,0 мл) зроблено розріз слизової оболонки щоки ліворуч довжиною 7,0 см в проекції новоутворення паралельно лінії змикання зубів. Пошарово розсічені тканини до оболонки новоутворення. Пухлина відділена від навколишніх тканин за допомогою кровоспинного затиску і тупфера, далі видалена і направлена на патоморфологічне дослідження. Рану пошарово ушито вузловими кетгутувими швами, в неї введено гумовий дренаж. Призначена медикаментозна терапія: «Бісетол 480» – 2 табл. 3 рази на добу впродовж 5 днів; «Німесил» – по 1 пак. 2 рази на добу впродовж 5 днів.

Екзостоз альвеолярного відростка

6	Пряник Дар'я Вікторівна, 38 років	Пацієнтка направлена лікарем-ортопедом. Під час огляду виявлено кістковий нарост в ділянці альвеолярного відростка нижньої щелепи з язикової поверхні, який заважає стабілізації процесу. На диспансерному обліку не перебуває. Хворобу Боткіна та інші спец. інфекції заперечує. Алергологічний анамнез не обтяжений. Онкологічний огляд – новоутворень не виявлено.	Обличчя симетричне. Шкіра та видимі слизові оболонки нормального забарвлення, без патологічних змін. Носо-губні складки та підборідно-губна борозна виражені помірно. Регіонарні лімфатичні вузли не пальпуються. Відкривання рота вільне. Рухи СНЦС – у повному обсязі. СОПР блідо-рожевого кольору. 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 А А А А А А А А А А А Прикус не фіксований. St. localis: в ділянці альвеолярного відростка нижньої щелепи з язикової поверхні пальпаторно визначаються гладкі виступи, над якими слизова оболонка в кольорі не змінена, вони безболісні, не завдають жодного занепокоєння.	Екзостоз альвеолярного відростка нижньої щелепи з язикової поверхні в ділянці 45-го, 46-го, 47-го зубів	Показана операція: альвеолотомія. Антисептична обробка розчином «Стоматидин». Під торусальною анестезією (Sol. Ultracaini 4,0 % – 1,7 мл) проведено лінійний розріз по альвеолярній дузі, обережно відшаровуючи слизово-окисний клапоть по поверхні кістки. Екзостоз видаляють бором, фрезою. Антисептична обробка 0,02 % розчином фурациліну. Клапоть вкладають на місце та ушивають. Призначено: «Німесил» у разі виникнення болю по 1 пак. 3 рази на добу.
---	-----------------------------------	---	---	---	---

Енхондрома

№ пор.	ПІБ, вік	Скарги і дані анамнезу	Дані об'єктивного дослідження	Гістологічне дослідження	Діагноз	Лікування та призначення
7	Гасанов Артур Валерійович, 52 роки	Скарги на косметичний дефект, пов'язаний з відтискуванням та невеликим підняттям верхньої губи, та із ротовою щілиною, яка не змикається. Пацієнт відзначає парестезії та невралгічні болі. Раніше до лікаря-стоматолога з цією хворобою не звертався. На диспансерному обліку не перебуває. Хворобу Боткіна та інші спец. інфекції заперечує. Алергологічний анамнез не обтяжений.	Обличчя симетричне. Шкіра та видимі слизові оболонки нормального забарвлення, без патологічних змін. Носо-губні складки та підборідно-губна борозна виражені помірно. Верхня губа піднята і відтісна вперед; ротова щілина не змикається. Слизова оболонка, що покриває пухлину, анемічна. PI PI PI PI PI PI PI 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 PI PI PI PI Прикус: за ортогнатичним типом. St. localis: в порожнині рота на вестибулярній поверхні верхньої щелепи на альвеолярному відростку виявляється овальна щільна пухлина на широкій основі з горбистою поверхнею. Пухлина безболісна, спаяна з кісткою, можливе її проростання в носову порожнину, верхньощелепну пазуху та орбіту. На рентгенограмі: на передній стінці верхньої щелепи визначається утворення, всередині якого присутні ділянки звапнення. Вони різні за формою та розмірами.	Макроскопічно: хондрома має перламутровий блиск, покрита тонкою фіброзною капсулою. Мікроскопічно: хондрома складається з гіалінового хряща з прошарками сполучної тканини, яку містять судини. Складається пухлина з основної речовини, в якій присутні осередки ослизнення, звапнення, так само як і хрящові клітини.	Енхондрома	Показане хірургічне лікування: радикальне видалення методом резекції щелепи. Операцію проводять під ендотрахеальним наркозом. Створюють доступ з боку порожнини рота, оголюють передню поверхню верхньощелепної кістки та її лобовий, виличний, альвеолярний і піднебінний відростки. Відділяють клапоть м'яких тканин разом з окістям. Потім розділяють кісткові з'єднання верхньощелепної кістки в чотирьох місцях в межах здорових тканин, не руйнуючи та не торкаючись пухлини. Кістковими щипцями вивертають кістку. Волокна обох крилоподібних м'язів перетинають. Утворену рану щільно тампують і проводять гемостаз. Шкірний клапоть укладають на місце та ушивають наглухо. На зуби верхньої щелепи здорового боку фіксують захисну пластинку, виготовлену перед операцією. Через 2 тиж виготовляють формуючий протез. Через 1,0 міс після операції виготовляють остаточний протез, який відновлює втрачену функцію.

Атерома підборідної ділянки

8	Биков Ілля Сергійович, 46 років	Скарги на наявність округлого безболісного утворення в ділянці підборіддя. Вперше скарги з'явилися місяць тому. Пацієнт до лікаря не звертався, займався самолікуванням: місцево прикладав «Левоміколь», використовував народні методи лікування. Ефекту не було. Протягом місяця утворення дещо збільшилось в розмірі. 5 днів тому при випадковому пошкодженні виділилась невелика кількість слизово-гнійних виділень, без запаху. Перенесені захворювання: ГРЗ, скарлатина. На диспансерному обліку не перебуває. Хворобу Боткіна та інші спец. інфекції заперечує. Алергологічний анамнез не обтяжений.	При зовнішньому огляді в зоні підборіддя визначається поверхнево розташоване щільно-еластичне утворення з чіткими контурами, 0,8 см у діаметрі, рухливе. Шкіра над утворенням в складку не збирається, на шкірі близько до центру утворення визначається розширений обтурований вивідний проток залози. Пальпація безболісна. Регіонарні лімфатичні вузли не пальпуються.	Капсула атероми складається зі сполучної тканини без сосочків і вистелена 2 шарами плоских епітеліальних клітин з характерним їх розташуванням у периферичному шарі у вигляді частоколу; міжклітинні містки та явища кератинізації відсутні.	Атерома підборідної ділянки	Показане хірургічне лікування. Після відповідної обробки операційного поля фурациліном під інфільтраційною анестезією (Sol. Artiphirini 4,0 % – 1,7 мл) над атероמו зроблено два облямованих розрізи, які охоплюють отвір кісти. Краї шкірного розрізу фіксують затискачами та, обережно потягуючи за них, підводять під атерому бранші вигнутих ножиць. Розводячи та зводячи ножиці, атерому вилушують з навколишніх тканин. Гемостаз. Після видалення атероми на підшкірну клітковину накладають окремі шви, що розсмоктуються. На шкіру для запобігання закручуванню країв рани накладають вертикальні матраці шви тонкою атравматичною ниткою.
---	---------------------------------	--	---	--	-----------------------------	---

Гілляста гемангіома

№ пор.	ПІБ, вік	Скарги і дані анамнезу	Дані об'єктивного дослідження	Гістологічне дослідження	Діагноз	Лікування та призначення
9	Власов Максим Ігорович, 50 років	<p>Скарги на вузлувате випинання синюшного кольору в привушній ділянці, яке дуже спотворює обличчя пацієнта. При нахилі голови вона збільшується в розмірі, пульсуюче.</p> <p>На диспансерному обліку не перебуває. Хворобу Боткіна та інші спец. інфекції заперечує.</p> <p>Алергологічний анамнез не обтяжений.</p>	<p>Конфігурація обличчя порушена через випинання новоутворення до привушної ділянки, округлої форми, яке має синьо-червоний колір, розміром близько 1,5 см в діаметрі, що збільшується при нахилі голови. При пальпації – зменшується в розмірі, набуває анемічного відтінку, щільнішої консистенції, пульсуюче, безболісне. Над ділянкою вислуховується систолічний шум. Шкірні покриви та видимі слизові оболонки блідо-рожевого кольору. Регіонарні лімфатичні вузли не збільшені.</p>	<p>Складається з маси судин, які вистелені ендотелієм та бідною сполучнотканиною стромою.</p>	Гілляста гемангіома	<p>Показана кріотерапія – застосування снігу вугільної кислоти або рідкого азоту. Методика: сніг прикладають на 15–30 с до гемангіоми. Подібну аплікацію повторюють 2–5 разів із двотижневими проміжками.</p> <p>Склерозуюча терапія: 70,0 % етиловий спирт на 1,0 % розчині новокаїну, 20,0–25,0 % розчин натрію саліцилату, 10,0–20,0 % розчин натрію хлориду, 64,0 % розчин глюкози, «Преднізолон».</p> <p>Шляхом проведення пункції гемангіоми, з неї витягують кров та вводять склерозуючу речовину.</p> <p>Променева терапія: лікування проводиться фракційно, одним курсом. Сумарна доза радіації для дітей – 20,0 – 25,0 Гр. Тривалість опромінення 5–6 год/доб (у маленьких дітей – 3–4 год), щоденна доза 3,0 – 4,0 Гр. При застосуванні рентгенотерапії разова доза 2,5 – 5,0 Гр. Сумарна доза для дорослих 25,0 – 30,0 Гр, для дітей – 15,0–0,0 Гр.</p> <p>Хірургічне лікування: під щічною та інфільтраційною анестезією (Sol. Ubistesini 2,0 % – 4,0 мл) зроблено 2 півмісячних розрізи слизової оболонки щоки праворуч скальпелем в проекції новоутворення. Пошарово вирізають тканини новоутворення до оболонки. Вирізають пухлину до явно здорових тканин, проводять імобілізацію, зближення країв утвореного дефекту. Рану пошарово зашивають кетгуттовими швами, в неї вводять гумовий дренаж.</p> <p>Призначено: «Сульфадиметоксин» – 2 табл 1 раз на добу впродовж 5 днів, «Німесил» – по 1 пак. 2 рази на добу. Полоскання содовим розчином.</p>

Нейрофіброматоз (хвороба Реклінгаузена)

№ пор.	ПІБ, вік	Скарги і дані анамнезу	Дані об'єктивного дослідження	Гістологічне дослідження	Діагноз	Лікування та призначення																																																						
10	Бодров Микита Сергійович, 33 роки	Скарги на безболісну деформацію м'яких тканин обличчя, щелеп, яка збільшується з віком, рухливість зубів, пігментні плями, шкірні розростання різних розмірів та форми. Порушення зору з боку ураження. Симптоми захворювання з'явилися з моменту народження та в ранньому дитинстві. На диспансерному обліку не перебуває. Хворобу Боткіна та інші спец. інфекції заперечує. Алергологічний анамнез не обтяжений.	Обличчя асиметричне, гіпомімічне, згладжена носогубна складка ліворуч. Визначаються висипання поширеного характеру: на шкірі обличчя, тулуба та кінцівок множинні плями від 0,2 до 5,0 см, кольору кави з молоком, мають чіткі межі, що не зливаються між собою. Виявляються шкірні розростання у вигляді бородавок, поліпів. <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>PI</td><td>PI</td><td>PI</td><td>PI</td><td>PI</td><td>PI</td><td>PI</td><td>PI</td><td>PI</td><td>PI</td><td>PI</td><td>PI</td><td>PI</td><td>PI</td><td>PI</td><td>PI</td><td>PI</td><td>PI</td> </tr> <tr> <td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td><td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td><td></td><td></td> </tr> </table> St. localis: об'єктивно в порожнині рота порушення прикусу, аномалії форми та положення зубів, макроглосія. Словниковий запас бідний. Порушення звуковимови.	PI	PI	PI	PI	PI	PI	PI	PI	PI	PI	PI	PI	PI	PI	PI	PI	PI	PI	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28			48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38			Макроскопічно: інкапсульований вузол діаметром 2,0–3,0 см сіряватого кольору з кістами, що містять бурувату рідину. Мікроскопічно: пухлина побудована з пучків і тяжів витягнутих та овальних клітин, сітки волокон, які формують ритмічні (палісадоподібні) структури (тільця Верокаї).	Нейрофіброматоз (хвороба Реклінгаузена)	Показане хірургічне лікування шляхом повного вилущування пухлини. Премедикація: Sol. Sibazoni 0,5 % – 4,0 мл. Під загальною ін'єкційною анестезією (Ketamini hydrochloride 1,0 %) проводять відсепарування шкіри, яка вкриває нейронфіброму, і вилущування всієї пухлини, включаючи її основу. Відсепаровану шкіру використовують для закриття рани. Частина шкіри може виявитись при цьому зайвою, в такому разі її надлишок утинають. Якщо ураження займає велику площу, тоді проводять часткове вилущування та видалення пухлини, зі збереженням відсепарованої шкіри для закриття післяопераційного дефекту. Для уникнення зайвої крововтрати під час операції шкіру та підшкірну основу навколо пухлини попередньо прошивають. У випадку множинних вузлуватих утворень або пігментаційних нейрофібром проводять вирізання ураженої ділянки разом зі шкірою, що їх вкриває. Надалі рекомендовано провести низку коригуючих операцій для додання прооперованій половині обличчя форми та об'єму, що відповідають неураженій половині. Необхідні консультації та лікування у невропатолога, ендокринолога, психіатра.
PI	PI	PI	PI	PI	PI	PI	PI	PI	PI	PI	PI	PI	PI	PI	PI	PI	PI																																											
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																																													
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																																													

Холестеатома

№ пор.	ПІБ, вік	Скарги і дані анамнезу	Дані об'єктивного дослідження	Гістологічне дослідження	Діагноз	Лікування та призначення																																												
12	Біла Людмила Ігорівна, 44 роки	<p>Скарги на значне здуття обличчя в ділянці кута нижньої щелепи праворуч. Іноді з'являється біль в ділянці здуття, незначне підвищення температури тіла та погіршення загального самопочуття, естетичний дефект. Зміни помітила близько 2 тиж тому, до лікаря не зверталася. За час, що минув, утворення збільшилося приблизно в 1,5 рази.</p> <p>Перенесені захворювання: ГРВІ, грип. На диспансерному обліку не перебуває. Хворобу Боткіна та інші спец. інфекції заперечує.</p> <p>Алергологічний анамнез не обтяжений.</p>	<p>Обличчя асиметричне в ділянці кута нижньої щелепи праворуч. Шкірні покриви блідо-рожевого кольору. Носо-губні складки та підборідна борозна помірно виражені. Регіонарні лімфовузли збільшені.</p> <p>При пальпації щелепи визначається симптом «пергаментного хрускоту», флуктуації. Рухи в СНЩС – в повному обсязі, безболісні.</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Cd</td> <td style="text-align: center;">Cd</td> <td style="text-align: center;">PI</td> <td style="text-align: center;">PI</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">18</td> <td style="text-align: center;">17</td> <td style="text-align: center;">16</td> <td style="text-align: center;">15</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">14</td> <td style="text-align: center;">13</td> <td style="text-align: center;">12</td> <td style="text-align: center;">11</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">21</td> <td style="text-align: center;">22</td> <td style="text-align: center;">23</td> <td style="text-align: center;">24</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25</td> <td style="text-align: center;">26</td> <td style="text-align: center;">27</td> <td style="text-align: center;">28</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">48</td> <td style="text-align: center;">47</td> <td style="text-align: center;">46</td> <td style="text-align: center;">45</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">44</td> <td style="text-align: center;">43</td> <td style="text-align: center;">42</td> <td style="text-align: center;">41</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">31</td> <td style="text-align: center;">32</td> <td style="text-align: center;">33</td> <td style="text-align: center;">34</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35</td> <td style="text-align: center;">36</td> <td style="text-align: center;">37</td> <td style="text-align: center;">38</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Cd</td> <td style="text-align: center;">Cd</td> <td style="text-align: center;">PI</td> <td style="text-align: center;">PI</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"></td> <td style="text-align: center;"></td> <td style="text-align: center;">A</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table> <p>Прикус: за ортогнатичним типом.</p> <p>St. localis: слизова оболонка порожнини рота блідо-рожевого кольору, нормально зволожена.</p> <p>На рентгенограмі: велике розрідження кісткової тканини з чіткими, нерівними контурами. Проведено пункцію утворення.</p>	Cd	Cd	PI	PI	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	Cd	Cd	PI	PI			A		<p>Гістологічна структура характеризується наявністю капсули холестеатоми, що складається з зовнішнього сполучно-тканинного та внутрішнього епідермоїдного шарів; внутрішній шар утворений із багат шарового плоского епітелію, ідентичного епідермісу шкіри. Всередині холестеатоми містяться концентрично нашаровані один на одного клітинні агрегати з епітелію, що роговіє. Ці клітинні агрегати мають перлинний блиск. В пунктаті виявляються зроговілі маси та до 160,0–180,0 мг холестерину.</p>	Холестеатома нижньої щелепи праворуч	<p>Показане хірургічне лікування – операція цистектомія: під щічною та інфільтраційною анестезією (Sol. Ultracaini 4,0 % – 2,0 мл) на вестибулярній поверхні альвеолярного відростку нижньої щелепи викроюються слизово-окісний клапоть з утворенням, зверненим у бік перехідної складки. Кінець клаптя не доходить до ясенного краю на 0,5 см. Слизово-окісний клапоть відшаровується від кістки распатором, використовують марлевий тампон. Підводимо марлевий тампон під распатор та оголюємо кістку під кістою. Відокремлений клапоть утримуємо гачками. За допомогою бора висвердлюємо в кістці отвори за периметром майбутнього дефекту та з'єднуємо їх між собою за допомогою фісурного бора. Отриману кісткову пластинку видаляємо. Оголюємо передню стінку кісти. За допомогою распатора, кутового елеватора та хірургічної ложки відшаровуємо оболонку кісти. Зафіксувавши оболонку кісти затискачем або пінцетом, вилуцуємо її разом з її вмістом. Оголені верхівки зубів резектуємо. Порожнину щільно заповнюємо подрібненою губчастою речовиною. Рану ретельно ушиваємо наглухо синтетичним швом. Зовнішньо накладаємо пов'язку «мишка» для обмеження руху щоки та губи і створення спокою післяопераційній рані на 4–5 днів.</p> <p>Призначення: «Бісептол» – 2 табл. 2 рази на добу впродовж 7 днів; «Тавегіл» – 1 табл. 2 рази на добу впродовж 7 днів; «Німесил» – по 1 пак. 2 рази на добу 5 днів.</p>
Cd	Cd	PI	PI																																															
18	17	16	15																																															
14	13	12	11																																															
21	22	23	24																																															
25	26	27	28																																															
48	47	46	45																																															
44	43	42	41																																															
31	32	33	34																																															
35	36	37	38																																															
Cd	Cd	PI	PI																																															
		A																																																

Фіброзний епуліс

№ пор.	ПІБ, вік	Скарги і дані анамнезу	Дані об'єктивного дослідження	Гістологічне дослідження	Діагноз	Лікування та призначення
13	Олійник Євген Петрович, 33 роки	Скарги на наявність пухлиноподібного утворення на яснах у фронтальній ділянці нижньої щелепи рожевого кольору, яке повільно збільшується в розмірах. Скарги з'явилися близько одного року тому, коли через деякий час після лікування у ортопедо-стоматолога з'явилося розростання міжзубного сосочка. За допомогою до лікаря не звертався. Перенесені захворювання: ГРЗ, скарлатина. На диспансерному обліку не перебуває. Хворобу Боткіна та інші спец. інфекції заперечує. Алергологічний анамнез не обтяжений.	При зовнішньому огляді визначається порушення конфігурації обличчя через висунання нижньої губи вперед. Шкірні покриви нормального забарвлення, без патологічних змін. Регіонарні лімфатичні вузли не збільшені. A PI A 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 A Cd Cd Прикус: за ортогнатичним типом. St. localis: визначається щільне, безболісне розростання на нижній щелепі у фронтальній ділянці з вестибулярного боку ясен в ділянці 42-го та 41-го зубів, поширюється через міжзубний проміжок у вигляді сідла на оральний бік, рожевого кольору з гіперемованим краєм, неправильної форми, з чіткими межами на досить широкій ніжці, що йде в періодонт зуба, щільно-еластичної консистенції, не кровоточить. Розташований в зоні утворення, 42-й зуб має погано припасовану металеву коронку, при цьому розростання з вестибулярного боку покриває 2/3 коронок 41-го та 42-го зубів. На утворенні відзначаються відбитки зубів-антагоністів. На рентгенограмі: біля ніжки утворення відзначається деяке розрідження кісткової тканини.	Мікроскопічно визначається розростання фіброзної тканини, в якому зустрічаються окремі кісткові перекладини.	Фіброзний епуліс	Показане хірургічне лікування. Після відповідної обробки операційного поля розчином фурациліну під інфільтраційною анестезією (Sol. Ultracaini 4,0 % – 2,0 мл) скальпелем розрізаємо тканину до кістки, відступивши 0,2 см від утворення, і распатором видаляємо патологічну тканину разом з окістям. Ділянки м'яких тканин, які кровоточать, коагулюємо електрокоагулятором. Рану закриваємо йодоформним тампоном. Прихід – через 5 днів для зміни пов'язки. Рекомендовано: консультація у ортопедо-стоматолога з приводу корекції металевої коронки 42-го зуба.

Лімфангіома носа

14	Лукарев Дмитро Ігорович, 33 роки	Скарги на розростання, деформацію та зміну форми носа, яке повільно збільшується у розмірах. Безболісне. До лікаря не звертався. На диспансерному обліку з приводу серцево-судинних, інфекційних захворювань не перебуває. На диспансерному обліку не перебуває. Хворобу Боткіна та інші спец. інфекції заперечує. Алергологічний анамнез не обтяжений.	Обличчя симетричне, шкірні покриви в кольорі не змінені. St. localis: В зоні носа спостерігається пухлина, яка підноситься над навколишньою шкірою у вигляді розростань, тістоподібної консистенції, діаметром 1,0 – 2,0 см. Дещо горбиста, різко окреслена з невеликою підшкірною частиною. Пальпація безболісна.	Проведено пункційне відсмоктування вмісту кістозної порожнини. Вміст кістозної порожнини складається з кістозно розширених лімфатичних судин у верхніх шарах дерми, що містять коагульовану лімфу і лімфоцити.	Лімфангіома носа	Показане хірургічне лікування – радикальне видалення всієї пухлини. Проведено передопераційну медикаментозну підготовку за Бернадським: увечері напередодні операції – в/м 1,0 мл 2,5 % розчину «Аміназину», 1,0 мл 2,0 % розчину «Гідроброміду», всередину 0,1 г «Фенобарбіталу» і 0,1 г «Етаміналу натрію»; за 2 год до операції – в/м 2,0 мл 2,0 % розчину «Димедролу», 2,0 мл 2,0 % розчину «Промедолу»; за 20–30 хв до операції – п/ш 1,0 мл 0,05 % розчину «Скополаміну», 1,0 мл 1,0–2,0 % розчину «Омнопону», 1,0 мл 5,0 % розчину аскорбінової кислоти. Під загальним наркозом проведено вирізання лімфангіоми в межах незмінених тканин. Спаяні ділянки лімфангіоми з оточуючими органами та тканинами прошивають шовковими нитками. Призначають електрокоагуляцію для уникнення рецидивів (якщо залишилися ділянки пухлини). Іноді для долікування використовують склерозуючу терапію.
----	----------------------------------	--	---	--	------------------	--

Периферична форма компактної остеоми

№ пор.	ПІБ, вік	Скарги і дані анамнезу	Дані об'єктивного дослідження	Гістологічне дослідження	Діагноз	Лікування та призначення
15	Уваров Георгій Олегович, 49 років	Скарги на деформацію нижньої половини обличчя, обмежене відкривання рота, біль ниючого характеру. Раніше до лікаря не звертався. На диспансерному обліку не перебуває. Хворобу Боткіна та інші спец. інфекції заперечує. Алергологічний анамнез не обтяжений.	Обличчя асиметричне внаслідок новоутворення, яке локалізується на нижній щелепі. Шкірні покриви в кольорі не змінені. A PI A 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 A Cd Cd Cd Прикус: за ортогнатичним типом. St. localis: у ротовій порожнині гладке, горbeste випинання щільної консистенції, пальпація безболісна, межі чіткі або не зміцуються. Слизова оболонка блідо-рожевого кольору, рухома, пухлина не нагноюється. Відкривання рота обмежене до 1,0 см у зв'язку зі зміцненням бугра верхньої щелепи пухлиною назовні.	Компактні остеоми відрізняються від нормальній компактній кістці порушенням архітектоники та вузькими гаверсовими каналами (майже відсутні).	Периферична форма компактної остеоми нижньої щелепи	Показане хірургічне лікування: радикальне видалення пухлини з метою виправлення функціональних та косметичних порушень. Проведено маніпуляцію: біопсія пухлини в ділянці гілки нижньої щелепи ліворуч під місцевою інфільтраційною анестезією (Sol. Ultracaini DS 2,0 % – 1,7 мл). Через підщелепний доступ ліворуч оголено ліву третину гілки щелепи, де виявлено щільне новоутворення. За допомогою долота узято ділянку пухлини розміром 1,0×1,0×1,0 см для гістологічного дослідження. Після дренивання рани зашивають наглухо. Накладено асептичну пов'язку (введено Sol. Analgini 50,0 % – 20,0 мл, Sol. Dimedroli 1,0 % – 1,0 мл). Була проведена ревізія післяопераційної рани з метою гемостазу. Шви видалені, проведено лігування судин. Загальний стан задовільний. Після гістологічного підтвердження природи утворення – його видалення.

Нейрофіброма

16	Щетинін Ігор Ігорович, 40 років	Скарги на наявність болючої пухлини та деформацію обличчя. На диспансерному обліку не перебуває. Хворобу Боткіна та інші спец. інфекції заперечує. Алергологічний анамнез не обтяжений.	Пальпаторно під шкірою щоки, підборіддя, скроні, на язиці визначається щільна пухлина розміром від 3,0 см. Пухлина м'яка та за своєю структурою наближається до невроми. Пальпація викликає значні больові відчуття, що іррадіюють по ходу трійчастого нерва (у більш пізній стадії нейрофіброма має вигляд м'яких поліпоподібних вузлів, що звисають на ніжці. Іноді розвивається величезна плоска пухлина, яка майже не піднімається над поверхнею або, навпаки, має вигляд опуклих горбів, перетягнутих глибокими борознами. Найчастіше це буває за давня форма нейрофіброми, що поєднується з нейрофібромами іншої локалізації та має деякі симптоми, характерні для нейрофіброматозу).	Мікроскопічно є інкапсульований вузол діаметром 2,0–3,0 см сіряватого кольору з кістами, що містять бурувату рідину. Мікроскопічно пухлина побудована з пучків та тяжів витягнутих і овальних клітин, з густою мережею сполучнотканинних волокон, які формують ритмічні (палісадоподібні) структури (тільца Верокаї).	Нейрофіброма	Обробка операційного поля розчином йоду. Показане хірургічне лікування: під місцевою анестезією (Sol. Ubistesini 4,0 % – 2,0 мл) виконують розріз шкіри та підшкірної основи згідно з напрямком гілок лицевого нерва. Потім методом тупого відсепарування тканин вилущують нейрофіброму, не пошкоджуючи прилеглих розгалужень лицевого нерва. Для полегшення орієнтування в рані щодо меж пухлини деякі хірурги вводять до пухлини ін'єкційну голку та по ній 0,2–0,3 % водний розчин метиленового синього, який швидко поширюється в межах пухлини та забарвлює її, чітко окреслюючи. Прогноз сприятливий.
----	---------------------------------	--	---	--	--------------	---

Центральна остеобластокластома

№ пор.	ПІБ, вік	Скарги і дані анамнезу	Дані об'єктивного дослідження	Гістологічне дослідження	Діагноз	Лікування та призначення
17	Бутко Олексій Єгорович, 40 років	Скарги на біль в ділянці жувальних зубів на нижній щелепі праворуч, наявність асиметрії обличчя праворуч, нестійкості та рухливості зубів, порушення вимови та процесу прийому їжі. На диспансерному обліку не перебуває. Хворобу Боткіна та інші спец. інфекції заперечує. Алергологічний анамнез не обтяжений.	Обличчя асиметричне через збільшення в обсязі правої половини нижньої щелепи. Поверхня пухлини гладка, куполоподібна, відзначається веретеноподібне здуття тіла щелепи. При пальпації щільна, визначаються осередки стоншення кістки (симптом «пергаментного хрускоту»), колір шкіри над пухлиною не змінений. Шкіра береться в складку. Слизова оболонка над пухлиною виразкова. Лімфовузли не збільшені. При пункції отримано рідину бурого кольору. В пунктаті холестерин не визначається. Рентгенологічна картина: порожнини мають чіткі ущільнені контури, межі порожнини рівні та не розмазані. Нижній край нижньої щелепи різко стоншений та має вигляд шкаралупи. Корені 45, 46, 47-го зубів резорбовані та «усічені» на 1/3 своєї довжини.	Мікроскопічна будова остеобластокластом характеризується наявністю двох основних типів пухлинних клітин: а) багатоядерних гігантських клітин, які беруть участь в розсмоктуванні кісткових балочок, (остеокласти), б) одноядерних гігантських клітин, які є клітинами остеобластичного ряду, тобто беруть участь у побудові нових балочок. Цей процес відтворення нерідко можна спостерігати в периферичному відділі пухлини. Одноядерні клітини називаються остеобластами.	Центральна остеобластокластома правої половини нижньої щелепи	Показане хірургічне лікування: екскоклеація невеликих за розмірами пористих або кістозних форм пухлини нижньої щелепи, яку потрібно доповнювати вискоблюванням кістки, що межує з нею (при невеликих пухлинах літичної форми, а також при великих пористих та кістозних остеобластокластомах рекомендовано проводити особливо ретельну екскоклеацію з вискоблюванням до здорової кістки або резекцію нижньої щелепи). При задовільному стані хворого можна резекцію щелепи поєднувати з одномоментною аутоостео-пластикою. Щоб уникнути додаткової травми, пов'язаної із взяттям кістково-пластичного матеріалу у хворого, можна вдаватися до використання ліофілізованого алотрансплантата за Н.О. Плотніковим або застосувати методику проварювання та механічної обробки пухлинної частини щелепи і повернення її на своє колишне місце.

