

засобів захисту відпрепарованих поверхонь і зменшенню кількості ускладнень препарування при виготовленні незнімних конструкцій зубних протезів.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Xu C. Chemical composition and structure of peritubular and intertubular human dentine revisited / C. Xu, Y. Wang // Arch. Oral Biol. – 2012, Apr. – N 57 (4). – P. 383–391.

2. In vitro proliferation of human osteogenic cells in presence of different commercial bone substitute materials combined with enamel matrix derivatives / C. Reichert, B. Al-Nawas, R. Smeets [et al.] // Head Face Med. – 2009, Nov. – N 12. – P. 5–23.

УДК 616.314.13-14+613.9

Ю. І. Забуга, В. І. Струк, О. В. Біда

#### СТРУКТУРНІ ОСОБЛИВОСТІ ЕМАЛІ ТА ДЕНТИНУ ЗУБІВ ЛЮДИНИ У ВІКОВОМУ АСПЕКТІ

У статті наведені результати електронно-мікроскопічного дослідження структури емалі та дентину зубів у віковому аспекті. Виявлені вікові особливості структури емалі та дентину коронкової частини зубів.

**Ключові слова:** емаль, дентин, електронно-мікроскопічні дослідження.

UDC 616.314.13-14+613.9

Yu. I. Zabuga, V. I. Struk, O. V. Bida

#### STRUCTURAL FEATURES OF ENAMEL AND DENTINE OF HUMAN TEETH IN AGE ASPECT

The article presents the results of experimental investigation of the structure of enamel and dentin of teeth in the age aspect. There are established age-related features of the structure of enamel and dentin of the tooth crown.

**Key words:** enamel, dentin, electronic-microscopic research.

УДК 066.314-089.23.001:312.4776.1462/25

В. А. Лабунец, *д-р мед. наук,*

Т. В. Диева, *канд. мед. наук,*

Е. В. Диев,

О. В. Лабунец

## К МЕТОДИКЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВИДА И ФИКСАЦИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СТРУКТУРЫ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

*ГУ «Институт стоматологии НАМН Украины», Одесса*

Исходя из истории эпидемиологических заболеваний, начиная с конца XIX в. и заканчивая настоящим временем, разработана, апробирована и внедрена целая серия различных методик проведения стоматологических осмотров в зависимости от поставленной цели и глубины исследований [1–3]. Касательно самой методологии проведения подобного рода исследований, неразрешенных вопросов практически нет — остается лишь строго их придерживаться [4–6].

Вместе с тем, наблюдаемый в последнее время научно-технический и медико-технологический прогресс в области ортопедической стоматологии и зуботехнического производства привел к появлению и реальному использованию в практическом здравоохранении целого ряда современных видов зубных протезов, о которых, естественно, не могло быть и речи еще даже каких-то 20–30 лет назад. Затронутая проблема — далеко не праздный вопрос, а бесценный и необходимый атрибут при организации и планировании ортопедической помощи. Это и исковая величина нормативной потребности населения в данном виде медицинской помощи, дифференцированный расчет врачебных кадров по ортопедической стоматологии в полном соответствии

с показателями данной заболеваемости в различных медико-географических, геохимических и социально-экономических регионах. Это в дальнейшем, с учетом данных факторов, и расчет величины врачебной нагрузки специалистов стоматологов-ортопедов и производственного плана зубных техников, их оптимального научно обоснованного, аргументированного соотношения в структуре стоматологических учреждений, их качественных и количественных показателей в лечебно-профилактической и производственной деятельности. Немаловажное значение данные эпидемиологических исследований имеют также для периодической разработки и усовершенствования системы учета, оценки и контроля их труда, не говоря уж о том, что, согласно рекомендациям ВОЗ, подобные исследования фундаментального характера должны проводиться через каждые 5 лет [17].

Предлагаемая нами «Диагностическая карта обследования стоматологического ортопедического больного» — дополнение к классическим основополагающим принципам проведения эпидемиологических исследований в области орто-



педической стоматологии. Ее цель — расширить унифицированный набор информации о заболеваемости и видах зубных протезов для восстановления дефектов зубных рядов и дефектов твердых тканей коронковой части зубов, требующих ортопедического лечения и их унифицируемой фиксации. Естественно, в данной карте обследования не нашли отражения все виды ортопедического лечения, используемые в клинической стоматологии, да в этом и нет необходимости при проведении подобного рода исследований. В ней отражены, в основном, те из них, что наиболее используемые и распространенные на данный момент в практическом здравоохранении.

