

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ  
ВЫСШЕЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧЕБНОЕ ЗАВЕДЕНИЕ УКРАИНЫ  
" УКРАИНСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ  
АКАДЕМИЯ"

Утверждено  
на заседании кафедры ортодонтии

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 2017 г.

протокол № 1 от 23.08.2017

Зав. кафедры \_\_\_\_\_ Смаглюк Л.В.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ**

для самостоятельной работы студентов  
во время подготовки к практическому занятию и на занятии

Учебная дисциплина	Ортодонтия
Модуль № 1	Диагностика зубочелюстных аномалий и деформаций.
Тема занятия № 16	Постановка окончательного диагноза. Роль классификации в определении диагноза.
Курс	3
Факультет	Подготовки иностранных студентов

Полтава 2017

**1. Актуальность темы:** После проведения клинического обследования пациента формируется предварительный диагноз в терминах одной из принятых классификаций. Проведение дополнительных методов обследования таких как: биометрия диагностических моделей челюстей, антропо - и фотометрия, рентгенологическое и функциональное обследование, проведение дифференциальной диагностики, позволяет сформулировать окончательный диагноз, согласно которого избирают метод и составляют план лечения, определяют наиболее рациональную конструкцию ортодонтического аппарата. Поэтому знания составляющих окончательного ортодонтического диагноза, определения степени сложности ортодонтического лечения важны в подготовке врача - ортодонта.

**2. Конкретные цели:**

Знать:

классификации зубочелюстных аномалий и деформаций прикуса;  
основные методы клинического обследования ортодонтического пациента;  
дополнительные методы обследования ортодонтического пациента;  
составные части окончательного ортодонтического диагноза;  
каким образом определяется степень сложности ортодонтического лечения;

Уметь:

провести клиническое обследование и сформулировать предварительный диагноз;  
провести и проанализировать данные дополнительных методов исследования;  
поставить окончательный диагноз;  
определить степень сложности ортодонтического лечения;

**3. Базовые знания, умения, навыки, необходимые для изучения темы (междисциплинарная интеграция)**

Название предыдущих дисциплин	Полученные знания, умения, навыки
1.Анатомия	Анатомическое строение челюстно-лицевой области
2.Ортопедическая стоматология	Характеристика физиологичного прикуса.
3.Рентгенология	Чтение рентгенограмм.
4.Медицинская психология	Принципы усвоения информации. Определение мотивации пациента и его реактивность на лечение.
5.Хирургическая стоматология	Определение состояния ВНЧС. Хирургические методы вмешательства при ортодонтическом лечении
6.Детская стоматология	Сроки прорезывания временных и постоянных зубов. Особенности развития прикуса в разные возрастные

7. Ортодонтия	Этиологию и патогенез зубочелюстных аномалий. Клинический метод Рентгенологический метод. Расшифровка ТРГ по Шварцу. Антропометрический, фотометрический и функциональный метод. Биометрию моделей челюстей.
---------------	---

#### 4. Задания для самостоятельной работы при подготовке к занятию и на занятии

Учебное задание	Указания к заданию
Изучить: 1. Классификацию Энгля	Зарисовать в альбоме все 3 класса аномалий прикуса
2. Изучить классификацию А.И Бетельмана,	Записать в альбоме таблицу функции мышц
3. Изучить классификацию Д.А. Калвеллиса,	Зарисовать в альбоме схему аномалий прикуса

##### 4.1 Перечень основных терминов, параметров, характеристик, которые должен усвоить студент при подготовке к занятию:

Термин	Определение
Окончательный диагноз	диагноз, который устанавливают на основании анализа результатов клинического и дополнительных методов исследования, которые отображаются в 4-х его составных частях (морфологической, функциональной, этио-патогенетической и эстетической).

##### 4.2. Теоретические вопросы к занятию:

1. Особенности проведения субъективного обследования детей (особенности определения анамнеза жизни и заболевания).
2. Этапы объективного обследования ортодонтического пациента, его цель.
3. Антропометрический метод исследования, его цель.
4. Биометрический метод исследования, его цель.
5. Функциональный метод исследования, его цель.
6. Рентгенологический метод исследования, его цель.
7. Составные части ортодонтического диагноза, их характеристика.
8. Алгоритм диагностики морфологических, функциональных и эстетических нарушений. Методика определения меры сложности

ортодонтического лечения. Определение длительности лечения и его прогноза.