Епулід

№ пор.	ПІБ, вік	Скарги і дані анамнезу	Дані об'єктивного дослідження	Діагноз	Лікування та призначення
18	Бутенко Максим Єгорович, 40 років	<p>Скарги на наявність новоутворення на альвеолярному відростку нижньої щелепи, яке кровоточить при травмі, на рухливість зубів.</p> <p>Відмічає повільне зростання новоутворення.</p> <p>На диспансерному обліку не перебуває.</p> <p>Хворобу Боткіна та інші спец. інфекції заперечує.</p> <p>Алергологічний анамнез не обтяжений.</p>	<p>Конфігурація обличчя не змінена, шкіра та видимі слизові оболонки нормального забарвлення, без патологічних змін. Носогубні складки та підборідна борозна виражені нормально.</p> <p align="center"> PI PI PI PI PI PI PI 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 PI PI PI PI </p> <p>Прикус: за ортогнатичним типом.</p> <p>St. localis: на альвеолярному відростку нижньої щелепи виявлено пухлиноподібне новоутворення на ніжці, яке покрито блідо-рожевою слизовою оболонкою. Новоутворення м'яке, щільноеластичної консистенції, безболісне. При пальпації визначається рухомість та зміщення зубів у ділянці новоутворення.</p> <p>На рентгенограмі: деструкція кісткової тканини, остеопороз.</p>	Епулід	<p>Показано хірургічне лікування.</p> <p>Положення пацієнта у кріслі. Після обробки операційного поля розчином хлоргексидину, ізолювання його стерильним простирадлом, інфільтраційного знеболення (Sol. Ultracaini DS 2,0 % – 1,7 мл), приступають до операції. Гострим скальпелем проводять два рівнобічні горизонтальні розрізи до кістки, відступаючи від краю ясен вниз 3–4 см з вестибулярної сторони. Від країв горизонтальних розрізів з вестибулярної сторони роблять два вертикальних розрізи в напрямку до перехідної складки довжиною до 2 см. Распатором обережно відшаровують слизово-окісний клапоть, обнажаючи альвеолярний відросток. Долотом, кістковими кусачками, фрезами видаляють новоутворення, вимивають з кісткової рани дрібні кісткові фрагменти. Рану промивають розчином перекису водню та фурациліном. Клапоть укладають на місце, перекриваючи оголену кістку і зшивають із вільним краєм аналогічного клаптя з язичного боку.</p> <p>Призначено:</p> <p>Цифран по 1 табл. 1 раз на день, Німесил по 1 порошку 2–3 рази на день, антисептична обробка порожнини рота розчином хлоргексидину.</p>

Амелобластома

№ пор.	ПІБ, вік	Скарги і дані анамнезу	Дані об'єктивного дослідження	Діагноз	Лікування та призначення
19	Ткач Єгор Олегович, 40 років	<p>Скарги на деформацію обличчя, наявність припухлості щільно еластичної консистенції у цій ділянці. Сильний біль у нижній щелепі зліва при жуванні, ковтанні, розмові. Ускладнене відкривання рота. Чутливість та рухомість зубів на нижній щелепі. Вважає себе хворим з того часу, коли видалили зуб мудрості зліва, після чого з'явився біль у цій ділянці. Через кілька днів звернувся до стоматологічної поліклініки, де було проведено рентгенологічне дослідження – запідозрили наявність пухлини у ділянці кута нижньої щелепи зліва. З дні тому під час прийому їжі відчув різкий біль та хруст у ділянці гілки нижньої щелепи зліва, після чого у продовж кількох днів відчував біль у цій ділянці при ковтанні, жуванні, розмові. Це і стало причиною звернення до лікаря.</p> <p>На диспансерному обліку не перебуває. Хворобу Боткіна та інші спец. інфекції заперечує.</p> <p>Алергологічний анамнез не обтяжений.</p>	<p>Конфігурація обличчя змінена внаслідок припухлості зліва. Шкіра натягнута, звичайного кольору. Регіонарні лімфатичні вузли збільшені.</p> <p>St. localis: під час огляду присінка порожнини рота відмічається кровоточивість, гіперемія та набряклість слизової оболонки ясен, рухомість зубів. Пальпаторно пухлина локалізується по нижньому краю кістки у ділянці від кута нижньої щелепи до переднього відділу її тіла. Визначається як нерухоме новоутворення великих розмірів, щільно еластичної консистенції, з рівною поверхнею, не спаяне з підлеглими тканинами.</p> <p>Підрахунок зубною формули, огляд та пальпація ускладнені через фіксацію нижньої щелепи за допомогою дротяних шин.</p> <p>На фазній та боковій рентгенограмі нижньої щелепи у ділянці гілки та кута нижньої щелепи виявлено широку деструкцію кісткової тканини пористого характеру з чіткими контурами розміром 8,0 × 6,0 см.</p>	Амелобластома	<p>Показано хірургічне лікування в умовах загального знеболення – резекція ураженого відділу нижньої щелепи з одночасною кістковою пластикою.</p> <p>Положення пацієнта – на столі, голову повернено у протилежний бік. Обробка операційного поля розчином йоду. Розріз шкіри проводять дугоподібно, огинаючи кут щелепи в напрямку до мочки вуха. Розсікають шкіру, підшкірну клітковину, поверхневий м'яз, розсікають і беруть на утримувач жувальний м'яз, після чого по зовнішньому краю щелепи розсікають окістя і распатором відокремлюють її від кістки із зовнішньої та внутрішньої її поверхонь на всій ділянці, що підлягає видаленню. Намічають лінію резекції. Кулястим або фісурним бором наносять різні отвори по лінії резекції на відстані 0,5–1 см один від одного. Вузьким бором з'єднують між собою всі отвори і видаляють ділянку кістки після повного звільнення від навколишніх тканин. Фрезєю згладжують всі гострі краї. Струменем рідини зі шприца вимивають з рани кісткові стружки, проводять гемостаз. Окістя, м'язові тканини і клітковину ушивають. Після ушивання рани накладають шкіряні шви. У рані залишають резиновий дренаж на 1–2 доби та накладають асептичну пов'язку на рану.</p>

Розділ 3. Травматичні ушкодження щелепно-лицевої ділянки

Переломи

№ пор.	ПІБ, вік	Скарги і дані анамнезу	Дані об'єктивного дослідження	Діагноз	Лікування та призначення																																																																								
1	Сладко Дмитро Сергійович, 31 рік	Скарги на біль в нижній щелепі ліворуч, порушення прикусу, утруднене відкривання рота. Також зазначає порушення больової, тактильної та температурної чутливості слизової оболонки порожнини рота, ясен, зубів на ділянці «причинної» щелепи, розташованої медіально від щілини перелому. На диспансерному обліку не перебуває. Хворобу Боткіна та інші спец. інфекції заперечує. Алергологічний анамнез не обтяжений.	Конфігурація обличчя порушена внаслідок набряку м'яких тканин в ділянці кута нижньої щелепи ліворуч. Відкривання рота утруднене, до 4,5 см. Відзначається рухливість 38-го зуба, а також розриви слизової оболонки в цій ділянці. Біль в ділянці кута нижньої щелепи між 37-м та 38-м зубами при навантаженні по осі, патологічна рухливість відламків, порушення прикусу, кістковий виступ, крепітація уламків. Визначається зсув більшого уламка донизу та всередину. При натисканні на підборіддя за напрямом СНЩС пацієнт відзначає хворобливі відчуття в ділянці кута нижньої щелепи ліворуч. <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">PI</td> <td colspan="16"></td> <td style="text-align: center;">C</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">18</td><td style="text-align: center;">17</td><td style="text-align: center;">16</td><td style="text-align: center;">15</td><td style="text-align: center;">14</td><td style="text-align: center;">13</td><td style="text-align: center;">12</td><td style="text-align: center;">11</td><td style="text-align: center;">21</td><td style="text-align: center;">22</td><td style="text-align: center;">23</td><td style="text-align: center;">24</td><td style="text-align: center;">25</td><td style="text-align: center;">26</td><td style="text-align: center;">27</td><td style="text-align: center;">28</td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">48</td><td style="text-align: center;">47</td><td style="text-align: center;">46</td><td style="text-align: center;">45</td><td style="text-align: center;">44</td><td style="text-align: center;">43</td><td style="text-align: center;">42</td><td style="text-align: center;">41</td><td style="text-align: center;">31</td><td style="text-align: center;">32</td><td style="text-align: center;">33</td><td style="text-align: center;">34</td><td style="text-align: center;">35</td><td style="text-align: center;">36</td><td style="text-align: center;">37</td><td style="text-align: center;">38</td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">C</td> <td colspan="16"></td> <td style="text-align: center;">PI</td> </tr> </table> На рентгенограми: порушення цілісності кісткової тканини лінійного характеру в ділянці між 37-м та 38-м зубами, лінія пошкодження проходить через медіальний корінь 38-го зуба в середній третині.	PI																	C	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28			48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38			C																	PI	Травматичний перелом нижньої щелепи в ділянці кута ліворуч	Показана операція: черезкістковий остеосинтез. Позаротова інфільтраційна (Sol. Ultracaini 0,5 % – 6,0 мл) та торусальна (Sol. Ultracaini 0,5 % – 1,7 мл) анестезія. Обробка операційного поля розчином йоду. Намічена лінія розрізу в підщелепному трикутнику довжиною 8,0 см. Пошарова інфільтрація тканин 0,5 % розчином новокаїну. Розрізання шкіри, підшкірної клітковини, м'язів. Розсічення окістя по зовнішній поверхні тіла щелепи. Відшарування власне жувальних м'язів і взяття їх на держак. Оголення уламків на 2,0 см від щілини перелому. Ревізія, операція з видалення 38-го зуба. Накладення швів на слизову оболонку порожнини рота. Скетування уламків, репонування та утримання їх в правильному положенні секвестральними щипцями. Відступивши на 1,5 см від щілини перелому, струменем розчину створюють по 2 наскрізні отвори, за допомогою петлеподібного шва та металевої лігатури відламки з'єднують. Шов затягують за допомогою клямпових щипців. Петлю пропускають через отвір зовні, всередину протягують нитку, яку виводять назовні. Фіксація відламків. Антисептична обробка, гемостаз. Зшивання: шви (пошарові) до випускника.
PI																	C																																																												
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																																																														
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																																																														
C																	PI																																																												
2	Ботан Пилип Кирилович, 35 років	Скарги на біль у нижній щелепі, що з'явився після ДТП. Неможливість жування. Припухлість на нижній щелепі ліворуч. На диспансерному обліку не перебуває. Хворобу Боткіна та інші спец. інфекції заперечує. Алергологічний анамнез не обтяжений. Онкологічний огляд – новоутворень не виявлено.	Виражена асиметрія обличчя через колатеральний набряк м'яких тканин в ділянці нижньої щелепи ліворуч. Шкіра та видимі слизові оболонки чисті, звичайного забарвлення. Піднижньощелепні лімфовузли не пальпуються. <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">C</td><td style="text-align: center;">C</td><td colspan="12"></td><td style="text-align: center;">PI</td><td style="text-align: center;">PI</td><td style="text-align: center;">PI</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">18</td><td style="text-align: center;">17</td><td style="text-align: center;">16</td><td style="text-align: center;">15</td><td style="text-align: center;">14</td><td style="text-align: center;">13</td><td style="text-align: center;">12</td><td style="text-align: center;">11</td><td style="text-align: center;">21</td><td style="text-align: center;">22</td><td style="text-align: center;">23</td><td style="text-align: center;">24</td><td style="text-align: center;">25</td><td style="text-align: center;">26</td><td style="text-align: center;">27</td><td style="text-align: center;">28</td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">48</td><td style="text-align: center;">47</td><td style="text-align: center;">46</td><td style="text-align: center;">45</td><td style="text-align: center;">44</td><td style="text-align: center;">43</td><td style="text-align: center;">42</td><td style="text-align: center;">41</td><td style="text-align: center;">31</td><td style="text-align: center;">32</td><td style="text-align: center;">33</td><td style="text-align: center;">34</td><td style="text-align: center;">35</td><td style="text-align: center;">36</td><td style="text-align: center;">37</td><td style="text-align: center;">38</td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">PI</td><td style="text-align: center;">PI</td><td colspan="12"></td><td style="text-align: center;">A</td><td style="text-align: center;">A</td><td style="text-align: center;">A</td> </tr> </table> Прикус: за ортогнатичним типом. St. localis: слизова оболонка в ділянці 47, 48-го зубів набрякла, гіперемована, з інфільтрацією крові, перехідна складка згладжена. Симптом навантаження позитивний – пацієнт чітко вказує на локалізацію болю, яка відповідає ділянці 48-го зуба. Оклюзія на боці ушкодження має фісурно-бугорковий контакт. На інтактному боці контакту антагоністів немає. В процесі дослідження СНЩС спостерігається асинхронний рух головок нижньої щелепи. На рентгенограми: в бічній проекції ліворуч визначається порушення цілісності кістки, в поперечному напрямку, що проходить між 47-м та 48-м зубами. Зсув меншого уламка всередину та угору, більшого – вниз та в бік перелому.	C	C													PI	PI	PI	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28			48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38			PI	PI													A	A	A	Травматичний перелом в ділянці кута нижньої щелепи ліворуч	Антисептична обробка порожнини рота Sol. Betadini 10,0 % – 30,0 мл. Знеболювання: двобічна торусальна анестезія Sol. Ultracaini 4,0 % – 4,0 мл. Репозиція та фіксація відламків щелеп за допомогою двощелепної шини з зацепними петлями та гумовою тягою. Антисептична обробка, гемостаз. Стаціонарне спостереження за пацієнтом.		
C	C													PI	PI	PI																																																													
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																																																														
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																																																														
PI	PI													A	A	A																																																													

№ пор.	ПІБ, вік	Скарги і дані анамнезу	Дані об'єктивного дослідження	Діагноз	Лікування та призначення																																																																										
3	Безруков Михайло Вікторович, 37 років	Був доставлений бригадою швидкої допомоги до відділення міської клінічної лікарні швидкої та невідкладної допомоги № 4 у стані свідомості. Скарги на біль у верхній щелепі, неможливість відкушування та пережовування їжі, порушення змикання зубів. Зниження чутливості шкірної поверхні губи, носа. На диспансерному обліку не перебуває. Хворобу Боткіна та інші спец. інфекції заперечує. Алергологічний анамнез не обтяжений. Онкологічний огляд – новоутворень не виявлено.	При зовнішньому огляді визначається набряк м'яких тканин, на шкірі садна, рани, крововиливи. Подовження середньої третини обличчя, прикус відкритий. Визначається рухливість лівої та правої верхніх щелеп при бімануальній пальпації. При пальпації по нижньому очноямковому краю праворуч та ліворуч визначається сходянка – кістковий виступ. На рентгенограмі: порушення цілісності кісткової тканини, лінія перелому в ділянці вилично-альвеолярного гребеня, перенісся, а також кісток, які формують дно очниці.	Перелом верхньої щелепи за Ле-Фор II	Показана репозиція та імобілізація за допомогою остеосинтезу з титановими міні-пластинами в умовах загального знеболювання, з призначенням медикаментозної схеми, що включає антибіотикотерапію, знеболюючі, антиексудативні, антигістамінні препарати. Вітамінотерапія. Діста щелепна № 1.																																																																										
4	Зверев Геннадій Сергійович, 20 років	Скарги на біль в ділянці 21, 22, 23-го зубів, порушення змикання зубів, труднощі при жуванні, певне порушення вимови, на домішки крові в слині. На диспансерному обліку не перебуває. Хворобу Боткіна та інші спец. інфекції заперечує. Алергологічний анамнез не обтяжений. Онкологічний огляд – новоутворень не виявлено.	Конфігурація обличчя не порушена. Шкіра верхньої губи набрякла, переважно ліворуч. <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="14" style="text-align: center;">PI</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">18</td><td style="text-align: center;">17</td><td style="text-align: center;">16</td><td style="text-align: center;">15</td><td style="text-align: center;">14</td><td style="text-align: center;">13</td><td style="text-align: center;">12</td><td style="text-align: center;">11</td><td style="text-align: center;">21</td><td style="text-align: center;">22</td><td style="text-align: center;">23</td><td style="text-align: center;">24</td><td style="text-align: center;">25</td><td style="text-align: center;">26</td><td style="text-align: center;">27</td><td style="text-align: center;">28</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">48</td><td style="text-align: center;">47</td><td style="text-align: center;">46</td><td style="text-align: center;">45</td><td style="text-align: center;">44</td><td style="text-align: center;">43</td><td style="text-align: center;">42</td><td style="text-align: center;">41</td><td style="text-align: center;">31</td><td style="text-align: center;">32</td><td style="text-align: center;">33</td><td style="text-align: center;">34</td><td style="text-align: center;">35</td><td style="text-align: center;">36</td><td style="text-align: center;">37</td><td style="text-align: center;">38</td> </tr> <tr> <td colspan="14" style="text-align: center;">C</td> </tr> <tr> <td colspan="14" style="text-align: center;">PI</td> </tr> </table> St. localis: на слизовій оболонці присінка порожнини рота порушена цілісність тканин. Взасмини зубних рядів верхньої та нижньої щелеп порушені. При пальпації визначається рухливість альвеолярного відростка верхньої щелепи у фронтальній ділянці ліворуч. У ділянці пошкодження розірвана слизова оболонка ясен. На рентгенограмі: порушення цілісності кісткової тканини альвеолярного відростка в ділянці 21, 22, 23-го зубів без зміщення. Лінія перелому проходить горизонтально, вище рівня коренів.	PI														18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	C														PI														Частковий перелом альвеолярного відростка верхньої щелепи в ділянці 21, 22, 23-го зубів	Показане оперативне втручання. Медикаментозна обробка розчином хлоргексидину. Інфраорбітальна анестезія (Sol. Artiphirini 4,0 % – 1,7 мл). Репозиція та фіксація уламків за допомогою гладкої шини-скоби. виправлення пошкодженої ділянки та фіксація за допомогою шини. Обробка пошкодженої слизової оболонки губи та ясен 3,0 % розчином перекису водню. Ушивання пошкодженої слизової. Надані рекомендації.
PI																																																																															
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																																																																
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																																																																
C																																																																															
PI																																																																															
5	Горлов Микола Васильович, 42 роки	Скарги на обмежене і болюче відкривання рота, порушення акту жування, на деформацію бічного відділу обличчя праворуч. На диспансерному обліку не перебуває. Хворобу Боткіна та інші спец. інфекції заперечує. Алергологічний анамнез не обтяжений. Онкологічний огляд – новоутворень не виявлено.	Обличчя асиметричне через набряк м'яких тканин праворуч. Пальпація в ділянці виличної дуги болюча, пальпуються кісткові виступи. Відкривання рота болісне, обмежене. Бічні рухи щелепи утруднені.	Травматичний перелом правої виличної дуги	Показане оперативне втручання. Інфільтраційна анестезія (Sol. Artiphirini 4,0 % – 1,7 мл). Репозиція кісткових уламків за допомогою гачка Лімберга. Надалі консервативне лікування. Спокій, рідка їжа, уникнення будь-якого тиску на виличну кістку. Обмеження відкривання рота на 10–12 днів. Виданий лист непрацездатності на 15 днів.																																																																										

Вивих зуба

№ пор.	ПІБ, вік	Скарги і дані анамнезу	Дані об'єктивного дослідження	Діагноз	Лікування та призначення
6	Спредов Ілля Андрійович, 19 років	Скарги на відсутність центрального різця на верхній щелепі ліворуч, біль в цій ділянці. В анамнезі: травма годину тому. Зуб приніс в склянці молока. На диспансерному обліку не перебуває. Хворобу Боткіна та інші спец. інфекції заперечує. Алергологічний анамнез не обтяжений. Онкологічний огляд – новоутворень не виявлено.	Обличчя симетричне. Носогубні складки та підборідна борозна виражені помірно. Шкірні покриви нормального забарвлення без видимих патологічних змін. Слизова оболонка блідо-рожевого кольору, без видимих патологічних змін. Піднижньощелепні лімфатичні вузли не пальпуються. <div style="text-align: center;"> А 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 48 17 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 </div> St. localis: відсутній 21-й зуб. На його місці визначається лунка, заповнена кров'яним згустком. Розривів слизової оболонки немає. На рентгенограмі: стінки лунки 21-го зуба не пошкоджені.	Повний вивих 21-го зуба	Проведено антисептичну обробку порожнини рота 0,02 % розчином хлоргексидину. Під інфільтраційною анестезією (Sol. Ultracaini 4,0 % – 2,0 мл) проведено реплантацію та шинування 21-го зуба системою «Ribbond». Надані рекомендації.

Комбіновані травми

№ пор.	ПІБ, вік	Скарги і дані анамнезу	Дані об'єктивного дослідження	Діагноз	Лікування та призначення
7	Колодна Ірина Василівна, 28 років	Пацієнтка ургентно надійшла до відділення щелепно-лицевої хірургії після аварії на атомній електростанції, де протягом останнього року працювала електромонтером. Скаржиться на біль та порушення цілісності верхньої губи праворуч, нездужання, запаморочення, спрагу, сухість у роті, задишку, біль в животі, нудоту, печію та біль при ковтанні. На диспансерному обліку не перебуває. Хворобу Боткіна та інші спец. інфекції заперечує. Алергологічний анамнез не обтяжений. Онкологічний огляд – новоутворень не виявлено.	Пацієнтка збуджена, відзначається здуття живота, температура тіла 38,0 °С, артеріальний тиск 90/50, об'єктивно на верхній губі праворуч визначається проникаюче порушення цілісності шкіри та слизової оболонки напрямком до крила носа, довжиною 3,0 см. Рана зяє, краї рівні, відсутнє герметичне змикання губ в результаті пошкодження кругового м'яза, рух губ порушено, кровотеча помірна. Клінічний аналіз крові вказує на нейтрофільний лейкоцитоз – $7,2 \times 10,0$ (N 1,8–6,5 $\times 10,0$); незначне зниження: еритроцитів – 3,0 (N 3,5–5,0 $\times 10,0$), гемоглобіну – 100,0 (N 120,0–140,0 Ні), тромбоцитів – $170,0 \times 10,0$ (N 180,0–320,0 $\times 10,0$). Біохімічний аналіз крові вказує на зниження альбуміну – 30,0 г (N 35,0–50,0 г/л), доза поглинання радіації – 2,0 Гр.	Комбінована травма: різана рана верхньої губи праворуч, гостра променева хвороба легкого ступеня тяжкості	Видалення радіоактивних ізотопів з поверхні шкірних покривів, з рани, зі слизових оболонок з дозиметричним контролем. Дезінтоксикаційна терапія: 40,0–60,0 мл 40,0 % гіпертонічного розчину глюкози, 10,0 мл 10,0 % розчину хлориду кальцію, 5,0 % розчин аскорбінової кислоти, антигістамінні препарати («Димедрол»). При сильній нудоті – в/м 2,0 мл 0,5 % розчину «Аміназину». Обробка рани, стерильна пов'язка (до настання другого (латентного) періоду променевої хвороби), суворий асептичний режим. Антибіотики широкого спектра дії («Цефтріаксон» 1,0 г 2 рази на добу). Призначена планова операція з ушивання різаної рани на губі праворуч.
8	Колодна Василівна, 28 років	Продовжує лікування з приводу різаної рани губи праворуч на тлі гострої променевої хвороби легкого ступеня тяжкості. У самопочутті відзначає поліпшення. Запаморочення, нудота та блювання більше не турбують.	Після отримання травми минуло три доби. Клінічні прояви променевої хвороби зникли, показники крові нормалізувалися. Температура тіла 36,8 °С. Артеріальний тиск – 130/80.	Комбінована травма: різана рана верхньої губи праворуч, гостра променева хвороба легкого ступеня тяжкості	Проводиться відкладена первинна хірургічна обробка. Під інфраорбітальною та інфільтраційною анестезією (Sol. Ubistesini 4,0 % – 2,0 мл) радикально повністю видалені нежиттєздатні тканини. Антисептична обробка хлоргексидином, пошарове зшивання тканини з використанням поліпропіленової нитки та вузлових швів (4 шт.). Накладено асептичну пов'язку. Рекомендується зняти шви через 12 діб з моменту їх накладення.

Рвана рана щічної ділянки

№ пор.	ПІБ, вік	Скарги і дані анамнезу	Дані об'єктивного дослідження	Діагноз	Лікування та призначення
9	Іллін Анатолій Сергійович, 35 років	Скарги на естетичний дефект м'яких тканин в щічній ділянці, кровотечу, біль. Поранення отримав 4 год тому в бійці; удар був нанесений гострим предметом. Загальний стан задовільний. На диспансерному обліку не перебуває. Хворобу Боткіна та інші спец. інфекції заперечує. Алергологічний анамнез не обтяжений. Онкологічний огляд – новоутворень не виявлено.	В щічній ділянці відкрита рвана рана довжиною 5,0 см, радіально спрямована, краї рани нерівні, пошкоджена шкіра, підшкірно-жирова клітковина; м'язи не пошкоджені. Колатеральний набряк прилеглих тканин підорбітальної ділянки, червона облямівка губ без патологічних змін. Відкривання рота не обмежене, болюче в зв'язку з пораненням та посттравматичним набряком. Рух мимічних м'язів утруднений через набряк праворуч. Лімфатичні вузли не пальпуються. PI 1 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 PI Прикус: за ортогнатичним типом. St. localis: зубні ряди без змін, слизова оболонка порожнини рота не пошкоджена, слинні залози в нормі.	Рвана рана щічної ділянки праворуч	Премедикація: 1,0–2,0 мл «Фентанілу», 10,0 мг «Седуксену», 0,5–1,0 мл 0,1 % розчину «Атропіну». Знеболювання місцеве – Sol. Ultracaini DS 2,0 % – 1,7 мл. Первинна хірургічна обробка рани: очищення навколишньої шкіри рани від пилу, бруду, засохлої крові розчином хлоргексидину без попадання розчинів у рану. Промивання рани антисептичним розчином. Механічне очищення рани марлевими кульками, змоченими розчином перекису водню. Шкіру в зоні насухо витирають стерильними кульками, змащують 2,0 % розчином йоду. Видаляють нежиттєздатні тканини. На рану накладають первинний вузловий шов (до 6 штук). Внутрішній шов – з кетгуту. Зовнішній шов – з поліамідної атравматичної нитки. Накладають асептичну пов'язку. Призначено засоби: знеболюючий – «Ібупрофен» (400,0 мг – 3–4 рази на добу), протизапальний – «Гідрокортизон» (100,0 мг через 2–6 год). Призначено антибіотикотерапію. Рекомендовано обмежити широке відкриття рота, роботу мимічних м'язів. Зняття швів через тиждень.

