
ԳԼՈՒԽ IV. ՀԻՎԱՆԴԻ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒՄԸ

Հիվանդի հետազոտումը թույլ է տալիս հայտնաբերել հիվանդության նշանները, որը իր հերթին թույլ է տալիս՝

- հայտնաբերելու առանձին օրգաններում, ծամողական-խոսակցական ապարատում և ընդհանուր օրգանիզմում կատարվող անատոմիական և ֆունկցիոնալ փոփոխությունները,
- գտնելու այդ փոփոխությունների պատճառը (էթիոլոգիան),
- ճշտելու տվյալ ախտաբանական պրոցեսի տեղակայումը և յուրահատկությունը,
- գնահատելու ընդհանուր օրգանիզմի վիճակը և նրա ռեակցիան տվյալ ախտաբանական գործոնի նկատմամբ:

4.1. Հիվանդությունների միջազգային դասակարգումը

Ըստ հիվանդությունների միջազգային դասակարգման՝ բոլոր հիվանդությունները, պայմանավորված առաջացման պատճառով և համակարգային պատկանելությամբ, բաժանվում են 17 դասի: Հիվանդությունների մեծ մասը, որին առնչվում է վիրաբույժ-ստոմատոլոգը և դիմաձնոտային վիրաբույժը, բաժանվում է 5 դասի՝

- 1-ին դաս՝ ինֆեկցիոն և պարազիտային հիվանդություններ,
- 8-րդ դաս՝ մարսողական օրգանների հիվանդություններ,
- 12-րդ դաս՝ ոսկրերի և շարժողական օրգանների հիվանդություններ,
- 13-րդ դաս՝ բնածին զարգացման արատներ,
- 17-րդ դաս՝ դժբախտ պատահարներ, թունավորումներ և վնասվածքներ:

Եվս մի շարք հիվանդություններ առանձին խումբ են կազմում ստոմատոլոգիական հիվանդությունների շարքում: Դրանցից են՝

- 5-րդ դաս՝ նյարդային համակարգի և զգայական օրգանների հիվանդություններ,
- 11-րդ դաս՝ մաշկի և ենթամաշկային ճարպաբջջանքի հիվանդություններ,
- 15-րդ դաս՝ ծերություն:

4.2. Հիմնական սինդրոմները (համախտանիշները), որոնք հանդիպում են վիրաբուժական ստոմատոլոգիայի բնագավառում

Բոլոր այս հիվանդությունները բաժանվում են 4 խմբի՝

- 1-ին խումբ՝ բորբոքային հիվանդություններ,
- 2-րդ խումբ՝ փափուկ հյուսվածքների, ոսկրերի և առամների վնասվածքներ,
- 3-րդ խումբ՝ դեմքի և ծնոտների նյարդերի, քունք-ստործնոտային հոդի հիվանդություններ և ախտահարումներ,

- 4-րդ խումբ՝ ուռուցքներ և ուռուցքանման հիվանդություններ,
- 5-րդ խումբ՝ բնածին և ձեռքբերովի դեֆեկտներ (արատներ):

Այս խմբերից ամեն մեկն ունի սիմպտոմների (ախտանիշների) համակցում, որոնց ստորաբաժանումը ըստ ինֆորմացիայի նշանակության թույլ է տալիս առանձնացնել սինդրոմների (համախտանիշների) շարք, որոնք համախմբված են մեկ պաթոգենեզով (ախտածնությամբ)՝

- սուր բորբոքման սինդրոմ (համախտանիշ),
- քրոնիկական բորբոքման սինդրոմ (համախտանիշ),
- դիմային գանգի ոսկրերի սուր վնասման սինդրոմ (համախտանիշ),
- դիմածնոտային շրջանի փափուկ հյուսվածքների սուր վնասման սինդրոմ (համախտանիշ),
- չարորակ ուռուցքի աճի սինդրոմ (համախտանիշ),
- բարորակ ուռուցքի աճի սինդրոմ (համախտանիշ),
- բնածին դեֆեկտների (արատների) ու դեֆորմացիաների (կոդմնածոմների) սինդրոմ (համախտանիշ),
- դիմածնոտային շրջանի ձեռքբերովի դեֆեկտներ (արատներ) ու դեֆորմացիաներ (կոդմնածոմներ),
- մասնակի կամ լրիվ անատամության սինդրոմ (համախտանիշ),
- քունքստործնոտային հոդի սինդրոմ (համախտանիշ):

Սուր բորբոքման սինդրոմ (համախտանիշ): Այս սինդրոմին բնորոշ է հետևյալ սիմպտոմների (ախտանիշների) ամբողջականությունը.

1. Ինտենսիվ, ինքնածին, հաճախ պուլսացիոն ցավեր և ցավ բորբոքային գոտու հյուսվածքների պալպացիայից (շոշափումից) ու պերկուսիայից (մատնաբախումից) (dolor):
2. Բորբոքային գոտում հյուսվածքների ինֆիլտրացիա (ներսփռանք) և այտուց (tumor):
3. Բորբոքման օջախի շրջանում գտնվող մաշկի և լորձաթաղանթի հիպերեմիա (գերարյունություն) (rubor) ու հյուսվածքների տեղային ջերմաստիճանի բարձրացում (color):
4. Խոսքի, շնչառության, կլման ֆունկցիաների խանգարում, երբ պրոցեսը տեղակայվում է բերանի խոռոչի հատակի, լեզվի բերանըմպանային, փափուկ քիմքի շրջաններում (functio lease):
5. Օրգանիզմի ընդհանուր ռեակցիա՝ տենդ, տախիկարդիա (հաճախասարտություն), լեյկոցիտոզ:

Քրոնիկական բորբոքման սինդրոմ (համախտանիշ): Այս սինդրոմին (համախտանիշին) բնորոշ է հետևյալ սիմպտոմների (ախտանիշների) ամբողջականությունը.

1. Հիվանդության տևողությունը 2 ամսից ավելի է:

2. Բորբոքման սրացման շրջանին հաջորդում է պրոցեսի ռեմիսիայի (ախտադադարի) շրջանը:
3. Խուղակի ձևավորումը, որից արտադրվում է թարախային էքսուդատ (բորբոքահեղուկ), որից հետո բորբոքային երևույթները թուլանում են:
4. Ոսկրային սեկվեստրների հեռացում խուղակի միջոցով:
5. Ռեմիսիայի (ախտադադարի) շրջանում հիվանդի ընդհանուր վիճակը բավարար է, ջերմաստիճանը նորմայի սահմաններում է: Հնարավոր է լեյկոպենիա, լիմֆոպենիա (սակավավիշտություն):

Դիմային գանգի ոսկրերի սուր վնասման սինդրոմ (համախտանիշ): Այս սինդրոմին (համախտանիշին) բնորոշ է հետևյալ սիմպտոմների (ախտանիշների) ամբողջականությունը.