Структурно данная карта обследования оформлена так, чтобы специалисты, проводящие стоматологическое обследование, могли всю полученную информацию отразить на одном листе, а эксперты, проводящие впоследствии углубленную экспертизу полученных данных, — в динамике сравнить и оценить их, а также сделать вывод о достоверности тех или иных сведений и оптимальности выбора вида ортопедического и ортодонтического лечения.

Так, первая графа «Стоматологическая ортопедическая и хирургическая заболеваемость» предназначена только для отражения данных видов заболеваемости, имеющих непосредственное отношение к последующему ортопедическому лечению. Поэтому нами и не был учтен терапевтический статус, дабы не загромождать ее излишней информацией.

Во второй графе «Стоматологический ортопедический и ортодонтический статус» приводятся преимущественно виды уже изготовленных зубных протезов и ортодонтических аппаратов, наиболее распространенных в практическом здравоохранении.

И, наконец, в третьей графе, на основании данных анализа первой и второй граф приводятся фактические данные о нуждаемости населения или отдельных декретированных групп в основных видах ортопедического и ортодонтического лечения. Нами умышленно оставлена старая классическая зубная формула, поскольку она при изучении эпидемиологии стоматологической ортопедической заболеваемости и определении объема и структуры основных видов ортопедических протезов и ортодонтических аппаратов, с нашей точки зрения, наиболее приемлема и проста, удобна в последующей группировке и обработке полученных данных.

В помощь специалистам и экспертам, проводящим подобные исследования, предлагается перечень основных ортопедических и ортодонтических заболеваний, а также шифратор учетной части (табл. 1–3).

Помимо этого, с целью соблюдения единого методического подхода к изучению динамики

стоматологических ортопедических заболеваний, степени их тяжести, структуры и выбора метода восстановления приводим «Памятку стоматологам-ортопедам, проводящим углубленное комплексное медицинское обследование населения». В ней отражены, с нашей точки зрения, наиболее простые, доступные и приемлемые, а также высокоинформативные виды классификаций основных ортопедических заболеваний, позволяющие в целом оценить состояние зубочелюстной системы в процессе проведения эпидемиологических исследований и разработать на их основе ряд соответствующих планируемых нормативно-правовых и организационных мероприятий. Анализируя предлагаемую «Памятку», мы даем себе отчет о ее некоторой гиперболичности. В связи с этим она может быть сохранена в полном соответствии с решаемыми вопросами эпидемиологии и организации ортопедической помощи в каждом конкретном случае. Надеемся, что данное дополнение к существующим классическим методикам эпидемиологических исследований в области ортопедической стоматологии будет полезно при их проведении и анализе.

#### **Памятка стоматологам-ортопедам, проводящим углубленное комплексное медицинское обследование населения**

##### **Рекомендованные классификации заболеваний по ортопедической стоматологии к использованию при обследовании населения**

##### **1. Локализация дефектов твердых тканей зубов по Г. Блеку:**

— первый класс — кариес жевательных поверхностей в фиссурах и естественных ямках моляров и премоляров;

— второй класс — кариес апроксимальных поверхностей жевательных зубов, а также жевательных поверхностей, перешедших на апроксимальную;

— третий класс — кариес апроксимальных поверхностей фронтальных зубов без нарушения углов и режущего края;

— четвертый класс — кариес апроксимальных поверхностей фронтальных зубов с нарушением целостности углов и режущего края;

— пятый класс — кариес пришеечной области, независимо от функциональной принадлежности зубов.

##### **2. Степень утраты твердых тканей зубов в зависимости от топографии дефектов (по Г. И. Рогожникову):**

— 1-я степень — утрата твердых тканей составляет 20 %;

— 2-я степень — поражение двух поверхностей с утратой твердых тканей коронки зуба от 20 до 40 %;

— 3-я степень — утрата твердых тканей от 40 до 60 %;

— 4-я степень — коронковая часть зуба разрушена в пределах от 60 до 80 % всех четырех поверхностей;

— 5-я степень — тотальное разрушение зуба от 80 до 100 %.