Різана рана щічної ділянки

10	Петров Микола Іванович, 40 років	Скарги на естетичний дефект м'яких тканин в щічній ділянці, кровотечу, біль. Поранення отримав 4 год тому в бійці; удар був нанесений гострим предметом. Загальний стан задовільний. На диспансерному обліку не перебуває. Хворобу Боткіна та інші спец. інфекції заперечує. Алергологічний анамнез не обтяжений. Онкологічний огляд – новоутворень не виявлено.	В щічній ділянці відкрита різана рана 5,0 см довжиною, радіально спрямована, краї рани нерівні, пошкоджені шкіра, підшкірно-жирова клітковина, а також м'язи. Колатеральний набряк прилеглих тканин підорбітальної ділянки, червона облямівка губ без патологічних змін, при огляді порожнини рота слизова оболонка не пошкоджена, слинні залози – в нормі. Лімфатичні вузли не пальпуються. Відкривання рота не обмежене, болюче у зв'язку з пораненням та посттравматичним набряком. Зубні ряди без змін. Рух мимічних м'язів утруднений через набряк праворуч.	Різана рана щічної ділянки праворуч	Премедикація: 1,0–2,0 мл «Фентанілу», 10,0 мг «Седуксену», 0,5–1,0 мл 0,1 % розчину «Атропіну». Знеболювання місцеве – Sol. Ultracaini DS 2,0 % – 1,7 мл. Промивають рану антисептичним розчином хлоргексидину. Механічно очищають рану марлевими кульками, змоченими розчином перекису водню. Шкіру в зоні насухо витирають стерильними кульками, змащують 2,0 % розчином йоду. На рану накладають первинний вузловий шов (до 6 шт.). Внутрішній шов – з кетгуту, зовнішній – з поліамідної атравматичної нитки. Накладають асептичну пов'язку. Призначено препарати: знеболюючий – «Ібупрофен» (400,0 мг – 3–4 рази на добу), протизапальний – «Гідрокортизон» (100,0 мг через 2–6 год). Призначено антибіотикотерапію. Рекомендовано обмежити широке відкриття рота, роботу мимічних м'язів. Зняття швів – через тиждень.
----	---	---	--	-------------------------------------	--

Перфорація дна верхньощелепної пазухи

№ пор.	ПІБ, вік	Скарги і дані анамнезу	Дані об'єктивного дослідження	Діагноз	Лікування та призначення																																																										
11	Щеглов Микита Романович, 46 років	Скарги на потрапляння рідкої їжі та рідини з порожнини рота в порожнину носа, неможливість надутися щоки. Три дні тому в стоматологічній поліклініці було видалено зруйнований 16-й зуб. Видалення було складним, відмічено сильну кровотечу. Через 2 дні під час прийому їжі зазначив потрапляння рідин в порожнину носа. На диспансерному обліку не перебуває. Хворобу Боткіна та інші спец. інфекції заперечує. Алергологічний анамнез не обтяжений. Онкологічний огляд – новоутворень не виявлено.	Обличчя симетричне. Шкіра і видимі слизові оболонки фізіологічного забарвлення, без висипань. Регіонарні лімфатичні вузли не палькуються. Носове дихання не утруднене. Виділень з порожнини носа немає, рухи нижньої щелепи – в повному обсязі. <table border="0" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>PI</td> <td colspan="10">A</td> <td>Cd</td> <td>PI</td> </tr> <tr> <td>18</td> <td>17</td> <td>16</td> <td>15</td> <td>14</td> <td>13</td> <td>1</td> <td>11</td> <td>21</td> <td>22</td> <td>23</td> <td>24</td> <td>25</td> <td>26</td> <td>27</td> <td>28</td> </tr> <tr> <td>48</td> <td>47</td> <td>46</td> <td>45</td> <td>44</td> <td>43</td> <td>42</td> <td>41</td> <td>31</td> <td>32</td> <td>33</td> <td>34</td> <td>35</td> <td>36</td> <td>37</td> <td>38</td> </tr> <tr> <td>PI</td> <td colspan="10">Cd</td> <td>Cd</td> <td>PI</td> </tr> </table> Прикус: за ортогнатичним типом. St. localis: лунка видаленого 16-го зуба порожня. Носо-ротова та ротоносова проби позитивні. При зондуванні лунки зонд провалюється до гайморової пазухи. На рентгенограмі придаткових пазух носа в напіваксіальній проекції пневматизація гайморових пазух не порушена.	PI	A										Cd	PI	18	17	16	15	14	13	1	11	21	22	23	24	25	26	27	28	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	PI	Cd										Cd	PI	Перфорація дна верхньощелепної пазухи праворуч в ділянці лунки видаленого 16-го зуба	При туберальній (Sol. Artiphirini 4,0 % – 1,7 мл) та піднебінній (Sol. Artiphirini 4,0 % – 1,7 мл) анестезії проведено викроювання трапецієподібного клаптя в ділянці лунки 16-го зуба, широкою основою зверненого до перехідної складки. Распатором відшаровано слизово-окісний клапоть. За периметром лунки 16-го зуба проведена деепітелізація. Клапоть покладено на місце з перекриттям лунки 16-го зуба. Клапоть зафіксовано до слизової оболонки вузловими швами зі фтореста. Видано лист непрацездатності. Призначено медикаментозну терапію: «Етазол» – по 1 табл. 3 рази на добу, «Тавегіл» – по 1 табл. 3 рази на добу. Полівітаміни – по 1 драже 1 раз на добу. Полоскання теплим розчином ромашки.
PI	A										Cd	PI																																																			
18	17	16	15	14	13	1	11	21	22	23	24	25	26	27	28																																																
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																																																
PI	Cd										Cd	PI																																																			

Термічний опік щічної ділянки

№ пор.	ПІБ, вік	Скарги і дані анамнезу	Дані об'єктивного дослідження	Діагноз	Лікування та призначення
12	Зайцев Михайло Петрович, 22 роки	Скарги на почервоніння шкіри в ділянці щоки, утворення пухирців, больові відчуття в ураженій зоні (відчуття печіння) в результаті попадання на обличчя окропу. Минуло близько 3 год. На диспансерному обліку не перебуває. Хворобу Боткіна та інші спец. інфекції заперечує. Алергологічний анамнез не обтяжений. Онкологічний огляд – новоутворень не виявлено.	St. localis: у нижній ділянці щоки праворуч спостерігається гіперемована ділянка шкіри, наявність бульбашок (2 шт.) з прозорою жовтуватою рідиною. Уражена ділянка болюча.	Термічний опік щічної ділянки II ступеня	Обробляємо уражену поверхню 33,0 % розчином спирту. Обприскуємо поверхню 0,5 % розчином новокаїну (або гіпозолем) протягом 5 хв, до стихання болю. Проводимо підрізання бульбашок. Накладаємо стерильну пов'язку із 0,2 % фурациліновою маззю.

Розділ 4. Захворювання скронево-нижньощелепного суглоба

Вивихи СНЩС

№ пор.	ПІБ, вік	Скарги і дані анамнезу	Дані об'єктивного дослідження	Діагноз	Лікування та призначення
1	Куліч Олег Георгійович, 27 років	Скарги на біль в ділянці суглоба, неможливість закривання рота, закладання вух. 2 год тому вкусив велике яблуко та не зміг закрити рота. На диспансерному обліку не перебуває. Хворобу Боткіна та інші спец. інфекції заперечує. Алергологічний анамнез не обтяжений. Онкологічний огляд – новоутворень не виявлено.	У пацієнта рот широко відкритий, обличчя симетричне. Носогубні складки та підборідна борозна зглажені. Шкірні покриви чисті, без патологічних змін, регіонарні лімфовузли не пальпуються. Щелепа максимально опущена, малорухома, болюча при спробі поворухнути нею. PI 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 18 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 PI A St. localis: при пальпації СНЩС головки не визначаються, суглобова ямка заповнена м'якими тканинами. Закривання рота неможливе – супроводжується різким болем. Слизова оболонка губ, щік, ясен, твердого, м'якого піднебіння, язика, дна порожнини рота блідо-рожевого кольору, без патологічних змін. На ортопантограмі головки суглоба розташовані на передньому схилі суглобового горбика.	Двобічний передній вивих СНЩС	Під анестезією за Берше–Дубовим (Sol. Ultracaini 4,0 % – 2,0 мл), зміщуючи місце уколу голки вперед у зв'язку зі зміщенням головок суглобів, проведено вправлення переднього вивиху СНЩС за методом Гіппократа. Рекомендовано накласти м'яку пращоподібну пов'язку на 1 тиж. Показана щадна дієта – рідка та напіврідка їжа впродовж 2 тиж.
2	Грузов Максим Борисович, 32 роки	Скарги на різкий біль у вухах, неможливість відкривання рота, закладання вух. Отримав сильний прямий удар по нижній щелепі в зоні підборіддя 4 год тому, свідомість не втрачав. Симптоми з'явилися одразу після отримання травми. На диспансерному обліку не перебуває. Хворобу Боткіна та інші спец. інфекції заперечує. Алергологічний анамнез не обтяжений. Онкологічний огляд – новоутворень не виявлено.	У пацієнта страдницький вигляд, обличчя симетричне, нижня третина обличчя зменшена в розмірі внаслідок зміщення нижньої щелепи назад. Носогубні складки зглажені, підборідна борозна різко виражена. На шкірі в ділянці підборіддя невелике садно. Регіонарні лімфовузли не пальпуються. Щелепа симетрично зміщена назад, малорухома, болюча при спробі поворухнути нею. St. localis: при пальпації СНЩС головки не визначаються, суглобова ямка заповнена м'якими тканинами. Відкривання рота неможливе (контрактура III ступеня). Слизова оболонка губ, щік, ясен блідо-рожевого кольору, без патологічних змін. Зубні ряди сходяться в дистальній оклюзії. На ортопантограмі головки суглоба розташовані під зовнішнім слуховим проходом.	Двобічний задній вивих СНЩС	Під анестезією за Берше–Дубовим (за зсувом головок суглобів) (Sol. Ultracaini 4,0 % – 1,7 мл), проведено вправлення заднього вивиху СНЩС: великі пальці укладають на бічні поверхні бічних зубів, інші – на нижню поверхню тіла нижньої щелепи, рухом вниз і уперед головки суглоба набувають правильного положення. Рекомендовано накласти м'яку пращоподібну пов'язку на 1 тиж. Показана щадна дієта – рідка та напіврідка їжа впродовж 2 тиж.

М'язова дисфункція СНЩС

3	Гаєв Сергій Вікторович, 27 років	Скарги на біль в ділянці суглоба з іррадіацією у вуха та скроні. Перші ознаки захворювання з'явилися після проведеної операції із видалення зубів. На диспансерному обліку не перебуває. Хворобу Боткіна та інші спец. інфекції заперечує. Алергологічний анамнез не обтяжений. Онкологічний огляд – новоутворень не виявлено.	Обличчя симетричне. Носогубні складки та підборідна борозна добре виражені. Шкірні покриви чисті, без патологічних змін. Регіонарні лімфовузли не пальпуються. Відкривання рота супроводжується клацанням, при пальпації головки суглобів рухаються нерівномірно. PI A 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 PI A St. localis: слизова оболонка губ, щік, ясен, твердого, м'якого піднебіння, язика, дна порожнини рота блідо-рожевого кольору, без патологічних змін. На ортопантограмі головки суглоба розташовані на суглобовому горбику.	М'язова дисфункція СНЩС	Спрямований на протезування до стоматолога-ортопеда. Призначено міогімнастику.
---	----------------------------------	--	---	-------------------------	---

Розділ 5. Захворювання нервів щелепно-лицевої ділянки

Невралгія III гілки трійчастого нерва

№ пор.	ПІБ, вік	Скарги і дані анамнезу	Дані об'єктивного дослідження	Діагноз	Лікування та призначення
1	Кірова Ірина Віталіївна, 29 років	Скарги на інтенсивний біль в нижній третині обличчя при будь-якому контакті з шкірою на цій ділянці. Неможливість поворушити щелепою при розмові, під час їжі. Симптоми захворювання з'явилися після операції з видалення третього великого кореневого зуба на нижній щелепі ліворуч 2,0 міс тому. На диспансерному обліку не перебуває. Хворобу Боткіна та інші спец. інфекції заперечує. Алергологічний анамнез не обтяжений. Онкологічний огляд – новоутворень не виявлено.	У пацієнтки страдницький вигляд. Обличчя симетричне, пропорційне. Носогубні складки та підборідна борозна помірно виражені. Шкірні покриви звичайного забарвлення, без патологічних змін. На шкірі визначається тригерна зона в ділянці проекції ментального отвору ліворуч, пальпація якої провокує больовий приступ, зона якого обмежена лівою половиною нижньої щелепи. Регіонарні лімфовузли не пальпуються. При відкриванні рота і рухах нижньою щелепою відзначається різка болісність в нижній третині обличчя. A 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 PI PI A Прикус: за ортогнатичним типом. St. localis: слизова оболонка губ, щік, ясен, твердого, м'якого піднебіння, язика, дна порожнини рота блідо-рожевого кольору, без патологічних змін. На ортопантограмі патологічних змін в твердих тканинах не виявлено.	Невралгія III гілки трійчастого нерва	Призначено консультацію у невропатолога. Призначено проведення загального клінічного аналізу крові – показники в межах норми. Призначено: «Карбамазепін» (протисудомне) всередину по 1 табл./доб після їжі, поступово збільшуючи дозу до 3 табл./добу до купірування болю; «Мієглінол гліцину» (метаболіт) в дозі 110,0 мг/кг розчиняти в 50,0 мл води, курс – 4 тиж; «Амітриптилін» (антидепресант) в дозі 50,0 мг/добу. Призначено застосування голкорекфлексотерапії – 1 0 маніпуляцій протягом 20 днів. Рекомендоване щотижневе проведення загального клінічного аналізу крові.

Неврит скроневої гілки лицевого нерва

2	Савельєва Ірина Рашидівна, 27 років	Скарги на біль в ділянці вуха праворуч, відсутність міміки в ділянці правого ока. Симптоми захворювання з'явилися після переохолодження 2,0 міс тому. На диспансерному обліку не перебуває. Хворобу Боткіна та інші спец. інфекції заперечує. Алергологічний анамнез не обтяжений. Онкологічний огляд – новоутворень не виявлено.	Обличчя асиметричне внаслідок опущення правої брови. Носогубні складки та підборідна борозна помірно виражені. Шкірні покриви звичайного забарвлення, без патологічних змін. Пальпація тригерних зон не викликає болю. Регіонарні лімфовузли не пальпуються. Симптом Белла позитивний. PI PI PI 18 17 16 15 14 13 12 11 31 22 23 24 25 26 27 28 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 PI PI A Прикус: за ортогнатичним типом. St. localis: слизова оболонка губ, щік, ясен, твердого, м'якого піднебіння, язика, дна порожнини рота блідо-рожевого кольору, без патологічних змін. На ортопантограмі патологічних змін у твердих тканинах не виявлено.	Неврит скроневої гілки лицевого нерва праворуч	Призначено консультацію у невропатолога. Призначено міогімнастику – 1 раз/доб (10 процедур). Електроліти – в/в 10,0 мл/доб 40,0 % розчину глюкози впродовж 2 тиж; спазмолітик – п/ш 1,0 мл 1,0 % розчину «Дибазолу» 10 ін'єкцій; 1,0 мг/кг на добу «Преднізолону» впродовж 10 днів. Ультрависокочастотна терапія впродовж 6 днів.
---	-------------------------------------	---	---	--	--

Література

1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія : підручник : у 2 ч. / В. О. Маланчук та ін. Вінниця : Нова Книга, 2018. Ч. 1. 439 с.
2. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія : підручник : у 2 ч. / В. О. Маланчук та ін. Вінниця : Нова Книга, 2018. Ч. 2. 295 с.
3. Тимофеев О. О. Щелепно-лицева хірургія : підручник. 3-є вид., перероб. і доп. Київ : ВСВ «Медицина», 2022. 792 с.
4. Фармакологія : підруч. для студ. стомат. фак. вищ. мед. навч. закл. IV рівня акр. за спец. «Стоматологія» / І. С. Чекман та ін. Вид. 2-ге. Вінниця : Нова Книга, 2017. 431 с.
5. Маланчук В. О., Копчак А. В. Доброякісні пухлини та пухлиноподібні ураження щелепно-лицевої ділянки та ший : навч. посібник. Київ : Видавничий дім «Асканія», 2008. 320 с.
6. Основи стоматології / под ред. В. О. Маланчука. Київ : Медицина, 2009. 591 с.
7. Основы технологии операций в хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии : учеб. пособие : перевод с укр. яз. / Г. П. Рузин, М. П. Бурых, Е. Н. Вакуленко. Винница : Нова книга, 2016. 408 с.
8. Кононенко Ю. Г., Рожко М. М, Рузин Г. П. Местное обезболивание в амбулаторной стоматологии. Киев : «Книга Плюс», 2000. 299 с.
9. Бернадский Ю. И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. Москва : Медицинская литература, 2007. 416 с.
10. Мазур І., Хайтович М., Голопихо Л. Клінічна фармакологія та фармакотерапія в стоматології. Київ : Медицина, 2018. 376с.
11. Анестезіологія та інтенсивна терапія : підручник / Ф. С. Глумчер та ін. Київ : Медицина, 2019. 360 с.
12. Тимофеев А. А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. Киев : Червона Рута-Турс, 2012. 1048 с.
13. Соколов В.М., Митченко В.І., Аветіков Д.С. Щелепно-лицева хірургія. Реконструктивна хірургія голови та ший : підручник. Вінниця : Нова Книга, 2006. 776 с.
14. Соколова Л. І., Мяловицька О. А., Ілляш Т. І. Неврологія з нейростоматологією / за ред. Л. І. Соколової, Т. І. Ілляш. Київ : Медицина, 2018. 128 с.











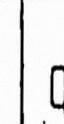
















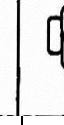
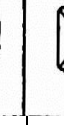

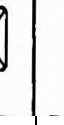



Додатки

Код форми	за ЗКУД								
Код закладу	за ЗКПО								

Міністерство охорони здоров'я України		М Е Д И Ч Н А Д О К У М Е Н Т А Ц І Я Ф О Р М А № 0 4 3 - 0 Затверджена наказом МОЗ України 2 7. 1 2. 9 9 р. № 3 0 2
Найменування закладу		
МЕДИЧНА КАРТА СТОМАТОЛОГІЧНОГО ХВОРОГО № _____ _____р.		
Прізвище, ім'я, по батькові _____		
Стать: чол. – 1, жін. – 2	<input type="checkbox"/>	Дата народження: _____ (число, місяць, рік)
Адреса, телефон _____		
Діагноз _____		
Скарги _____		
Перенесені та супутні захворювання _____		
Розвиток теперішнього захворювання _____		

Дані об'єктивного дослідження, зовнішній огляд, стан зубів: _____

47

																	
Дата оглядів	8	7	6	5 (V)	4 (IV)	3(III)	2(II)	1(I)	1(I)	2(II)	3(III)	4 (IV)	5 (V)	6	7	8	
																	

Умовні позначення

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

Прикус _____
Стан гігієни порожнини рота, стан слизової оболонки порожнини рота, ясен, альвеолярних відростків та піднебіння. Індeksi ГІ та РМА
Дані рентгенівських обстежень, лабораторних досліджень _____
Колір за шкалою “Віта”
Дані навчання навичкам гігієни порожнини рота _____
Дата контролю гігієни порожнини рота _____

Медична карта стоматологічного хворого (форма № 043/о)

«Медична карта стоматологічного хворого» (форма № 043/о) заповнюється при первинному зверненні пацієнта в поліклініку.

Паспортні дані: прізвище, ім'я, по батькові, стать, адреса, рік народження хворого заповнюється медичною сестрою або реєстратором.

Діагноз і всі наступні розділи карти заповнюються безпосередньо лікуючим лікарем. Залежно від скарг та первинного клінічного діагнозу лікар повинен направити хворого на лабораторне дослідження, рентгенографію, отримання висновків фахівців відповідного профілю, в тому числі загальносоматичних, із поданням виписки із карти стоматологічного хворого, аналізів та іншої медичної документації. Згадану документацію вписують або вклеюють в медичну карту в розділ «Дані рентгенологічних та лабораторних досліджень».

Припускається наступне уточнення діагнозу, розширення або навіть заміна з обов'язковою вказівкою дати. Діагноз повинен бути розгорнутим, описувати слід тільки стоматологічні захворювання.

Рядок «Скарги» записують зі слів пацієнта або родичів. Вписуються скарги, які найбільш точно відбивають стоматологічний стан пацієнта.

У рядок «Перенесені та супутні захворювання» вносяться дані зі слів хворого (на що необхідно послатися), а також дані, підтверджені фахівцями інших лікувальних закладів. Необхідно обов'язково вказати, чи перебуває хворий під диспансерним наглядом та з приводу якого захворювання.

У рядку «Розвиток теперішнього захворювання» зазначається час появи перших симптомів цього захворювання, з чим хворий їх пов'язує, характер перебігу хвороби та раніше проведене лікування і його ефективність.

У рядку «Дані об'єктивного дослідження, зовнішній огляд та стан зубів» проводиться опис даних зовнішнього огляду, який включає стан шкірних покривів, кісткового скелету обличчя, червоної облямівки губ тощо. Тут же необхідно вказати результати пальпації скронево-нижньощелепного суглоба, підщелепних, привушних слинних залоз. Запис даних огляду ротової порожнини розпочинають із визначення стану твердих тканин зубів та тканини пародонту. Перший ряд над розташованими схематично зубами і під ними відведений для внесення стану коронкової частини зуба з умовними позначеннями, включаючи наявність різних конструкцій зубних протезів. У чисельнику – стан на час огляду, в знаменнику – стан після проведеного лікування. Над другим рядом схематично зображених зубів і під ним вносять дані об'єктивного дослідження стану пародонту, його норму (N), ступінь атрофії – 1/4, 1/2, 3/4 та ступінь рухомості зубів – I, II, III. Під таблицею схематично розташованих зубів у письмовому вигляді відображають додаткові дані відносно зубів, кісткових тканин альвеолярних відростків (зміна їх форми, положення тощо).

У рядку «Прикус» відмічають тип взаємовідношення зубних рядів в нормі, при аномаліях, патологічному стані, а також характер взаємовідношення альвеолярних відростків щелеп при відсутності антагонуючих зубів або їх повній відсутності, орієнтуючись на їх співвідношення в стані відносного спокою.

У рядку «Дата навчання навичкам гігієни ротової порожнини» необхідно зазначити дату, коли проведена бесіда щодо правильного чищення зубів, інших навичок гігієни порожнини рота.

У рядку «Дата контролю гігієни ротової порожнини» проставляється дата після оцінки гігієнічного стану ротової порожнини за методикою, що описана Ю.А. Федоровим та В. В. Володкіною (1970).

У рядку «Стан гігієни порожнини рота, стан слизової оболонки ротової порожнини, ясен, альвеолярних відростків піднебіння» проводиться опис стану слизової оболонки ротової порожнини за даними візуального обстеження, гігієнічного індексу (ГІ), а також визначається папілярно-маргінально-альвеолярний індекс (РМА), який служить показником для оцінки проявів гінгівіту та пародонтальний індекс (РІ), спрямований на виявлення розвинутих форм патології.

У рядку «Колір за шкалою Віта» зазначають відповідність кольорової гами застосованого матеріалу кольору коронок зубів пацієнта.

Спеціальний розділ карти відводиться для складання плану обстеження, лікування даного хворого з відмітками про проведені в необхідних випадках консультації суміжними фахівцями. Для запису наступних звернень пацієнта з даним захворюванням, а також у випадку звернення з новими захворюваннями служить розділ карти, який називається «Щоденник», де вписуються відповідні дані. Завершує його епікриз – стислий опис результатів лікування та рекомендовані лікарем практичні заходи. Після лікування ставиться підпис лікаря, який провів лікування та завідуючого відділенням, а після закінчення окремих етапів лікування ставиться підпис лікаря, який безпосередньо лікує хворого.

В стоматологічній поліклініці, відділенні або кабінеті на хворого заводять одну медичну карту стоматологічного хворого.

При наступних зверненнях до фахівців любого профілю може виникнути необхідність додатку (титального листа медичної карти, який повинен мати той же номер, що карта, і прикріплюватись до раніше заповненої карти, де має відобразитись весь стоматологічний статус пацієнта).

Медична карта стоматологічного хворого як юридичний документ зберігається в реєстратурі протягом 5 років, після чого здається в архів.

Код форми	за ЗКУД								
Код закладу	за ЗКПО								

Міністерство охорони здоров'я України Найменування закладу	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ									
	ФОРМА № 037 / о Затверджена наказом МОЗ України 1 5 0 5 0 1 р. № 1 8 1									

ЛИСТОК
щоденного обліку роботи лікаря стоматолога (стоматологічної поліклініки, відділення, кабінету)
“ ” рік _____
(прізвище, ім'я по батькові лікаря)

№ п/п	Години прийому	Прізвище І.П.	Кількість повних років	Порядковий № відвідування первинний, повторний	№ медичної карти стомат. хворого	Житель міста (м), села (с)	Група населення	Діагноз	Комплекс виконаного лікування чи його етап, включаючи суміжні спеціальності	Вид знеболювання	Сановано (всього)	в т.ч. в плановому порядку	Відпрацьовано умовних одиниць праці (УОП)

Типова інструкція

щодо заповнення листка щоденного обліку роботи лікаря-стоматолога (зубного лікаря) стоматологічної поліклініки, відділення, кабінету (форма № 037/0 – 2001 р.) та щоденника обліку роботи лікаря-стоматолога стоматологічної поліклініки, відділення, кабінету (форма № 039– 2/0-2014 р.)

Інструкція обов'язкова для усіх форм власності лікувально-профілактичних закладів, які надають стоматологічну допомогу дорослому та дитячому населенню: стоматологічних поліклінік, стоматологічних відділень і кабінетів амбулаторій, поліклінік, лікарень, диспансерів, НДІ та вузів, шпиталів для інвалідів Вітчизняної війни, жіночих консультацій, лікарняних медичних пунктів незалежно від підпорядкованості і форм власності.

Термін дії – з моменту затвердження.

Типова інструкція щодо заповнення «Листка щоденного обліку роботи лікаря-стоматолога» (ф. № 037/0) і «Щоденника обліку роботи лікаря-стоматолога» (ф. № 039-2/0) затверджена 25.01.88, № 50 втратила силу.

Листок щоденного обліку роботи лікаря-стоматолога (обл. ф. № 037/0) (стоматологічної поліклініки, відділення, кабінету)

«Листок щоденного обліку роботи лікаря-стоматолога (зубного лікаря) стоматологічної поліклініки, відділення, кабінету» щоденно заповнюється лікарями-стоматологами та зубними лікарями, які здійснюють амбулаторний терапевтичний, хірургічний і змішаний прийом у лікувально-профілактичних закладах усіх типів, що надають стоматологічну допомогу дорослим та дітям.

«Листок» призначений для обліку роботи, яка проводиться лікарями-стоматологами та зубними лікарями за один день.

У графі 1 ставлять порядковий номер хворого, який звернувся за стоматологічною допомогою в цей день, або здорового пацієнта (з приводу консультації, профогляду). Дані цієї графи використовуються для обліку загального числа прийнятих пацієнтів за робочий день.

У графі 2 вказуються час (години і хвилини), на який пацієнт призначається лікарем, або час прийому хворого, направленого з реєстратури чи оглядового кабінету. Ці графи використовуються для планування часу роботи лікаря, для розподілу навантаження з обліком обсягу здійснюваних лікувально-профілактичних заходів.

У графі 3 записують прізвище, ім'я та по батькові.

У графі 4 записують кількість повних років.

У графі 5 вказують порядковий номер відвідування даного хворого.

Первинний хворий (первинне звертання) позначається цифрою 1, усі наступні відвідування – відповідною цифрою. Первинним вважається перше звертання за стоматологічною допомогою у звітному році, незалежно від характеру звертання.

У графу 6 заноситься № медичної картки даного хворого.

У графі 7 реєструється місце проживання хворого (житель міста чи села).

У графі 8 вказуються групи населення і позначаються вони символами:

«ДГ»– декретована група (діти та підлітки, інваліди, пенсіонери, учасники бойових дій, інваліди війни, учасники війни, потерпілі від аварії на ЧАЕС); «Ш»– школяр; «С»– студенти; «В»– вагітні; «Р» – робітники промислових підприємств; «ДПК» – допризовний контингент.

Якщо даний хворий знаходиться на диспансерному обліку, доповнюється символ “Д”.

У графі 9 фіксується діагноз, з приводу якого робиться це відвідування. Допускається запис зі скороченнями, з застосуванням умовних позначень і формули зуба (див. медичну карту стоматологічного хворого). При наявності різних діагнозів усі вони вписуються у цю графу умовними позначеннями через кому.

У графі 10 записується проведене лікування: закінчене або етап лікування.

У даній графі лікар методом скорочення, але розбірливо вписує фактично виконаний об'єм роботи. Скорочення запису проводиться з урахуванням найменувань граф форми № 039-2/0: запломбовано з приводу карієсу (тимчасових, постійних); запломбовано зубів з приводу ускладненого карієсу та ін. У даній графі лікар зазначає всі лікувально-профілактичні заходи, які проведені ним в період зняття зубних нашарувань, ремінералізуюча терапія в т.ч., а також робить відмітки «раніше санований», «зуби інтактні», «потребує санації». У випадку неприбуття хворого у запланований час лікар в графі 10 робить відмітку “не з'явився”.

У графі 11 записується вид знеболювання: місцеве (провідникове, інфільтраційне і аплікаційне) чи загальне.

У графі 12 сановано в порядку планової роботи та за зверненням у чисельнику, сановано УОП – у знаменнику.

В графі 13 сановано при плановій санації в чисельнику, сановано в знаменнику УОП.

У графі 14 – всього відпрацьовано УОП (згідно з класифікатором процедур).

При невідповідності часу роботи лікаря за графіком фактично відпрацьованій кількості годин адміністрація в «Листку» вказує причину втрати часу (хвороба, відсутність електроенергії, води та ін.).

На підставі даних «Листка» заповнюється «Щоденник обліку лікаря-стоматолога (стоматологічної поліклініки, відділення, кабінету)» – ф. № 030-2/0.

Контроль за правильністю заповнення «Листка» і переведенням його даних у «Щоденник» виконує керівник, якому безпосередньо підлеглий лікар.

При проведенні контролю за правильністю ведення «Листка» керівник повинен порівняти записи «Щоденника» з «Медичною картою стоматологічного хворого» (ф. № 043/0).

«Листок щоденного обліку роботи лікаря-стоматолога (стоматологічної поліклініки, відділення, кабінету)» має термін зберігання – 1 міс після звітного періоду.