1. Վնասման և գանգատների առաջացման համընկնումը:
2. Անուղղակի ճնշման սիմպտոմը (ախտանիշը) դրական է. ծնոտին սեղմելիս առաջանում է ցավ տվյալ վնասման գոտում, որն առաջացել է անուղղակի ազդակի ազդեցությամբ:
3. Ախտաբանական շարժունակության սիմպտոմի (ախտանիշի) առկայությունը:
4. Դիմային գանգի ոսկրերի դեֆորմացիա (կոդմնաձուռում), հաճախ առաջանում է օկյուզիայի (կծվածքի) խանգարում:
5. Ռենտգեն հետազոտության ժամանակ հայտնաբերվում է ոսկրի ամբողջականության խախտում:

Դիմաձնոտային շրջանի փափուկ հյուսվածքների սուր վնասման սինդրոմ (համախտանիշ): Այս սինդրոմին (համախտանիշին) բնորոշ է հետևյալ սիմպտոմների (ախտանիշների) ամբողջականությունը.

1. Վնասման և գանգատների առաջացման համընկնում:
2. Բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի, դեմքի և պարանոցի մաշկի ամբողջականության խախտում, արյունահոսության կամ հեմատոմայի (արյան կուտակման) առաջացում վնասման տեղում:
3. Անուղղակի ճնշման սիմպտոմը (ախտանիշը) բացասական է:
4. Դեմքի ոսկրերի դեֆորմացիայի (կոդմնաձուռման) և օկյուզիայի (կծվածքի) խանգարման բացակայություն:

Չարորակ ուռուցքի աճի սինդրոմ (համախտանիշ): Այս սինդրոմին (համախտանիշին) բնորոշ է հետևյալ սիմպտոմների (ախտանիշների) ամբողջականությունը.

1. Խոցի կամ էկզոֆիտ գոյացության առկայություն, որը կպած է ստորադիր հյուսվածքներին և ունի արագ աճ:
2. Մշտական բնույթի ցավ, որը աստիճանաբար ուժեղանում է՝ չդադարելով նույնիսկ գիշերային ժամերին:

3. Առաջին սիմպոտումների (ախտանիշների) ի հայտ գալուց մինչև բժիշկին դիմելը կազմում է միջինում 2-2,5 ամիս:
4. Առաջացած խոցի և էկզոֆիտ գոյացության արյունահոսություն:
5. Ռեգիոնար ավշային հանգույցների մեծացում, որոնք սկզբնական շրջանում ունեն շրջանաձև տեսք, խիտ կոնսիստենցիա, շարժունակ են, ցավը բացակայում է կամ առկա է թեթև ցավ պալպացիայից (շոշափումից):
6. Հիվանդի ընդհանուր վիճակի վատթարացում, թուլացում՝ սննդակարգի խանգարման և ինտոքսիկացիայի (թունավորման) հետևանքով:

Բարորակ ուռուցքի աճի սինդրոմ (համախտանիշ): Այս սինդրոմին (համախտանիշին) բնորոշ է հետևյալ սիմպոտումների (ախտանիշների) ամբողջականությունը.

1. Դանդաղ աճ, որը կարող է արտահայտվել ծնոտի դեֆորմացիայի (կողմնածռման) տեսքով, նորագոյացության առաջացում շուրջծնոտային հյուսվածքներում էլաստիկ կոնսիստենցիայի տեսքով:
2. Նորագոյացությունն ունի հստակ սահմաններ:
3. Ինքնաձին և պալպացիայից (շոշափումից) ցավերը բացակայում են:
4. Ռեգիոնար ավշային հանգույցները այտուցված չեն:
5. Հիվանդի ընդհանուր վիճակը բավարար է:

Բնածին դեֆեկտների (արատների) ու դեֆորմացիաների (կողմնածռումների) սինդրոմ (համախտանիշ): Այս սինդրոմին (համախտանիշին) բնորոշ է հետևյալ սիմպոտումների (ախտանիշների) ամբողջականությունը.

1. Երեխայի ծնվելու պահին կամ կյանքի առաջին ամիսներին դիմային շրջանում դեֆեկտների (արատների) և դեֆորմացիաների (կողմնածռումների) առկայությունը:
2. Այն դեֆեկտների (արատների) և դեֆորմացիաների (կողմնածռումների) առկայությունը, որոնց բնորոշ է բնածին ախտաբանությունը՝ վերին շրթունքի, ավվեղյար ելունի, քիմքի ճեղքվածքներ, ականջախեցու թերզարգացումը կամ բացակայությունը:
3. Դիմային շրջանի բարդ դեֆեկտներ (արատներ) և դեֆորմացիաներ (կողմնածռումներ), որոնք համակցվում են ուրիշ օրգան-համակարգերի արատներին:

Դիմածնոտային շրջանի ձեռքերովի դեֆեկտներ (արատներ) ու դեֆորմացիաներ (կողմնածռումներ): Այս սինդրոմին (համախտանիշին) բնորոշ է հետևյալ սիմպոտումների (ախտանիշների) ամբողջականությունը.

1. Այն դեֆեկտների (արատների) և դեֆորմացիաների (կողմնածռումների) առկայությունը, որոնց բնորոշ է բնածին ախտաբանությունը՝ դիմային գանգի ոսկրերի, փափուկ հյուսվածքների մեկուսացված և բազմակի դեֆեկտներ, ստորին ծնոտի ասիմետրիա՝ վերին ծնոտի երկրորդային դեֆորմացիայով:

2. Անամնեզում հիվանդը նշում է, որ մանկական հասակում չի հիվանդացել թարախային օտիտով (ականջաբորբով), ստորին ծնոտի օստեոմիելիտ (ոսկրածուծաբորբ) կամ վնասվածք չի ունեցել, որոնք կնպաստեն տվյալ դեֆեկտի (արատի) առաջացմանը:

Մասնակի կամ լրիվ անատամության սինդրոմ (համախտանիշ): Այս սինդրոմին (համախտանիշին) բնորոշ է հետևյալ սիմպտոմների (ախտանիշների) ամբողջականությունը.

