

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 г.

Зав. кафедры _____ Смаглюк Л.В.

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

Учебная дисциплина	Ортодонтия
Модуль № 2	Аномалии и деформации зубочелюстного аппарата.
Тема занятия № 4	Сагиттальные аномалии прикуса. Мезиальный прикус. Этиология, патогенез, профилактика. Клиника и диагностика мезиального прикуса.
Курс	4
Факультет	Подготовки иностранных студентов

1. Актуальность темы: Ранняя диагностика зубочелюстных аномалий и деформаций и их своевременное лечение предупреждают стойкие нарушения прикуса. Прогенический прикус является одной из тяжелейших аномалий прикуса, которые приводят к значительным морфологическим и эстетическим нарушениям. Поэтому знание причин возникновения, особенностей клиники, диагностики и лечения этой аномалии важны в подготовке врача-стоматолога.

2. Конкретные цели:

Знать причины, которые способствуют развитию разных форм прогенического прикуса;

Знать особенности клиники прогенического прикуса;

Знать алгоритм обследования пациентов с прогеническим прикусом;

Знать классификации прогенических форм прикуса, их преимущества и недостатка;

Уметь диагностировать разные клинические формы прогенического прикуса;

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

Название предыдущих дисциплин	Полученные знания, умения, навыки
Анатомия	Определить отклонение в строении лица
Рентгенология	На основе анализа фасных ТРГ определить форму ЗЧА
Ортодонтия	Уметь избирать рациональную конструкцию ортодонтического аппарата для лечения прогенического прикуса

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

Учебное задание	Указания к заданию
Выучить факторы, которые приводят к развитию прогенического прикуса	Перечислить унаследованные, врожденные и приобретенные факторы, которые способствуют развитию прогенического прикуса
Выучить эстетические. Морфологические и функциональные особенности строения лица и полости рта	Назвать основные эстетические, морфологические и функциональные особенности строения лица при физиологическом и разных формах прогенического прикуса.

Выучить основные методы лечения и профилактики разных форм прогенического прикуса	Перечислить основные мероприятия при лечении и профилактике разных форм прогенического прикуса.
---	---

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

Термин	Определение
Прогения	обозначает переднее положение подбородка
Прогенический прикус	соотношение зубов во фронтальном участке при котором нижние резцы перекрывают верхние с наличием сагиттальной щели или без нее и нарушениями соотношения в боковых участках

4.2. Теоретические вопросы к занятию:

1. Основные этиологические факторы, которые способствуют развитию сагиттальных аномалий в антенатальном периоде.
2. Факторы, которые приводят к развитию сагиттальных аномалий в постнатальном периоде.
3. Ориентиры описания прикуса в сагиттальной плоскости.
4. Определение понятия «прогенические формы прикуса».
5. Факторы, которые способствуют развитию разных форм прогенического прикуса.
6. Патогенез прогенического прикуса.
7. Лицевые, морфологические и функциональные нарушения при разных формах прогенического прикуса.
8. Особенности диагностики разных форм прогенического прикуса.

4.3. Практические работы (задачи), которые выполняются на занятии:

1. Определение факторов риска развития прогенического прикуса.
2. Определение патогенеза развития прогенического прикуса.
3. Определение групп риска, развития прогенического прикуса.
4. Определение прогноза возникновения прогенического прикуса.

Содержание темы:

Срединно-сагиттальная плоскость проходит спереди назад и разделяет лицо пациента на две половины. В этой плоскости определяют соотношение верхней и нижней челюстей в передне-заднем направлении. Ориентирами описания прикуса в сагиттальной плоскости есть: характер перекрытия резцов: правильное или обратное; наличие сагиттальной щели – пространство между резцами превышающего 2-3 мм, соотношения клыков и первых постоянных моляров (вторых временных моляров). Соотношения фронтальных зубов может быть правильным, прогнатичным или прогеническим; положение нижней челюсти, а так и соотношение первых постоянных моляров может быть

правильным или нейтральным, мезиальным и дистальным.