Інструкція

щодо заповнення форми первинної облікової документації N 039-2/о

«Щоденник обліку роботи лікаря-стоматолога (стоматологічної поліклініки, відділення, кабінету)»

1. Ця Інструкція визначає порядок заповнення форми первинної облікової документації N 039-2/о «Щоденник обліку роботи лікаря-стоматолога (стоматологічної поліклініки, відділення, кабінету)» (далі – форма N 039-2/о).
2. Форма N 039-2/о заповнюється лікарями-стоматологами стоматологічних поліклінік, стоматологічних відділень і кабінетів амбулаторій, поліклінік, лікарень, диспансерів, науково-дослідних інститутів, вищих навчальних закладів III–IV рівнів акредитації, госпіталів для інвалідів війни, жіночих консультацій, лікарських пунктів охорони здоров'я, які надають стоматологічну допомогу дорослому і дитячому населенню, незалежно від підпорядкування та форми власності.
3. Форма N 039-2/о заповнюється лікарем-стоматологом або лікарем зубним, які ведуть амбулаторний терапевтичний, хірургічний, а також змішаний прийоми в закладах охорони здоров'я, розташованих у міських та сільських населених пунктах.
4. Форма N 039-2/о є основним обліковим документом для отримання відомостей про роботу лікаря-стоматолога за поточний місяць, про обсяг лікувальної та профілактичної роботи, яка проводиться лікарем на амбулаторному прийомі.
5. Форма N 039-2/о заповнюється на підставі даних форми первинної облікової документації N 037/о «Листок щоденного обліку роботи лікаря-стоматолога (стоматологічної поліклініки, відділення, кабінету)» (далі – форма N 037/о), затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року N 110, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за N 661/20974.
6. На титульній сторінці форми N 039-2/о зазначаються дата та прізвище, ім'я, по батькові лікаря-стоматолога, облік роботи якого відображається у цій формі.
7. У графі 1 вказується дата робочого дня лікаря. На підставі даних цієї графи визначається кількість робочих днів, відпрацьованих лікарем за місяць.
8. У графі 2 зазначається загальна кількість фактично відпрацьованих годин за графіком, які в кінці місяця переводяться в кількість робочих днів (за 5-денним робочим тижнем) шляхом ділення відпрацьованих годин на 6,5 год. У цій графі вказуються години, які виділяються лікарю-стоматологу для здійснення прийому пацієнтів, включаючи профілактичні стоматологічні огляди, консультації тощо.
9. У графі 3 вказується загальна кількість відвідувань, зроблених до лікаря як хворими, так і практично здоровими особами, які були оглянуті в порядку індивідуальних і масових профілактичних стоматологічних оглядів та з приводу отримання консультацій чи інших причин.
10. У графі 4 зазначається кількість відвідувань (всього), зроблених до лікаря-стоматолога сільськими жителями.
11. У графі 5 у чисельнику вказується кількість первинних відвідувань лікаря-стоматолога (всього), у тому числі сільськими жителями – у знаменнику. Первинним відвідуванням вважається перше звернення пацієнта за стоматологічною допомогою у звітному році незалежно від характеру звернення (консультація, огляд, лікування тощо). Первинним відвідуванням пацієнта може бути тільки одне відвідування на рік.
12. У графі 6 із загальної кількості первинних відвідувань лікаря-стоматолога виділяються відвідування дітьми віком до 17 років включно.
13. Графа 7 заповнюється в разі звернення хворого за невідкладною стоматологічною допомогою. Якщо хворий лікується у лікаря надалі, то надання невідкладної допомоги вважається початком лікування.
14. У графах 8–17 зазначається кількість пломб, які поставлені пацієнту з приводу карієсу та його ускладнень як у постійних, так і у тимчасових зубах:
 - у графі 8 вказується кількість запломбованих зубів (всього), у тому числі усунень дефектів раніше зроблених пломб, пломб з приводу клиноподібного дефекту, гіпоплазії емалі та інших захворювань некаріозного походження (наприклад, травма зуба);
 - у графі 9 зазначається кількість запломбованих постійних зубів з приводу карієсу – всього;
 - у графі 10 вказується кількість запломбованих постійних зубів з приводу карієсу у дітей віком до 17 років включно (із графи 9);
 - у графі 11 зазначається кількість запломбованих тимчасових зубів у дітей;
 - у графі 12 вказується кількість запломбованих постійних зубів з приводу пульпіту (всього);
 - у графі 13 зазначається кількість запломбованих з приводу пульпіту постійних зубів у дітей віком до 17 років включно (із графи 12);
 - у графі 14 вказується кількість запломбованих постійних зубів з приводу періодонтиту (всього);
 - у графі 15 зазначається кількість запломбованих з приводу періодонтиту постійних зубів у дітей віком до 17 років включно (із графи 14);
 - у графі 16 зазначається кількість запломбованих тимчасових зубів у дітей з приводу пульпіту (всього);
 - у графі 17 вказується кількість запломбованих тимчасових зубів у дітей з приводу періодонтиту.

15. У графі 18 із кількості зубів, вилікуваних за одне відвідування з приводу пульпіту (графи 12 + 16), виділяються зуби, вилікувані вітальним хірургічним методом (під знеболенням), (всього), навіть якщо постійна пломба не була поставлена протягом цього відвідування.

16. У графі 19 із кількості зубів, вилікуваних за одне відвідування з приводу пульпіту (графи 12 + 16) вітальним хірургічним методом, зазначається кількість зубів, вилікуваних у дітей віком до 17 років включно (із граfi 18).

17. У графі 20 із кількості зубів, вилікуваних за одне відвідування з приводу періодонтиту (графи 14 + 17) (всього), зазначається кількість зубів, канали в яких запломбовано за одне відвідування.

18. У графі 21 із кількості зубів, вилікуваних за одне відвідування з приводу періодонтиту (графи 14 + 17), вказується кількість зубів, вилікуваних у дітей віком до 17 років включно (із граfi 20).

19. У графі 22 вказується кількість депульпованих зубів без ураження карієсом.

20. У графах 23–26 зазначається кількість поставлених пломб залежно від пломбувальних матеріалів (із граfi 8):

у граfi 23 відмічається кількість поставлених пломб, зроблених із цементів;

у граfi 24 вказується кількість поставлених пломб, зроблених із амальгами;

у граfi 25 зазначається кількість поставлених пломб, зроблених із хімічних композитів;

у граfi 26 вказується кількість поставлених пломб із світлополімерів.

21. У графі 27 вказується кількість знеболювань залежно від виду: у чисельнику – місцеве, у знаменнику – загальне.

22. У графах 28 – 34 зазначається обсяг лікарських втручань при лікуванні захворювань пародонту. Наприклад: *хворий А* – за одне відвідування були зняті зубні напластування та проведена лікувальна терапія. Графа 28 – 1, графа 30 – 1, графа 31 – 1, граfi 32 – 34 – прочерки.

Хворий Б – були зняті зубні напластування, проведено кюретаж трьох ділянок пародонтиту, медикаментозну терапію протягом 5 сеансів та тимчасове шинування нижніх різців. Графа 28 – 1, графа 30 – 1, графа 31 – 5, графа 32 – 3, графа 34 – 1.

У граfi 28 зазначається кількість хворих (всього), яким проведено курс лікування з приводу захворювань пародонту.

У граfi 29 вказується кількість дітей віком до 17 років включно, яким проведено курс лікування з приводу захворювань пародонту (із граfi 28).

У граfi 30 зазначається кількість пролікованих пацієнтів з повним зняттям зубних напластувань.

У граfi 31 вказується кількість пацієнтів, яким проведено повний курс медикаментозного лікування.

У граfi 32 зазначається кількість пацієнтів, яким проведено хірургічне лікування (кюретаж) з приводу захворювань пародонту.

У граfi 33 вказується кількість пацієнтів, яким проведені клаптева та інші операції з приводу захворювань пародонту.

У граfi 34 зазначається кількість пацієнтів, яким проведено тимчасове шинування зубів з приводу захворювань пародонту.

23. У граfi 35 зазначається кількість пацієнтів, які отримали повний курс лікування з приводу захворювань слизової оболонки порожнини рота (всього).

24. У граfi 36 вказується кількість дітей віком до 17 років включно, які отримали повний курс лікування з приводу захворювань слизової оболонки порожнини рота (із граfi 35).

25. У граfi 37 вказується кількість видалених зубів (всього).

26. У граfi 38 зазначається кількість видалених постійних зубів у дорослих з приводу ускладненого карієсу.

27. У граfi 39 вказується кількість видалених постійних зубів у дорослих з приводу пародонтиту.

28. У граfi 40 зазначається кількість видалених постійних зубів у дітей віком до 17 років включно з приводу ускладненого карієсу.

29. У граfi 41 зазначається кількість видалених постійних зубів у дітей віком до 17 років включно з ортодонтичною метою.

30. У граfi 42 вказується кількість видалених тимчасових зубів у дітей з приводу ускладненого карієсу.

31. У граfi 43 зазначається кількість видалених тимчасових зубів у дітей у зв'язку з фізіологічною зміною.

32. У граfi 44 зазначається кількість проведених амбулаторних операцій (всього); дані цієї граfi дорівнюють підсумку граfi 45 + 46 + 47 + 48.

33. У графах 45 – 48 вказуються причини та кількість оперативних втручань:

у граfi 45 зазначається кількість зроблених операцій з приводу гострих запальних процесів (всього);

у граfi 46 вказується кількість зроблених операцій з приводу пухлин та пухлиноподібних утворень;

у граfi 47 вказується кількість зроблених операцій з приводу зубних імплантатів;

у граfi 48 зазначається кількість проведених операцій з приводу інших захворювань.

34. У граfi 49 вказується кількість хворих, які сановані в порядку планової роботи та за зверненнями (всього).

35. У граfi 50 зазначається кількість дітей віком до 17 років включно, санованих у порядку планової санації та за зверненнями (із граfi 49).

36. У граfi 51 зазначається кількість дорослих пацієнтів, профілактично оглянутих у порядку планової санації, із тих, що звернулись за наданням стоматологічної допомоги (із граfi 5).

37. У графі 52 вказується кількість дорослих пацієнтів, які потребували санації, з тих, що оглянуті (із графи 51).

38. У графі 53 вказується кількість санованих дорослих пацієнтів (всього).

39. У графах 54 – 56 відображається планова санація у дітей віком до 17 років включно:

у графі 54 відображається кількість дітей до 17 років включно, профілактично оглянутих лікарем у порядку планової санації, з тих, що звернулися за наданням стоматологічної допомоги (із графи 6).

Профілактично оглянутим вважається пацієнт, якому зроблено онкологічний профілактичний огляд, оглянуто зуби, слизову оболонку, м'які тканини щелепно-лицьового відділу, стан прикусу та складено план лікування. Профілактично оглянутим, як і санованим, хворий може бути тільки один раз на рік. Повторні огляди у цих графах не фіксуються.

у графі 55 вказується кількість дітей віком до 17 років включно з тих, що потребували санації (лікування) із числа оглянутих (із графи 54);

у графі 56 зазначається кількість санованих дітей до 17 років включно з тих, що потребували лікування, незалежно від того, за скільки відвідувань досягнуто санації.

40. У графах 57–61 зазначаються проведені пацієнту профілактичні заходи: гігієнічне навчання та виховання, навчання догляду за порожниною рота та контролю за дотриманням гігієни порожнини рота; проведення заходів професійної гігієни; здійснення ремінералізуючої терапії; герметизація фісур:

у графі 57 вказуються гігієнічне навчання та виховання, що включають рекомендації щодо вибору засобів гігієни порожнини рота, гігієни харчування, профілактики та корекції шкідливих звичок;

у графі 58 зазначаються дані щодо проведення індивідуального навчання догляду за порожниною рота, навчання користуванню флосами, інтердентальними щітками та іншими засобами гігієни, а також зазначаються рекомендації щодо догляду за ортодонтичними апаратами, знімними протезами, брекет-системами, шинами, проведення контролю та корекції засвоєних навичок гігієни порожнини рота;

у графі 59 вказуються дані щодо проведення професійного гігієнічного чищення зубів, що передбачає видалення лікарем-стоматологом м'яких зубних відкладень, зубного каменя з подальшим поліруванням поверхонь зубів, а також навчання пацієнтів раціональному застосуванню засобів і методів гігієни порожнини рота;

у графі 60 відмічається обробка зубів мінералізуючими речовинами: препаратами кальцію, фтору, фторвмісними лаками, гелями;

у графі 61 вказуються дані щодо герметизації фісур (застосовуються герметики як хімічної полімеризації, так і світлової).

41. У графі 62 зазначається кількість умовних одиниць працеемкості (УОП), відпрацьованих лікарем за робочий день, згідно з класифікатором процедур у терапевтичній, хірургічній стоматології, стоматології дитячого віку. Ця графа заповнюється за даними графи 14 форми N 037/о.

42. У кінці кожного місяця в щоденнику роботи лікаря-стоматолога підраховується підсумок за всіма графами.

43. Строк зберігання форми N 039-2/о – 1 рік після звітного періоду.

В. о. директора

Департаменту медичної допомоги

А. Терещенко

Всього	Видалено зубів						Зроблено операцій				Всього сановано в порядку планової роботи та за зверненнями (відпрацьовано УОП)	Планова санація						Профілактичні заходи				Відпрацьовано умовних одиниць працесмкості (УОП)	
	Постійних у дорослих з приводу		У дітей 0–17 років включно				Всього	Гострі запальні процеси	Пухлини та пухлиноподібні утворення	Інші		у дорослих			діти 0–17 років включно			Гігієнічне навчання та виховання	Герметизація фісур	Професійне чищення зубів	Обробка зубів мінералізуючими розчинами		
	ускладненого карієсу	пародонтиту	постійних		тимчасових							Оглянуто в порядку планової санації	Потребувало санації з тих, що оглянуті	Сановано – всього (відпрацьовано УОП)	Оглянуто в порядку планової санації	Потребувало санації з тих, що оглянуті	Сановано - всього (відпрацьовано УОП)						
			з приводу ускладненого карієсу	з ортодонтичною метою	з приводу ускладненого карієсу	фізіологічна зміна																	
29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	
Керівник _____											Лікар _____												
(прізвище, ім'я, по батькові)											(прізвище, ім'я, по батькові)												

Наказ МОЗ України
05.02.2007 № 58

Інструкція
щодо заповнення форми облікової медичної документації № 039-2/о
«Щоденник обліку роботи лікаря-стоматолога (стоматологічної поліклініки, відділення, кабінету)»

Ця Інструкція визначає порядок заповнення форми облікової медичної документації № 039-2/о «Щоденник обліку роботи лікаря-стоматолога...» (далі – Щоденник).

Інструкція обов'язкова для усіх лікувально-профілактичних закладів, які надають стоматологічну допомогу дорослому та дитячому населенню.

1. Щоденник заповнюється лікарями стоматологічної поліклініки, відділення (кабінету), стоматологічних відділень і кабінетів амбулаторій, поліклінік, лікарень, диспансерів, НДІ, вищих навчальних закладів III–IV рівнів акредитації, шпиталів для ІВВ, жіночих консультацій, медичних пунктів, включаючи роботу як бюджетних, так і госпрозрахункових відділень (кабінетів).

2. Щоденник заповнюється лікарями-стоматологами і зубними лікарями, які ведуть амбулаторний терапевтичний, хірургічний, а також змішані прийоми в закладах, розташованих в міських та сільських місцевостях.

Форма № 039-2/о є обов'язковою для обліку роботи лікарів-стоматологів за кожний день (місяць) усіх лікувальних закладів, які надають стоматологічну допомогу хворим незалежно від форми власності та підпорядкування.

3. Щоденник являється основним обліковим документом для отримання відомостей про роботу лікаря-стоматолога за місяць: про об'єм лікувальної та профілактичної роботи, яка проводиться лікарем на амбулаторному прийомі.

Щоденник обліку роботи лікаря-стоматолога (ф. № 039-2/о) щоденно заповнюється на підставі розробок даних «Листка щоденного обліку роботи лікаря-стоматолога...» (ф. № 037/о). У кінці місяця в щоденнику кожного лікаря підводиться підсумок.

4. У графі 1 вказується дата робочого дня лікаря. На підставі даних цієї графи визначається кількість робочих днів, які відпрацьовані лікарем за місяць.

5. У графі 2 зазначається загальне число фактично відпрацьованих годин за графіком, які в кінці місяця переводяться в кількість робочих днів (за 5-денним робочим тижнем), тобто: кількість годин необхідно розділити на 6,5 годин, отримуємо кількість днів. У дану графу включаються години, які виділяються лікарю-стоматологу для прийому хворих, включаючи профілактичні огляди і консультації тощо. При невідповідності часу роботи лікаря за графіком вказується причина.

6. У графі 3 вказується загальна кількість відвідувань (всього), зроблених до лікаря як хворими, так і практично здоровими особами, які були оглянуті в порядку індивідуальних і масових профілактичних стоматологічних оглядів та з приводу консультацій чи інших причин.

7. У графі 4 вказуються кількість первинних відвідувань (всього); в чисельнику зазначається число первинних відвідувань (всього), в знаменнику – в тому числі сільських жителів. Первинним рахується перше звернення пацієнта до лікаря в поточному звітному році, незалежно від мети звернення (консультація, огляд, лікування тощо). Первинним хворий може бути тільки раз на рік.

8. У графі 5 виділяються первинні відвідування до «дітей віком до 17 років 11 місяців 29 днів».

9. Графа 6 заповнюється в разі звернення хворого за невідкладною допомогою. Якщо хворий лікується у лікаря надалі, то надання швидкої допомоги рахується як початок лікування і окремо від графи не показується.

10. У графі 7 вказується кількість знеболювань, які отримав хворий при лікуванні зубів, та вид знеболювання: місцеве (провідникове, інфільтраційне, аплікаційне), яке відмічається в чисельнику, загальне – в знаменнику.

11. У графах 8–14, 17 зазначається кількість запломбованих зубів з приводу карієсу та його ускладнень як з приводу карієсу, так і без карієсу у постійних і тимчасових зубах.

12. У графі 8 вказується кількість запломбованих зубів (всього) і дорівнює сумі граф 9+10+11+12+13+14+17, і в т.ч. усунення дефектів раніше зроблених пломб, пломб з приводу клиноподібного дефекту та гіпоплазії емалі та інших захворювань некаріозного походження (наприклад, травма зуба).

13. У графу 9 вписується кількість запломбованих постійних зубів з приводу карієсу.

14. У графі 10 вказується кількість запломбованих тимчасових зубів з приводу карієсу.

15. У графі 11 зазначається кількість запломбованих постійних зубів з приводу пульпіту.

16. У графі 12 вказується кількість запломбованих постійних зубів з ускладненим карієсом з приводу періодонтиту.

17. У графі 13 зазначається кількість запломбованих тимчасових зубів з ускладненим карієсом з приводу пульпіту.

18. У графі 14 вказується кількість запломбованих тимчасових зубів з ускладненим карієсом з приводу періодонтиту.

19. У графі 15 із кількості зубів, вилікуваних в одне відвідування з приводу пульпіту (гр.11+гр.13), виділяються зуби, вилікувані вітальним хірургічним методом (під знеболюванням), навіть якщо постійна пломба не була проставлена у це відвідування.

20. У графі 16 із кількості зубів, вилікуваних в одне відвідування з приводу періодонтиту (гр.12+гр.14), зазначається кількість зубів, канали в яких запломбовано в одне відвідування.

21. У графі 17 виділяються інтактні зуби, які було депульповано з метою протезування або ортодонтичною метою.

22. У графах 18–21 всі поставлені пломби (із графи 8) розподіляються залежно від пломбувальних матеріалів.

23. У графі 19 – кількість зроблених пломб з амальгам.

24. У графі 20 – кількість пломб з хімічних композитів.

25. У графі 21 – кількість зроблених пломб з світлополімерів.

26. У графі 22 зазначається кількість хворих, яким було проведено лікування з приводу захворювань пародонту.

27. У графах 23–27 зазначається обсяг лікарських втручань при лікуванні захворювань пародонту.

Наприклад: Хворий А: в одне відвідування були зняті зубні напластування та проведена лікувальна терапія.

Гр. 22 – 1, гр. 23 – 1, гр. 24 – 1, гр. 25, 26, 27 – прочерки.

Хворий Б: Були зняті зубні напластування, проведено кюретаж трьох ділянок пародонтиту, медикаментозна терапія протягом 5 сеансів та тимчасове шинування нижніх різців.

Гр. 22 – 1, гр. 23 – 1, гр. 24 – 5, гр. 25 – 3, гр. 26, гр. 27 – 1.

28. У графі 24 зазначається кількість хворих, яким проведено повний курс медикаментозного лікування пародонту.

29. У графі 25 вказується кількість хворих, яким проведено хірургічне лікування (кюретаж).

30. У графі 26 зазначається кількість хворих, яким проведена лоскутна та інші операції з приводу захворювань пародонту.

31. У графі 27 вказується кількість хворих, яким проведено тимчасове шинування зубів.

32. У графі 28 зазначається кількість хворих, які отримали повний курс лікування з приводу захворювань слизової оболонки порожнини рота.

33. У графі 29 вказується кількість видалених зубів – всього (тимчасових та постійних) і дорівнює сумі граф 30+31+32+33+34+35.

34. У графі 30 вказується кількість видалених постійних зубів у дорослих з приводу ускладненого карієсу.

35. У графі 31 зазначається кількість видалених постійних зубів у дорослих з приводу пародонтиту.

36. У графі 32 вказується кількість видалених постійних зубів у дітей (віком до 17 років включно) з приводу ускладненого карієсу.

37. У графі 33 зазначається кількість видалених постійних зубів у дітей (віком до 17 років включно) з ортодонтичною метою.

38. У графі 34 вказується кількість видалених тимчасових зубів у дітей віком до 17 років включно з приводу ускладненого карієсу.

39. У графі 35 зазначається кількість видалених тимчасових зубів у дітей віком до 17 років включно з приводу фізіологічної зміни.

40. У графі 36 зазначається число всіх проведених амбулаторних операцій і дорівнює сумі граф 37+38+39.

41. У графах 37–39 вказується причина та число амбулаторних оперативних втручань.

42. У графі 37 – кількість зроблених амбулаторних операцій з приводу гострих запальних процесів.

43. У графі 38 вказується кількість зроблених амбулаторних операцій з приводу пухлин та пухлиноподібних утворень.

44. У графі 39 зазначається кількість зроблених операцій з приводу інших захворювань.

45. У графі 40 відображається кількість хворих, які сановані в порядку планової роботи та за зверненням – у чисельнику, кількість відпрацьованих умовних одиниць працеемкості (УОП) – у знаменнику.

46. У графі 41 зазначається кількість дорослих, профілактично оглянутих в порядку планової санації із тих, які звернулись первинно (із графи 4).

47. У графі 42 відображається кількість дорослих, які потребували планової санації з тих, що оглянуті.

48. У графі 43 вказується кількість санованих дорослих – всього в чисельнику, а в знаменнику – кількість відпрацьованих умовних одиниць працеемкості (УОП) на цю санацію.

49. Графи 44–46 відображають планову санацію у дітей віком до 17 років включно.

50. Графа 44 відображає кількість дітей віком до 17 років включно, профілактично оглянутих лікарем в порядку планової санації з тих, які звернулися із числа первинних (графа 5).

Примітка:

– профілактично оглянутим вважають хворого, якому зроблено онкопрофогляд, оглянуті зуби, слизова оболонка, м'які тканини, щелепно-лицьові ділянки, визначено стан прикусу та складено план лікування;

– оглянутим, як і санованим, хворий може бути тільки один раз на рік.

Повторні огляди у цих графах не фіксуються.

51. У графах 42 і 45 вказується кількість дорослих та дітей віком до 17 років включно, які потребували санації із числа оглянутих.

52. У графах 43 і 46 у чисельнику зазначається кількість санованих дорослих і дітей віком до 17 років включно із тих, які потребували лікування, незалежно від того, за скільки сеансів досягнуто санації; у знаменнику – число відпрацьованих умовних одиниць працеемкості (УОП).

53. У графі 46 відображається кількість санованих дітей віком до 17 років включно – в чисельнику, в знаменнику – кількість умовних одиниць працеемкості (УОП), витрачених на цю санацію.

54. У графах 47–50 зазначаються проведені пацієнту профілактичні заходи: гігієнічне навчання та виховання, герметизація фісур, професійне чищення зубів, обробка зубів мінералізуючими речовинами.

55. Графа 47 – гігієнічне навчання та виховання включає:

- рекомендації щодо вибору засобів гігієни порожнини рота;
- навчання гігієни порожнини рота;
- навчання користування флосами, інтердентальними щітками та іншими засобами гігієни; рекомендації щодо догляду за ортодонтичними апаратами, знімним протезом, брекет-системою, шиною;
- проведення контролю щодо засвоєння навичок гігієни порожнини рота; гігієнічне навчання та виховання пацієнтів в організованих колективах.

56. У графі 48 зазначається герметизація фісур: застосування герметики як хімічної полімеризації, так і світлової.

57. У графі 49 вказується професійне гігієнічне чищення зубів. Передбачається видалення лікарем-стоматологом м'яких зубних відкладень, зубного каменя з подальшим поліруванням поверхонь зубів, а також навчання пацієнтів раціональному застосуванню засобів і методів гігієни порожнини рота.

58. У графі 50 зазначається обробка зубів мінералізуючими речовинами (препаратами кальцію; ремодентом «Профокар»; препаратами фтору, фторвмісними лаками, гелями).

59. У графі 51 вказується кількість умовних одиниць працеемкості (УОП), відпрацьованих лікарем за робочий день згідно з класифікатором процедур у терапевтичній, хірургічній стоматології, стоматології дитячого віку та «Галузевим медико-економічним стандартом надання стоматологічної допомоги». Заповнюється за даними графі 14 «Листка щоденного обліку лікаря-стоматолога» (форма № 037/о). Після заповнення щоденника підводиться підсумок за всіма днями місяця в кожній із граф.

У стоматологічних поліклініках, відділеннях, кабінетах, які надають стоматологічну допомогу дорослому і дитячому населенню, на кожного лікаря ведуться два щоденники. В одному фіксуються загальні дані, в іншому – дані щодо дітей віком до 17 років включно.

Щоденник обліку роботи лікаря-стоматолога (стоматологічної поліклініки, відділення, кабінету) має термін зберігання – 1 рік після звітного періоду.

Начальник Центру медичної статистики МОЗ
України

М.В. Голубчиков

Код форми за ЗКУД
Код закладу за ЗКПО

Міністерство охорони здоров'я України
Найменування закладу

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ
ФОРМА № 003/о
Затверджена наказом МОЗ України
260799 р. № 184

МЕДИЧНА КАРТА № _____
СТАЦІОНАРНОГО ХВОРОГО

Госпіталізація									Відділення _____ палата № _____
дата	(число, місяць, рік)						(годин, хвилин)		
									В поточному році з _____ О вперше приводу даної хвороби О повторно госпіталізований всього _____ раз

Проведено ліжко-днів _____ Переведений(а) у відділення _____

Група крові _____ Резус приналежність _____ RW _____
(число, місяць, рік)

Підвищена чутливість або непереносимість препарату _____
(найменування препарату, характер побічної дії)

1. Прізвище, ім'я, по батькові _____
_____ 2. Стать: ч-1, ж-2 3. Вік _____
(число, місяць, рік)

(повних років, для дітей: до 1-го року – місяців; до 1-го місяця – днів)

4. Постійне місце проживання: місто – 1, село – 2 _____
(вписати адресу: область, район, населений пункт)

№ телефону; для приїжджих – адресу родичів

5. Місце роботи, спеціальність або посада _____
(для учнів, студентів – місце навчання; для дітей – назву дитячого закладу, школи; для інвалідів – вид і група інвалідності, ІВВ – так, ні
(підкреслити)

6. Ким направлений хворий _____
(найменування лікувального закладу)

7. Госпіталізований(а) в стаціонар: за терміновими показаннями – 1, через _____ годин на початку
захворювання, одержання травми; в плановому порядку – 2

8. Діагноз лікувального закладу, який направив хворого: _____

9. Діагноз при госпіталізації _____

10. Діагноз клінічний _____

Дата встановлення: _____ Лікар _____
(прізвище, підпис)

11. Діагноз заключний клінічний: _____

а) основний _____ Код за МКХ – X

б) ускладнення основного _____

в) супутній _____

ЗАПИС ЛІКАРЯ ПРИЙМАЛЬНОГО ВІДДІЛЕННЯ

Скарги

Анамнез хвороби

Анамнез життя

Об'єктивний стан хворого.....

ЛИСТОК ОГЛЯДУ ТА КОНСУЛЬТАЦІЙ СПЕЦІАЛІСТАМИ

A large rectangular area containing numerous horizontal dotted lines, intended for handwritten notes or a report.

Карта стаціонарного хворого № _____
(прізвище, ім'я, по батькові хворого)

ЕПКРИЗ

Дані обстеження:

Загальний аналіз крові.....
Загальний аналіз сечі.....
Печінкові проби.....
Копрограма.....
Аналіз крові на глюкозу..... Аналіз сечі на амілазу.....
Аналіз сечі на діастазу..... Сеча на глюкозу (з добової кількості).....