1. Ատամների մասնակի կամ լրիվ բացակայություն:
2. Խոսքի և ծամողական ֆունկցիայի խանգարում:
3. Էսթետիկ դեֆեկտի (արատի) առկայությունը, որը նպաստում է դեմքի դեֆորմացիային (կողմնածռումներին):
4. Ատամնային պրոթեզների վատ ֆիքսացիա:

Քունքստործնոտային հոդի սինդրոմ (համախտանիշ): Այս սինդրոմին (համախտանիշին) բնորոշ է հետևյալ սիմպտոմների (ախտանիշների) ամբողջականությունը.

1. Քունքստործնոտային հոդի շրջանում լսվում է ճռճոց կամ կտտոց բերանը բացելու ժամանակ:
2. Ցավ քունքստործնոտային հոդի շրջանում բերանը բացելու ժամանակ:
3. Բերանը բացելու սահմանափակում:

4.3. Վիրաբուժական ստոմատոլոգիայի ոլորտի հիվանդներին հետազոտելու մեթոդները

Հետազոտման մեթոդներն ընդունված է բաժանել 2 խմբի.

1. **Հետազոտման կլինիկական մեթոդի** միջոցով տեղեկություն է ստացվում տվյալ հիվանդության մասին հիվանդին քննելով, զննելով, կատարելով պալպացիա (շոշափում), պերկուսիա (մատնաբախում), որի համար օգտագործվում են հետևյալ գործիքները՝ շպատել, ստոմատոլոգիական հայելի, ստոմատոլոգիական ունելի, զոնդ, խոշորացույց, վայրկյանաչափ, ծայրամասային արյան ճնշումը չափելու համար սարք:
2. **Հետազոտման գործիքա-լաբորատոր մեթոդները** կատարվում են հատուկ սարքերի միջոցով, որոնցից կարող են օգտվել հատուկ որակավորում ստացած մասնագետները:

Հետազոտման կլինիկական մեթոդներն են.

1. Հիվանդի քննումը, որի միջոցով պարզաբանվում են հիվանդի գանգատները, հիվանդության պատմությունը (anamnes morbi) և հիվանդի կյանքի պատմությունը (anamnes vitae), որն ընդգրկում է նաև հիվանդի կրած հիվանդությունները, վնասվածքները կյանքի ընթացքում:
2. Հիվանդի արտաքին զննումը և բերանի խոռոչի զննումը:
3. Տվյալ գոտու և շրջակա ավշային հանգույցների պալպացիան (շոշափումը):
4. Ատամների, թոքերի, սրտի պերկուսիա (մատնաբախում):

5. Թոքերի, սրտի, քունքստորձնոտային հոդի աուսկուլտացիա:
6. Ծայրամասային անոթագարկի գնահատում:
7. Ծայրամասային զարկերակային ճնշման ստուգում:
8. Մաշկային ծածկույթների թերմոմետրիա (ջերմաչափում):

Հետազոտման գործիքա-լաբորատոր մեթոդները

1. Ճառագայթային ախտորոշման մեթոդներ՝ ռենտգենագրություն, սիալոգրաֆիա, ֆիստուլոգրաֆիա, համակարգչային շերտագրություն, մագնիսառեզոնանսային շերտագրություն, ուլտրաձայնային հետազոտություն,
 2. ստետոսկոպիա,
 3. էլեկտրաօդոնոտոմետրիա,
 4. անթրոպոմետրիա,
 5. ծնոտների մոդելների հետազոտում,
 6. հեմատոլոգիական, կենսաքիմիական հետազոտություններ,
 7. մանրէաբանական, վիրուսաբանական, իմունաբանական հետազոտություններ,
 8. ցիտոլոգիական (բջջաբանական), պաթոհիստոլոգիական հետազոտություններ,
 9. էլեկտրակարդիոգրաֆիա (էլեկտրասրտագրություն),
 10. մաստիկացոգրաֆիա, ծամոդական ֆունկցիոնալ փորձեր Ի.Ս. Ռուբինովի եղանակով,
 11. էլեկտրամիոգրաֆիա (էլեկտրամկանաբանություն),
 12. ռեզիոնար արյունամատակարարման հետազոտության ֆունկցիոնալ մեթոդներ (ռեոգրաֆիա, պոլյարոգրաֆիա, դոպլերոգրաֆիա, թերմովիզոգրաֆիա):
- Հետազոտման գործիքա-լաբորատոր մեթոդներն իրենց հերթին բաժանվում են ընդհանուր կլինիկականի, որը կիրառվում է հիվանդի ընդհանուր վիճակը գնահատելու համար, և հատուկ մեթոդների, որոնք կիրառվում են միայն ստոմատոլոգիայում և դիմաձնոտային վիրաբուժության մեջ: Դրանցից են՝
1. ատամների ներբերանային ռենտգենագրությունը,
 2. ծնոտների արտաբերանային ռենտգենագրությունը, այս երկուսն էլ իրականացվում են տարբեր պրոյեկցիաներով,
 3. օրթոպանտոմոգրաֆիան,
 4. գլխի տելեռենտգենոգրաֆիան,
 5. սիալոգրաֆիան,
 6. համակարգչային շերտագրությունը,
 7. էլեկտրաօդոնոտոմետրիան,
 8. մաստիկացոգրաֆիան,
 9. ծամոդական ֆունկցիոնալ փորձերը:

Բոլոր հետազոտությունները պետք է գրառվեն տվյալ հիվանդի հիվանդության պատմության մեջ:

Հիվանդության պատմություն (հիվանդի ամբուլատոր քարտ)

Հիվանդության պատմությունը բժշկա-իրավաբանական փաստաթուղթ է, որը կազմված է հետևյալ մասերից՝