#### 4.3. Практические работы, которые выполняются на занятии:

Овладеть методикой постановки окончательного ортодонтического диагноза;

Освоить методику определения степени сложности ортодонтического лечения по Зиберту-Малыгину.

#### **Содержание темы:**

После проведения клинического осмотра ортодонтического пациента определяется предварительный диагноз, который формулируется в терминах одной из принятых классификаций зубочелюстных аномалий и деформаций прикуса: Энгля, Д.А. Калвелиса, А.И. Бетельмана, Л. П. Григорьевой или др.

Однако для составления плана лечения недостаточно клинического исследования. Такое исследование позволяет лишь определить морфологические изменения без уточнения степени их выраженности. С этой целью проводят биометрическое, графическое и рентгенологическое исследование, которые позволяют определить степень тяжести морфологических нарушений. Следующим этапом ортодонтического исследования является динамическое исследование, которое включает последовательное применение тестов и клинических функциональных проб, направленных на характеристику и изучение общего состояния организма, который обследуется. Функциональные нарушения определяют путем осмотра и изучения лицевых и внутриротовых признаков методом клинических функциональных проб и лабораторных исследовательских методов (мастикациография, миотонометрия, электромиография, ринопневмография и тому подобное). Степень тяжести эстетических нарушений необходима для определения эстетического прогноза лечения, ее определяют проводя антропо- и фотометрические исследования. После анализа проведенных исследований формулируют окончательный ортодонтический диагноз, который включает в себя следующие части:

- морфологическая часть - выражается в терминах одной из классификаций. Включает в себя характеристику зубочелюстной аномалии или деформации прикуса, дополненную биометрическим, графическим или рентгенологическим исследовательским методом. Например: прогнатический дистальный, глубокий прикус (классификация Л.П. Григорьевой); зубоальвеолярная форма (на основании анализа ТРГ); равномерное сужение верхней челюсти в боковых участках на 2 мм, удлинение переднего участка верхней зубной дуги на 3 мм, ретрузия и скученность нижних фронтальных зубов 1 степени (на основании биометрии);
- этиологическая часть - включает описание этиологических факторов, которые привели к развитию аномалии или деформации прикуса и действуют на момент обращения пациента к врачу. Важность определения

этиологической составленный диагнозу заключается в том, что если причина не определена, то возможен рецидив патологии. Определение этиологических факторов проводится при опросе пациента (анамнез жизни), клиническом исследовании. Например: Вследствие вредной привычки ротового дыхания (наличие разращений аденоидов II -III степени); - функциональная часть - включает описание нарушений функций и степени их тяжести на основании клинического или проведения дополнительных динамических исследовательских методов. Функциональные нарушения, равно как и не определенные этиологические факторы в последующем могут привести к рецидиву патологии, неблагоприятному эстетическому результату и так далее, например: нарушение функции дыхания, снижения жевательной эффективности и тому подобное.

- эстетическая часть - включает описание изменения лицевых признаков, которые имеют очень важное значение в эстетическом прогнозе лечения. Например: короткая верхняя губа, напряженное смыкание губ (симптом «наперстка»), глубокая борозда губного подбородка. При короткой верхней губе расширения верхней зубной дуги или медиальные сдвиги нижней челюсти может привести к появлению «ясневой улыбки», формирования «удивленного вида лица», увеличения не смыкания губ и еще большего напряжения мимических мышц подбородка.

Аномалии зубочелюстной системы переменны по степени выраженности морфологических, функциональных и эстетических нарушений и следовательно, прогнозу лечения. Для выбора метода, составления плана лечения и выбора рациональной конструкции ортодонтического аппарата недостаточно диагностировать и классифицировать патологию прикуса. Необходимо также определить степень выраженности этих нарушений и тяжести их устранения. С этой целью применяют метод пятибалльной оценки по Зиберту-Малыгину (1973). Суть метода в том, что оценивают степень тяжести морфологических и функциональных нарушений и тяжести их устранения.

Степень тяжести лечения каждого больного является суммой баллов. Различают 4 степени тяжести ортодонтического лечения по Зиберту-Малыгину: I - простое лечение (до 27 баллов); II - лечение средней трудности (28-40 баллов); III - тяжелое лечение (41-54 балла); IV - очень тяжелое лечение (55 баллов и больше).