## Рабочий лист для определения классификации ортопедического диагностического индекса

Диагноз	Класс I	Класс II	Класс III	Класс IV
<i>Локализация и степень дефектов зубных рядов</i>				
Без дефекта или минимальный дефект — один зубной ряд				
Умеренный дефект — оба зубных ряда				
Значительный дефект — более 3 зубов				
Сильный дефект — неблагоприятный прогноз				
Врожденный или приобретенный челюстно-лицевой дефект				
<i>Состояние опорных зубов</i>				
Идеальное или минимальные нарушения				
Умеренные нарушения — 1–2 секстанта				
Значительные нарушения — 3 секстанта				
Сильные нарушения — 4 и более секстантов				
<i>Окклюзия</i>				
Идеальная или минимально нарушенная				
Умеренно нарушенная — локальное дополнительное лечение				
Значительно нарушенная — новая окклюзионная схема				
Сильно нарушенная — изменение окклюзионной вертикальной высоты				
<i>Резидуальный гребень</i>				
Адентия I класса				
Адентия II класса				
Адентия III класса				
Адентия IV класса				
<i>Состояния, ведущие к неблагоприятному прогнозу</i>				
Тяжелые внутриворотные симптомы системных заболеваний				
Дискинезия и/или атаксия верхней и нижней челюстей				
Рефрактерное состояние				

*Примечания.* Оцениваются отдельные диагностические критерии, отмечается соответствующая клеточка в таблице. Окончательная классификация определяется наиболее серьезным результатом. Рекомендации по применению рабочего листа:

1. Наличие у пациента любого одного критерия более сложного класса дает основание отнести пациента к более сложному классу.

2. Рассмотрение будущих лечебных процедур не должно влиять на диагностический уровень.

3. Первоначальное, предшествующее ортопедическому, лечение и/или дополнительное лечение может изменить первоначальный классификационный уровень.

4. В случае наличия эстетических проблем/вызовов сложность классификации повышается на один уровень у пациентов класса I и класса II.

### 3. Индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба (по В. Ю. Миликевичу)

Всю площадь окклюзионной поверхности условно принимают за единицу. Индекс разрушения (площадь поверхности или пломбы) вычисляют из единицы, т. е. площади окклюзионной поверхности. При этом 100 % окклюзионной поверхности соответствует единице. Исходя из этого, при ее поражении в 10 % будет соответствовать 0,1; 20 % — 0,2 и т. д. — до 100 %, соответствующих 1.

### 4. Степень разрушения клинической коронки (по В. А. Клемину):

— 1-я степень — утрата 1/3 объема коронковой части зуба;

— 2-я степень — разрушение 2/3 части коронки зуба;

— 3-я степень — разрушение твердых тканей коронки зуба более 2/3 ее объема.

### 5. Ортопедический диагностический индекс степени сложности стоматологического статуса больного с малыми включенными дефектами зубных рядов (по PDI):

— для каждого индекса определены 4 категории — от класса 1 до класса 4. Каждый класс отличается специфическими диагностическими критериями (без нарушений или с минимальными нарушениями, умеренными, значительными и сильными).

Для пациента с утратой зубов это:

**Рабочий лист для определения классификации  
ортопедического диагностического индекса у пациентов без утраты зубов**

Диагноз	Класс I	Класс II	Класс III	Класс IV
<i>Состояние зубов</i>				
Идеальное или минимально нарушенное: три или менее зубов в одном секстанте	x			
Умеренно нарушенное: один или более зубов в одном или двух секстантах		x		
Значительно нарушенное: один или более зубов в трех–пяти секстантах			x	
Сильно нарушенное: четыре или более зубов — все секстанты				x
<i>Окклюзионная схема</i>				
Идеальная или минимально нарушенная	x			
Умеренно нарушенная — интактная передняя направляющая		x		
Значительно нарушенная — протяженный дефект/окклюзионная высота без изменений			x	
Сильно нарушенная — протяженный дефект/новая окклюзионная высота				x
<i>Состояния, ведущие к сдержанному прогнозу</i>				
Тяжелые внутривисочные симптомы системного заболевания				x
Дискинезия и/или атаксия верхней и нижней челюстей				x
Рефрактерное состояние				x