В сагиттальной плоскости к патологическим видам относят прогнатический и прогенический прикус. В современной литературе есть несогласованность в терминологии и содержании, которое вкладывается в эти понятия.

Изучению проблем клиники, диагностики и лечения сагиттальных аномалий прикуса посвящены работы многих отечественных ученых.

Прогенический прикус характеризуется обратным соотношением зубов во фронтальном участке - при котором верхние резцы перекрывают нижние с наличием сагиттальной щели или без нее и нарушениями соотношения в боковых участках.

Термин "прогения" в переводе с греческого обозначает переднее положение подбородка, термин "мезиальный прикус" был введен в ортодонтическую практику Lisher в 1926 году.

Анализ существующих классификаций клинических форм прогенического прикуса показал, что большинство авторов различает две формы: истинную и ложную прогению. При ложной прогении соотношения зубов в боковых участках не нарушены, а отмечаются изменения только во фронтальном участке. При истинной форме прогении отмечаются нарушения как во фронтальном, так и в боковых участках.

По классификации Э. Энгля ложную прогению можно отнести к I классу, а истинную - к III- му.

Л.В.Ильина-Маркосян (1955) рассматривает три формы прогении: истинную и две ложные (фронтальный и принужденный прикусы).

А.И.Бетельман (1956) истинную прогению именует - "мезиальный прикус" с чрезмерно развитой функцией мышц выдвигателей и выделяет три формы в зависимости от размеров челюстей:

- 1 форма - нижняя макрогения,
- 2 форма - верхняя микрогнатия,
- 3 форма - верхняя микрогнатия и нижняя макрогения.

Д.А.Калвелис (1957) относит подобную патологию к сагиттальным аномалиям прикуса и подразделяет их на истинную и ложную.

В.А.Богацкий (1971) выделяет три степени истинной прогении:

Степень I - характеризуется обратным фронтальным перекрытием с наличием контактов между зубами или сагиттальной щелью до 2 мм, увеличением нижнечелюстных углов до 131° , нарушением соотношения шестых зубов верхней и нижней челюстей в сагиттальном направлении до 5 мм, аномальным расположением отдельных зубов.

Для II степени характерно наличие сагиттальной щели до 10 мм, нарушение сагиттального соотношения между клыками и первыми постоянными молярами, которое доходит до 10 мм, с увеличением нижнечелюстных углов до 133° , аномальным расположением отдельных или групп зубов, возможно сужение верхней челюсти и сочетание с вертикальными аномалиями (открытым или глубоким прикусом).

Для III степени истинной прогении характерна сагиттальная щель более 10 мм; нарушение сагиттального соотношения между первыми постоянными молярами может достигать 11-18 мм, с увеличением размеров

нижнечелюстных углов до 145°, аномальным положением отдельных или групп зубов, а также сочетанием с вертикальными аномалиями прикуса разной степени выраженности.

Н.Г.Аболмасов (1982) предлагает такую классификацию прогении:

Истинная прогения 1 формы (увеличение всех параметров нижней челюсти и зубного ряда).

А. При нормальной верхней челюсти.

Б. При недоразвитии верхней челюсти или ее дистальном положении в черепе.

Истинная прогения 2 формы.

А. Увеличенная базальная часть нижней челюсти при обратном смыкании отдельных зубов, прямом контакте передних зубов или с минимальным перекрытием.

Б. Изолированное разрастание подбородочной части нижней челюсти.

Верхняя микрогнатия.

Ложная (ошибочная) прогения (принужденный прикус вследствие переднего сдвига нижней челюсти).

Прогеническое соотношения передних зубов.

1. За счет наклона передних зубов верхней и нижней челюсти.

2. За счет наклона зубов и аномалии альвеолярных ростков.

Сочетанные формы.

А.И.Гаврилов и А.С.Щербаков (1984) выделяют такие формы: истинная прогения (нижняя макрогнатия); ложная прогения (верхняя микрогнатия); - принужденный прикус.

Л.П.Григорьева (1984) различает два вида прогенического прикуса - прогенический мезиальный и прогенический нейтральный.

Частота прогенического прикуса намного меньше, чем прогнатического и колеблется в границах от 2,1 до 7,5%.