По таблице определяют объем лечебных мероприятий по нормализации формы каждого зубного ряда, исправления прикуса, нормализации функций зубочелюстной системы. Этот метод может быть применен для характеристики любой зубочелюстной аномалии или деформации прикуса.

Л.П. Зубкова (1998) предложила в 1 группе (исправление формы верхнего и нижнего зубного ряда) такие мероприятия как устранения зубоальвеолярного удлинения и укорочения в боковых и фронтальном участках челюстей. Устранение зубоальвеолярного укорочения во фронтальном и боковых участках до 2 мм оценивается в 3 балла, больше чем

на 3 мм - в 5 баллов, а устранение зубоальвеолярного удлинения соответственно в 4 и 5 баллов.

Возобновление функций по Л.П. Зубковой оценивается таким способом:

- функции жевания - 1 балл
- функции языка - 2 балла
- функции закрывания рта (смыкание губ) - 5 баллов
- функции дыхания - 5 баллов
- функции глотания - 5 баллов. Предлагается и оценка устранения парафункций:

- вредных привычек сосания соски - 1 балл
- вредных привычек сосания разных предметов - 2 балла
- вредных привычек сосания губ - 3 балла
- вредных привычек сосания пальца - 4 балла
- вредных привычек сосания языка - 5 баллов
- вредных привычек смещения нижней челюсти - 5 баллов
- устранение бруксизма - 5 баллов.

Для устранения нарушений функции ВНЧС:

- без значительных функциональных нарушений (дисфункции) - 3 балла
- при значительных нарушениях функции - 5 баллов. Для устранения нарушений осанки:
- функциональных нарушений осанки - 3 балла
- морфологических нарушений осанки - 5 баллов.

Планировать лечение необходимо также с учетом контакта врача и пациента. В зависимости от обращения различают 4 типа пациентов:

1 тип - приспособляется хорошо, самостоятельный. Такие пациенты уверены в себе, уравновешенные, имеют четкую мотивацию действий. Такой пациент освоит любую конструкцию ортодонтического аппарата и будет пользоваться им, как рекомендует врач. Необходим лишь небольшой контроль родителей в период лечения.

2 тип - не приспособляется, несамостоятельный, зависимый по натуре, безответственный. От такого пациента нельзя ожидать самостоятельного пользования ортодонтическим аппаратом. Ребенок уклоняется от лечения, нерегулярное посещение врача. Для лечения лучше применять несъемные аппараты, которые действуют механически.

3 тип - приспособляется хорошо, но несамостоятельный. Суровое наблюдение и контроль приводят к дальнейшему приспособлению.

4 тип - не приспособляется, самостоятельный. Такие пациенты не подчиняются врачу, упрямые, непокорные. Можно рекомендовать несъемные аппараты, которые действуют механически, широко применять сочетание хирургического и аппаратного методов лечения.

Если при определении степени тяжести морфологических и функциональных нарушений и трудности их устранения на этапах лечения установлено уменьшение суммы баллов, то больного переводит в группу менее сложного лечения. Благодаря выделению 4 степеней тяжести лечения можно более точно определить его среднюю длительность и прогноз.

Употребление данного метода способствует и планированию ортодонтической помощи и решению вопросов организации. Данные проведенного клинического обследования врач заносит в "медицинскую карточку стоматологического больного" - форма № 043/0, заполняет листок ежедневного учета принятых пациентов и "дневник учета работы врача стоматолога-ортодонта за месяц" - форма № 039-3/В. При необходимости выписывает наряд для выполнения ортодонтической конструкции.