В результаті проведеного обстеження встановлено клінічний діагноз:

Основний

Ускладнення основного

Супутній

Лікування

Лікувальні та трудові рекомендації

Ефективність лікування

виписаний:

з одужанням – 1

з поліпшенням – 2 помер – 5

з погіршенням – 3 переведений в інший лікувальний заклад – 6

без змін – 4

“.....” р.

Підпис лікаря

Підпис завідуючого відділенням

Огляд на коросту: ○ так ○ ні		З режимом дня та заборонаю паління ознайомлений
Педикульоз: ○ так ○ ні		Підпис _____
Дата _____ Підпис _____		
Виписка з протоколу (карти) патологоанатомічного обстеження № _____		
Адреса закладу, який склав протокол:		Дата розтину: (число, місяць, рік)
Патологоанатомічний діагноз		
Основний.....		
Ускладнення основного:.....		
Супутній.....		
Співпадання діагнозів (клінічного і патологоанатомічного): повне співпадання діагнозів – 0; розбіжність діагнозів: основного – 1; супутнього – 2; ускладнень – 3; повна розбіжність – 4 (підкреслити) <input type="checkbox"/>		
Причини розбіжності: об'єктивні труднощі діагностики – 1, короткочасне перебування в лікарні – 2, недообстеження хворого – 3, переоцінка даних обстеження – 4, рідкісне захворювання – 5, неправильне оформлення діагнозу – 6 (підкреслити) – <input type="checkbox"/>		
Причина смерті (з лікарського свідоцтва про смерть № _____)		
а) безпосередня причина смерті (захворювання чи ускладнення основного захворювання):.....		
б) захворювання, яке викликало чи обумовило безпосередню причину смерті:.....		
в) основне захворювання (вказується останнім):.....		
Код за МКХ-X _ _ _ _ _ _ _		
Інші важливі захворювання, які сприяли смерті, але не пов'язані з захворюванням або його ускладненням, яке стало безпосередньою причиною смерті:.....		
Патологоанатом _____ Зав. патологоанатомічним відділенням _____ (прізвище, підпис) (прізвище, підпис).		

Медична карта стаціонарного хворого (форма № 003/о)

«Медична карта стаціонарного хворого» (форма № 003/о) є основним медичним документом стаціонару, який заповнюється на кожного хворого. Ведеться в усіх лікарнях, стаціонарах диспансерів, клініках вузів та НДІ, а також санаторіях.

Медична карта стаціонарного хворого вміщує всі необхідні дані, які характеризують стан хворого протягом всього періоду перебування в стаціонарі, організацію його лікування, дані об'єктивних обстежень та призначень.

Дані медичної карти стаціонарного хворого дають можливість контролювати правильність організації лікувального процесу і використовуються для видачі довідкового матеріалу за запитами відомчих закладів (суд, прокуратура, експертиза тощо).

Паспортна частина, діагноз лікувального закладу, який направив хворого, діагноз при госпіталізації хворого заповнюються в приймальному відділенні.

Лікар приймального відділення заповнює також спеціально відведений листок «Запис лікаря приймального відділення», в якому коротко вказує дані анамнезу хвороби та життя, об'єктивний стан хворого. Інші записи в медичній карті, включаючи і клінічний діагноз, заповнює лікуючий лікар. У квадратиках рядків 2, 4, 7, 13, 15, 17 слід вписати необхідну цифру.

Якщо хворому проведено хірургічне втручання, то на другій сторінці медичної карти стаціонарного хворого вказується дата (місяць, число, години) операції, її назва, метод знеболювання та ускладнення. Докладний опис операції проводиться в «Журналі запису оперативних втручань в стаціонарі» (форма № 008/о).

При виписці або смерті хворого вказується число проведених ліжко-днів, при цьому: день госпіталізації і день виписки (смерті) рахується як один день.

В період перебування хворого в стаціонарі карта зберігається в папці лікуючого лікаря. Лікар проводить щоденні записи в форму № 003/о про стан здоров'я та лікування хворого. Призначення записуються в щоденнику карти та в листку лікарських призначень. На температурному листку (форма № 004/о) палатна сестра графічно відображає температуру, пульс, дихання хворого тощо.

При виписці (смерті) хворого лікуючий лікар складає епікриз, в якому коротко резюмує дані про стан хворого при госпіталізації та виписці (смерті), записує дані, обґрунтовує клінічний діагноз, вказує проведені лікувальні заходи та їх ефективність, рекомендації щодо подальшого лікування і режиму хворого.

В разі смерті хворого лікуючий лікар складає посмертний епікриз. Патологоанатомом заповнюється «Виписка з протоколу патологоанатомічного обстеження».

Виписний або посмертний епікризи підписуються лікуючим лікарем.

Основний клінічний та патологоанатомічний діагнози повинні бути зазначені лікуючим лікарем.

Медична карта стаціонарного хворого підписується лікуючим лікарем та завідувачем відділення. На підставі даних медичної карти стаціонарного хворого складається «Статистична карта хворого, який вибув із стаціонару» (форма № 066/о), після чого медична карта передається в кабінет статистики для обробки, а потім до архіву закладу.

Примітка. При наявності у хворого побічної дії лікарських засобів лікуючий лікар повинен обов'язково зазначити результат побічної дії в формі № 003/о як основний, супутній діагноз або ускладнення основного захворювання, а після виписки (смерті) хворого аналогічний запис зробити в формі № 066/о «Статистична карта хворого, який вибув із стаціонару».

Термін зберігання – 25 років.

МОЗ України
най
менування закладу

Код форми за ЗКУД ! ! ! ! ! ! ! ! ! !
Код закладу за ЗКПО ! ! ! ! ! ! ! ! ! !

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ
ФОРМА 004/о
Затверджена наказом МОЗ України
26.07.99 р. № 184

ТЕМПЕРАТУРНИЙ ЛИСТОК

Карта № _____ Прізвище, ім'я, по батькові _____ Палата № _____
Дата _____
День хвороби _____

День перебування в стаціонарі			1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14		15		
П	АТ	T ⁰	Р	В	Р	В	Р	В	Р	В	Р	В	Р	В	Р	В	Р	В	Р	В	Р	В	Р	В	Р	В	Р	В	Р	В	Р	В	
140	200	41																															
120	175	40																															
100	150	39																															
90	125	38																															
80	100	37																															
70	75	36																															
60	50	35																															
Лихання																																	
Вага																																	
Випито рідини																																	
Лобова кількість сечі																																	
Випорожнення																																	
Ванна																																	

Температурний листок (форма № 004/о)

«Температурний листок» (форма № 004/о) є оперативним документом для графічного зображення деяких основних даних, які характеризують стан здоров'я хворого: пульс, артеріальний тиск, температура тощо.

Щоденно лікуючий лікар записує в медичній карті стаціонарного хворого (історії пологів, карті розвитку новонародженого) дані про стан хворого (роділлі, породіллі, новонародженого). Палатна медична сестра переносить дані про температуру, пульс, артеріальний тиск, дихання в температурний листок і викреслює відповідні криві щодо цих показників.

Крім того, в температурний листок заноситься частота дихання, вага, кількість випитої рідини, добова кількість сечі, випорожнення, число ванн.

Після виписки (смерті) хворого зі стаціонару температурний листок підклеюється в медичну карту стаціонарного хворого (форма № 003/о) і зберігається разом з нею протягом 25 років.

Код форми за ЗКУД

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Код установи за ЗКПО

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Міністерство охорони здоров'я України

Найменування закладу _____

НА П Р А В Л Е Н Н Я*

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ

ФОРМА № 014/о

Затверджена наказом МОЗ України

26.07.99 р. № 184

на патологогістологічне дослідження

« _____ » _____ 200__ року _____ годин
(дата і час направлення матеріалу)

Відділення _____ Карта стаціонарного (амбулаторного) хворого № _____

1. Прізвище, ім'я по батькові хворого _____

2. Стать: чоловік, жінка (підкреслити). 3. Вік _____ років. 4. Біопсія первинна, вторинна (підкреслити)

5. При повторній біопсії вказати № і дату первинної _____

6. Дата і вид операції _____

7. Маркування матеріалу, число об'єктів _____

8. Клінічні дані _____

(тривалість захворювання, проведене лікування при пухлинах – точна локалізація, темпи росту, розміри, консистенція, відношення до оточуючих тканин, метастази, наявність інших пухлинних вузлів, спеціальне лікування; при дослідженні лімфовузлів вказати аналіз крові, зскрібків ендометрія, молочних залоз – початок і кінець останньої нормальної менструації, характер порушення менструальної функції, дату початку кровотечі).

9. Клінічний діагноз _____

* Заповнюється під копірку в 2 примірниках

Прізвище лікуючого лікаря _____

Підпис _____

Патологогістологічне дослідження № _____ Дата і час надходження _____

Біопсія діагностична _____ Біопсія термінова _____ Операційний матеріал _____

Кількість шматочків _____, блоків _____ . Методика забарвлення _____

Макро- і мікроскопічний описи: _____

Патологогістологічний висновок (діагноз) _____

Дата дослідження “ _____ ” _____ 200__ року.

Прізвище патологоанатома _____ *підпис* _____

Прізвище лаборанта _____ *підпис* _____

*Заповнюється під копірку в 2 примірниках.

Направлення на патологогістологічне дослідження (форма № 014/о)

«Направлення на патологогістологічне дослідження» (форма № 014/о) – надалі направлення, є обов'язковим супроводжуваним документом до будь-якого видаленого матеріалу, який взятий під час операції чи при діагностичних втручаннях і який підлягає обов'язковому гістологічному дослідженню.

Залежно від форми реєстрації в патологоанатомічному відділенні (бюро), згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 12.05.1992 р. № 81 – може вестись книга реєстрації методом брошурування копій: заповнюються один чи два примірники направлення.

Всі графи направлення заповнюються пастою чи чорнилом фіолетового, синього, блакитного чи чорного кольору чітким почерком (або печатним шрифтом) чи машинописним текстом.

Перша сторінка заповнюється лікуючим лікарем в одному примірнику. На кожний випадок (або окремо взятий матеріал у одного хворого) заповнюється бланк-направлення на дослідження, яке доставляється в патологоанатомічне бюро (відділення). Всі графи направлення мають бути заповнені лікарем-клініцистом досить детально так, щоб патологоанатом, який буде проводити дослідження, мав достатню кількість клінічних відомостей при оцінці виявлених морфологічних змін. Крім клініки захворювання на бланку мають бути наведені також короткі дані анамнезу та лікування, яке проводилося: загальна кількість введених цитостатичних та гормональних препаратів, характер променевої терапії тощо і макроскопічний опис препарату.

Якщо бланк-направлення заповнений недбало і в ньому відсутні необхідні дані, завідувач відділення патологоанатомічного бюро повідомляє про це завідувачу клінічного відділення, звідки доставлений біопсійний матеріал; при повторних випадках доповідає головному лікарю (директору інституту), його заступнику з лікувальної роботи.

В патологоанатомічному відділенні (бюро) при веденні медичної документації методом брошурування з направлення на такому ж бланку знімається копія і подальше оформлення другої сторінки ведеться під копірку бажано на друкарській машинці або чітким почерком чи печатним шрифтом, пастою чи чорнилом чорного, синього, фіолетового кольорів.

При прийомі матеріалу лаборантом вказується його дата і час надходження його.

Номер патологогістологічного дослідження вказується при одержанні матеріалу. Його кількість, характер біопсії, кількість шматочків, блоків, методи забарвлень визначає лікар-патологоанатом. Лікарем-патологоанатомом вказується макроопис матеріалу і під диктовку дані вносяться лаборантом у відповідні графи. При цьому вказуються номери конкретно взятих органів. Після виготовлення гістологічних препаратів лаборант видає їх лікарю разом з направленням, яке підписує і проставляє дату виготовлення навпроти свого прізвища. При проведенні мікроскопічного дослідження лікар сам чи під диктовку робить опис мікроскопічної картини і висновки щодо даного матеріалу. Вказує дату дослідження, своє прізвище та особистий підпис.

Прізвище патологоанатома та лаборанта при веденні книги реєстрації може вписувати і особа, яка її проводить (лаборант, медресстратор).

Висновок під розписку в журналі чи спеціальному журналі медперсоналом чи посильним передається у відповідальний клінічний заклад.

Родичам та самим пацієнтам висновок не видається.

Інструкція розроблена з урахуванням вимог наказу Міністерства охорони здоров'я України від 12.05.1992 р. № 81.

Форма № 014/о використовується при складанні звіту за формою № 20 «Звіт лікувально-профілактичного закладу», розділу «Діяльність патологоанатомічного бюро (відділення)», таблиця 4501.

Термін зберігання – 1 рік після звітної періоду.

Міністерство охорони здоров'я
України

Код форми за ЗКУД
Код установи за ЗКПО

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ

ФОРМА № 066/о

Найменування закладу _____

Затверджена наказом МОЗ України

26.07.99 р. № 184

**СТАТИСТИЧНА КАРТА ХВОРОГО,
ЯКИЙ ВИБУВ ІЗ СТАЦІОНАРУ №**

1. Дата госпіталізації:
(число, місяць, рік)

2. Прізвище, ім'я, по батькові _____

3. Стать: чол. – 1, жін. – 2 . Дата народження
(число, місяць, рік)

5. Житель міста, смт – 1, села – 2 6. Проживає за адресою _____
_____ (область, район, вулиця, будинок, квартира)

79 7. Ким направлений (медичний заклад) _____

8. Діагноз при направленні _____

9. Відділення госпіталізації _____ 10. Профіль ліжок _____

11. Госпіталізація екстрена – 1, планова – 2

12. Строки госпіталізації (до 6 год. – 1; 7 – 24 год. – 2; пізніше 24 год. – 3)

13. Госпіталізація з приводу даного захворювання в даному році
вперше – 1, повторно – 2

14. Результат лікування:
виписаний(а) з одужанням – 1, поліпшенням – 2, погіршенням – 3,
без змін – 4; помер(ла) – 5; переведений(а) в інший лікувальний заклад – 6;
переведений(а) в інше відділення – 7; здоровий(а) – 8 (підкреслити)

15. Дата виписки, смерті:
(число, місяць, рік) (час)

16. Проведено ліжко-днів _____

7. Діагноз стаціонару

Основний	Ускладнення	Супутні захворювання	Код основного діагнозу
17а клінічний заключний			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
17 б патолого- анатомічний			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

18. У випадку смерті (вказати причину):

I. Безпосередня причина смерті: захворювання а) _____
або ускладнення основного захворювання;
захворювання, яке спричинило або зумовило б) _____
безпосередню причину смерті;
основне захворювання вказується останнім в) _____

II. Інші важливі захворювання, які сприяли смертельному результату, але не пов'язані з захворюванням або його ускладненням, які призвели до смерті

19. Хірургічні операції

Дата, час	Найменування операції (а)	Ускладнення (б)	
			19а
			19б

20. Обстежений на RW “ _____ ” _____ 200__р.
на ВІЛ “ _____ ” _____ 200__р.

21. Інвалід війни – 1; учасник війни – 2; потерпілий внаслідок аварії на ЧАЕС – 3
(категорія _____ серія _____ посвідчення № _____)

Підпис лікаря _____

Статистична карта хворого, який вибув із стаціонару (форма № 066/о)

«Статистична карта хворого, який вибув із стаціонару» (форма № 066/о) складається на підставі «Медичної карти стаціонарного хворого» (форма № 003/о) і є статистичним документом, який містить відомості про хворого, що вибув із стаціонару (виписаного або померлого).

У карті обов'язково заповнюється кожний пункт. Винятком є пункт 18, що заповнюється на померлих та пункт 21 щодо інвалідів, учасників війни та потерпілих внаслідок аварії на ЧАЕС.

Адресна частина статистичної карти хворого, який вибув із стаціонару (пункти 1–13, пункт 21) заповнюється медичною сестрою приймального відділення одночасно з заповненням «Медичної карти стаціонарного хворого» (форма № 003/о), після чого форма № 066/о вкладається в медичну карту і зберігається у відділенні до виписки чи смерті хворого.

Карта заповнюється одночасно з записом епікризу в медичній карті стаціонарного хворого лікуючим лікарем на всіх хворих, які вибули із стаціонару (виписаних або померлих), в тому числі і на породіль, які виписані після нормальних пологів. Форма № 066/о заповнюється також на новонароджених, які вибули із стаціонару, що народились хворими або захворіли в стаціонарі.

У карті відображаються основні відомості про тривалість лікування хворого в стаціонарі, діагноз основного і супутніх захворювань, термін, характер і ефективність хірургічної допомоги, результати лікування тощо.

При переведенні хворого з одного відділення в інше цієї ж лікарні карта хворого, який вибув із стаціонару, заповнюється в відділенні, з якого хворий вибув.

На картах хворих, яких госпіталізовано з приводу травм та отруєнь, повинна бути зроблена помітка щодо виду травми: виробнича, побутова, дорожньо-транспортна, шкільна, спортивна тощо.

«Статистична карта хворого, який вибув із стаціонару» повинна бути підписана лікуючим лікарем (прізвище повністю, розбірливо).

На підставі «Статистичної карти хворого, який вибув із стаціонару» заповнюються відповідні розділи звітної форми № 20 «Звіт лікувально-профілактичного закладу».

У тих випадках, коли в карті зазначено декілька діагнозів захворювань – в звіті дані щодо хворого будуть зазначені по одному із захворювань, яке послужило основною причиною госпіталізації.

Форма № 066/о не заповнюється на хворих, що переведені в інші стаціонари.

Примітка:

1. В рядку 1 «Дата госпіталізації» крім числа, місяця, року необхідно зазначити години та хвилини надходження хворого в стаціонар.

2. При наявності у хворого побічної дії лікарського засобу лікуючий лікар зазначає в пункті 17 прояв побічної дії як «основне», «супутнє» або «ускладнення основного захворювання» і підкреслює червоним кольором.

При розробці таких форм статистик, як виняток, має проводити їх подвійне кодування, з метою отримання інформації щодо побічної дії ліків.

Термін зберігання – 5 років.

Код форми за ЗКУД

--	--	--	--	--	--	--	--

Код установи за ЗКПО

--	--	--	--	--	--	--	--

Міністерство охорони здоров'я України

(найменування закладу)

Медична документація
Форма № 027/о
Затверджена наказом МОЗ України
29.12.2000 р. № 369

В И П И С К А
із медичної карти амбулаторного (стаціонарного)
хворого (підкреслити)

В _____
(найменування і адреса закладу, куди направляється виписка)

1. Прізвище, ім'я, по батькові хворого _____

2. Дата народження

--	--	--	--	--	--	--	--

(число, місяць, рік)

3. Домашня адреса _____

4. Місце роботи і рід занять _____

5. Дати: а) в амбулаторії: захворювання _____

--	--	--	--	--	--	--	--

(число, місяць, рік)

направлення в стаціонар _____

--	--	--	--	--	--	--	--

(число, місяць, рік)

б) в стаціонарі: надходження _____

--	--	--	--	--	--	--	--

(число, місяць, рік)

виписки або смерті (підкреслити) _____

--	--	--	--	--	--	--	--

(число, місяць, рік)

6. Повний діагноз (основне захворювання, супутні захворювання та ускладнення): _____

7. Короткий анамнез, діагностичні дослідження, перебіг хвороби, проведене лікування, стан при направленні, при виписці _____

8. Лікувальні і трудові рекомендації:

“ _____ ” _____ 20__ р.

Лікуючий лікар _____ (підпис)

**Виписка із медичної карти амбулаторного, (стаціонарного) хворого
(форма № 027/о)**

Форма № 027/о заповнюється амбулаторно-поліклінічними закладами при направленні хворого на стаціонарне лікування і стаціонарами всіх профілів при виписці (або смерті) хворого.

Виписка важлива для взаємної інформації амбулаторно-поліклінічних і стаціонарних закладів щодо діагнозу, перебігу захворювання, стану хворого при направленні (виписці), про проведені дослідження, лікування, лікувальні та інші рекомендації хворому.

Форма № 027/о видається на руки хворому або пересилається поштою чи нарочним. Термін зберігання – 3 роки.

Код форми за ЗКУД

--	--	--	--	--	--	--	--

Код установи за ЗКПО

--	--	--	--	--	--	--	--

Міністерство охорони здоров'я України		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА № 030/о Затверджено наказом МОЗ України 27.12.99 р. № 302
Найменування закладу		

КОНТРОЛЬНА КАРТА
диспансерного нагляду

Прізвище лікаря _____	Код або № медичної карти амбулаторного хворого (історія розвитку дитини) _____
Взятий(а) на облік _____ <small>(число, місяць, рік)</small>	_____
Знятий(а) з обліку _____ <small>(число, місяць, рік)</small>	Захворювання, з приводу якого хворий(а) взятий(а) під диспансерний нагляд _____
Причина, з якої знятий (а) з обліку _____	_____ <small>(число, місяць, рік)</small>
_____	Діагноз, встановлений вперше в житті _____ <small>(число, місяць, рік)</small>
_____	Захворювання виявлено при зверненні за лікуванням, при профогляді (підкреслити) _____

1. Прізвище, ім'я, по батькові _____

2. Стать: ч. – 1, ж. – 2 3. Дата народження _____ 4. Адреса _____
(число, місяць, рік)

5. Місце роботи (навчання) _____

6. Професія (посада) _____

7. Контроль відвідувань _____

Призначено з'явиться										
З'явився										
Призначено з'явиться										
З'явився										

Запис про зміни діагнозу, супутніх захворюваннях, ускладненнях

Лікувально-профілактичні заходи (госпіталізація, санаторно-курортне лікування, працевлаштування, переведення на інвалідність)

Найменування лікувально-профілактичних закладів

Огляд спеціалістами:

Обстеження (лабораторне, функціональне, інструментальне):

Лікування:

Реабілітація:

Контрольна карта диспансерного нагляду (форма № 030/о)

«Контрольна карта диспансерного нагляду» (форма № 030/о) заповнюється всіма амбулаторно-поліклінічними закладами, крім протитуберкульозних, онкологічних, психоневрологічних і наркологічних закладів, для яких ведуться спеціальні карти диспансерного нагляду.

Форма № 030/о є основним документом для обліку диспансерних хворих та забезпечення оперативного контролю за систематичністю нагляду.

У шкірно-венерологічних закладах форма № 030/о заповнюється тільки на взятих під диспансерний нагляд хворих на шкірні хвороби і трихомоніаз; на хворих на венерологічні і грибкові шкірні хвороби дана карта не заповнюється; в онкологічних закладах форма № 030/о заповнюється на хворих з передпухлинними захворюваннями. Форма № 030/о заповнюється також на інфекційних хворих та реконвалесцентів, які взяті під диспансерний нагляд лікарями кабінетів інфекційних захворювань.

Карти диспансерного нагляду заповнюються на всіх хворих, які перебувають під диспансерним наглядом з приводу захворювань: діагноз захворювань вказується з правого боку титульної частини карти. Там же відмічається дата встановлення діагнозу і метод його виявлення: при зверненні за лікуванням, при профілактичному огляді.

Контрольні карти використовуються для контролю за систематичністю нагляду диспансерних хворих, тому в пункті 7 відмічаються дати призначеного і фактичного приходу хворого до лікаря.

Спеціально відведене місце для запису ускладнень, що виникають, супутніх захворювань, зміни діагнозу і для запису найбільш важливих лікувально-профілактичних заходів: госпіталізація, санаторно-курортне лікування, переведення на інвалідність тощо.

На хворих, які перебувають під диспансерним наглядом з приводу двох і більше захворювань, які етіологічно між собою не пов'язані, контрольні карти заповнюються окремо.

Карти зберігаються в картотеці у кожного лікаря, який має хворих, що перебувають під диспансерним наглядом. Карти рекомендується зберігати за місяцями призначеного приходу до лікаря (в цілому або за нозологічними формами захворювань), що дозволяє вести контроль за систематичністю відвідувань, вживати заходів відносно хворих, які пропустили термін приходу.

Форма № 030/о використовується при складанні звіту за формою № 12 «Звіт про захворювання, зареєстровані в районі обслуговування даного лікувального закладу».

Особливості заповнення облікової медичної документації в закладі загальної практики/сімейної медицини

* У рядку «Код або N медичної карти ...» виставляється код сім'ї та члена сім'ї, крім того, якщо в реєстратурі амбулаторні карти розкладені за номерним принципом, виставляється її номер.

* У рядку «Лікувально-профілактичні заходи» зазначається ефективність диспансеризації: «не було загострень, не було ускладнень».

* У рядку «За захворювання, з приводу якого хворий взятий під диспансерний нагляд» крім цього діагнозу виставляються діагнози інших хвороб, якщо вони є у хворого, незалежно від того, чи знаходиться пацієнт під диспансерним наглядом у інших фахівців, чи ні.

Наприклад. Хворий перебуває під диспансерним наглядом з приводу виразкової хвороби шлунка і водночас хворіє на туберкульоз. З приводу туберкульозу диспансеризується у районного фтизіатра. В таких випадках у ф. 030/о сімейний лікар записує як основний діагноз "виразкова хвороба шлунка" і супутній "туберкульоз легенів".

Термін зберігання – 5 років.