*Примечания.* Оцениваются отдельные диагностические критерии, отмечается соответствующая клеточка в таблице. Окончательная классификация определяется наибольшим результатом. Рекомендации по применению рабочего листа:

1. Рассмотрение будущих лечебных процедур не должно влиять на диагностический уровень.
2. Первоначальное, предшествующее ортопедическому, лечение и/или дополнительное лечение может изменить первоначальный классификационный уровень.
3. В случае наличия эстетических проблем/вызовов сложность классификации повышается на один или несколько уровней.
4. При наличии симптомов височно-нижнечелюстной дисфункции сложность классификации повышается на один или несколько уровней.
5. Предполагается, что пациент получит лечение с целью достижения и поддержания оптимального пародонтального здоровья.
6. Пациентов, которые не соответствуют определению «пациент без утраты зубов», следует классифицировать по классификационной системе для пациентов с частичной утратой зубов.

#### ***А. Локализация и степень дефектов зубных рядов***

##### *1-й класс:*

- передний верхнечелюстной дефект, включающий не более двух утраченных резцов;
- передний нижнечелюстной дефект, включающий не более четырех утраченных резцов;
- боковой верхнечелюстной или нижнечелюстной дефект, включающий не более двух премоляров или одного премоляра и одного моляра.

##### *2-й класс:*

- дефект, который присутствует в обоих зубных рядах и кроме этого, может представлять собой одно из нижеперечисленных состояний:
- передний верхнечелюстной дефект, включающий не более двух утраченных резцов;
- передний нижнечелюстной дефект, включающий не более четырех утраченных резцов;
- боковой верхнечелюстной или нижнечелюстной дефект, включающий не более двух премоляров или одного премоляра и одного моляра;
- отсутствует верхнечелюстной или нижнечелюстной клык.

##### *3-й класс:*

- боковой верхнечелюстной или нижнечелюстной дефект, превышающий три утраченных зуба или два моляра;
- дефект, включающий переднюю и заднюю области, равные трем или более утраченным зубам.

##### *4-й класс:*

- дефект зубного ряда или комбинация дефектов, лечение которых требует высокого уровня соблюдения пациентом режима лечения и рекомендаций врача.

#### ***Б. Состояние опорных зубов***

##### *1-й класс:*

- лечение, предшествующее ортопедическому лечению, не показано.

##### *2-й класс:*

- ткань зуба является недостаточной для ретенции или поддержки интракоронковых реставраций в одном или двух плоскостях;
- опорные зубы требуют локализованного дополнительного лечения (например, пародонтальных, эндодонтических или ортодонтических процедур в одном или двух плоскостях).

## Шифратор учетной записи

№ п/п	Диагноз	Условие	№ п/п	Диагноз	Условие
1	Сроки отсутствия зубов	О1, О2, О3 и т. д. (лет)	21	Цельнолитой зуб, облицованный пластмассой	Мпз
2	Степень разрушения клинической коронки	К <sup>-1/3</sup> , К <sup>-1/2</sup> , К <sup>-2/3</sup>	22	Штифтовый зуб простой	ШП
3	Степень разрушения коронки и подвижность зубов	К <sup>1/3</sup> , П2, К <sup>2/3</sup> , П1 и т. д.	23	Штифтовый зуб сложный	ШС
4	Объем пломбы	П <sup>1/3</sup> , П <sup>1/2</sup> , П <sup>2/3</sup>	24	Культевая штифтовая вкладка	КШВ
5	Объем пломбы и подвижность зубов	П <sup>1/3</sup> , П2, П <sup>2/3</sup> , П1 и т. д.	25	Анкер	АР
6	Корень зуба, подлежащий восстановлению	КВ	26	Частичный пластиночный протез	ЧС
7	Корень зуба, подлежащий удалению	КУ	27	Полный съемный протез	ПС
8	Коронковая часть зуба, восстановленная адгезивным материалом	КАМ	28	Бюгельный протез	БП
9	Зуб, подлежащий удалению вследствие пародонтита и его осложнений	УП	29	Съемная цельнолитая шина	ЦШ
10	Коронка металлическая штампованная	КМ	30	Съемная цельнолитая шина-протез	ЦШП
11	Коронка штампованная, облицованная пластмассой	КО	31	Снятие коронки	СК
12	Коронка пластмассовая	КП	32	Адгезивный мостовидный протез: а) коронка б) зуб	АК АЗ
13	Коронка фарфоровая	КФ	33	Зубы с феноменом Попова — Гадона выдвинуты по: — вертикальной оси — вертикальной оси с небным наклоном — вертикальной оси с вестибулярным наклоном — вертикальной оси с язычным наклоном — зубы выдвинуты с альвеолярным отростком	ПГВ ПГВН ПГВВ ПГВЯ ПГАО
14	Зуб фарфоровый	ЗФ	34	Виды аномального расположения опорных зубов: — вестибулярный — язычный — дистальный — медиальный — сочетанные виды	ВНз ЯНз ДНз МНз СНз
15	Фасетка	Ф	35	Отсутствие контактного пункта между зубами, ограничивающи- ми дефект зубного ряда, и рядом стоящим зубом	ОКП
16	Зуб литой металлический	Л			
17	Зуб пластмассовый	Пз			
18	Металлокерамическая коронка	МК			
19	Металлокерамический зуб	МКз			
20	Цельнолитая коронка, облицованная пластмассой	МП			