1. հիվանդի անձնագրային տվյալներից,
2. հիվանդի գանգատներից,
3. Anamnes morbi-ին հիվանդության պատմությունն է, որում պետք է նշված լինեն հետևյալ կետերը՝ ե՞րբ և ի՞նչ պայմաններում է ի հայտ եկել հիվանդությունը, ինչն՞վ է բացատրում հիվանդը հիվանդության ի հայտ գալը, ինչպիսի՞ բուժական միջոցառումներ են իրականացվել:
4. Anamnes vitae-ն կյանքի պատմությունն է, որում ներառվում են հետևյալ կետերը.
 - Արդյոք հիվանդը տարե՞լ է սուր ինֆեկցիոն հիվանդություններ կամ այլ վիրահատություն կյանքի ընթացքում:
 - Արդյոք հիվանդը ու՞նի ալերգիա տեղային անզգայացնող լուծույթներից:
5. Status praesens-ը հիվանդի հետազոտման տվյալներն են ընդունվելու պահին: Գնահատվում է ընդհանուր վիճակը:
6. Status localis-ը համապատասխան շրջանի և շրջակա ավշային հանգույցների զննումն է՝ պալպացիա (շոշափում), պերկուսիա (մատնաբախում), զոնդավորում, ինչպես նաև գործիքա-լաբորատորային հետազոտումը:
7. Ախտորոշումը կատարվում է նախապես հայտնի կլինիկոլաբորատոր հետազոտությունների հիման վրա:
8. Հիմնավորված բուժման պլան:
9. Հիվանդի համաձայնությունը վիրահատությանը: Վիրահատությունից առաջ բժիշկը հիվանդին տեղեկացնում է կատարվող միջամտության մասին, ինչպես նաև դրա ընթացքում և հետվիրահատական շրջանում հնարավոր բարդությունների մասին, որից հետո, եթե հիվանդը համաձայն է վիրահատությանը, ապա այդ մասին գրվում է հիվանդության պատմության մեջ, ու հիվանդը ստորագրում է:
10. Վիրահատության նկարագրումը հիվանդության պատմության մեջ:
11. Հիվանդի դեղորայքային բուժման դեղանյութերի նշանակումը և խորհուրդները:
12. Հետվիրահատական շրջանը հետևելու նպատակով կազմվում է օրագիր:
13. Էպիկրիզ, որն ընդգրկում է հիվանդության ախտորոշումը, կատարված հետազոտությունները և բուժումը, ինչպես նաև բուժման արդյունքները:

Հիվանդության պատմությունը լրացնելիս բժիշկը պետք է հիշի, որ այն կարող են կարդալ իր գործընկերները, ինչպես նաև դատական ոլորտի աշխատողները: Այդ պատճառով այն պետք է լրացնել ուշադրությամբ, գրագետ հետևելով լրացման բոլոր կանոններին:

Հիվանդի հետազոտումը: Հիվանդին հետազոտելիս անհրաժեշտ է առաջին հերթին ծանոթանալ հիվանդի հետ: Կարևոր հանգամանք է հիվանդի կրթվածության աստիճանը պարզաբանելը, որը թույլ է տալիս բժշկին ընտրելու հասկանալի տերմիններ՝ հիվանդին բացատրելու իր խնդրի մասին:

Հիվանդի հետ կայուն հոգեբանական կապ ստեղծելու նպատակով կարելի է փոփոխել ավանդական հետազոտման փուլերը՝ առաջին հերթին ստուգելով հիվանդի անոթագարկը: Այն օգնում է բժշկին տեղյակ լինելու հիվանդի հոգեվիճակի, հիվանդի սիրտ-անոթային վիճակի մասին, ինչպես նաև հիվանդը կարող է լավ տրամադրվել բժշկի հանդեպ:

Գանգատները: Վիրաբուժական ստոմատոլոգիական կամ դիմաձնոտային վիրաբուժության ոլորտի հիվանդների գանգատները կարելի է բաժանել հետևյալ խմբերի՝ նոցիցեպտիվ կամ սենսոր (զգայական), ֆունկցիոնալ, էսթետիկ, անհանգստացնող:

Մենսոր (զգայական) տեսակի գանգատներից են.

1. Ինտենսիվ ցավերը, որոնք բնորոշ են սուր բորբոքմանը, սուր վնասվածքին, ինչպես նաև սուր նոպայաձև ցավերին, որոնք բնորոշ են եռորյակ նյարդի ներալգիային:
2. Չափավոր ինտենսիվության ցավ, որը բնորոշ է չարորակ ուռուցքային աճի սինդրոմին (համախտանիշին):
3. Թմրածություն, պարէսթեզիա. բնորոշ են եռորյակ նյարդի ներիտներին (նյարդաբորբ), որոնք առաջանում են վնասվածքից, բորբոքային հիվանդություններից, չարորակ ուռուցքներից:

Ֆունկցիոնալ բնույթի գանգատներից են.

1. Բերանը բացելու սահմանափակումը, ծամողական ֆունկցիայի խանգարում, կլման և շնչառության խանգարումը, որոնք զարգանում են կարճ ժամանակահատվածում (1-3 օր): Այն բնորոշ է սուր բորբոքման սինդրոմին (համախտանիշին):
2. Բերանը բացելու սահմանափակումը, ծամողական ֆունկցիայի խանգարումը, կլման և շնչառության խանգարումը, որոնք զարգանում են երկարատև ժամանակահատվածում (2-3 ամիս): Այն բնորոշ է չարորակ ուռուցքի զարգացման սինդրոմին,
3. Վաղուց առաջացած և դանդաղ աճող ծամողական ու խոսակցական ֆունկցիայի խանգարումը, որը բնորոշ է մասնակի կամ լրիվ անատամության սինդրոմին:

Էսթետիկ բնույթի գանգատները բնորոշ են բնածին դեֆեկտների (արատների) և դեֆորմացիաների (կողմնածոումների) սինդրոմին (համախտանիշին), ինչպես նաև մասնակի կամ լրիվ անատամության (ադենտիայի) սինդրոմին (համախտանիշին):

Անհանգստացնող բնույթի գանգատներ: Այս տիպի գանգատների էությունն այն է, որ հիվանդն անհանգստանում է առկա նորագոյացությունից կամ քրոնիկական պրոցեսից, որը կարող է վերածվել չարորակ պրոցեսի: Հիվանդին առաջարկելով պատմել իր գանգատների մասին՝ բժիշկը նախնական պատկերացում է ունենում տվյալ պրոցեսի մասին: Այդ պատկերացումը հստակվում է հետևյալ հարցերով.