Юридична база

1. Наказом МОЗ України від 28.02.2020 року № 590 (набирає чинності з 01 вересня 2022 року) визначалися такими, що втратили чинність, деякі накази Міністерства охорони здоров'я України згідно з переліком, в тому числі:
 - *Наказ МОЗ № 566* від 2004-11-23 Про затвердження Протоколів надання медичної допомоги за спеціальностями «ортопедична стоматологія», «терапевтична стоматологія», «хірургічна стоматологія», «ортодонтія», «дитяча терапевтична стоматологія», «дитяча хірургічна стоматологія»
2. Наказ МОЗ України від 05.06.2019 № 1269 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації екстреної медичної допомоги»
3. Наказ МОЗ України від № 527 від 28.07.2014 року «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкції щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу населенню»
4. Наказ МОЗ від 11.08.2014 № 552 «Про затвердження Державних санітарних норм та правил «Дезінфекція, передстерилізаційне очищення та стерилізація медичних виробів в закладах охорони здоров'я»
5. Наказ МОЗ № 158 від 11 квітня 2005 року «Табель оснащення обладнанням одного робочого місця лікаря-стоматолога (хірургічний)»
6. Наказ № 751 від 28.09.2012 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України»
7. Наказ № 157 від 26.01.2018 «Про внесення змін до деяких наказів Міністерства охорони здоров'я України»
8. Постанова Кабінету Міністрів України № 267 від 25 березня 2015 року з метою вдосконалення звітності з питань охорони здоров'я
9. Наказ N 2394 від 02.11.2021 про внесення змін до наказу Міністерства охорони України від 14 лютого 2012 року N 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються в закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування».
10. Стандарти медичної допомоги: Хірургічна стоматологія. Додаток до наказу МОЗ № 566 від 2004.11.23
Розділ 12. Хірургічна стоматологія
 - Додаток до наказу МОЗ № 226 від 27.07.1998
 - Тема, опис документа: стандарт
 - Вид допомоги: амбулаторний, стаціонарний, цільова група: доросле населення
 - Напрямок медицини: хірургічна стоматологія
 - Клінічний стан, патології: вказано багато груп

II рівень надання медичної допомоги

№ пор.	Нозологічна форма	Шифр МКХ-10	Перелік діагностичних обстежень	Обсяг лікувальних заходів	Критерії якості (бажані результати лікування)	Середня тривалість лікування (дні)
1	Остеомієліт щелепи гострий	K10.2	1. Клінічні дослідження (ретельне збирання анамнезу, внутрішньоротовий огляд). 2. Лабораторні дослідження. 3. Ro-дослідження. 4. Мікробіологічні дослідження	1. Хірургічне лікування (з використанням місцевого чи загального знеболювання): видалення зуба, що спричинив запалення, розрізування абсцесу чи флегмони. 2. Антибіотики, активні щодо висіяної мікрофлори, сульфаніламіди, десенсибілізуювальні препарати, дезінтоксикаційні препарати. 3. Фізіотерапевтичні процедури (після розрізування абсцесу чи флегмони і видалення дренажу).	Поліпшення загального стану. Купірування місцевих та загальних ознак запалення.	7–30
	Остеомієліт щелепи хронічний		1. Клінічні дослідження (ретельне збирання анамнезу, внутрішньоротовий огляд). 2. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі). 3. Гістологічні дослідження. 4. Мікробіологічні дослідження 5. Ro-дослідження	1. Хірургічне лікування (з використанням місцевого чи загального знеболювання) – секвестректомія. 2. Стимулювальна терапія до появи секвестрів. 3. Неспецифічна імунотерапія – вітаміни, аутогемотерапія, тканинна терапія. 4. Антистафілококова імунотерапія: активна (стафілококовий анатоксин, антифагін, бактеріофаг); пасивна (антистафілококовий гамма-глобулін). 5. Диспансерне спостереження: двічі протягом року	Поліпшення загального стану. Купірування місцевих та загальних ознак запалення	14–30 днів – 6 міс
2	Абсцеси обличчя	K12.2	1. Ретельне збирання анамнезу. 2. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі). 3. Мікробіологічні дослідження (антибіотикограма)	1. Хірургічне лікування – розрізування абсцесу. 2. Антибіотики. 3. Протизапальні та десенсибілізуювальні препарати. 4. Дезінтоксикаційна терапія. 5. Місцевий догляд за раною після розрізування абсцесу	Купірування місцевих та загальних ознак запалення, одужання	14
3	Флегмона щелепно-лицевої ділянки	L03.2	1. Клінічні дослідження (ретельне збирання анамнезу, зовнішній огляд). 2. Ro-дослідження. 3. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі – 2–3 рази протягом лікування). 4. Мікробіологічні дослідження (антибіотикограма, аналіз крові на стерильність – за показаннями). 5. Ro-дослідження	1. Хірургічне лікування (з використанням місцевого чи загального знеболювання) – розрізування флегмони. 2. Місцевий догляд за раною після розрізування флегмони. 3. Антибіотики, активні щодо висіяної мікрофлори, сульфаніламіди. 4. Протизапальна та десенсибілізуювальна терапія. 5. Дезінтоксикаційна терапія. 6. Корекція імуногенезу та неспецифічної реактивності організму (вітаміни групи В, аскорбінова кислота внутрішньом'язово, антистафілококовий гамма-глобулін внутрішньом'язово – за показаннями). 7. Симптоматичне лікування. 8. Фізіотерапевтичні процедури після розрізування флегмони і припинення гноетечі з рани: УФО, УВЧ, ультразвук, гелій-неоновий лазер, гіпербаротерапія	Загоєння рани після розрізування флегмони	14–30
4	Лімфаденіт гострий гнійний	L03.2	1. Клінічні дослідження (ретельне збирання анамнезу, зовнішній огляд). 2. Консультації фтизіатра, онколога, отоларинголога	1. Хірургічне лікування – розрізування гнійного вогнища. 2. Усунення причини гострого лімфаденіту – лікування одонтогенних вогнищ і ЛОР-органів. 3. Препарати для місцевого або загального знеболювання. 4. Антибіотики, сульфаніламіди. 5. Десенсибілізуювальні та протизапальні препарати. 6. Симптоматичні засоби	Купірування місцевих та загальних ознак запалення, одужання	7–10

№ пор.	Нозологічна форма	Шифр МКХ-10	Перелік діагностичних обстежень	Обсяг лікувальних заходів	Критерії якості (бажані результати лікування)	Середня тривалість лікування (дні)
	Аденофлегмона		<ol style="list-style-type: none"> Клінічні дослідження (ретельне збирання анамнезу, зовнішній огляд). Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі). Мікробіологічні дослідження (антибіотикограма, аналіз крові на стерильність – за показаннями) 	<ol style="list-style-type: none"> Хірургічне лікування (з використанням місцевого чи загального знеболювання) – розрізування аденофлегмони. Антибіотики. Протизапальна та десенсибілізувальна терапія. Дезінфекційна терапія. Коригування імуногенезу і неспецифічної реактивності організму (вітаміни групи В, аскорбінова кислота – внутрішньом'язово, антистафілококовий гамма-глобулін внутрішньом'язово – за показаннями). Симптоматичне лікування. Фізіотерапевтичні процедури – після розрізування гнійних вогнищ і припинення гноетечі з рани: УФО, УВЧ, ультразвук, гелій-неоновий лазер, гіпербаротерапія. Місцевий догляд за раною після розрізування аденофлегмони 	Купірування місцевих та загальних ознак запалення, одужання	14
5	Синусит верхньощелепний гострий	J01.0	<ol style="list-style-type: none"> Клінічні дослідження (опитування, огляд зовнішній та внутрішньоротовий, риноскопія, пункція пазухи). Мікробіологічні дослідження (визначення характеру мікрофлори та її чутливості до антибіотиків, цитологічне дослідження виділень). Ro-графія приносних пазух 	<ol style="list-style-type: none"> Хірургічне лікування (з використанням місцевого чи загального знеболювання) – видалення зуба, що спричинив запалення, пункція верхньощелепної пазухи через нижній носовий хід з промиванням. Судинозвужувальні засоби (краплі в ніс). Знеболювальні препарати. Протизапальні та десенсибілізувальні препарати. Антибактеріальні препарати. Загальноозміцнювальні та стимулювальні засоби. Симптоматичне лікування. Фізіотерапевтичні процедури (УВЧ – суберитемні дози, гелій-неоновий лазер). <p>Диспансерне спостереження: протягом 2 років після лікування, двічі на рік</p>	Поліпшення загального стану, нормалізація температури тіла, показників лабораторних та рентгенологічних досліджень, купірування запальних процесів	12–20
6	Синусит верхньощелепний хронічний	J32.0	<ol style="list-style-type: none"> Клінічні дослідження (опитування, огляд зовнішній та внутрішньоротовий, риноскопія, пункція пазухи). Мікробіологічні дослідження (визначення характеру мікрофлори та її чутливості до антибіотиків, цитологічне дослідження виділень). Гістологічні дослідження Ro-графія пазухи та верхньої щелепи в ділянці альвеолярного (коміркового) відростка. Томографія 	<ol style="list-style-type: none"> Хірургічне лікування – гайморотомія з пластикою співустья – за показаннями. У післяопераційний період – медикаментозне лікування. Судинозвужувальні засоби (краплі в ніс). Антибактеріальні препарати. Протизапальні та десенсибілізувальні препарати. Вітамінотерапія (вітаміни групи В, аскорбінова кислота). Фізіотерапевтичні процедури: УВЧ – суберитемні дози, гелій-неоновий лазер. <p>Диспансерне спостереження: протягом 5 років після лікування, двічі на рік</p>	Поліпшення загального стану, нормалізація температури тіла, лабораторних та рентгенологічних досліджень, купірування запальних процесів	14–30

№ пор.	Нозологічна форма	Шифр МКХ-10	Перелік діагностичних обстежень	Обсяг лікувальних заходів	Критерії якості (бажані результати лікування)	Середня тривалість лікування (дні)
7	Актиномікоз шийно-лицевий: неускладнений супутньою інфекцією; ускладнений супутньою гнійною інфекцією	A42.2	1. Клінічні дослідження: (ретельний анамнез, огляд зовнішній). 2. Лабораторні (загальний аналіз крові, сечі). 3. Цитологічне дослідження. 4. Гістологічні дослідження. 5. Мікробіологічні дослідження. 6. Ro-дослідження. 7. Шкірно-алергічні проби з актинолізатом. 8. Консультації онколога, фтизіатра, дерматолога, венеролога (при необхідності)	1. Хірургічне лікування – розрізування актиномікозних вогнищ, видалення зубів, які спричинили запалення. 2. Медикаментозне лікування – вплив на специфічний імунітет, підвищення загальної реактивності організму (неспецифічний імунітет), протизапальна, десенсибілізуюча, антибактеріальна, симптоматична терапія. 3. Фізіотерапевтичні процедури. 4. Догляд за раню після розрізування вогнища	Поліпшення загального стану, загоєння вогнища ураження	2–3 міс, перерва – 1 міс, а потім профілактичний курс протягом 5–8 тиж
8	Сіаладеніт гострий неотураційний	K11.2	1. Клінічні дослідження (опитування, огляд зовнішній та вічка вивідної протоки, бімануальна пальпація, масаж залози, бужування та зондування протоки). 2. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі). 3. Мікробіологічне дослідження виділень із протоки.	1. Протизапальна та антибактеріальна терапія (місцеве – через вивідні протоки, усередину або внутрішньом'язово). 2. Протеолітичні ферменти та їхні інгібітори. 3. Посилення слиновиділення. 4. Хірургічне лікування – розрізування капсули – за показаннями. 5. Фізіотерапевтичні процедури – після розрізування гнійного вогнища. 6. Полоскання ротової порожнини.	Поліпшення загального стану, нормалізація температури тіла, купірування запальних процесів. Відновлення функції слинної залози	7–14
	Сіаладеніт хронічний (паренхіматозний та інетрстиціальний)		1. Клінічні дослідження (опитування, огляд зовнішній та вічка вивідної протоки, бімануальна пальпація, масаж залози, бужування та зондування протоки). 2. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі). 3. Мікробіологічне дослідження виділень із протоки. 4. Сіалографія.	Лікування залежить від стадії захворювання. У стадії загострення – лікування таке саме, як і при гострому сіалоденіті. У стадії ремісії: 1. Медикаментозне лікування – новокаїнові блокади, галантамін 0,5 % розчин – підшкірне, ксантинолнуклеонат, токоферол. 2. Масаж залози. 3. Фізіотерапевтичні процедури: ультразвуковий, внутрішньозалозовий ультрафорез, 1,5 % розчину ксантинолнікотинату, флюктуризація, фонофорез компламіну, нуклеаз (РНК-ази та ДНК-ази), натрію нуклеонату. Диспансерне спостереження: протягом багатьох років після лікування, двічі на рік	Поліпшення загального стану, купування запальних процесів. Відновлення функції слинної залози	1 міс
9	Сіалолітіаз із загостренням хронічного запалення залози	K11.5	1. Клінічні дослідження (огляд, бімануальна пальпація). 2. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі). 3. Ro-дослідження. 4. Мікробіологічні дослідження. 5. Сіалографія – після зменшення проявів запалення	1. Видалення каменів із протоки, стимуляція функції залози, протизапальна та десенсибілізувальна терапія. 2. Місцеве знеболювання (2 % розчин новокаїну, 0,5–1 % розчин лідокаїну) або загальне знеболювання – за наявності показань. 3. Дієта, що посилює слиновиділення, 0,1 % розчин пілокарпіну. 4. Антибіотики, активні щодо виділеної мікрофлори. 5. Місцеве у вивідні протоки – препарати йоду (3 % розчин калію йодиду) – 1 раз на добу. Диспансерне спостереження: контроль через 6 міс і через 1 рік після лікування	Загоєння рани після видалення каменя з протоки залози, відсутність клінічних проявів, відновлення функції слинної залози	7–10

№ пор.	Нозологічна форма	Шифр МКХ-10	Перелік діагностичних обстежень	Обсяг лікувальних заходів	Критерії якості (бажані результати лікування)	Середня тривалість лікування (дні)
	Сіалолітіаз із локалізацією каменя в залозі без клінічних проявів запалення залози		1. Клінічні дослідження (огляд, бімануальна пальпація). 2. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі). 3. Ro-дослідження	1. Видалення каменів із залози. 2. Засоби місцевого знеболювання (2 % розчин новокаїну, 0,5–1 % розчини лідокаїну чи тримекаїну та ін.) або загальне знеболювання – за наявності показань	Загоєння рани після видалення каменя із залози, відсутність клінічних проявів, відновлення функції слинної залози	7–14
	Сіалолітіаз із локалізацією каменя в залозі із хронічним запаленням залози		1. Клінічні дослідження (огляд, бімануальна пальпація). 2. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі). 3. Ro-дослідження. 4. Сіалографія.	1. Видалення каменя із залози або разом із підщелепною залозою. 2. Засоби місцевого знеболювання (2 % розчин новокаїну, 0,5–1 % розчини лідокаїну чи тримекаїну та ін.) або загальне знеболювання за наявності показань. 3. Післяопераційна медикаментозна терапія: протизапальна, симптоматична, посилення слиновиділення – за наявності показань (10 % розчин кальцію хлориду, 3 % розчин калію йодиду). Пеніцилін – 1 млн од внутрішньом'язово, бактрим, димедрол 1 % розчин внутрішньом'язово або в таблетках всередину, пілокарпін 0,1 % розчин внутрішньом'язово	Загоєння рани після екстирпації слинної залози	14–30
	Сіалолітіаз із локалізацією каменя в залозі із загостренням хронічного запалення залози		1. Клінічні дослідження (огляд, бімануальна пальпація). 2. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі). 3. Ro-дослідження. 4. Сіалографія – після зменшення проявів запалення	1. Видалення каменя із залози після стихання запального процесу або разом із залозою. 2. Засоби місцевого знеболювання (2 % розчин новокаїну, 0,5–1 % розчини лідокаїну чи тримекаїну та ін.) або загальне знеболювання – за наявності показань. 3. Післяопераційна медикаментозна терапія: протизапальна, антибактеріальна, десенсибілізуюча, симптоматична, посилення слиновиділення – за наявності показань (10 % розчин кальцію хлориду, 3 % розчин калію йодиду). Пеніцилін – 1 млн од внутрішньом'язово та ін., бактрим, димедрол 1 % розчин внутрішньом'язово або в таблетках всередину, пілокарпін 0,1 % розчин внутрішньом'язово	Загоєння рани після екстирпації слинної залози	14–30
10	Мукоцеле слинної залози. Ретенційна кіста підщелепної та привушної слинних залоз	K11.6	1. Клінічні дослідження (огляд, бімануальна пальпація). 2. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі). 3. Патоморфологічні дослідження пунктату.	1. Видалення кісти з частковою резекцією привушної залози. 2. Засоби місцевого знеболювання (1 % розчин новокаїну, 0,5 % розчин лідокаїну) або загального знеболювання – за наявності показань	Загоєння рани після видалення ретенційної кісти	7–14
11	Епуліс ангиоматозний	K08	1. Клінічні дослідження (огляд, бімануальна пальпація). 2. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі). 3. Ro-дослідження. 4. Патоморфологічні дослідження біоптату (після операції).	1. Якщо відсутні зміни у кістковій тканині – вирізування в межах здорових тканин, кріодеструкція, введення склерозивних речовин. 2. Якщо є зміни в кістковій тканині – видалення пухлини з частковою резекцією (вирізуванням) коміркового (альвеолярного) відростка з зубами. 3. Засоби місцевого знеболювання (0,5 % та 2 % розчини новокаїну, лідокаїну) або загального знеболювання – за наявності показань. Диспансерне спостереження: контроль через 3, 6 та 12 міс після лікування	Загоєння рани первинним натягом, відновлення функції зубів	10–14

№ пор.	Нозологічна форма	Шифр МКХ-10	Перелік діагностичних обстежень	Обсяг лікувальних заходів	Критерії якості (бажані результати лікування)	Середня тривалість лікування (дні)
	Епуліс гігантоклітинний		1. Клінічні дослідження (огляд, бімануальна пальпація). 2. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі). 3. Ro-дослідження. 4. Патоморфологічні дослідження біоптату (після операції)	1. Якщо відсутні зміни у кістковій тканині – вирізування в межах здорових тканин, кріодеструкція, введення склерозивних речовин. 2. Якщо є зміни в кістковій тканині – видалення пухлини з частковою резекцією (вирізуванням) коміркового (альвеолярного) відростка з зубами. 3. Засоби місцевого знеболювання (0,5 % та 2 % розчини новокаїну, лідокаїну) або загальне знеболювання – за наявності показань. Диспансерне спостереження: контроль через 3, 6 та 12 міс після лікування	Загоєння рани первинним натягом, відновлення функції щелепи	10–14
12	Одонтома проста повна	D16.4	1. Клінічні дослідження (огляд, бімануальна пальпація). 2. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі). 3. Ro-дослідження. 4. Патоморфологічні дослідження.	1. Хірургічне лікування (з використанням місцевого або загального знеболювання) – видалення одонтоми. 2. Післяопераційне симптоматичне та медикаментозне лікування. Диспансерне спостереження: контроль через 3, 6, та 12 міс після лікування.	Загоєння рани первинним натягом, відновлення функції зубів	10–14
	Одонтома проста неповна		1. Клінічні дослідження (огляд, бімануальна пальпація). 2. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі). 3. Ro-дослідження. 4. Патоморфологічні дослідження	1. Хірургічне лікування (з використанням місцевого або загального знеболювання) – видалення одонтоми. 2. Післяопераційне симптоматичне та медикаментозне лікування. Диспансерне спостереження: контроль через 3, 6 та 12 міс після лікування.	Загоєння рани первинним натягом, відновлення функції зубів	10–14
	Одонтома складна		1. Клінічні дослідження (огляд, бімануальна пальпація). 2. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі). 3. Ro-дослідження. 4. Патоморфологічні дослідження.	1. Хірургічне лікування (з використанням місцевого або загального знеболювання) – видалення одонтоми. 2. Післяопераційне симптоматичне та медикаментозне лікування. Диспансерне спостереження: контроль через 3, 6 та 12 міс після лікування	Загоєння рани первинним натягом, відновлення функції зубів	10–14
13	Невралгія трійчастого нерва справжня (ідіопатична)	G50	1. Клінічні дослідження (огляд, бімануальна пальпація). 2. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі). 3. Ro-дослідження. 4. Визначення "куркової зони", вимикання (контрольне) чутливості відповідної гілки трійчастого нерва	1. Консервативні методи: • місцевознеболювальні блокади подібно до центральних або периферичних анестезій; алкоголізація – у разі неефективності блокад; • вітамінотерапія (тіамін, ціанкобаламін); • седативні засоби; • неспецифічна імунотерапія; • фізіотерапевтичні процедури (дарсонвалізація, діодинамічний струм, флюктуризація, електрофорез місцевознеболювальних засобів; • гідротермічна деструкція бідистильованою водою (90–100 °С). 2. Хірургічні методи: руйнування чутливого корінця трійчастого нерва, переріз периферичних гілок трійчастого нерва, декомпресивні операції з метою звільнення	Купірування больового синдрому	1–2 міс

№ пор.	Нозологічна форма	Шифр МКХ-10	Перелік діагностичних обстежень	Обсяг лікувальних заходів	Критерії якості (бажані результати лікування)	Середня тривалість лікування (дні)
	Невралгія трійчастого нерва симптоматична		1. Клінічні дослідження (огляд, бімануальна пальпація). 2. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі). 3. Ro-дослідження. 4. ЕОД.	периферичних гілок із кісткових каналів у місці виходу їх на поверхню обличчя. Диспансерне спостереження: протягом 1 року після лікування – 1–2 рази на рік 1. Лікування зубів. 2. Видалення дентиклів, ретинованих зубів. 3. Лікування гострого гаймориту	Купірування больового синдрому	1–14
14	Неврит трійчастого нерва травматичний	G50	1. Клінічні дослідження (огляд, бімануальна пальпація). 2. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі). 3. ЕОД.	1. Невроліз – звільнення ушкодженого нерва від кісткових уламків та сторонніх тіл, які стискають його. 2. У разі розриву нерва – епіневральний шов. Анестезія	Зменшення та купірування больового синдрому.	2–3 тиж
	Неврит трійчастого нерва інфекційний		1. Клінічні дослідження (огляд, бімануальна пальпація). 2. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі). 3. ЕОД.	1. Лікування основного захворювання. 2. Протизапальна терапія	Зменшення та купірування больового синдрому	2–3 тиж
	Неврит трійчастого нерва токсичний та алергічний		1. Клінічні дослідження (огляд, бімануальна пальпація). 2. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі). 3. ЕОД.	1. Усунення факторів, що спричинюють захворювання. 2. Дезінтоксикаційні засоби (гемодез, реополіглюкін). 3. Гіпосенсибілізуювальні засоби	Зменшення та купірування больового синдрому	2–3 тиж
15	Неврит лицьового нерва (параліч мімічних м'язів): первинний (параліч Белла) інфекційного походження, травматичний (з порушенням цілісності нерва)	Q51.0	1. Клінічні дослідження (огляд, бімануальна пальпація). 2. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі). 3. Ro-дослідження	1. Протизапальна, антибактеріальна терапія. 2. Антихолестеразні препарати. 3. Вітамінотерапія. 4. Біогенні стимулятори. 5. Фізіотерапевтичні процедури: на початку захворювання місцеве – сухе тепло (парафін), через тиждень – іонофорез новокаїну, кальцію хлориду, ЛФК. 6. У разі стійкого необоротного паралічу мімічних м'язів показане хірургічне лікування: <ul style="list-style-type: none"> • статичне і кінетичне підвищення осунутих тканин і відновлення функції м'язів; • створення колатеральної іннервації ураженого м'яза (кінець ураженого нерва зшивають з іншим нервом – додатковим, діафрагмальним, під'язиковим); • нервово-м'язова пластика (вшивання у паралізований м'яз іншого нерва); • м'язова пластика (зшивання паралізованого м'яза зі здоровим, який розміщений поряд – жувальним, скроневим) 	Зменшення та купірування больового синдрому, відсутність клінічних прояв	2–4 тиж

№ пор.	Нозологічна форма	Шифр МКХ-10	Перелік діагностичних обстежень	Обсяг лікувальних заходів	Критерії якості (бажані результати лікування)	Середня тривалість лікування (дні)
16	Синдром больової дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба Артрита (гострі та хронічні)	K07.6	1. Клінічні дослідження (огляд, бімануальна пальпація). 2. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі). 3. Ro-дослідження (томограма обох суглобів із відкритим і закритим ротом). 4. Консультації та спеціальні обстеження ревматолога, венеролога	1. Створення спокою суглоба за допомогою виготовлених ортодонтичних приладів, які обмежують рухомість нижньої щелепи. 2. Антибіотики, сульфаніламіді. 3. Протизапальні засоби. 4. Фізіотерапевтичні процедури (сухе тепло, іонофорез медичної жовчі, анестетиків, грязелікування та ін.). 5. Раціональне протезування (протези, що нормалізують прикус). 6. Диспансерне спостереження: протягом 2–3 років після лікування, кожні 2–3 міс	Купірування больового синдрому, відновлення функції суглоба.	1 міс і більше
17	Вивихи нижньої щелепи	S03.0	1. Клінічні дослідження (огляд, бімануальна пальпація). 2. Ro-дослідження	1. Хірургічне вправлення. 2. Імобілізація на 2–3 тиж. 3. Підборідна праща. Диспансерне спостереження: огляд через 6 міс після лікування	Усунення вивиху, нормалізація функції щелепи.	2–3 тиж
18	Переломи коміркового (альвеолярного) відростка вогнепальні повні	S02.8	1. Клінічні дослідження (ретельне збирання анамнезу, огляд). 2. Ro-дослідження (оглядова і локальна рентгенографія щелепи)	1. Імобілізація відламків за допомогою назубної гладенької шини-скоби (за наявності зубів). 2. Якщо кількість зубів недостатня (менше ніж 2 стійких зуба з країв перелому), фіксацію уламків здійснюють шинами, виготовленими в лабораторії (Вебера, Ванкевича, Юенга-Порта) або закріплюють відламки оперативним шляхом. Диспансерне спостереження: огляд через 6 міс після лікування	Відновлення функції та форми щелепи.	21–28
	Переломи коміркового (альвеолярного) відростка невогнепальні повні		1. Клінічні дослідження (ретельне збирання анамнезу, огляд). 2. Ro-дослідження (оглядова і локальна Ro-графія щелепи).	1. Вправлення відламків, за наявності показань – хірургічне оброблення ран м'яких тканин. 2. Фіксація відламків назубною гладенькою дротяною шиною-скобою, шинами, виготовленими в лабораторії або закріплення відламків оперативним шляхом 3. Симптоматична терапія. 4. Диспансерне спостереження: огляд через 6 міс після лікування	Відновлення функції та форми щелепи	21–28
19	Переломи нижньої щелепи вогнепальні	S02.6	1. Клінічні дослідження (опитування, огляд, пальпація). 2. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі). 3. Ro-графія зубів, щелеп та черепа.	1. Хірургічне оброблення рани. 2. Імобілізація нижньої щелепи. 3. Методи оперативного закріплення відламків щелепи: кістковий шов, спиці, стрижні, накісткові пластини, позаротові апарати, склеювання та зварювання. 4. Фіксація відламків шинами. Диспансерне спостереження: огляд через 1 міс після лікування. Реоперація – зняття фіксуючого пристосування – через 1,5–2 міс. Контроль протягом 1 року (до повної консолідації відламків)	Відновлення функції та форми щелепи	2–3 тиж – 1,5 міс
20	Переломи нижньої щелепи невогнепальні (відкриті та закриті)	S02.6	1. Клінічні дослідження (опитування, огляд, пальпація). 2. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі). 3. Ro-графія зубів, щелеп, черепа.	1. Імобілізація нижньої щелепи за допомогою: гладенької шини-скоби; шини з розпірковим вигином; шини з похилою площиною; двощелепної шини із зачіпними петлями; стандартної стрічкової шини Васильєва. 2. Хірургічні методи фіксації уламків: кістковий шов; спиці,	Загоєння первинним натягом, відновлення функції та форми щелепи	3 тиж – 2 міс

№ пор.	Нозологічна форма	Шифр МКХ-10	Перелік діагностичних обстежень	Обсяг лікувальних заходів	Критерії якості (бажані результати лікування)	Середня тривалість лікування (дні)
				стрижні; накісткові пластини; позаротові апарати; склеювання, зварювання. 3. Фіксація шинами, що виготовлені в лабораторії: шиною Порта з працююподібною пов'язкою; шиною Вебера з похилою площиною або без неї; шиною Ванкевича; литими та каповими назубними шинами. Диспансерне спостереження: контроль протягом 1 року (до повної консолідації відламків), іммобілізація верхньої щелепи (з використанням міцного знеболювання)		
21	Переломи верхньої щелепи невогнепальні	S024	1. Ro-дослідження. Клінічні дослідження (опитування, огляд, пальпація). 2. Ro-дослідження. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі). 3. Ro-дослідження Ro-графія зубів, щелеп та черепа	Іммобілізація верхньої щелепи (з використанням місцевого знеболювання): • ортопедичним способом – двощелепними шинами із зачіпними петлями та підборідною пращею або апаратом Збаржа; • хірургічним способом – остеосинтез шляхом накладення кісткового шва або остеосинтез за допомогою спиць, накісткових пластин; • комбінованим способом – способом Адамса або Фідершпиля. Диспансерне спостереження: контроль протягом 1 року (до повної консолідації відламків).	Загосення первинним натягом, відновлення функції та форми щелепи.	У разі лікування ортопедичним способом – 3–4 тиж, хірургічним – 1,5–2 міс, комбінованим – 1–1,5 міс
22	Переломи верхньої щелепи вогнепальні	S02.4	1. Клінічні дослідження (опитування, огляд, пальпація). 2. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі). 3. Ro-графія зубів, щелеп та черепа.	1. Хірургічне оброблення рани. 2. Іммобілізація верхньої щелепи (з використанням засобів місцевого знеболювання): • ортопедичним способом – двощелепними шинами із зачіпними петлями та підборідною пращею або апаратом Збаржа; • хірургічним способом – остеосинтез шляхом накладання кісткового шва або остеосинтез за допомогою спиць, накісткових пластин; • комбінованим способом – способом Адамса або Фідершпиля. Диспансерне спостереження: контроль протягом 1 року (до повної консолідації відламків).	Загосення первинним натягом, відновлення функції та форми щелепи	У разі лікування ортопедичним способом – 3–4 тиж, хірургічним 1,5–2 міс, комбінованим – 1–1,5 міс
23	Однобічні переломи верхньої щелепи, які супроводжуються рухомістю відламків, з переломом нижньої щелепи – без рухомості відламків. Середній ступінь	S02.7	1. Клінічні дослідження (опитування, огляд, пальпація). 2. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі). 3. Ro-графія зубів, щелеп та черепа	1. У разі однобічного перелому верхньої щелепи – двощелепними шинами з зачіпними петлями та підборідною пращею. 2. У разі двобічного перелому – іммобілізація хірургічним та ортопедичним способами (за Адамсом або Фідершпилем)/ Диспансерне спостереження: рентгенівський контроль через 1 міс, профілактичні огляди протягом 1 року (до остаточної консолідації відламків)	Загосення первинним натягом, відновлення функції та форми щелепи	При однобічному переломі – 3–4 тиж, при двобічному – 4–6 тиж

№ пор.	Нозологічна форма	Шифр МКХ-10	Перелік діагностичних обстежень	Обсяг лікувальних заходів	Критерії якості (бажані результати лікування)	Середня тривалість лікування (дні)
	Двобічні переломи обох щелеп з рухомістю відламків. Важкий ступінь		1. Клінічні дослідження (опитування, огляд, пальпація). 2. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі, аналіз крові на вміст цукру). 3. Ro-графія зубів, щелеп та черепа	Хірургічні методи фіксації: • остеосинтез шляхом накладення кісткових швів; • використання накістних пластин, апаратів; склеювання, зварювання. За наявності показань – одномоментна пластика дефекту автокісткою або формалізованою трупною кісткою, найчастіше – ребром. Диспансерне спостереження: рентгенівський контроль через 1 міс після лікування, профілактичні огляди – через 3 та 6 міс	Загоєння первинним натягом, відновлення функції та форми щелепи	1,5–2 міс
24	Переломи носової кістки	S02.2	1. Клінічні дослідження (опитування, огляд, пальпація). 2. Ro-графія носової кістки. 3. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі).	1. Зупинення кровотечі – передня або задня тампонада (за Белоком). 2. Вправлення та фіксація носової кістки – ендоназальна, екстраназальна, хірургічне оброблення рани. Диспансерне спостереження: рентгенівський контроль через 1 міс після лікування, профілактичні огляди – через 3 та 6 міс	Загоєння первинним натягом, відновлення функції та форми носа	2 тиж
25	Переломи виличної кістки та виличної дуги	S02.4	1. Клінічні дослідження (опитування, огляд, пальпація). 2. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі). 3. Ro-графія виличної кістки.	1. Безкровний метод вправлення виличної кістки з боку присінка ротової порожнини. 2. Внутрішньоротовий спосіб за методами Кіна, Дубового – через розріз по перехідній складці. 3. Вправлення виличної дуги та виличної кістки за допомогою гачка, щипців Люшана. 4. Накладення кісткового шва. 5. Накладення дротової петлі через товщу виличного м'яза за способом Мотеса-Берінга. 6. Вправлення виличної кістки з ревізією верхньо-щелепної (гайморової) пазухи. 7. Підвішування та витягування виличної кістки за допомогою апарата Вакуленко, Голуба, Карука та ін. з фіксацією до головної шапочки. Диспансерне спостереження: рентгенівський контроль – через 1 міс. після лікування, профілактичні огляди – через 3 і 6 міс	Загоєння первинним натягом, відновлення функції та форми носа	2–3 тиж