*3-й класс:*

— ткань зуба является недостаточной для ретенции или поддержки внутрикоронковых или внекоронковых реставраций в четырех или более плоскостях;

— опорные зубы требуют обширного дополнительного лечения (например, пародонтальных, эндодонтических или ортодонтических процедур в четырех или более плоскостях).

*4-й класс:*

— сильные нарушения состояния опорных зубов; опорные зубы имеют неблагоприятный прогноз.

**В. Оклюзионная схема***1-й класс:*

— идеальная окклюзия или минимальные нарушения прикуса;

— ортопедическое лечение не показано;

— 1-й класс по Энглю.

*2-й класс:*

— умеренное нарушение окклюзии. Необходимо ортодонтическое лечение (например, избирательное пришлифовывание зубов);

— 1-й класс по Энглю.

*3-й класс:*

— значительное нарушение окклюзии;  
— требуется полное восстановление окклюзионной схемы, но без изменений вертикальной окклюзионной высоты;

— II класс по Энглю.

*4-й класс:*

— сильное нарушение окклюзии;  
— требуется полное восстановление окклюзионной схемы, включая изменения вертикальной окклюзионной высоты;

— II класс 2-й подкласс и III класс по Энглю.

### **Г. Степень атрофии альвеолярного отростка**

*1-й класс:*

— высота альвеолярного гребня беззубого участка находится на уровне участка с зубами (по данным рентгенографии).

*2-й класс:*

— высота альвеолярного гребня беззубого участка находится на 1/3 ниже уровня участка с зубами (по данным рентгенографии).

*3-й класс:*

— высота альвеолярного гребня беззубого участка находится на 1/2 ниже уровня участка с зубами (по данным рентгенографии).

*4-й класс:*

— высота альвеолярного гребня беззубого участка находится на 2/3 ниже уровня участка с зубами (по данным рентгенографии).

### **6. Аномалии прикуса (по Е. Энгло):**

— 1-й класс — все виды аномалий, локализованные впереди постоянных моляров, которые находятся в «мезио-дистальной гармонии»;

— 2-й класс — первый постоянный моляр располагается позади условной линии контрольного соотношения. При этом данный класс делится еще на два подкласса:

а) первый подкласс — наклон передних зубов в вестибулярном направлении (протрузия);

б) второй подкласс — наклон резцов в язычную сторону (ретрузия);

— 3-й класс — переднее расположение первого моляра нижней челюсти относительно линии нейтрального соотношения.

### **7. Анатомо-топографическое состояние корней (по Ф. Н. Цукановой):**

— 1-й класс — дефект твердых тканей, сопровождающийся их разрушением выше уровня десневого края;

— 2-й класс — дефект твердых тканей зубов, сопровождающийся их разрушением на уровне десневого края;

— 3-й класс — дефект твердых тканей зубов, сопровождающийся их разрушением ниже уровня десневого края;

— 4-й класс — дефект твердых тканей в области многокорневых зубов, сопровождающийся без разрушения бифуркаций;

— 5-й класс — дефект твердых тканей зубов в области многокорневых зубов с разрушением бифуркаций.