Относительно этиологии прогенических видов прикуса, большинство авторов указывают на наследственный фактор. Ряд авторов придает большое значение внутриутробному развитию плода. Так, прогенический прикус чаще встречается у детей из числа родившихся при поперечном положении плода, седалищном или ножном предлежании.

К **причинам** развития прогенического прикуса относят также следующие:

1. Заболевания эндокринной системы (это может привести к аномалиям

размеров челюстей).

2. Патологию верхних дыхательных путей (аденоидные разращения с ротовым дыханием).

3. Вредные привычки сосания верхней губы, пальца.

4. Макроглоссию - увеличения размеров языка.

5. Бугры временных зубов, которые не стерлись.

6. Преждевременное удаление временных моляров.

Лицевые признаки прогенического прикуса типичны. При внешнем осмотре больных в первую очередь обращает на себя внимание следующее:

1. Отмечается резкое выступание подбородка и нижней челюсти вперед.

2. Увеличение углов, тела и ветвей нижней челюсти.
3. Удлинение нижней части лица.
4. Уплотнение или западение средней части лица (от переносицы до подносовой точки) и верхней губы.
5. Укорочение верхней губы (кажущееся или явное).
6. Кажущееся утолщение и выстояние нижней губы, превалирование ее над верхней, иногда незначительный ее выворот.
7. Выраженность (углубление) носогубных складок.
8. Сглаженность губно-подбородочной борозды.

Выраженность лицевых признаков зависит от возраста ребенка, степени выраженности морфологических нарушений прикуса, присоединения аномалий в вертикальном или трансверзальном направлениях.

Внутри ротовые признаки характеризуются:

1. Обратным соотношением (перекрытием) фронтальных зубов.
2. Наличием сагиттальной щели разного размера (от 2 до 12-15 мм).
3. Нарушением соотношения в боковых участках по сагиттали (мезиальное) и по трансверзали (сужение верхней челюсти).
4. Несоответствие размеров и формы зубных дуг верхней и нижней челюсти в сагиттальном и трансверзальном направлениях.
5. Аномальное расположение отдельных или групп зубов (наличие диастемы и трем на нижней челюсти, скученность зубов, дистопия клыков, тортоаномалии и т.п.).

Функциональные нарушения многочисленны и зависят от степени выраженности морфологических изменений прикуса и связаны в первую очередь с изменением деятельности жевательных мышц.

Для **зубоальвеолярной формы** прогенического прикуса характерна ретрузия верхних резцов и протрузия нижних; несоответствие длины зубных дуг и апикальных базисов челюстей. При этом происходит изменение размеров таких углов как: ANB, В, ММ и др.

Для **гнатической формы** характерно укорочение базиса верхней челюсти; несоответствие длины верхней и нижней челюсти и переднего основания черепа. Сочетание заднего расположения верхней челюсти с недоразвитием ее тела и чрезмерным удлинением тела нижней значительно нарушает эстетику лица и обуславливает показания к "хирургическому устранению деформации. Нарушения со стороны нижней челюсти выражаются в удлинении ее тела и ветвей; увеличении нижнечелюстных углов. Могут отмечаться и **сочетанные формы**.

Дифференциальная диагностика разных форм прогенического прикуса базируется на изучении данных анамнеза (в том числе и генетического), антропо- и фотометрического изучения лица, ТРГ, биометрии моделей челюстей и функциональных методов исследования.

Материалы для самоконтроля:

А. Задачи для самоконтроля:

1. К ортодонту обратились родители с ребенком 6-ти лет. Лицо без особенностей. Прикус временных зубов. Нижние резцы перекрывают верхние

на 1/2 высоты коронки. Верхний клык проецируется над первым нижним моляром, передний щечный бугорок верхнего второго временного моляра контактирует с задним щечным бугорком нижнего. Определяются диастема и тремы во фронтальном участке нижней челюсти. Определите возможный этиологический фактор данной патологии?

- парафункции языка
- закусывание нижней губы
- сосание щек
- аденоидэктомия
- сон на одной стороне.