III рівень надання медичної допомоги

№ пор.	Нозологічна форма	Шифр МКХ-10	Перелік діагностичних обстежень	Обсяг лікувальних заходів	Критерії якості (бажані результати лікування)	Середня тривалість лікування (дні)
1	Остеомієліт щелепи одонтогенний гострий	K10.2	1. Клінічні дослідження (ретельне збирання анамнезу, внутрішньоротовий огляд) 2. Лабораторні дослідження. 3. Ro-дослідження. 4. Мікробіологічні дослідження	1. Хірургічне лікування (з використанням місцевого або загального знеболювання): видалення зуба, що спричинив запалення; розрізування абсцесу чи флегмони. 2. Антибіотики, активні щодо висіяної мікрофлори, сульфаніаміди. 3. Десенсибілізуючі препарати. 4. Дезінтоксикаційні препарати (гемодез та ін.). 5. Фізіотерапевтичні процедури після розрізування абсцесу чи флегмони і видалення дренажу.	Поліпшення загального стану. Купірування місцевих та загальних ознак запалення	7–30
	Остеомієліт щелепи одонтогенний хронічний		1. Ro-дослідження. Клінічні дослідження (ретельне збирання анамнезу, внутрішньоротовий огляд). 2. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі). 3. Гістологічні дослідження. 4. Мікробіологічні дослідження. 5. Ro-дослідження	1. Хірургічне лікування (з використанням місцевого або загального знеболювання), секвестректомія. 2. Стимулювальна терапія до появи секвестрів: неспецифічна імунотерапія – вітаміни, аутогемотерапія; тканинна терапія (алоє, сироватка Ф); пентоксил, метилурацил, натрію нуклеонат	Поліпшення загального стану. Купірування місцевих та загальних ознак запалення	14–30 днів – 6 міс
2	Абсцес обличчя	K12.2	1. Клінічні дослідження (ретельне збирання анамнезу, зовнішній огляд). 2. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі). 3. Мікробіологічні дослідження (антибіотикограма)	1. Хірургічне лікування – розрізування абсцесу. 2. Антибактеріальна терапія. 3. Протизапальна та десенсибілізуюча терапія. 4. Дезінтоксикаційна терапія. 5. Місцевий догляд за раною після розрізування абсцесу	Купірування місцевих та загальних ознак запалення, одужання	14
3.	Флегмона щелепно-лицевої ділянки	L03.2	1. Клінічні дослідження (ретельне збирання анамнезу, зовнішній огляд). 2. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі – 2-3 рази протягом лікування). 3. Мікробіологічні дослідження (антибіотикограма, аналіз крові на стерильність – за показаннями). 4. Ro-дослідження	1. Хірургічне лікування (з використанням місцевого або загального знеболювання) – розрізування флегмони. 2. Місцевий догляд за раною після розрізування флегмони. 3. Антибактеріальна терапія. 4. Протизапальна та десенсибілізуюча терапія. 5. Дезінтоксикаційна терапія. 6. Корекція імуногенезу та неспецифічної реактивності організму (вітаміни групи В, аскорбінова кислота, антистафілококовий гамма-глобулін – за показаннями). 7. Симптоматичне лікування. 8. Фізіотерапевтичні процедури – після розрізування вогнищ і припинення гноетечі з рани: УФО, УВЧ, ультразвук, гелій-неоновий лазер, гіпербаротерапія	Загоєння рани після розрізування флегмони	14–30
4	Лімфаденіт гострий гнійний	L04.0	1. Клінічні дослідження (ретельне збирання анамнезу, зовнішній огляд). 2. Консультації фтизіатра, онколога, отоларинголога	1. Хірургічне лікування (з використанням місцевого або загального знеболювання) розрізування абсцесу чи аденофлегмони. 2. Усунення причини – лікування одонтогенних вогнищ і ЛОР-органів. 3. Антибіотики, сульфаніаміди. 4. Десенсибілізуючі препарати.	Купірування місцевих та загальних ознак запалення, одужання	7–10

№ пор.	Нозологічна форма	Шифр МКХ-10	Перелік діагностичних обстежень	Обсяг лікувальних заходів	Критерії якості (бажані результати лікування)	Середня тривалість лікування (дні)
	Аденофлегмона		1. Клінічні дослідження (ретельне збирання анамнезу, зовнішній огляд). 2. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі). 3. Мікробіологічні дослідження (антибіотикограма, аналіз крові на стерильність – за наявності показань)	5. Протизапальні препарати. 6. Симптоматичні засоби 1. Хірургічне лікування (з використанням місцевого або загального знеболювання) і розрізування аденофлегмони. 2. Антибактеріальна терапія. 3. Протизапальна та десенсибілізуювальна терапія. 4. Дезінтоксикаційна терапія. 5. Коригування імуногенезу і неспецифічної реактивності організму (вітаміни групи В, аскорбінова кислота, антистафілококовий гамма-глобулін – за показаннями). 6. Симптоматичне лікування. 7. Фізіотерапевтичні процедури – після розрізування аденофлегмони і припинення гностечі з рани: УФО, УВЧ, ультразвук, гелій-неоновий лазер, гіпербаротерапія. 8. Місцевий догляд за раною після розрізування аденофлегмони	Купірування місцевих та загальних ознак запалення, одужання	14
5	Лімфаденіт хронічний гіперпластичний	I88.1	1. Клінічні дослідження (ретельне збирання анамнезу, зовнішній огляд). 2. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі). 3. Гістологічні дослідження, пункційна біопсія. 4. Ro-дослідження. 5. Консультації гематолога, фтизіатра, онколога	Хірургічне лікування (з використанням місцевого або загального знеболювання) – видалення лімфатичного вузла (за наявності показань). Диспансерне спостереження: протягом 1 року після лікування, двічі на рік	Загоєння рани після видалення лімфатичного вузла	7–10
6	Синусит верхньощелепний гострий	J01.0	1. Клінічні дослідження (опитування, огляд зовнішній та внутрішньоротовий, риноскопія, пункція пазухи). 2. Мікробіологічні дослідження (визначення характеру мікрофлори та її чутливості до антибіотиків, цитологічні дослідження виділень). 3. Ro-графія приносних пазух	1. Хірургічне лікування (з використанням місцевого або загального знеболювання) – видалення зуба, що спричинив запалення. 2. Пункція верхньощелепної пазухи через нижній носовий хід з промиванням. 3. Судинозвужувальні засоби (краплі в ніс). 4. Протизапальна терапія. 5. Антибактеріальна терапія. 6. Десенсибілізуювальні препарати. 7. Загальнозміцнювальні та стимулювальні засоби (вітаміни групи В, аскорбінова кислота). 8. Симптоматична терапія. 9. Фізіотерапевтичні процедури: УВЧ – суберитемні дози, гелій-неоновий лазер. Диспансерне спостереження: протягом 2 років після лікування, двічі на рік	Поліпшення загального стану, нормалізація температури тіла, реакції, показники лабораторних та рентгенологічних досліджень, купірування запальних процесів	До 20
7	Синусит верхньощелепний хронічний	J32.0	1. Клінічні дослідження (опитування, огляд зовнішній та внутрішньоротовий, риноскопія, пункція пазухи). 2. Мікробіологічні дослідження (визначення характеру мікрофлори та її чутливості до антибіотиків, цитологічні дослідження виділень).	1. Хірургічне лікування (з використанням місцевого або загального знеболювання) – гайморотомія з пластикою співустя (в разі необхідності), у післяопераційний період – медикаментозне лікування. 2. Судинозвужувальні засоби (краплі в ніс). 3. Протизапальна терапія.	Поліпшення загального стану, нормалізація температури тіла показників, лабораторних та рентгенологічних досліджень, купірування запальних процесів	14–30

№ пор.	Нозологічна форма	Шифр МКХ-10	Перелік діагностичних обстежень	Обсяг лікувальних заходів	Критерії якості (бажані результати лікування)	Середня тривалість лікування (дні)
			3. Гістологічне дослідження. 4. Ро-графія пазухи щелепи в ділянці альвеолярного відростка. 5. Томографія	4. Десенсибілізувальні препарати. 5. Вітамінотерапія. 6. Симптоматична терапія. 7. Фізіотерапевтичні процедури: УВЧ – суберитемні дози, гелій-неоновий лазер. Диспансерне спостереження: протягом 5 років після лікування, двічі на рік		
8	Актиномікоз шийно-лицевий: неускладнений супутньою інфекцією. Ускладнений супутньою гнійною інфекцією	A42.2	1. Клінічні дослідження (ретельне збирання анамнезу, зовнішній огляд). 2. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі). 3. Цитологічні дослідження. 4. Гістологічні дослідження. 5. Мікробіологічні дослідження. 6. Ро-дослідження. 7. Шкірно-алергічні проби з актинолізатом. 8. Консультації онколога, фтизіатра, дерматолога, венеролога – в разі необхідності	1. Хірургічне лікування (з використанням місцевого або загального знеболювання) – розрізування актиномікозних інфільтратів, видалення зубів, які спричинили запалення. 2. Антибактеріальна терапія. 3. Протизапальна терапія. 4. Десенсибілізувальні препарати. 5. Вплив на специфічний імунітет, підвищення загальної реактивності організму (неспецифічний імунітет): актинолізатотерапія, автогемотерапія, полівітаміни, вітаміни групи В, аскорбінова кислота, кокарбоксілаза, біогенні стимулятори. 6. Симптоматична терапія. 7. Фізіотерапевтичні процедури: іонофорез 10 % розчину калію йодиду, рентгенотерапія, гелій-неоновий лазер, УВЧ	Поліпшення загального стану, загоєння рани	2–3 міс, перерва – 1 міс, а потім профілактичний курс протягом 5–8 тиж
9	Сіаладеніт гострий необтураційний	K11.2	1. Клінічні дослідження (опитування, огляд зовнішній та вічка вивідної протоки, бімануальна пальпація, масаж залози, бужування та зондування проток). 2. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі). 3. Мікробіологічні дослідження виділень із протоки	1. Протизапальна та антибактеріальна терапія (місцева – через вивідні протоки, всередину або внутрішньом'язово). 2. Протеолітичні ферменти та їх інгібітори. 3. Препарати, що посилюють слиновиділення. 4. Хірургічне лікування – розрізування капсули – в разі необхідності. 5. Фізіотерапевтичні процедури – після розрізування гнійного утворення: електрофорез трипсину, хімотрипсину, дезоксирибонуклеази, контрикалу та ін., магнітотерапія, УВЧ, флюктуризація. 6. Полоскання ротової порожнини (ферментовмісні еліксири). Диспансерне спостереження: протягом багатьох років після лікування, двічі на рік (навесні та восени)	Поліпшення загального стану, нормалізація температури тіла, купірування запальних процесів. Відновлення функції слинної залози	7–14
	Сіаладеніт хронічний (паренхіматозний та інтерстиціальний)		1. Клінічні дослідження (опитування, огляд зовнішній та вічка вивідної протоки, бімануальна пальпація, масаж залози, бужування та зондування проток). 2. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі). 3. Мікробіологічні дослідження виділень із протоки. 4. Сіалографія	Лікування залежить від стадії захворювання. У стадії загострення лікування таке саме, як і при гострому сіаладеніті. У стадії ремісії: 1. Медикаментозне лікування (новокаїнові блокади, галантамін, ксантинолнуклеонат, токоферол). 2. Фізіотерапевтичні процедури (ультразвук, внутрішньозалозовий ультрафорез 1,5 % розчину ксантинолнікотинату, флюктуризація, фонофорез компламіну, нуклеаз (РНК та ДНК), натрію нуклеонату). Диспансерне спостереження: протягом багатьох років після лікування, двічі на рік	Поліпшення загального стану, купірування запальних процесів, відновлення функції слинної залози	1 міс

№ пор.	Нозологічна форма	Шифр МКХ-10	Перелік діагностичних обстежень	Обсяг лікувальних заходів	Критерії якості (бажані результати лікування)	Середня тривалість лікування (дні)
10	Сіалолітіаз із хронічним запаленням залози	K11.5	1. Клінічні дослідження (огляд, бімануальна пальпація). 2. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі). 3. Ro-дослідження. 4. Мікробіологічні дослідження. 5. Сіалографія – після зменшення проявів запалення	1. Видалення каменів із протоки слинної залози з використанням місцевого або загального (за наявності показань) знеболювання. 2. Стимуляція функції залози (дієта, що посилює слиновиділення, пілокарпін). 3. Протизапальна і десенсибілізувальна терапія. 4. Антибіотики, активні щодо виділеної мікрофлори. 5. Місцеве у вивідні протоки – препарати йоду (3 % розчин калію йодиду). Диспансерне спостереження: через 6 міс і 1 рік після лікування	Загоєння рани після видалення каменя з протоки слинної залози, відсутність клінічних проявів, відновлення функції слинної залози	7–10
	Сіалолітіаз із загостренням хронічного запалення залози		1. Клінічні дослідження (огляд, бімануальна пальпація). 2. Ro-дослідження. 3. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі). 4. Мікробіологічні дослідження. 5. Сіалографія – після зменшення проявів запалення	1. Видалення каменів із протоки з використанням місцевого або загального (за наявності показань) знеболювання. 2. Стимуляція функції залози (дієта, що посилює слиновиділення, пілокарпін). 3. Протизапальна та десенсибілізувальна терапія. 4. Антибіотики, активні щодо виділеної мікрофлори. 5. Місцеве у вивідні протоки – препарати йоду (3 % розчин калію йодиду). Диспансерне спостереження: контроль через 6 міс і 1 рік після лікування	Загоєння рани після видалення каменя з протоки слинної залози, відсутність клінічних проявів, відновлення функції слинної залози	7–10
	Сіалолітіаз із локалізацією каменя залозі без клінічних проявів запалення залози		1. Клінічні дослідження (огляд, бімануальна пальпація). 2. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі). 3. Ro-дослідження.	Видалення каменів із залози з використанням місцевого або загального (за наявності показань) знеболювання	Загоєння рани після видалення каменя з слинної залози	7–14
	Сіалолітіаз із локалізацією каменя в залозі зі хронічним запаленням залози		1. Клінічні дослідження (огляд, бімануальна пальпація). 2. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі). 3. Ro-дослідження. 4. Сіалографія	1. Видалення каменя із залози або разом з підщелепною залозою з використанням місцевого або загального (за наявності показань) знеболювання. 2. Післяопераційна медикаментозна терапія: протизапальна, симптоматична. 3. Посилення слиновиділення – за наявності показань	Загоєння рани після екстирпації слинної залози	14–30
	Сіалолітіаз із локалізацією каменя в залозі із загостренням хронічного запалення залози		1. Клінічні дослідження (огляд, бімануальна пальпація). 2. Лабораторні дослідження крові та сечі. 3. Ro-дослідження. 4. Сіалографія – після зменшення проявів запалення дослідження.	1. Видалення каменя із залози після стихання запального процесу або разом із залозою – з використанням місцевого або загального (за наявності показань) знеболювання. 2. Післяопераційна медикаментозна терапія: протизапальна, антибактеріальна, десенсибілізувальна, симптоматична.	Загоєння рани після екстирпації слинної залози	14–30
11	Мукоцелє слинної залози. Ретенційна кіста підщелепної та привушної слинних залоз	K11.6	1. Клінічні дослідження (огляд, бімануальна пальпація). 2. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі). 3. Патоморфологічні дослідження пунктату	Видалення кісти з частковою резекцією привушної залози з використанням місцевого або загального (за наявності показань) знеболювання	Загоєння рани після видалення ретенційної кісти	7–14

№ пор.	Нозологічна форма	Шифр МКХ-10	Перелік діагностичних обстежень	Обсяг лікувальних заходів	Критерії якості (бажані результати лікування)	Середня тривалість лікування (дні)
12	Адамантінома	K09.2	1. Клінічні дослідження (огляд, бімануальна пальпація). 2. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі). 3. Ro-дослідження. 4. Патоморфологічні дослідження пунктату.	Хірургічне лікування з використанням місцевого або загального знеболювання: видалення – за наявності показань або часткова резекція щелепи та кісткова пластика. Диспансерне спостереження: контроль через 3–5 міс після операції	Загоєння рани після часткової резекції щелепи	1–2 міс
13	Центральна остеобласто-кластома коміркова	K06.8	1. Клінічні дослідження (огляд, бімануальна пальпація). 2. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі). 3. Ro-дослідження. 4. Дослідження пунктату і біоптату. 5. Патоморфологічні дослідження (після операції)	1. Хірургічне лікування з використанням місцевого або загального (за наявності показань) знеболювання – ексскохлеація пухлини у межах здорових тканин. 2. Після операції – симптоматичне та медикаментозне лікування. Диспансерне спостереження: контроль через 3, 6 та 12 міс після операції	Загоєння рани первинним натягом, відновлення функції	14–30
	Центральна остеобласто-кластома кістозна		1. Хірургічне лікування з використанням місцевого або загального (за наявності показань) знеболювання – ексскохлеація пухлини у межах здорових тканин. 2. Після операції – симптоматичне та медикаментозне лікування. Диспансерне спостереження: контроль через 3–5 міс після операції	Загоєння рани первинним натягом, відновлення функції	14–30	
	Центральна остеобласто-кластома літична		1. Хірургічне лікування з використанням місцевого або загального (за наявності показань). знеболювання – ексскохлеація пухлини у межах здорових тканин. 2. Після операції – симптоматичне та медикаментозне лікування. Диспансерне спостереження: контроль через 3–5 міс після операції	Загоєння рани первинним натягом, відновлення функції	14–30	
14	Епуліс ангіоматозний	K08	1. Клінічні дослідження (огляд, бімануальна пальпація). 2. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі). 3. Ro-дослідження. 4. Дослідження біоптату. 5. Патоморфологічні дослідження (після операції)	1. Якщо відсутні зміни у кістковій тканині – вирізування в межах здорових тканин, кріодеструкція, введення склерозивних речовин. 2. Якщо є зміни у кістковій тканині – видалення пухлини з частковою резекцією коміркового (альвеолярного) відростка з зубами з використанням місцевого або загального (за наявності показань) знеболювання. 3. Диспансерне спостереження: контроль через 3, 6 та 12 міс після лікування	Загоєння рани первинним натягом, відновлення функції	10–14
	Епуліс гігантоклітинний		1. Клінічні дослідження (огляд, бімануальна пальпація). 2. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі). 3. Ro-дослідження. 4. Дослідження біоптату. 5. Патоморфологічні дослідження (після операції)	1. Якщо відсутні зміни у кістковій тканині – вирізування в межах здорових тканин, кріодеструкція, введення склерозивних речовин. 2. Якщо є зміни у кістковій тканині – видалення пухлини з частковою резекцією коміркового (альвеолярного) відростка з зубами з використанням місцевого або загального (за наявності показань) знеболювання. Диспансерне спостереження: контроль через 3, 6 та 12 міс після лікування	Загоєння рани первинним натягом, відновлення функції	10–14

№ пор.	Нозологічна форма	Шифр МКХ-10	Перелік діагностичних обстежень	Обсяг лікувальних заходів	Критерії якості (бажані результати лікування)	Середня тривалість лікування (дні)
15	Одонтома проста повна	D16.4	1. Клінічні дослідження (огляд, бімануальна пальпація). 2. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі). 3. Ro-дослідження. 4. Патоморфологічні дослідження	1. Хірургічне лікування з використанням місцевого або загального (за наявності показань) знеболювання – видалення одонтоми. 2. Післяопераційне симптоматичне та медикаментозне лікування. Диспансерне спостереження: контроль через 3, 6 та 12 міс після лікування	Загоєння рани первинним натягом, відновлення функції	10–14
	Одонтома проста неповна		1. Клінічні дослідження (огляд, бімануальна пальпація). 2. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі). 3. Ro-дослідження. 4. Патоморфологічні дослідження	1. Хірургічне лікування з використанням місцевого або загального (за наявності показань) знеболювання – видалення одонтоми. 2. Післяопераційне симптоматичне та медикаментозне лікування. Диспансерне спостереження: контроль через 3, 6 та 12 міс після лікування	Загоєння рани первинним натягом, відновлення функції	10–14
	Одонтома складна		1. Клінічні дослідження (огляд, бімануальна пальпація). 2. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі). 3. Ro-дослідження. 4. Патоморфологічні дослідження	1. Хірургічне лікування з використанням місцевого або загального (за наявності показань) знеболювання – видалення одонтоми. 2. Післяопераційне симптоматичне та медикаментозне лікування. Диспансерне спостереження: контроль через 3, 6 та 12 міс після лікування	Загоєння рани первинним натягом, відновлення функції	10–14 днів
16	Дермоїдна кіста	K09.8	1. Клінічні дослідження (огляд, бімануальна пальпація). 2. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі). 3. Дослідження пунктату. 4. Патоморфологічні дослідження (після операції)	1. Хірургічне лікування з використанням місцевого або загального (за наявності показань) знеболювання – видалення кістки з капсулою. 2. Післяопераційна медикаментозна та симптоматична терапія. Диспансерне спостереження: контроль через 6 та 12 міс після лікування	Загоєння рани первинним натягом	10–14
17	Бічна кіста та нориця шиї	Q38.4	1. Клінічні дослідження (огляд, бімануальна пальпація). 2. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі). 3. Цитологічні дослідження. 4. Гістологічні дослідження. 5. Дослідження пунктату. 6. Фістулографія	Хірургічне лікування з використанням місцевого або загального знеболювання – видалення кісти з оболонкою, повне вирізування нориці та оболонки кісти. Диспансерне спостереження: контроль через 6 та 12 міс після лікування	Загоєння рани первинним натягом	10–14
	Серединна кіста та нориця шиї		1. Клінічні дослідження (огляд, бімануальна пальпація). 2. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі). 3. Цитологічні дослідження. 4. Гістологічні дослідження. 5. Дослідження пунктату. 6. Фістулографія	Хірургічне лікування з використанням місцевого або загального знеболювання – видалення серединної кісти та серединної нориці супроводжується резекцією тіла під'язикової кістки. Диспансерне спостереження: контроль через 6 та 12 міс після лікування	Загоєння рани первинним натягом	10–14

№ пор.	Нозологічна форма	Шифр МКХ-10	Перелік діагностичних обстежень	Обсяг лікувальних заходів	Критерії якості (бажані результати лікування)	Середня тривалість лікування (дні)
	Кіста та нориця привушної ділянки		1. Клінічні дослідження (огляд, бімануальна пальпація). 2. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі). 3. Цитологічні дослідження. 4. Гістологічні дослідження. 5. Дослідження пунктату. 6. Фістулографія	Хірургічне лікування з використанням місцевого або загального знеболювання – видалення передвухних і позашелепних нориць та кіст. Диспансерне спостереження: контроль через 6 та 12 міс після лікування	Загоєння рани первинним натягом.	10–14
18	Фіброзна дисплазія моноосальна (осередкова)	K10.8	1. Клінічні дослідження (огляд, бімануальна пальпація). 2. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі). 3. Ro-дослідження. 4. Дослідження пунктату і біоптату.	1. Хірургічне лікування з використанням місцевого або загального знеболювання – (вишкрібання) осередків ураження. 2. За показаннями – резекція щелепи з одномоментною кістковою пластикою. Диспансерне спостереження: контроль через 1, 6 та 12 міс після лікування	Загоєння рани первинним натягом, відновлення функції	10–14
	Фіброзна дисплазія поліосальна (дифузна)	K13.4	1. Клінічні дослідження (огляд, бімануальна пальпація). 2. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі). 3. Ro-дослідження. 4. Дослідження пунктату і біоптату	1. Хірургічне лікування (з використанням місцевого або загального знеболювання) – (вишкрібання) осередків ураження. 2. За показаннями – резекція щелепи з одномоментною кістковою пластикою. Диспансерне спостереження: контроль через 1, 6 та 12 міс після лікування	Загоєння рани первинним натягом, відновлення функції	10–14
19	Еозинофільна гранульома осередкова		1. Клінічні дослідження (огляд, бімануальна пальпація). 2. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі). 3. Ro-дослідження. 4. Дослідження біоптату. 5. Патоморфологічні дослідження	Хірургічне лікування (з використанням місцевого або загального знеболювання) – (вишкрібання) осередків ураження. Диспансерне спостереження: контроль через 1, 3 та 6 міс після лікування, а потім ще протягом 1 року, двічі на рік	Загоєння рани первинним натягом.	7–10
	Еозинофільна гранульома дифузна		1. Клінічні дослідження (огляд, бімануальна пальпація). 2. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі). 3. Ro-дослідження. 4. Дослідження біоптату. 5. Патоморфологічні дослідження	1. Хірургічне лікування (з використанням місцевого або загального знеболювання) – вишкрібання патологічного осередку та видалення зубів у зоні ураження. 2. Променева терапія. Диспансерне спостереження: контроль через 1, 3 та 6 міс після лікування, а потім ще протягом 1 року, двічі на рік	Загоєння рани первинним натягом, відновлення функції	14–21
20	Гемангіома щелепно-лицевої ділянки (проста або капілярна)	D18	1. Клінічні дослідження (огляд, бімануальна пальпація). 2. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі). 3. Гістологічні дослідження	Хірургічне лікування з використанням місцевого або загального знеболювання: 1. Видалення гемангіоми невеликих розмірів із зашиванням рани. 2. За наявності протяжної капілярної гемангіоми – хірургічне вирізування з заміщенням дефекту вільним шкірним автотрансплантатом.	Загоєння рани первинним натягом, відновлення функції слинної залози	21

№ пор.	Нозологічна форма	Шифр МКХ-10	Перелік діагностичних обстежень	Обсяг лікувальних заходів	Критерії якості (бажані результати лікування)	Середня тривалість лікування (дні)
				3. Електрокоагуляція. 4. Криодеструкція. Диспансерне спостереження: контроль протягом 1 року, двічі на рік		
	Гемангіома щелепно-лицевої ділянки кавернозна		1. Клінічні дослідження (огляд, бімануальна пальпація). 2. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі). 3. Цитологічні дослідження. 4. Ангіографія. 5. Дослідження пунктату	1. Хірургічне лікування (з використанням місцевого або загального знеболювання) – видалення невеликих гемангіом із зашиванням рани. 2. За наявності протяжних гемангіом – склерозивна терапія за методом прошивання, в разі необхідності – в комбінації з наступним оперативним втручанням. 3. Криодеструкція методом аплікації або відкритого струменя. Диспансерне спостереження: контроль протягом 1 року, двічі на рік	Загоєння рани первинним натягом, відновлення функції	1–2 міс
	Гемангіома щелепно-лицевої ділянки гроноподібна		1. Клінічні дослідження (огляд, бімануальна пальпація). 2. Лабораторні дослідження (загальний аналіз крові та сечі). 3. Патоморфологічні дослідження пунктату. 4. Ангіографія. 5. Пункція	1. Хірургічне лікування (з використанням місцевого або загального знеболювання). 2. Склерозивна терапія привідних і відвідних судин. Диспансерне спостереження: контроль протягом 1 року, двічі на рік	Загоєння рани первинним натягом, відновлення функції	1–2 міс
21	Лімфангіома щелепно-лицевої ділянки (капілярна, кавернозна, кістозна)	D18	1. Клінічні дослідження (огляд, бімануальна пальпація). 2. Лабораторні дослідження (загальний аналіз крові та сечі). 3. Патоморфологічні дослідження пунктату	1. Хірургічне лікування (з використанням місцевого або загального знеболювання) видалення змінених тканин. 2. За наявності протяжних уражень проводять поетапне вирізування. Диспансерне спостереження: контроль протягом 1 року, двічі на рік	Загоєння рани первинним натягом, відновлення функції	1–2 міс
22	Поліморфна аденома	D11	1. Клінічні дослідження (огляд, бімануальна пальпація). 2. Лабораторні дослідження (загальний аналіз крові та сечі). 3. Патоморфологічні дослідження пунктату та біоптату. 4. Ро-дослідження. 5. Сіалографія	1. Хірургічне лікування (з використанням місцевого або загального знеболювання) – видалення пухлини привушної слинної залози зі збереженням гілок лицевого нерва. 2. Пухлини підщелепної та під'язикової залоз видаляють разом із залозою. Диспансерне спостереження: контроль через 6 та 12 міс	Загоєння рани первинним натягом, відновлення функції	2–3 тиж – 1 міс
23	Невралгія трійчастого нерва справжня (ідіопатична)	G50	1. Клінічні дослідження (огляд, бімануальна пальпація). 2. Лабораторні дослідження (загальний аналіз крові та сечі). 3. Ро-дослідження. 4. Визначення «Куркової зони», вимикання (контрольне) чутливості відповідної гілки трійчастого нерва	1. Місцевознеболювальні блокади подібно до центральної або периферичної анестезії. 2. Алкоголізація – в разі неефективності блокад. 3. Вітамінотерапія. 4. Седативні засоби. 5. Неспецифічна імунотерапія. 6. Фізіотерапія процедури: дарсонвалізація, діадинамічні струми, флюктуризація, електрофорез місцевих знеболювальних засобів.	Купірування больового синдрому	1–2 міс