### **Материалы для самоконтроля:**

А. Задания для самоконтроля (таблицы, схемы, рисунки, графики)

Б. Задачи для самоконтроля:

1. Ортодонтический диагноз имеет следующее количество составных:  
четыре  
одну  
две  
три  
пять
2. Морфологическая часть диагноза не зависит от данных:  
функциональных исследований  
рентгенологических исследований  
фотометрических исследований  
биометрических исследований  
антропометрических исследований
3. Функциональная часть диагноза ставится на основании данных:  
функциональных исследований  
фотометрических исследований  
биометрических исследований  
антропометрических исследований  
рентгенологических исследований
4. Эстетическая часть диагноза ставится на основании данных:  
клинического обследования  
фотометрических исследований  
биометрических исследований  
функциональных методов исследования  
рентгенологических исследований
5. Этиологическая часть диагноза ставится на основании данных:  
клинического обследования  
рентгенологических исследований  
фотометрических исследований

биометрических исследований  
антропометрических исследований

6. Простое лечение по Зильберту-Малыгину составляет:

До 27 баллов

До 10 баллов

До 8 баллов

До 20 баллов

До 13 баллов

7. Лечение средней сложности по Зильберту-Малыгину составляет:

28-40 баллов

21-23 балла

41-54 баллы

18-21 балл

25-30 баллов

8. Трудное лечение по Зильберту-Малыгину составляет:

41-54 балла

28-40 баллов

25-30 баллов

30-40 баллов

25-40 баллов

9. Сильно трудное лечение по Зильберту-Малыгину составляет:

55 баллов и больше

60 баллов и больше

50 баллов и больше

40 баллов и больше

70 баллов и больше

10. С помощью метода определения степени сложности ортодонтического лечения возможно:

определить среднюю продолжительность ортодонтического лечения

определить прогноз течения ретенционного периода

решить масштабность организации ортодонтической помощи

определить возможность проведения лечения в поликлинических условиях

дать рекомендации об оптимальных сроках начала лечения

11. Алгоритм определения степени сложности ортодонтического лечения по Зильберту-Малыгину имеет следующее количество групп зубочелюстных аномалий, которые подлежат устранению:

три

две



четыре  
 пять  
 шесть

12. Первая группа алгоритма определения степени сложности ортодонтического лечения по Зильберту-Малыгину предусматривает:  
 определение количества зубов, которые подлежат перемещению  
 определение величины соотношения зубных рядов в прикусе  
 определение направления, в котором необходимо изменить прикус  
 сложность нормализации функции жевания и речи  
 сложность нормализации функции жевания и глотания

13. В зависимости от поведения различают следующее количество типов пациентов:

четыре  
 два  
 три  
 пять  
 шесть

14. Первый тип пациентов в зависимости от поведения характеризуются следующим образом:

хорошо приспосабливаются, самостоятельные; уверенные в себе, уравновешенные, имеют четкую мотивацию действий  
 не приспосабливаются, несамостоятельные; забывчивые, рассеянные, безответственные;  
 хорошо приспосабливаются, несамостоятельные  
 не приспосабливаются, но самостоятельные; такие пациенты открыто не повинуются врачу, упрямые, непокорные  
 плохо приспосабливаются, не самостоятельные, но уравновешенны и имеют четкую мотивацию действий

15. Второй тип пациентов в зависимости от поведения характеризуются следующим образом:

не приспосабливаются, несамостоятельные; забывчивые, рассеянные, безответственные  
 хорошо приспосабливаются, самостоятельные; уверенные в себе, уравновешенные, имеют четкую мотивацию действий  
 хорошо приспосабливаются, несамостоятельные  
 не приспосабливаются, но самостоятельные; такие пациенты открыто не повинуются врачу, упрямые, непокорные  
 плохо приспосабливаются, не самостоятельные, но уравновешенны и имеют четкую мотивацию действий

16. Третий тип пациентов в зависимости от поведения характеризуются следующим образом:

хорошо приспосабливаются, несамостоятельные  
хорошо приспосабливаются, самостоятельные; уверенные в себе, уравновешенные, имеют четкую мотивацию действий  
не приспосабливаются, несамостоятельные; забывчивые, рассеянные, безответственные  
не приспосабливаются, но самостоятельные; такие пациенты открыто не повинуются врачу, упрямые, непокорные  
плохо приспосабливаются, не самостоятельные, но уравновешенны и имеют четкую мотивацию действий

17. Четвертый тип пациентов в зависимости от поведения характеризуются следующим образом:

не приспосабливаются, но самостоятельные; такие пациенты открыто не повинуются врачу, упрямые, непокорные  
хорошо приспосабливаются, самостоятельные, уверенные в себе, уравновешенные, имеют четкую мотивацию действий  
не приспосабливаются, несамостоятельные; забывчивые, рассеянные, безответственные  
хорошо приспосабливаются, несамостоятельные  
плохо приспосабливаются, не самостоятельные, но уравновешенны и имеют четкую мотивацию действий.