2. К ортодонту обратились родители с ребенком 6-ти лет. Лицо без особенностей. Прикус временных зубов. Нижние резцы перекрывают верхние на 1/2 высоты коронки. Верхний клык проецируется над первым нижним моляром, передний щечный бугорок верхнего второго временного моляра контактирует с задним щечным бугорком нижнего. Определяются диастема и тремы во фронтальном участке нижней челюсти. Патогенез прогенического соотношения челюстей может быть обусловлен?

- укорочением верхнего зубного ряда
- укорочением нижнего зубного ряда
- сужением нижнего зубного ряда
- дистальным смещением нижней челюсти
- удлинением верхнего зубного ряда

3. К ортодонту обратились родители с ребенком 12 лет с жалобами на эстетические недостатки. Гиперстенического телосложения, с избыточной массой тела. При осмотре: удлиненная нижняя часть лица, выступающий вперед подбородок, увеличенный угол нижней челюсти. Прикус постоянных зубов, обратное резцовое перекрытие с сагиттальной щелью 3-4мм. Соотношение клыков и первых постоянных моляров по III классу Энгля. Развитие мезиального прикуса может быть вызвано?

- эндокринными нарушениями
- условиями жизни пациента
- характером питания
- чрезмерными физическими нагрузками
- ускоренным прорезыванием зубов

4. К ортодонту обратились родители с ребенком 12 лет с жалобами на эстетические недостатки. Гиперстенического телосложения, с избыточной массой тела. При осмотре: удлиненная нижняя часть лица, выступающий вперед подбородок, увеличенный угол нижней челюсти. Прикус постоянных зубов, обратное резцовое перекрытие с сагиттальной щелью 3-4мм. Соотношение клыков и первых постоянных моляров по III классу Энгля. Макрогнатия нижней челюсти может быть обусловлена?

- нарушением роста мандибулярного комплекса
- нарушением закладки количества зубов
- нарушением роста назо-верхнечелюстного комплекса

нарушением роста синхондрозов основания черепа
нарушением прорезывания зубов

5. Родители с ребенком 8 лет с жалобами на эстетические недостатки. У отца аналогичная аномалия прикуса. Лицо удлиненное за счет увеличения нижней части, уплощенная верхняя губа, прямой подбородок со сглаженной губно-подбородочной бороздой. Прикус смены зубов. Обратное резцовое перекрытие на 1/2 величины верхнего резца. Мезиальное соотношение клыков и первых постоянных моляров. Верхняя зубная дуга меньше нижней на величину щечного бугорка. Причинами мезиального прикуса в данной клинической ситуации могут быть?

- наследственность
- сосание щек
- привычка грызть ногти
- искусственное вскармливание
- закусывание нижней губы

6. К ортодонту обратились родители с ребенком 8 лет с жалобами на эстетические недостатки. У отца аналогичная аномалия прикуса. Лицо удлиненное за счет увеличения нижней части, уплощенная верхняя губа, прямой подбородок со сглаженной губно-подбородочной бороздой. Прикус смены зубов. Обратное резцовое перекрытие на 1/2 величины верхнего резца. Мезиальное соотношение клыков и первых постоянных моляров. Верхняя зубная дуга меньше нижней на величину щечного бугорка. Увеличение нижней трети лица может быть обусловлено?

- вертикальным ростом нижней челюсти
- горизонтальным ростом нижней челюсти
- нейтральным ростом нижней челюсти
- аксиальным ростом нижней челюсти
- ортогеническим ростом нижней челюсти

7. У месячного ребенка определяется прямой подбородок. Соотношение альвеолярных отростков челюстей прямое, вертикальная щель 3мм. Какое соотношение челюстей у новорожденного считается физиологическим?

- реггения
- прогения
- прогнатия
- ортогнатия
- ортогения

8. У месячного ребенка определяется прямой подбородок. Соотношение альвеолярных отростков челюстей прямое, вертикальная щель 3мм. Отклонения в росте лицевого черепа при формировании мезиального прикуса начинают проявляться?