1. Ցավը մշտակա՞ն բնույթ է կրում, թե՞ ոչ, հիվանդին անհանգստացնում է գիշե՞րը, թե՞ ոչ:
2. Արդյոք հիվանդն ընդունու՞մ է ցավազրկողներ, և եթե ընդունում է, ապա ինչպիսի՞ ցավազրկողներ է ընդունում, ի՞նչ հաճախականությամբ ու ի՞նչ դեղաչափով:
3. Ծամոդական ֆունկցիայի խանգարում կա՞, թե՞ ոչ,
4. Որտե՞ղ է առաջանում ցավը և դեպի ու՞ր է ճառագայթում:
5. Ցավի առաջացումը կապվա՞ծ է սնունդ ընդունելով:

Anamnes morbi: Բժիշկը հիվանդին առաջարկում է պատմել տվյալ պրոցեսի առաջացման մեխանիզմը, ժամանակը, ինչի՞ հետ է կապված այն, բուժական միջոցառում արդյոք կատարվե՞լ է տվյալ պրոբլեմի հետ կապված: Հիվանդին ուշադիր լսելուց հետո բժիշկը, ունենալով որոշակի պատկերացում, տալիս է համապատասխան հարցեր:

Սուր բորբոքային սինդրոմի (համախտանիշի) դեպքում տրվող հարցեր.

1. Արդյոք հիվանդն ընդունե՞լ է հակաբիոտիկ տվյալ հիվանդության հետ կապված, եթե այո, ապա ինչպիսի՞, ի՞նչ դեղաչափով և ի՞նչ ժամկետով:
2. Արդյոք հիվանդն ընդունե՞լ է ջերմիջեցնող, եթե այո, ապա ինչպիսի՞, ի՞նչ դեղաչափով և ի՞նչ ժամկետով:

Սուր վնասվածքի սինդրոմի (համախտանիշի) դեպքում տրվող հարցեր.

1. Ե՞րբ, որտե՞ղ և ի՞նչ պայմաններում է ստացել վնասվածքը:
2. Արդյոք եղե՞լ է գիտակցության կորուստ, փսխում:
3. Կա՞ն արդյոք մարմնամասերի այլ վնասվածքներ, բացի գլխից:
4. Արդյոք հիվանդը վնասվածք ստանալուց առաջ ընդունե՞լ է ալկոհոլ:
5. Արդյոք հիվանդին ցուցաբերվե՞լ է բժշկական օգնություն, թե՞ ոչ, եթե այո, ապա որտե՞ղ, ու՞մ կողմից և ինչպե՞ս:

Չարորակ ուռուցքային աճի սինդրոմի (համախտանիշի) ժամանակ տրվող հարցեր.

1. Կիրառվե՞լ է արդյոք բուժում ավանդական բժշկական մեթոդներով, թե՞ ոչ:
2. Ցուցաբերվե՞լ է արդյոք բժշկական օգնություն, եթե այո, ապա ե՞րբ, որտե՞ղ և ինչպե՞ս:
3. Փոխվե՞լ է արդյոք հիվանդի քաշը հիվանդության ընթացքում, եթե այո, ապա որքա՞ն:

Բարորակ ուռուցքային աճի սինդրոմի (համախտանիշի) ժամանակ տրվող հարցեր.

1. Արդյոք նորագոյացությունը ենթարկվե՞լ է մեխանիկական վնասվածքի, թե՞ ոչ:
2. Ինչպե՞ս է փոխվել նորագոյացության գույնը՝ սկզբնականի հետ համեմատած:
3. Հիվանդն ունի՞ արդյոք որևէ տհաճ զգացողություն նորագոյացության շրջանում, թե՞ ոչ:

Քուրս-ստործնտտային հոդի սինդրոմի (համախտանիշի) ժամանակ տրվող հարցեր.

1. Հոդում խրթոց կամ կտտոց առաջանալուն նախորդե՞լ է արդյոք միանվագ վնասվածք, թե՞ ոչ:
2. Եղե՞լ է արդյոք ստորին ծնոտի հոդախախտ, թե՞ ոչ, եթե այո, ապա քանի՞ անգամ և ինչպե՞ս է կատարվել ռեպոզիցիան:
3. Օգտագործու՞մ է հիվանդը ատամի պրոթեզներ, թե՞ ոչ, եթե այո, ապա ե՞րբ է առաջացել խրթոցը՝ պրոթեզավորումից առա՞ջ, թե՞ հետո:

Anamnes vitae

I Էպիդեմիոլոգիական անամնեզ: Հիվանդի էպիդեմիոլոգիական անամնեզը հավաքվում է հատուկ մշակված հարցերի միջոցով՝ որևէ բացթողումից խուսափելու համար: Էպիդեմիոլոգիական անամնեզը հավաքելու պլան (թվարկվածներից ո՞ր պաթոլոգիաներով է հիվանդացել հիվանդը)՝

1. ՁԻԱՀ,
2. ինֆեկցիոն հեպատիտ (յարդաբորբ),
3. մալարիա,
4. թոքերի տուբերկուլյոզ,
5. մաշկավեներական հիվանդություններ,
6. վերջին երկու ամիսների ընթացքում կոնտակտ ինֆեկցիոն հիվանդություններ,
7. հեմոտրանսֆուզիա,
8. ներերակային, միջմկանային ներարկումներ (ո՞ր բժշկական հաստատությունում),
9. դիսպեպտիկ խանգարումներ:

II հիվանդություններ, որոնք հիվանդն ունեցել է անցյալում, որոնց առիթով ներկայումս բուժվում է: Այս հետազոտության նպատակն է հայտնաբերել առկա հիվանդությունները, պարզաբանել ախտաբանական և ֆիզիոլոգիական վիճակները, որոնք կարող էին նպաստել տվյալ հիվանդության առաջացմանը կամ դժվարացնել բուժումը:

Տիզիտոգրիական և ախտաբանական վիճակներ, որոնք կարող են բարդացնել բուժումը և նպաստել դիմաձնոտային շրջանի հետվիրահատական միջամտությունների բարդությունների առաջացմանը`

1. հղիություն,
2. լակտացիայի շրջան,
3. վաղ մանկական հասակ,
4. ծերունական հասակ,
5. պոլիալերգիա կամ գերզգայունություն որոշ դեղամիջոցների հանդեպ (հակաբիոտիկներ, հակասեպտիկներ):

III – կենցաղային, մասնագիտական և սոցիալական վնասակար գործոնների հայտնաբերում, որոնք նպաստում կամ բացասաբար են ազդում հիվանդության ընթացքի և հետվիրահատական շրջանի վրա`

1. ծխելը,
2. ակոնհոլ օգտագործելը,
3. ոչ ռացիոնալ սնունդը,
4. թմրանյութեր օգտագործելը,
5. սոցիալական կարգավիճակի կորուստը,
6. ներթափանցող ռադիացիայի ազդեցությունը,
7. պրոֆեսիոնալ վնասակար գործոնների ազդեցությունը:

Status praesens

Արտաքին գնումը ներառում է`

1. հիվանդի դիրքի գնահատում (թոքային պաթոլոգիայի, բերանի հատակի, լեզվի բորբոքային պրոցեսի հետևանքով վերին շնչուղիների լուսանցքի նեղացման դեպքում հիվանդի դիրքը հարկադրական է` թեքված դեպի առաջ, ձեռքերով հենված աթոռի եզրերին),
2. գլխի, պարանոցի և վերին վերջույթների տեսանելի մաշկային ծածկույթների գնահատումը`
 - հիպերեմիա կամ գունատություն, չորություն կամ խոնավություն,
 - սիրտ-անոթային անբավարարության դեպքում ցիանոզ (կապտախտ),
 - իմունադեֆիցիտային վիճակների դեպքում բազմաթիվ թարախային օջախների առկայություն,
 - սիֆիլիտիկ ցանավորում,
 - ուրտիկար ցան ալերգիկ ռեակցիաների դեպքում,
 - էկզոֆիտային զոյացություններ, խոցեր մաշկի ուռուցքների ժամանակ,
 - պիզմենտային բծեր մելանոմայի դեպքում:

Դեմքի գնումը

Դեմքը գննելիս պետք է ուշադրություն դարձնել`

1. դեմքի վերին, միջին և ստորին չափերի սիմետրիկությանը և համապատասխանությանը, դեմքի ասիմետրիա նկատվում է բնածին արատների, վնասվածքների և ինֆեկցիոն բորբոքային հիվանդությունների դեպքում,
2. փափուկ հյուսվածքների դեֆեկտների (արատների) և դեֆորմացիաների (կողմնածռումների) առկայությանը՝ սպիներին, չվերականգնվող վերքերին,
3. միմիկայի մկանների ֆունկցիոնալ վիճակին,
4. քթային շնչառության վիճակին:

Օջախային հիվանդություններ, որոնք ընթացքին դիմաձևտեսային շրջանում կարող են վատ անդրադառնալ վիրահատական միջամտությունները:	Հիվանդություններ, որոնք ուղեկցվում են երկրորդային իմունոդեֆիցիտով, որը կարող է նպաստել հետվիրահատական բարդությունների առաջացմանը:	Ներքին օրգանների հիվանդություններ, որոնք կարող են առաջացնել կրիտիկական վիճակներ, որոնք պահանջում են վերակենդանացման միջոցառումներ:	Հեմոռագիկ դիաթեզներ, որոնք կարող են վիրահատության և հետվիրահատական շրջանում արյունահոսության պատճառ դառնալ:
<ol style="list-style-type: none"> 1. ռևմատիզմ 2. սեպտիկ էնդոկարդիտ (ներսրտաբորբ) 3. միոկարդիտ (սրտամկանաբորբ) 4. պերիկարդիտ (շուրջսրտաբորբ) 5. գլոմերուլոնեֆրիտ 6. պիելոնեֆրիտ 7. վերին ծնոտային խրոնիկ օդոնտոզեն սինուսիտ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. վիրուսային ինֆեկցիաներ (ՁԻԱՀ, գրիպ, հեպատիտ) 2. թոքաբորբ 3. տուբերկուլյոզ 4. հեմոբլաստոզ 5. շաքարային դիաբետ 6. ճառագայթային հիվանդություն 7. լյարդի ցիրոզ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. բրոնխային ասթմա 2. հիպերտոնիկ հիվանդություն 3. շաքարային դիաբետ 4. տոքսիկ գոր (խսիպ) 5. էպիլեպսիա 	<ol style="list-style-type: none"> 1. հեմոֆիլիա 2. թրոմբոցիտոպենիկ պուրպուրա (ծիրանեցան) (Վերլիոֆի հիվանդություն) 3. հեմոռագիկ վասկուլիտներ (անթաբորբ) 4. հեմոռագիկ անգիոմատոզ (Ռենդ-Օսլերի հիվանդություն) 5. անգիոհեմոֆիլիա (Վիլլեմբրանտի հիվանդություն) 6. C ավիտամինոզով 7. սուր լեյկոզներ 8. ինֆեկցիոն հեպատիտ (լյարդաբորբ) 9. հակակոագուլյանտների ընդունում

Բերանի խոռոչի զննումը

Բերանի խոռոչի զննումը կարող է լինել ուղղակի՝ ստոմատոլոգիական հայելու և ներբերանային տեսախցիկի միջոցով, որը պատկերը ցույց է տալիս մոնիտորի վրա: Բերանի խոռոչը զննելիս բժիշկը կարող է հոտ զգալ բերանի

խոռոչից, որը ախտորոշիչ կարևորություն ունի (օրինակ՝ շաքարային դիաբետի դեպքում զգացվում է ացետոնի հոտ, քայքայվող ուռուցքների, թարախանեկրոտիկ պրոցեսների դեպքում՝ գարշահոտություն):

Բերանի խոռոչի յուրաքանչյուր բաժնի զննում սկսվում է ձախ վերին բաժնից ժամացույցի սլաքի ուղղությամբ՝

1. շրթունքների զննում,
2. բերանի նախադռան զննում,
3. բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի զննում (աջից՝ թևակերպ-ծնոտային ծալք-կարծր և փափուկ քիմք-ծնոտ-լեզվային ծալք, ձախից՝ բերանի հատակի կողմնային շրջան, ձախից՝ բերանի հատակի առաջային շրջան, բերանի հատակի կողմնային շրջան, աջից՝ ռետրոմոլյար տարածություն),
4. լեզվի զննում,
5. բկանցքի և բերանըմպանի զննում (Պիրոգով-Վալդերի ավշաէպիթելային օղբ կազմող նշիկներ):

Բերանի խոռոչը զննելիս ուշադրություն է դարձվում՝

- լորձաթաղանթի գույնին և երանգավորմանը (գունատ, հիպերեմիկ, ցիանոտիկ, դեղնած),
- փառի առկայությանը (ֆիբրինային, սնկային փառի շերտեր),
- հաստությանը (բարակած, ատրոֆիկ, հիպերտրոֆիկ),
- վերքերի առկայությանը (կտրված, պատռված, ծակված),
- մաշկի առաջնային (բիծ, հանգույցիկ, թմբիկ, մեծ և փոքր փուչիկներ, թարախակույտ, կիստա) և երկրորդային (երոզիա, աֆտա, խոց, ճաք թեփոտություն, սպի, կեղև, ատրոֆիա (ապաճում)) ախտահարման էլեմենտների առկայությանը,
- թքարտադրության վիճակի գնահատմանը՝ պայմանավորված լորձաթաղանթի մակերեսով (խոնավ, չոր, պատված ծորացող փրփրոտ թքով):