18. Вторая группа алгоритма определения степени сложности ортодонтического лечения по Зильберту-Малыгину предусматривает:

определение величины соотношения зубных рядов в прикусе  
определение количества зубов, которые подлежат перемещению  
определение величины перемещения отдельных или группы зубов  
нормализацию функции зубочелюстной системы  
определения вида перемещения отдельных или группы зубов

19. Третья группа алгоритма определения степени сложности ортодонтического лечения по Зильберту-Малыгину предусматривает:

нормализацию функции зубочелюстной системы  
определение количества зубов, которые подлежат перемещению  
определение величины перемещения отдельных или группы зубов  
определение величины соотношения зубных рядов в прикусе  
определение вида перемещения отдельных или группы зубов

20. Для лечения детей первого типа в зависимости от поведения наиболее приемлемыми являются следующие конструкции ортодонтических аппаратов:

ребенок освоит любую конструкцию  
функционально действующие двучелюстные

несъемные механически действующие  
 съемные механически действующие  
 съемные одночелюстные аппараты межчелюстного действия

21. Для лечения детей второго типа в зависимости от поведения наиболее приемлемыми являются следующие конструкции ортодонтических аппаратов:

несъемные механически действующие  
 функционально действующие двучелюстные  
 съемные механически действующие  
 съемные одночелюстные аппараты межчелюстного действия  
 ребенок освоит любую конструкцию

22. У ребенка 5 лет прикус временных зубов. Определяется симптом „наперстка”, вертикальная щель между фронтальными зубами 2 мм, тремы и диастемы, симптом Цилинского положительный, инфантильный тип глотания. Сформулируйте эстетическую часть ортодонтического диагноза.

симптом „наперстка”  
 положительный симптом Цилинского  
 инфантильный тип глотания  
 вертикальная щель между зубами, тремы и диастемы  
 открытый прикус

23. У ребенка 5 лет прикус временных зубов. Определяется симптом „наперстка”, вертикальная щель между фронтальными зубами 2 мм, тремы и диастемы, симптом Цилинского положительный, инфантильный тип глотания. Сформулируйте этиологическую часть ортодонтического диагноза.

положительный симптом Цилинского  
 инфантильный тип глотания  
 симптом „наперстка”  
 вертикальная щель между зубами, тремы и диастемы  
 открытый прикус

24. У ребенка 9 лет вследствие вредной привычки ротового дыхания сформировался аденоидный тип лица. Фронтальные зубы обеих челюстей в состоянии протрузии, вертикальная щель 3 мм, соотношение первых постоянных моляров нейтральное. Сформулируйте функциональную часть ортодонтического диагноза.

вредная привычка ротового дыхания  
 аденоидный тип лица  
 протрузия фронтальных зубов, вертикальная щель  
 нейтральное соотношение первых постоянных моляров  
 верхнечелюстная протрузия

25. У ребенка 9 лет вследствие вредной привычки ротового дыхания сформировался аденоидный тип лица. Фронтальные зубы обеих челюстей в состоянии протрузии, вертикальная щель 3 мм, соотношение первых постоянных моляров нейтральное. Сформулируйте эстетическую часть ортодонтического диагноза.

аденоидный тип лица  
протрузия фронтальных зубов, вертикальная щель  
нейтральное соотношение первых постоянных моляров  
вредная привычка ротового дыхания  
инфантильный тип глотания

26. Осмотр ортодонтического пациента включает:

общий осмотр, определение телосложения; осмотр лица и полости рта  
осмотр преддверия полости рта, осмотр лица  
общий осмотр, осмотр полости рта  
осмотр зубных рядов и прикуса, определение телосложения  
общий осмотр, рентгенологическое исследование, осмотр полости рта

27. Под гнатической формой аномалий прикуса подразумевают:

патологию, развившуюся в результате нарушений размеров одной или обеих челюстей  
патологию, развившуюся в результате нарушений размеров зубов в зубном ряду  
патологию, развившуюся в результате нарушений расположения первых моляров  
патологию, развившуюся в результате нарушений размеров зубных дуг  
патологию, развившуюся в результате нарушений формы зубов и зубного ряда