- в периоде старения временного прикуса
- в сформированном постоянном прикусе

в позднем периоде сменного прикуса
в раннем периоде сменного прикуса
в раннем периоде постоянного прикуса

9. У ребенка 9 лет во время профилактического осмотра определено следующее: лица овальное, удлиненное с уплощенной верхней и оттопыренной нижней губой, подбородок выступает вперед. Прикус смены зубов. Нижние резцы перекрывают верхние на 1/3, сагиттальная щель 2мм, отсутствуют верхние латеральные резцы, соотношение первых постоянных моляров по I классу Энгля. Отсутствуют нижние временные моляры. Определите возможный этиологический фактор формирования прогенического соотношения в данной клинической ситуации:

адентия латеральных резцов
протрузия нижних резцов
раннее удаление зубов на нижней челюсти
ротовое дыхание
закусывание щек

10. У ребенка 9 лет во время профилактического осмотра определено следующее: лица овальное, удлиненное с уплощенной верхней и оттопыренной нижней губой, подбородок выступает вперед. Прикус смены зубов. Нижние резцы перекрывают верхние на 1/3, сагиттальная щель 2мм, отсутствуют верхние латеральные резцы, соотношение первых постоянных моляров по I классу Энгля. Патогенез прогенического соотношения челюстей в результате адентии латеральных резцов обусловлен?

укорочением фронтального участка верхней челюсти по сагиттали
удлинением фронтального участка верхней челюсти по сагиттали
укорочением фронтального участка верхней челюсти по вертикали
удлинением фронтального участка верхней челюсти по вертикали
расширением фронтального участка верхней челюсти по трансверзали

11. В клинику обратились родители с ребенком 5 лет. Лицо узкое длинное, с выступающим вперед подбородком. Определяется обратное резцовое перекрытие, глубина $\frac{1}{2}$ высоты коронок. Верхние клыки проецируются между временными молярами. Сагиттальная щель 2мм. У ребенка отсутствуют признаки стирания бугров временных зубов. Определите возможный этиологический фактор формирования прогенического прикуса в данной клинической ситуации?

несошлифованные бугорки молочных моляров
закусывание щеки
микроглоссия языка
лордоз
сосание пальца

12. В клинику обратились родители с ребенком 5 лет. Лицо узкое длинное, с выступающим вперед подбородком. Определяется обратное резцовое перекрытие, глубина $\frac{1}{2}$ высоты коронок. Верхние клыки

проецируются между временными молярами. Сагиттальная щель 2мм. У ребенка отсутствуют признаки стирания бугров временных зубов. Патогенез формирования прогенического соотношения челюстей при несошлифованных буграх молочных клыков обусловлен?

- сдерживанием роста верхней челюсти в сагиттальном направлении
- формирование ротового дыхания
- неправильной артикуляцией языка
- изменением химического состава слюны
- увеличением объема полости рта.

13. У пациента 12 лет определяется прикус постоянных зубов. Во фронтальном участке нижние зубы расположены кпереди от верхних, с наличием промежутков. При смыкании зубов в привычной окклюзии определяется давление кончиком языка на фронтальные зубы нижней челюсти. Соотношение первых постоянных моляров - 3 класс Энгля. В анамнезе аденоидэктомия в 8 лет. Причинами мезиального прикуса могут быть?

- ротовое дыхание
- сосание щек
- привычка грызть ногти
- искусственное вскармливание
- закусывание нижней губы

14. У пациента 12 лет определяется прикус постоянных зубов. Во фронтальном участке нижние зубы расположены кпереди от верхних, с наличием промежутков. При смыкании зубов в привычной окклюзии определяется давление кончиком языка на фронтальные зубы нижней челюсти. Соотношение первых постоянных моляров - 3 класс Энгля. В анамнезе аденоидэктомия в 8 лет. Патогенез мезиального расположения нижней челюсти при ротовом типе дыхания может быть обусловлен?

- мезиальным смещением нижней челюсти при ротовом дыхании
- отсутствием тонуса щечной мышцы
- дефектом зубного ряда нижней челюсти
- микроглоссией
- характером принимаемой пищи.