### **8. Повышенная стираемость твердых тканей зубов:**

а) по клиническим формам (по А. Л. Грозовскому):

— горизонтальная;

— вертикальная;

— смешанная;

б) по протяженности патологического процесса (по В. Ю. Курляндскому):

— локализованная;

— генерализованная;

в) по степени выраженности и глубины (по М. Г. Бушану).

### **9. Частичное отсутствие зубов (по Кеннеди):**

Класс I. Двусторонние концевые дефекты.

Класс II. Односторонние концевые дефекты.

Класс III. Включенный дефект в боковом отделе.

Класс IV. Включенный дефект переднего отдела.

### **10. Полное отсутствие зубов:**

#### **А. На верхней челюсти (по Шредеру):**

— первый тип — хорошо сохранившийся альвеолярный гребень, выраженные альвеолярные бугры и высокий небный свод, переходная складка места прикрепления мышц расположена относительно высоко;

— второй класс — средневыраженная атрофия альвеолярного отростка, верхнечелюстных бугров, переходная складка расположена несколько ближе к вершине альвеолярного отростка, чем при первом классе;

— третий класс — резкая атрофия, небо плоское, переходная складка расположена в одной горизонтальной плоскости с твердым небом.

#### **Б. На нижней челюсти (по Келлеру):**

— первый этап — альвеолярный отросток незначительно и равномерно атрофирован, точки прикрепления мышц и складок слизистой оболочки расположены у основания альвеолярного отростка;

— второй тип — выраженная, но равномерная атрофия альвеолярного отростка, при этом альвеолярный гребень едва возвышается над дном полости рта, места прикрепления мышц расположены почти на уровне гребня;

— третий этап — выраженная атрофия альвеолярного отростка в боковых отделах при относительно сохранившемся в переднем отделе;

— четвертый тип — выраженная атрофия альвеолярного отростка в переднем отделе при относительно сохранившемся в боковых отделах.

### **11. Форма твердого неба:**

а) по высоте:

— глубокая;

— средняя;

— плоская;

б) по форме:

— готическое;

— лунообразное;

— плоское;

— торусальное.

### **12. Форма альвеолярного гребня:**

— треугольно-остроугольная;

— усеченного конуса;

— прямоугольная;

— шиновидная;

— полуовальная;

— уплощенная.

### **13. Типы слизистой оболочки (по Супле):**

— нормальная — характеризуется умеренной податливостью, хорошо увлажнена, бледно-розового цвета, минимально ранима;

— гипертрофированная — характеризуется большим количеством межзубочного вещества, при пальпации рыхлая, гиперемированная, хорошо увлажнена;

— атрофированная — очень плотная, бежеватого цвета, сухая;

— «болтающийся гребень» — мягкие ткани, имеющиеся на вершине альвеолярного отростка, лишены костной основы.

### **14. Аномалии положения зубов (в одном, двух, трех направлениях) по ММСИ:**

— вестибулярное;

— мезиальное;

— дистальное;

— супраположение;

- инфраположение;
- поворот вокруг оси.

#### 15. Деформация зубных рядов:

- а) феномен В. О. Попова — Годона — смещение зубов при удалении антагонистов;
- б) виды смещения зубов (по В. А. Пономареву):
  - вертикальное;
  - медиальный наклон;
  - дистальный наклон;
  - оральный наклон;
  - вестибулярный наклон;
  - поворот вокруг оси;
  - комбинированное.

#### 16. Деформация зубов и зубных рядов (по В. Ю. Миликевичу):

##### 1. Дентальная форма:

- а) вертикальная:
  - 1-я степень — выдвигание зуба за пределы окклюзионной поверхности на высоту бугров, атрофия на 1/4 длины корня;
  - 2-я степень — выдвигание зуба на 1/2 высоты коронки, атрофия на 1/2 длины корня;
  - 3-я степень — выдвигание зуба на 3/4 высоты корня, атрофия на 3/4 и больше длины корня;
- б) горизонтальная:
  - 1-я степень — коронки зубов, ограничивающих дефект, с углом наклона в сторону на 20–30°;
  - 2-я степень — коронки зубов, ограничивающих дефект, с углом наклона в сторону более 30°.

##### 2. Дентоальвеолярная:

- а) без атрофии тканей пародонта (1, 2, 3-я степени);
- б) с атрофией тканей пародонта (1, 2, 3-я степени).