28. Классификацию Е. Енгля, для постановки диагноза, невозможно использовать в случае:

постоянного и сменного прикуса с удаленными первыми постоянными молярами  
бокового смещения нижней челюсти  
при отсутствии первых постоянных моляров и клыков  
наличии патологии в трансверзальной плоскости  
наличии патологии в вертикальной плоскости

29. В диагнозе термин "инфраокклюзия" характеризует такое положение зубов:

ниже окклюзионной плоскости  
выше окклюзионной плоскости  
поворот вокруг оси  
небное положение  
щечно-губное положение

30. Согласно классификации Д.А. Калвелиса этиологическая часть диагноза «открытый прикус» может иметь следующие разновидности:

рахитический и травматический  
фронтальный и боковой  
симметричный и асимметричный  
мышечный и суставной  
дистальный и мезиальный

31. Диагноз "верхнечелюстная прогнатия" предусмотрен классификацией:

ВОЗ  
Л.П. Григорьевой  
Е. Енгля  
Д.А. Калвелиса  
А.И. Бетельмана

32. Диагноз – I класс аномалий прикуса по Енгля характеризуется:  
нейтральным соотношением первых постоянных моляров  
дистальной гармонией первых постоянных моляров  
мезиальным соотношением первых постоянных моляров  
дистальным соотношением вторых постоянных моляров  
мезиальным соотношением вторых постоянных моляров

33. Диагноз – II класс аномалий прикуса по Енгля характеризуется:  
дистальным соотношением первых постоянных моляров  
дистальной гармонией первых постоянных моляров  
мезиальным соотношением первых постоянных моляров  
дистальным соотношением вторых постоянных моляров  
мезиальным соотношением вторых постоянных моляров

34. Диагноз – II класс, 1 подкласс аномалий прикуса по Енгля характеризуется:

дистальным соотношением первых постоянных моляров и  
вестибулярным наклоном верхних фронтальных зубов  
дистальной гармонией первых постоянных моляров и оральным  
наклоном верхних фронтальных зубов  
мезиальным соотношением первых постоянных моляров и  
вестибулярным наклоном нижних фронтальных зубов  
дистальным соотношением вторых постоянных моляров и оральным  
наклоном верхних фронтальных зубов  
мезиальным соотношением вторых постоянных моляров и  
вестибулярным наклоном верхних фронтальных зубов

35. Диагноз – II класс, 2 подкласс аномалий прикуса по Енгля характеризуется:

дистальным соотношением первых постоянных моляров и оральным наклоном верхних фронтальных зубов  
 мезиальным соотношением первых постоянных моляров и оральным наклоном верхних фронтальных зубов  
 мезиальным соотношением первых постоянных моляров и вестибулярным наклоном нижних фронтальных зубов  
 дистальным соотношением вторых постоянных моляров и оральным наклоном верхних фронтальных зубов  
 мезиальным соотношением вторых постоянных моляров и вестибулярным наклоном верхних фронтальных зубов

36. Диагноз – III класс аномалий прикуса по Енгля характеризуется:

мезиальным соотношением первых постоянных моляров  
 дистальным соотношением первых постоянных моляров  
 мезиальной гармонией первых постоянных моляров  
 дистальным соотношением вторых постоянных моляров  
 мезиальным соотношением вторых постоянных моляров

## **Литература**

### **Основная:**

1. Головкин Н.В. Профилактика зубочелюстных аномалий / Н.В.Головкин. – Винница: Новая книга, 2005. – 146с.
2. Флис П.С. Ортодонтия / П.С.Флис. – Винница: Новая книга, 2007. – 311с.
3. Хорошилкина Ф.Я. Ортодонтия IV. Профилактика и лечение функциональных, морфологических и эстетических нарушений в зубочелюстной области / Ф.Я.Хорошилкина. – М. : Медицина, 2004. – 460 с.

### **Дополнительная:**

<http://lekmed.ru/info/arhiv/diagnoz-i-diagnostika-v-klinicheskoy-medicine-2.html>  
[http://vmede.org/sait/?page=9&id=Stomatologiya\\_obrazcov\\_2007&menu=Stomatologiya\\_obrazcov\\_2007](http://vmede.org/sait/?page=9&id=Stomatologiya_obrazcov_2007&menu=Stomatologiya_obrazcov_2007)