15. У пациентки 10 лет при осмотре в школе определяется складчатый язык, с отпечатками зубов на боковой поверхности. Нижние и верхние резцы имеют вестибулярный наклон. Нижние резцы перекрывают верхние на 1/3 высоты. Сагиттальная щель 2мм. Соотношение первых моляров — 3 класс Энгля. Для лечения данной аномалии пациентке назначен аппарат Брюкля. Чрезмерному развитию нижней челюсти способствует?

- макроглоссия
- объемные губы
- характер пищи
- умственное развитие
- физическая нагрузка

16. У пациентки 10 лет при осмотре в школе определяется складчатый язык, с отпечатками зубов на боковой поверхности. Нижние и верхние резцы имеют вестибулярный наклон. Нижние резцы перекрывают верхние на 1/3 высоты. Сагиттальная щель 2мм. Соотношение первых моляров – 3 класс Энгля. Для лечения данной аномалии пациентке назначен аппарат Брюкля. Патогенез протрузии нижних резцов при прогеническом прикусе может быть обусловлен?

- давлением языка
- давлением нижней губы
- давлением щеки
- давлением боковых зубов
- давлением в гайморовой пазухе

17. В клинику обратились родители с ребенком 3 лет на консультацию по поводу аномалии прикуса. У мальчика определяется оттопыренная нижняя губа. Нижние фронтальные зубы перекрывают верхние на 3мм, сохранен резцовый контакт. Верхние клыки проецируются на первые временные моляры. У папы диагностирован 3 класс. Со слов мамы переднее положение нижней челюсти отмечалось у ребенка с момента рождения. Причинами мезиального прикуса в данной клинической ситуации могут быть?

- наследственность
- сосание щек
- привычка грызть ногти
- искусственное вскармливание
- закусывание нижней губы

18. В клинику обратились родители с ребенком 3 лет на консультацию по поводу аномалии прикуса. У мальчика определяется оттопыренная нижняя губа. Нижние фронтальные зубы перекрывают верхние на 3мм, сохранен резцовый контакт. Верхние клыки проецируются на первые временные моляры. У папы диагностирован 3 класс. Со слов мамы переднее положение нижней челюсти отмечалось у ребенка с момента рождения. Какое соотношение челюстей у новорожденного считается физиологическим?

- реггения
- прогения
- прогнатия
- ортогнатия
- ортогения

19. В клинику обратился пациент 18 лет с жалобами на некрасивое лицо. Объективно: лицо длинное, треугольной формы, выступающий вперед острый подбородок. Нижняя губа значительно превалирует над верхней. Глубокие носо-губные складки. Диагноз 3 класс по Энглю. 3 степень тяжести по Богацкому. Анализ ТРГ- скелетная форма аномалии, нижнечелюстная макрогнатия. Макрогнатия нижней челюсти может быть обусловлена?

- нарушением роста мандибулярного комплекса
- нарушением роста синхондрозов свода черепа

нарушением роста назо-верхнечелюстного комплекса
нарушением роста синхондрозов основания череп
нарушением прорезывания зубов

20. В клинику обратился пациент 18 лет с жалобами на некрасивое лицо. Объективно: лицо длинное, треугольной формы, выступающий вперед острый подбородок. Нижняя губа значительно превалирует над верхней. Глубокие носо-губные складки. Диагноз 3 класс по Энгля. 3 степень тяжести по Богацкому. Анализ ТРГ- скелетная форма аномалии, нижнечелюстная макрогнатия. Зоной роста нижней челюсти является?

суставной отросток нижней челюсти
симфиз
ментальное отверстие
нижнечелюстной канал
венечный отросток ветви нижней челюсти

21. При осмотре у пациента 8 лет выявлено: состояние после хейло и уранопластики. Уплотнение средней зоны лица. Нижняя губа перекрывает верхнюю. Диагноз ложная прогения. Имеет ортодонтический аппарат на верхнюю челюсть с окклюзионными накладками и трехмерным винтом. Формирование прогенического соотношения челюстей у данного пациента может быть обусловлено?