##### 3. Поворот вокруг оси.

#### 17. Патологическая подвижность зубов (по Д. А. Энтину):

- 1-я степень — подвижность зуба в вестибуло-оральном направлении;
- 2-я степень — подвижность зуба в вестибуло-оральном и мезио-дистальном направлениях;
- 3-я степень — подвижность зуба в вестибуло-оральном, мезиальном и вертикальном направлениях.

#### 18. Степень тяжести пародонтита (по степени атрофии альвеолярного отростка (по В. Ю. Курляндскому):

- 1-я степень — атрофия альвеолярной кости на 1/4 длины корня зуба;
- 2-я степень — атрофия альвеолярной кости на 1/2 длины корня зуба;
- 3-я степень — атрофия альвеолярной кости на 3/4 длины корня зуба;
- 4-я степень — атрофия альвеолярной кости более 3/4 длины корня зуба.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Ананьева Н. Л.* Совершенствование системы экспертизы качества стоматологической помощи в медицинских организациях различных форм собственности : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.21 ; 14.00.33 / Н. Л. Ананьева ; Моск. мед. акад. им. И. М. Сеченова. — М., 2000. — 21 с.

2. *Долгоаршинных А. Я.* Организация внебюджетной стоматологической помощи в условиях рыночной экономики : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.21 / А. Я. Долгоаршинных ; ЦНИИ стоматологии. — М., 2002. — 22 с.

3. *Принципиальный* подход к методике определения себестоимости стоматологической услуги / В. И. Калинин, Т. В. Кудрявцева, Л. Ю. Орехова, Л. С. Слесаревская // Пародонтология. — 1999. — № 1. — С. 39–40.

4. *Каплан М. З.* Маркетинговые основы деятельности негосударственных стоматологических организаций : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.21 ; 14.00.33 / М. З. Каплан ; Моск. мед. стомат. ин-т. — М., 1999. — 25 с.

5. *Кицул И. С.* Использование метода фокус-группы при исследовании рынка стоматологических услуг / И. С. Кицул, Д. И. Хлебкович, А. Е. Бахарева // Здоровоохранение. — 2001. — № 10. — С. 151–156.

6. *Козлов В. А.* Актуальные задачи Стоматологической ассоциации Санкт-Петербурга / В. А. Козлов, И. О. Данилова // Институт стоматологии. — 2004. — № 4. — С. 20–22.

7. *Леонтьев В. К.* Развитие и обоснование системы УБГ в новых экономических условиях деятельности стоматологических учреждений России / В. К. Леонтьев, В. Т. Шестаков // Стоматология. — 2003. — Т. 82, № 3. — С. 55–60.

УДК 066.314-089.23.001:312.4776.1462/25

В. А. Лабунец, Т. В. Диева, Е. В. Диев, О. В. Лабунец

#### К МЕТОДИКЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВИДА И ФИКСАЦИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СТРУКТУРЫ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Работа посвящена разработке собственной методики изучения показателей распространенности ортопедической стоматологической заболеваемости. Авторы разработали специальную карту обследования, позволяющую экспертно оценить правильность выбора ортопедического и ортодонтического лечения, его полноту и эффективность для пациента.

Также разработана специальная памятка с экспресс-диагностикой состояния зубочелюстной системы, которая позволяет на совершенно новом уровне проводить изучение ортопедической заболеваемости.

**Ключевые слова:** заболеваемость, стоматологический диагноз, экспертиза качества стоматологического лечения, эпидемиологические исследования.

UDC 066.314-089.23.001:312.4776.1462/25

#### V. A. Labunets, T. V. Dieva, Ye. V. Diev, O. V. Labunets METHODS OF DETERMINING THE KIND AND PROSTHODONTIC MORBIDITY STRUCTURE INDICES FIXATION DURING EPIDEMIOLOGICAL STUDIES

The work is dedicated to developing own methods of studying the prevalence of prosthodontics disease. The authors developed a special examination card, which allows make an expert assessment of prosthodontics and orthodontics treatment choice, its completeness and efficiency for a patient.

Also, a special leaflet with flash-diagnosis of the state of dental system, which enables studying prosthodontic diseases at the new level.

**Key words:** morbidity, dental diagnosis, examination of dental treatment, epidemiological studies.