Բերանի հատակի հետին մասի և լեզվի ստորին մակերեսը զննելու համար լեզվի ծայրը ֆիքսվում է մատներով և բինտային վիրակապով, լեզուն ձգվում է դեպի վեր և հակառակ ուղղությամբ:

Ատամների զննումը կատարվում է ստոմատոլոգիական հայելու և զոնդի միջոցով: Ատամները զննելու ժամանակ ուշադրություն է դարձվում՝

- ատամների գույնին (ատամի պսակի գույնը փոփոխվում է պուլպայի (կակղանի) նեկրոզի (մեռուկացման) ժամանակ),
- ատամների դիրքին (ատամի դիստոպիա, ատամների նեղ դասավորվածություն),
- ատամների ձևին (ատամների ձևը փոփոխվում է հիպոպլազիայի ժամանակ),
- ատամների կարիեսով ախտահարմանը (գրվում է ատամնային ֆորմուլայի մեջ),

- ատամնալիցքերի, արհեստական պսակների, կամրջաձև պրոթեզների, շարժական պրոթեզների առկայությունը (գրվում է ատամնային ֆորմուլայի մեջ),
- ատամնաշարերի հարաբերակցությունը սազիտալ հարթակում (մեդիալ, դիստալ),
- ատամնաշարերի հարաբերակցությունը ուղղահայաց հարթակում (խորը կծվածք, բաց կծվածք),
- ատամնաշարերի հարաբերակցությունը տրանսվերզալ հարթակում (միակողմանի խաչաձև, երկկողմանի խաչաձև կծվածք),
- ատամնաշարերի դեֆորմացիաների առկայությունը կամ բացակայությունը ուղղահայաց հարթակում (աստիճանի սիմպտոմը ատամնաշարերի սահմաններում ծնոտի տեղաշարժված բեկորներով կոտրվածքի ժամանակ),
- վերին և ստորին ծնոտի ատամների միջև ֆիսուրա-թմբիկային կոնտակտի առկայությունը:

Պարօդոնտի (հարատամնահյուսվածքի) զննումը կատարվում է ստոմատոլոգիական հայելու և զոնդի (զննաձողի) միջոցով:

Պարօդոնտը զննելու ժամանակ ուշադրություն է դարձվում՝

- վերլնդային նստվածքաշերտերին (կարծր և փափուկ),
- լնդի եզրային մասի (մարգինալ) վիճակի գնահատմանը՝ հիպերեմիա, հիպերտրոֆիա, ատրոֆիա (ապաճում),
- ատամների վզիկների մերկացմանը, լնդի ռետրակցիայի դեպքում:

Պալպացիան (շոշափումը) այնպիսի հետազոտություն է, որն իրականացվում է մատների տակտիլ ռեցեպտորների միջոցով, որն իր հերթին թույլ է տալիս գնահատելու տվյալ մակերեսի հաստությունը և անհարթությունը: Այն թույլ է տալիս նաև իմանալ տվյալ մակերեսի ձևը, չափսերը, խտությունը, շարժունակությունը: Բժիշկը պալպացիան պետք է իրականացնի միանգամյա բարակ ռեզինե ձեռնոցներով: Մեկ ձեռքի մատներով կատարվող պալպացիան կոչվում է մանուալ, իսկ երկու ձեռքի մատներով կատարվողը բիմանուալ պալպացիա:

Բերանի խոռոչի պալպատոր հետազոտության ժամանակ ուշադրություն է դարձվում՝

- խոցը, էկզոֆիտ նորագոյացությունը շրջապատող հյուսվածքներում ինֆիլտրացիայի առկայությանը կամ բացակայությանը,
- ինֆիլտրացիայի խտությանը, չափսերին, սահմաններին և տեղակայմանը,
- պալպատոր ցավի առկայությանը կամ բացակայությանը,
- ուսումնասիրվող կարծր օբյեկտի եզրերի բնույթին (ատամի սուր եզր, հեռացված ատամի ատամնաբնի սուր եզր),
- ուսումնասիրվող օբյեկտի ձևին և ռելիեֆին (ալվեոլյար եզր),
- ոսկրային բեկորների տեղաշարժին,
- ատամների տեղաշարժին:

Ատամների ախտաբանական շարժունակությունը, պարօդոնտի (հարատամնահյուսվածքի) տարբեր հիվանդությունների կամ վնասվածքների ժամանակ գնահատվում է հետևյալ կերպ.

- առաջին աստիճան. ատամի տեղաշարժը հնարավոր է մեկ ուղղությամբ (վեստիբուլո-օրալ),
- երկրորդ աստիճան. ատամի տեղաշարժը հնարավոր է երկու ուղղությամբ (վեստիբուլո-օրալ և մեդիո-դիստալ),
- երրորդ աստիճան. ատամի տեղաշարժը հնարավոր է երեք ուղղությամբ (վեստիբուլո-օրալ, մեդիո-դիստալ և ուղղահայաց),
- չորրորդ աստիճան. հնարավոր է ատամի պտտական տեղաշարժ:

Լեզվի հետին-կողմնային հատվածներում, որտեղ հաճախ տեղակայվում են ուռուցքներ, պալպատոր (շոշափելով) հետազոտելիս նպատակահարմար է մյուս ձեռքի մատներով տեղաշարժել լեզուն վեր և հակառակ կողմ: Ենթաձնտային և ենթալեզվային թքագեղձերը հետազոտելու ժամանակ նպատակահարմար է իրականացնել բիմանուալ պալպացիա, որի ժամանակ բժիշկը կանգնում է հիվանդին դեմ դիմաց: Ձախ ձեռքի մատները տեղադրվում են ենթաձնտային և թշային շրջանների մաշկային ծածկույթներին՝ ստեղծելով հակահենման կետ, իսկ աջ ձեռքի ցուցամատը տեղադրվում է բերանի խոռոչում: Հակահենման կետի առկայությունը հեշտացնում է թքաքարերի հայտնաբերումը թքագեղձի ծորանում, ինչպես նաև գեղձի չափսերի, մակերեսի և խտության գնահատումը: Նույն մեթոդն օգտագործվում է ենթաձնտային և ենթակզակային լիմֆատիկ (ավշային) հանգույցների պալպացիայի (շոշափման) ժամանակ: Այս դեպքում բժիշկը կանգնում է հիվանդի հետևում:

Գործիքային հետազոտություն

Հիվանդի կլինիկական հետազոտության ժամանակ օգտագործվում են հետևյալ գործիքները՝ ատամնային զոնդ (զննաձող) և պարօդոնտոլոգիական զոնդ: Ատամնային զոնդի միջոցով հետազոտվում է ատամի մակերեսը, հայտնաբերվում են կարիոզ (ատամնափտային) խոռոչները, գնահատվում է կարիոզ խոռոչի խորությունը և դենտինի (ատամնանյութի) ամրությունը: Պարօդոնտոլոգիական զոնդի ծայրամասային հատվածը հաստացած է, կլորացած և աստիճանանշված է ակոսներով: Վերջինիս շնորհիվ հնարավոր է հետազոտել ախտաբանական լնդագրպանիկները՝ առանց վնասելու հյուսվածքները: Բարակ մետաղալարի ձև ունեցող զոնդի միջոցով կամ բութ ծայր ունեցող ասեղի միջոցով որոշվում է թքագեղձերի ծորանների անցանելիությունը: Կոճակաձև զոնդի միջոցով հետազոտվում են խուղակները, դրանց խորությունը և ուղղությունը:

Գործիքային մեթոդներն են՝ անութափոսի մաշկային ծածկույթների թերմոմետրիան, անթթազարկի որոշումը և ծայրամասային անոթային ճնշման որոշումը:

Մաշկային ծածկույթների ջերմաստճանի բարձրացումը ուղղակիորեն պայմանավորված է ինֆեկցիոն-բորբոքային պրոցեսի սրացմամբ և օրգանիզմի արտահայտված ինտոքսիկացիայով (թունավորմամբ): Այդ պատճառով ջերմաստիճանն օգտագործվում է որպես ցուցմունք՝ հիվանդության ծանրության աստիճանը գնահատելու համար: Անոթազարկը հանգիստ վիճակում լինում է 64-76 զարկ/ր: Մարմնի ջերմաստիճանի բարձրացումը մեկ աստիճանով հանգեցնում է անոթազարկի բարձրացմանը 10 զարկ/ր-ով: Անոթազարկի հաճախացումը, որը թարախաբորբոքային հիվանդությամբ հիվանդների շրջանում մարմնի ջերմաստիճանի բարձրացումից առաջ է լինում, վատ ելք է տվյալ հիվանդների համար: Անոթազարկի թուլացումը կամ բրադիկարդիան (դանդաղասրտություն) կարող է գանգուղեղային վնասվածքի հետևանք լինել: Թույլ անոթազարկը կամ թելանման անոթազարկը նկատվում է գիտակցության կորստի, կուլպսի, սուր սրտային անբավարարության և միոկարդի (սրտամկանի) ինֆարկտի ժամանակ:

Զարկերակային ճնշման բարձրացումը կարող է ուղեղի ինսուլտի պատճառ դառնալ: Այդ պատճառով վիրահատությունից առաջ պետք է չափել հիպերտոնիկ հիվանդությամբ հիվանդների զարկերակային ճնշումը: Բարձր ցուցանիշների դեպքում վիրահատությունը պետք է հետաձգել, մինչև զարկերակային ճնշումը իջնի: Զարկերակային ճնշման իջեցում նկատվում է լայնածավալ արյունահոսության, անաֆիլակտիկ շոկի, սուր սրտային անբավարարության, միոկարդի ինֆարկտի և ասիստոլիայի ժամանակ:

Լաբորատոր գործիքային հետազոտման մեթոդները

Առաջնային կլինիկական հետազոտությունների հիման վրա կարելի է կատարել նախնական կամ վերջնական ախտորոշում: Եթե առաջին կլինիկական հետազոտության տվյալները բավարար են վերջնական ախտորոշման համար, ապա կազմվում է բուժման պլան, որը ներկայացվում է հիվանդին: Նրա համաձայնությունը ստանալուց հետո կատարվում է այդ պլանի իրագործումը: Եթե եղած տվյալները բավարար չեն վերջնական ախտորոշում կատարելու համար, ապա կատարվում է նախնական ախտորոշում և կազմվում է հետագա հետազոտման պլան, որը ներառում է կլինիկա-լաբորատոր հետազոտություններն ամբողջությամբ: Այն անհրաժեշտ է տարբերակիչ ախտորոշման, ինչպես նաև ինֆեկցիոն վտանգավոր հիվանդությունները հայտնաբերելու համար:

1. Ո՞րն է քրոնիկական բորբոքման համախտանիշին բնորոշ ախտանիշ.

- ա) հիվանդության` 2 ամսից ավելի տևողությունը
- բ) ինտենսիվ ինքնաձին ցավերը
- գ) տենդը, տախիկարդիան
- դ) խուղակների բացակայությունը

2. Ո՞րը բարորակ ուռուցքի համախտանիշին բնորոշ ախտանիշ չէ.

- ա) նորագոյացությունն ունի հստակ սահմաններ
- բ) խոցի կամ էկզոֆիտ գոյացության առկայությունը
- գ) դանդաղ աճը
- դ) ռեգիոնար ավշային հանգույցները մեծացած չեն

3. Հիվանդների հետազոտման կլինիկական մեթոդ է՝

- ա) ռենտգենագրությունը
- բ) էլեկտրասրտագրությունը
- գ) հիվանդի արտաքին զննումը
- դ) ուլտրաձայնային հետազոտությունը

4. Ո՞րը հիվանդների հետազոտման գործիքա-լաբորատորային մեթոդ չէ.

- ա) էլեկտրասոդոնոտոմետրիան
- բ) ցիտոլոգիական հետազոտությունը
- գ) ծնոտների մոդելների հետազոտությունը
- դ) շրջակա ավշային հանգույցների պալպացիան

5. Հիվանդության պատմությունը ներառում է՝

- 1) հիվանդի գանգատները
 - 2) կյանքի պատմությունը
 - 3) կատարվող վիրահատության նկարագրությունը
 - 4) կատարվող վիրահատությունը նկարագրելու կարիք չկա
- ա) 1,2,3
 - բ) 1,3,4
 - գ) 2,3,4
 - դ) բոլորը