№ пор.	Нозологічна форма	Шифр МКХ-10	Перелік діагностичних обстежень	Обсяг лікувальних заходів	Критерії якості (бажані результати лікування)	Середня тривалість лікування (дні)
	Невралгія трійчастого нерва симптоматична		1. Клінічні дослідження (огляд, бімануальна пальпація). 2. Лабораторні дослідження (загальний аналіз крові та сечі). 3. Ro-дослідження. 4. ЕОД	1. Лікування зубів. 2. Видалення дентиклів, ратинованих зубів. 3. Лікування гострих гайморитів	Купірування больового синдрому	1–14
24	Невралгія трійчастого нерва травматична	G50	1. Клінічні дослідження (огляд, бімануальна пальпація). 2. Лабораторні дослідження (загальний аналіз крові та сечі). 3. ЕОД	1. Невроліз – звільнення ушкодженого нерва від кісткових уламків та сторонніх тіл, які стискають його. 2. У разі розриву нерва – епіневральний шов, анестезія	Зменшення та купірування больового синдрому	2–3 тиж
	Невралгія трійчастого нерва інфекційна		1. Клінічні дослідження (огляд, бімануальна пальпація). 2. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі). 3. ЕОД	1. Лікування основного захворювання. 2. Протизапальна терапія	Зменшення та купірування больового синдрому	2–3 тиж
	Неврит лицевого нерва (параліч мімічних м'язів): первинний (параліч Белла) інфекційного походження травматичний (з порушенням цілісності нерва)		1. Клінічні дослідження (огляд, бімануальна пальпація). 2. Лабораторні дослідження (загальний аналіз крові та сечі). 3. Ro-дослідження	1. Протизапальна терапія. 2. Антибактеріальна терапія. 3. Антихолестеразна терапія. 4. Вітамінотерапія. 5. Біогенні стимулятори. 6. Фізіотерапевтичні процедури: на початку захворювання місцево – сухе тепло (парафін), через тиждень – іонофорез новокаїну, кальцію хлориду, ЛФК	Зменшення та купірування больового синдрому, відсутність клінічних проявів	2–4 тиж
25	Неврит лицевого нерва (параліч мімічних м'язів): первинний (параліч Белла) інфекційного походження травматичний (з порушенням цілісності нерва)	G51	1. Клінічні дослідження (огляд, бімануальна пальпація). 2. Лабораторні дослідження (загальний аналіз крові та сечі). 3. Ro-дослідження	1. Протизапальна терапія. 2. Антибактеріальна терапія. 3. Антихолестеразна терапія. 4. Вітамінотерапія. 5. Біогенні стимулятори. 6. Фізіотерапевтичні процедури: на початку захворювання місцево – сухе тепло (парафін), через тиждень – іонофорез новокаїну, кальцію хлориду, ЛФК. 7. У разі стійкого необоротного паралічу мімічних м'язів показане хірургічне лікування: <ul style="list-style-type: none"> • статичне і кінетичне підвищення осунутих тканин і відновлення функції м'язів; • створення колатеральної іннервації ураженого м'яза (кінець ураженого нерва зшивають з іншим нервом – додатковим, діафрагмальним, під'язиковим); 	Зменшення та купірування больового синдрому, відсутність клінічних проявів	2–4 тиж

№ пор.	Нозологічна форма	Шифр МКХ-10	Перелік діагностичних обстежень	Обсяг лікувальних заходів	Критерії якості (бажані результати лікування)	Середня тривалість лікування (дні)
				<ul style="list-style-type: none"> • нервово-м'язова пластика (вшивання у паралізований м'яз іншого нерва); • м'язова пластика (зшивання паралізованого м'яза з розташованим поряд здоровим – жувальним, скронеvim) 		
26	Синдром больової дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба Артрит гострий	K07.6	1. Клінічні дослідження (огляд, бімануальна пальпація). 2. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі). 3. Ro-дослідження (томограма обох суглобів з відкритим і закритим ротом). 4. Консультації та спеціальні обстеження ревматолога, венеролога	1. При артритах будь-якої етіології необхідно забезпечити спокій у суглобі, обмеження функції нижньої щелепи за допомогою виготовлених ортодонтичних приладів. 2. Антибіотики, сульфаніламід. 3. Протизапальна терапія. 4. Фізіотерапевтичні процедури: сухе тепло, іонофорез медичної жовчі, анестетиків, грязелікування та ін. 5. Рациональне протезування (протези, що нормалізують прикус). Диспансерне спостереження: контроль протягом 2–3 років після лікування, кожні 2–3 міс	Купірування больового синдрому, відновлення функції суглоба	1 міс і більше
	Артрит хронічний		1. Клінічні дослідження (огляд, бімануальна пальпація). 2. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі). 3. Ro-дослідження (томограма обох суглобів із відкритим і закритим ротом). Консультації та спеціальні обстеження ревматолога, венеролога, фізіотра	1. При артритах будь-якої етіології необхідно забезпечити спокій у суглобі, обмеження функції нижньої щелепи за допомогою виготовлених ортодонтичних приладів. 2. Антибіотики, сульфаніламід. 3. Протизапальна терапія. 4. Фізіотерапевтичні процедури: сухе тепло, іонофорез медичної жовчі, анестетиків, грязелікування та ін. 5. Рациональне протезування (протези, що нормалізують прикус). 6. Диспансерне спостереження: контроль протягом 2–3 років після лікування, кожні 2–3 міс	Купірування больового синдрому, відновлення функції суглоба	1 міс і більше
27	Остеоартроз склерозивний	K07.6	1. Клінічні дослідження (огляд, бімануальна пальпація). 2. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі). 3. Ro-дослідження (томограма обох суглобів з відкритим і закритим ротом). 4. Консультації та спеціальні обстеження ревматолога, венеролога, фізіотра.	1. Рациональне протезування. 2. Фізіотерапевтичні процедури: електрофорез 10 % розчину калію йодиду, 10 % розчинів лідокаїну або тримекаїну. 3. Внутрішньосуглобові ін'єкції гідрокортизону (по 0,25 мг). Диспансерне спостереження: протягом 1 року після лікування, 2–3 рази на рік	Купірування больового синдрому, відновлення функції суглоба	1–2 міс і більше
	Остеоартроз деформуючий		1. Клінічні дослідження (огляд, бімануальна пальпація). 2. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі). 3. Ro-дослідження (томограма обох суглобів з відкритим і закритим ротом). 4. Консультації та спеціальні обстеження ревматолога, венеролога, фізіотра	1. Рациональне протезування. 2. Фізіотерапевтичні процедури: електрофорез 10 % розчину калію йодиду, 10 % розчинів лідокаїну або тримекаїну. 3. Внутрішньосуглобові ін'єкції гідрокортизону (по 0,25 мг). Диспансерне спостереження: протягом 1 року після лікування, 2–3 рази на рік	Купірування больового синдрому, відновлення функції суглоба	1–2 міс і більше
28	Контрактура рубцева – свіжі рубці (9–12 міс)	K07.6	1. Клінічні дослідження (огляд, бімануальна пальпація). 2. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі). 3. Ro-дослідження	1. Фізіотерапія та механотерапія. 2. Тканева терапія (ін'єкції алое, сироватки Філатова, гіалуронідази). 3. Фізіотерапевтичні процедури (іонофорез лідази, гідрокортизону, а також вакуумтерапія, парафінотерапія, ультразвук, гелій-неоновий лазер).	Нормалізація функції суглоба.	30 і більше

№ пор.	Нозологічна форма	Шифр МКХ-10	Перелік діагностичних обстежень	Обсяг лікувальних заходів	Критерії якості (бажані результати лікування)	Середня тривалість лікування (дні)
				Диспансерне спостереження: протягом 1 року після лікування, 2–3 рази на рік		
	Контрактура рубцева – рубці давністю понад 1 рік		1. Клінічні дослідження (огляд, бімануальна пальпація). 2. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі). 3. Ro-дослідження	1. Хірургічне лікування (з використанням місцевого або загального знеболювання) – вирізування рубцевих тканин і заміщення їх іншою тканиною (шкіра, фасція, підшкірна клітковина). Усі методи пластики. 2. Післяопераційна ЛФК. Диспансерне спостереження: протягом 1 року після лікування, 2–3 рази на рік	Нормалізація функції суглоба	30 і більше
	Контрактура кісткова		1. Клінічні дослідження (огляд, бімануальна пальпація). 2. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі). 3. Ro-дослідження.	1. Хірургічне лікування (з використанням місцевого або загального знеболювання). 2. Механотерапія. Диспансерне спостереження: протягом 1 року після лікування, 2–3 рази на рік	Нормалізація функції суглоба	30 і більше
29	Анкілоз: скостеніння скронево-нижньощелепного суглоба фіброзний (волокнистий)	K07.6	1. Клінічні дослідження (огляд, бімануальна пальпація). 2. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі). 3. Ro-дослідження. 4. Антропометричні дослідження	1. Консервативне лікування – у ранній стадії. 2. Хірургічне лікування (з використанням загального знеболювання) – редресація. 3. Після операції – механотерапія. 4. Внутрішньосуглобові ін'єкції гідрокортизону по 25 мг. Диспансерне спостереження: протягом 1 року після лікування, 2 рази на рік	Нормалізація функції суглоба, відсутність рецидивів	3–4 тиж.
	Анкілоз: скостеніння скронево-нижньощелепного суглоба кістковий		1. Клінічні дослідження (огляд, бімануальна пальпація). 2. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі). 3. Ro-дослідження. 4. Антропометричні дослідження	1. Хірургічне лікування (з використанням загального знеболювання) – створення нового несправжнього суглоба на місці попереднього. 2. Антропопластика – пересадження трупного ортотопічного трансплантата, замороженого і висушеного. 3. Механотерапія. Диспансерне спостереження: протягом 1 року після лікування, 2 рази на рік	Нормалізація функції суглоба, відсутність рецидивів	1–2 міс
30	Вивих нижньої щелепи задній	S03.0	1. Клінічні дослідження (огляд, бімануальна пальпація). 2. Ro-дослідження	1. Хірургічне вправлення. Імобілізація на 2–3 тиж. 2. Підборідна праща. Диспансерне спостереження: контроль через 6 міс після травми	Усунення вивиху, нормалізація функції	2–3 тиж.
31	Вовча паща – природжене незрощення піднебіння: ізольоване часткове (неповне)	Q35.3	1. Клінічні дослідження (ретельне збирання анамнезу, зовнішній огляд). 2. Лабораторні дослідження (загальний аналіз сечі, аналізи крові – загальний та на згортання, визначення групи крові та резус-фактора, біохімічні та імунологічні дослідження крові, аналіз крові на вміст цукру). 3. Довідка про епідоточення. 4. ЕКГ.	1. Уранопластика – у віці 2,5–3 років. 2. Логопедичне навчання. 3. У разі необхідності – ортодонтичне лікування. Диспансерне спостереження: огляди стоматолога, хірурга, ортодонта, логопеда – до досягнення 18 років, двічі на рік	Загоєння рани первинним натягом, відновлення функції	10–14
	зольоване повне	Q35.2	5. Консультації педіатра, отоларинголога, психоневролога та логопеда			

№ пор.	Нозологічна форма	Шифр МКХ-10	Перелік діагностичних обстежень	Обсяг лікувальних заходів	Критерії якості (бажані результати лікування)	Середня тривалість лікування (дні)
32	Заяча губа – природжене незрощення верхньої губи: Одно- і двобічне ізольоване, часткове. Одно- і двобічне ізольоване, повне	Q36	1. Клінічні дослідження (ретельне збирання анамнезу, зовнішній огляд). 2. Лабораторні дослідження (загальний аналіз сечі, аналізи крові – загальний та на згортання, визначення групи крові та резус-фактора). 3. Консультація педіатра	Пластика верхньої губи за Лімбергом–Обуховою у віці 1 міс (з використанням комбінованого знеболювання – загального внутрішньом'язового (кетамін, кеталар, каліпол та ін.) і додатково – місцевого провідникового). Диспансерне спостереження: огляди стоматолога, хірурга, ортодонта, логопеда – до досягнення 18 років, двічі на рік	Загоєння рани первинним натягом, відновлення функції	10–14
33	Природжені комбіновані незрощення верхньої губи	Q37	1. Клінічні дослідження (ретельне збирання анамнезу, зовнішній огляд). 2. Лабораторні дослідження (загальний аналіз сечі, аналізи крові – загальний та на згортання, визначення групи крові та резус-фактора). 3. Консультація педіатра	Пластика верхньої губи (з використанням комбінованого знеболювання – загального внутрішньом'язового (кетамін, кеталар, каліпол та ін.) і додатково – місцевого провідникового): • у 2–3-місячному віці, з одномоментною пластикою коміркового відростка; • у 6-місячному віці одночасно з обох боків або поетапно; • пластика верхньої губи у віці 1 року. Диспансерне спостереження: огляди стоматолога, хірурга, ортодонта, логопеда – до досягнення 18 років, двічі на рік	Загоєння рани первинним натягом, відновлення функції та форми	10–14
	Природжені комбіновані незрощення піднебіння й губи		1. Клінічні дослідження (ретельне збирання анамнезу, зовнішній огляд). 2. Лабораторні дослідження (загальний аналіз сечі, аналізи крові – загальний та на згортання, визначення групи крові та резус-фактора, біохімічні дослідження крові, імунологічні дослідження крові, визначення вмісту цукру). 3. Довідка про епідоточення. 4. ЕКГ. 5. ЕФГ. 6. Консультації педіатра, отоларинголога, психоневролога та логопеда	1. Уранопластика у віці 2,5–3 років. 2. Логопедичне навчання. 3. Ортопедичне лікування – в разі необхідності. Диспансерне спостереження: огляди стоматолога, хірурга, ортодонта, логопеда – до досягнення 18 років, двічі на рік	Загоєння рани первинним натягом, відновлення функції	
34	Верхня макрогнатія	K07.0	1. Клінічні дослідження (ретельне збирання анамнезу, зовнішній огляд). 2. Лабораторні дослідження (загальний аналіз сечі, аналізи крові – загальний та на згортання, визначення групи крові та резус-фактора). 3. Ro-дослідження. 4. Антропометричні дослідження	1. Уранопластика у віці 2,5–3 років. 2. Логопедичне навчання. 3. Ортопедичне лікування – в разі необхідності. Диспансерне спостереження: огляди стоматолога, хірурга, ортодонта, логопеда – до досягнення 18 років, двічі на рік. Хірургічне лікування (з використанням загального знеболювання): операція за Г.І. Семенченком: мобілізація переднього відділу верхньої щелепи (коміркового відростка правої та лівої верхньощелепних кісток) і установлення його в анатомічно правильному положенні, фіксація верхньої щелепи позаротовою конструкцією. Диспансерне спостереження: через 1, 6 та 12 міс після операції	Загоєння рани первинним натягом, відновлення функції та форми	1–2 міс

№ пор.	Нозологічна форма	Шифр МКХ-10	Перелік діагностичних обстежень	Обсяг лікувальних заходів	Критерії якості (бажані результати лікування)	Середня тривалість лікування (дні)
	Верхня мікрогнатія		1. Клінічні дослідження (ретельне збирання анамнезу, зовнішній огляд) 2. Лабораторні дослідження (загальний аналіз сечі, аналізи крові – загальний та на згортання, визначення групи крові та резус-фактора) 3. Ro-дослідження. 4. Антропометричні дослідження	1. Хірургічне лікування (з використанням загального знеболювання): операція за Г.І. Семенченком – висування вперед верхньої щелепи після горизонтальної остеотомії значної її частини. 2. Висування вперед середньої ділянки обличчя за В.М. Безруковим. Диспансерне спостереження: через 1, 6 та 12 міс після операції	Загоєння рани первинним натягом, відновлення функції та форми	1–2 міс
	Нижня макрогнатія		1. Клінічні дослідження (ретельне збирання анамнезу, зовнішній огляд) 2. Лабораторні дослідження (загальний аналіз сечі, аналізи крові – загальний та на згортання, визначення групи крові та резус-фактора). 3. Ro-дослідження. 4. Антропометричні дослідження	1. Хірургічне лікування (з використанням загального знеболювання) – зміщення нижньої щелепи назад. 2. Диспансерне спостереження: через 1, 6 та 12 міс після операції	Загоєння рани первинним натягом, відновлення функції та форми	1–2 міс
	Звуження верхньої щелепи (однобічне, двобічне)		1. Клінічні дослідження (ретельне збирання анамнезу, зовнішній огляд). 2. Лабораторні дослідження (загальний аналіз сечі, аналізи крові – загальний та на згортання, визначення групи крові та резус-фактора). 3. Ro-дослідження. 4. Антропометричні дослідження	1. Хірургічне лікування (з використанням місцевого або загального знеболювання) – стеотомія виличної дуги на боці звуження. 2. Двобічна остеотомія виличних дуг. 3. Ортодонтичне лікування. Диспансерне спостереження: через 1, 6 та 12 міс після операції і далі до досягнення 18 років – 1 раз на рік	Загоєння рани первинним натягом, відновлення функції та форми	10–14
35	Переломи коміркового (альвеолярного) відростка вогнепальні, повні	S02.8	1. Клінічні дослідження (ретельне збирання анамнезу, зовнішній огляд). 2. Ro-графія щелепи – оглядова і локальна	1. Імобілізація відламків за допомогою назубної гладенької шини-скоби (за наявності зубів). 2. У разі недостатньої кількості зубів (менше ніж 2 стійких зубів з країв перелому) фіксацію відламків здійснюють шинами, виготовленими в лабораторії (Вебера, Ванкевича, Юннга–Порта) або закріплюють відламки оперативним шляхом. Диспансерне спостереження: через 6 міс після лікування	Відновлення функції та форми	21–28
	Переломи коміркового (альвеолярного) відростка – невогнепальні, повні		1. Клінічні дослідження (ретельне збирання анамнезу, зовнішній огляд). 2. Ro-графія щелепи – оглядова і локальна	1. Вправлення відламків, за наявності показань – хірургічне оброблення ран м'яких тканин. 2. Фіксація відламків назубною гладенькою дротяною шиною-скобою, шинами, виготовленими в лабораторії, або операційне закріплення відламків. 3. Симптоматична терапія. Диспансерне спостереження: через 6 міс після лікування	Відновлення функції та форми	21–28
36	Переломи нижньої щелепи – вогнепальні	S02.6	1. Клінічні дослідження (опитування, огляд, пальпація). 2. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі). 3. Ro-графія зубів, щелеп та черепа.	1. Хірургічне оброблення рани. 2. Імобілізація нижньої щелепи. 3. Методи оперативного закріплення відламків щелепи: кістковий шов, спиці, стрижні, накісткові пластини, позаротові апарати, склеювання та зварювання. 4. Фіксація відламків шинами. Диспансерне спостереження: через 1 міс після лікування.	Відновлення функції та форми	2–3 тиж 1,5–2 міс

№ пор.	Нозологічна форма	Шифр МКХ-10	Перелік діагностичних обстежень	Обсяг лікувальних заходів	Критерії якості (бажані результати лікування)	Середня тривалість лікування (дні)
				Реоперація – зняття фіксуючого пристосування через 1,5–2 міс. Огляди – протягом 1 року (до повної консолідації відламків)		
37	Переломи нижньої щелепи: невогнепальні, відкриті та закриті	S02.6	1. Клінічні дослідження (опитування, огляд, пальпація). 2. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі). 3. Ro-графія зубів, щелеп та черепа	1. Іммобілізація нижньої щелепи за допомогою: гладенької шини-скоби; шини з розпірковим вигином; шини з похилою площиною; двощелепної шини із зачіпними петлями; стандартної стрічкової шини Васильєва. 2. Хірургічні методи фіксації відламків: кістковий шов; спиці, стрижні; накісткові пластини; позаротові апарати; склеювання, зварювання. Фіксація шинами, що виготовлені лабораторно: шиною Порта з пращоподібною пов'язкою; шиною Вебера з похилою площиною або без неї; шиною Ванкевича; литими та каповими назубними шинами. Диспансерне спостереження: протягом 1 року після лікування (до повної консолідації відламків)	Загоєння первинним натягом, відновлення функції та форми	3–4 тиж 1–2 міс
38	Переломи верхньої щелепи: невогнепальні	S02.4	1. Клінічні дослідження (опитування, огляд, пальпація). 2. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі). 3. Ro-графія зубів, щелеп та черепа	Іммобілізація верхньої щелепи (з використанням місцевого або загального знеболювання): • ортопедичним способом – двощелепними шинами із зачіпними петлями та підборідною пращею або апаратом Збаржа; • хірургічним способом – остеосинтез шляхом накладання кісткового шва або остеосинтез за допомогою спиць, накісткових пластин; • комбінованим способом – способом Адамса або Фідершпиля. Диспансерне спостереження, протягом 1 року після лікування (до повної консолідації відламків)	Загоєння первинним натягом, відновлення функції та форми	У разі лікування ортопедичним способом – 3–4 тиж, хірургічним – 1,5–2 міс, комбінованим – 1–1,5 міс
39	Переломи верхньої щелепи: вогнепальні	S02.4	1. Клінічні дослідження (опитування, огляд, пальпація). 2. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі). 3. Ro-графія зубів, щелеп та черепа	1. Хірургічне оброблення рани. 2. Іммобілізація верхньої щелепи (з використанням місцевого або загального знеболювання): • ортопедичним способом – двощелепними шинами із зачіпними петлями та підборідною пращею або апаратом Збаржа; • хірургічним способом – остеосинтез шляхом накладання кісткового шва або остеосинтез за допомогою спиць, накісткових пластин; • комбінованим способом – способом Адамса або Фідершпиля. Диспансерне спостереження: протягом 1 року після лікування (до повної консолідації відламків)	Загоєння первинним натягом, відновлення функції та форми	У разі лікування ортопедичним способом – 3–4 тиж, хірургічним – 1,5–2 міс, комбінованим – 1–1,5 міс

№ пор.	Нозологічна форма	Шифр МКХ-10	Перелік діагностичних обстежень	Обсяг лікувальних заходів	Критерії якості (бажані результати лікування)	Середня тривалість лікування (дні)
40	Однобічні переломи верхньої щелепи, що супроводжуються рухомістю відламків, з переломом нижньої щелепи без рухомості відламків. Середній ступінь	S02.7	1. Клінічні дослідження (опитування, огляд, пальпація). 2. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі). 3. Ro-графія зубів, щелеп та черепа	1. У разі однобічного перелому верхньої щелепи – двощелепні шини із зачіпними петлями та підборідною пращею. 2. При двобічних переломах – застосування хірургічних та ортопедичних способів (за Адамсом та Фідершпилем). Диспансерне спостереження: рентгенівський контроль через 1 міс після лікування, профілактичні огляди протягом 1 року (до повної консолідації відламків)	Загоєння первинним натягом, відновлення функції та форми	При однобічному переломі – 3-4 тиж, при двобічному – 4-6 тиж
	Двобічні переломи обох щелеп з рухомістю відламків. Важкий ступінь		1. Клінічні дослідження (опитування, огляд, пальпація). 2. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі). 3. Ro-графія зубів, щелеп та черепа	1. Хірургічні методи фіксації: • остеосинтез шляхом накладення кісткових швів; • використання накісткових пластин, апаратів; • склеювання, зварювання. 2. За наявності показань – одномоментна пластика дефекту автокісткою або формалінізованою трупною кісткою, найчастіше – ребром. Диспансерне спостереження: рентгенівський контроль через 1 міс після лікування, профілактичні огляди – через 3 та 6 міс	Загоєння первинним натягом, відновлення функції та форми	1,5-2 міс
41	Переломи носової кістки	S02.2	1. Клінічні дослідження (опитування, огляд, пальпація). 2. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі). 3. Ro-графія носової кістки	1. Зупинення кровотечі – передня або задня тампонада (за Белоком). 2. Вправлення та фіксація носової кістки – ендоназальна, екстраназальна, хірургічне оброблення рани. Диспансерне спостереження: рентгенівський контроль через 1 міс. після лікування, профілактичні огляди – через 3 та 6 міс	Загоєння первинним натягом, відновлення функції та форми	2 тиж
42	Переломи виличної кістки та виличної дуги	S02.4	1. Клінічні дослідження (опитування, огляд, пальпація). 2. Лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі). 3. Ro-графія носової кістки.	1. Вправлення виличної кістки безкровним методом з боку присінка ротової порожнини або внутрішньоротовим способом за Кіном, Дубовим – через розріз по перехідній складці. 2. Вправлення виличної дуги та виличної кістки за допомогою гачка, щипців Люшана. 3. Накладення кісткового шва. 4. Накладення дрової петлі через товщу виличного м'яза за способом Мотеса-Берінга. 5. Вправлення виличної кістки з ревізією верхньощелепної пазухи. 6. Підвішування та витягання виличної кістки за допомогою апарата Вакуленко, Голуба, Карука з фіксацією до «головної шапочки». Диспансерне спостереження: рентгенівський контроль через 1 міс після лікування, профілактичні огляди – через 3 та 6 міс	Загоєння первинним натягом, відновлення функції та форми	2-3 тиж

**Табель оснащення обладнанням одного робочого місця
лікаря-стоматолога (хірургічний)**

№ пор.	Найменування основних засобів виробництва стоматологічних послуг	Термін служби, років	Кількість	Установи II категорії (1)	Установи I категорії (2)	Установи вищої категорії (3)
1	Стоматологічна установка з кріслом пацієнта	6	1	+	+	+
2	Крісло лікаря	6	1	+	+	+
3	Крісло асистента	6	1			+
4	Кварцевий опромінювач	Згідно з тех. паспортом	Згідно з сан.-епідем. нормами	+	+	+
5	Стоматологічні меблі для зберігання інструментарію та матеріалів (комплект)	6	1		+	+
6	Камера для зберігання стерильного інструменту	6	1	+	+	+
7	Столик стоматологічний	6	1	+	+	+

**Табель оснащення допоміжним обладнанням стоматологічного кабінету (відділення)
для забезпечення функціонування робочих місць лікарів-стоматологів (хірургічний)**

№ пор.	Найменування основних засобів виробництва стоматологічних послуг	Термін служби, років	Кількість	Установи II категорії (1)	Установи I категорії (2)	Установи вищої категорії (3)
1	Ортопантомограф	6	1 на установу, при наявності 5 і більше крісел	*	+	+
2	Рентгенівський апарат для контактної рентгенографії	6	1 на відділення, на установу	+	+	+
3	Ультразвуковий очищувач для наконечників	6	1 на відділення, на установу			+
4	Апарат для діатермокоагуляції	4	1		+	+
5	Апарат для електрофорезу	7	1 на установу			+
6	Сухожарова шафа	6	1 на кабінет (при відсутності централізованої)	+	+	+
7	Дистилятор води	Згідно з паспортом	1 на установу			+
8	Автоклав	Згідно з паспортом	1 на установу	+**	+**	+
9	Бокс медичний (при відсутності одноразової упаковки)	6	3 на відділення, на кабінет	+	+	+
10	Ємність для дезінфекції	4	Згідно з сан.-епідем. нормами	+	+	+
11	Захисний фартух для рентгенапарата	6	На кожний рентгенапарат	+***	+***	+
12	Витратні матеріали та інструментарій		Згідно з нормами витрат	+	+	+
13	Аптечка невідкладної допомоги	Згідно з термінами придатності	1 на кабінет	+	+	+
14	Апарат для вимірювання кров'яного тиску	4	1	+	+	+
15	Набір інструментів для проведення трахеотомії	7	1 на установу		+	+
16	Набір інструментів для інтубації трахеї	7	1 на установу			+
17	Меблі для персоналу	6	Згідно з технічним паспортом	+	+	+
18	Меблі для пацієнтів (стілець, крісла)	Згідно з паспортом	Залежно від кількості відвідувань	+	+	+

Примітки:

- (1) Установи II категорії – стоматологічні кабінети державної та недержавної форми власності.
- (2) Установи I категорії – стоматологічні відділення соматичних поліклінік, районні поліклініки, центри стоматології та інші заклади державної та недержавної форми власності (мають відділення чи кабінети спеціалізованого прийому: хірургічного, терапевтичного, ортопедичного, ортодонтичного, дитячого).
- (3) Установи вищої категорії – науково-дослідні інститути, стоматологічні поліклініки, центри – міський, обласні, галузеві, наприклад, на водному, залізничному транспорті, базові центри стоматологічних факультетів та стоматологічні заклади недержавної форми власності (мають відділення спеціалізованого прийому: хірургічного, терапевтичного, парадонтологічного, ортопедичного, ортодонтичного, дитячого та здійснюють комп'ютеризацію лікувально-діагностичної та керівної діяльності).

* при відсутності в установах II категорії має бути договір з іншим медичним закладом на проведення ортопантомографічних досліджень.

** при відсутності в установах II, I категорії має бути договір на автоклавування з медичним закладом, де є автоклав.

*** при наявності рентгенапарата.

Термін служби основних засобів має зазначатись в паспорті чи в іншому документі, що додається до них. В разі їх відсутності застосовуються терміни служби, передбачені даним Наказом.

Навчальне видання

Григоров Сергій Миколайович
Рекова Ліляна Петрівна

**Алгоритм заповнення обліково-медичної документації
амбулаторного (стаціонарного) пацієнта
в клініці хірургічної стоматології**

***Навчальний посібник для студентів
вищих медичних навчальних закладів
III–IV рівнів акредитації***

Відповідальний за випуск

С. М. Григоров



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

Формат А5. Ум. друк. арк. 16,5. Зам. № 21-34200.

**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.