врожденным пороком развития верхней челюсти
условиями жизни пациента
характером питания
чрезмерными физическими нагрузками
ускоренным прорезыванием зубов

22. При осмотре у пациента 8 лет выявлено: состояние после хейло и уранопластики. Уплотнение средней зоны лица. Нижняя губа перекрывает верхнюю. Диагноз ложная прогения. Имеет ортодонтический аппарат на верхнюю челюсть с окклюзионными накладками и трехмерным винтом. Патогенез формирования прогенического соотношения челюстей обусловлен?

сдерживанием роста верхней челюсти в сагиттальном направлении
после уранопластики
формирование ротового дыхания
неправильной артикуляцией языка
изменением химического состава слюны
увеличением объема полости рта

23. При профилактическом осмотре в детском саду выявлен ребенок 4 лет с диагнозом прогенический прикус. Объективно: определяется обратное резцовое перекрытие на $\frac{1}{2}$ высоты коронки, наклон нижних резцов вестибулярно, верхних орально. Соотношение на клыках нейтральное. Со слов воспитательницы во время сна сосет 4 пальца правой руки. Причинами мезиального прикуса в данной клинической ситуации могут быть?

сосание пальцев

привычка грызть ногти
наследственность
искусственное вскармливание
закусывание нижней губы

24. При профилактическом осмотре в детском саду выявлен ребенок 4 лет с диагнозом прогенический прикус. Объективно: определяется обратное резцовое перекрытие на $\frac{1}{2}$ высоты коронки, наклон нижних резцов вестибулярно, верхних орально. Соотношение на клыках нейтральное. Со слов воспитательницы во время сна сосет 4 пальца правой руки. Патогенез ретрузии верхних резцов при прогеническом прикусе может быть обусловлен?

давлением пальцев во время сосания
давлением нижней губы
давлением щеки
давлением языка
давлением боковых зубов

25. К ортодонту обратились родители с ребенком 6-ти лет. Лицо без особенностей. Прикус временных зубов. Нижние резцы перекрывают верхние на $\frac{1}{2}$ высоты коронки. Верхний клык проецируется над первым нижним моляром, передний щечный бугорок верхнего второго временного моляра контактирует с задним щечным бугорком нижнего. Определите диагноз по классификации Калвелеса?

истинная прогения
прогенический мезиальный прикус
прогенический нейтральный прикус
ложная прогения
ортогенический прикус

26. К ортодонту обратились родители с ребенком 6-ти лет. Лицо без особенностей. Прикус временных зубов. Нижние резцы перекрывают верхние на $\frac{1}{2}$ высоты коронки. Верхний клык проецируется над первым нижним моляром, передний щечный бугорок верхнего второго временного моляра контактирует с задним щечным бугорком нижнего. С помощью какого метода биометрического исследования можно определить укорочение переднего участка зубной дуги?

Korkgaus
Gerlach
Pont
Howes
Hawley

27. К ортодонту обратились родители с ребенком 12 лет с жалобами на эстетический недостаток. При осмотре: удлинённая нижняя часть лица, выступающий вперед подбородок, увеличенный угол нижней челюсти. Прикус постоянных зубов, обратное резцовое перекрытие с сагиттальной щелью 3-4мм. Соотношение клыков и первых постоянных моляров по III классу Энгля.

Определите диагноз по классификации А.И.Бетельмана?

- мезиальный прикус
- прогнатия
- дистальный прикус
- прогени
- прогенический прикус

28. К ортодонту обратились родители с ребенком 12 лет с жалобами на эстетический недостаток. При осмотре: удлинённая нижняя часть лица, выступающий вперед подбородок, увеличенный угол нижней челюсти. Прикус постоянных зубов, обратное резцовое перекрытие с сагиттальной щелью 3-4мм. Соотношение клыков и первых постоянных моляров по III классу Энгля. Какой метод диагностики необходимо провести для определения формы аномалии прикуса?

- ТРГ
- антропометрия
- миография
- фотометрия
- биометрия КДМ

29. К ортодонту обратились родители с ребенком 8 лет с жалобами на эстетический недостаток. У отца аналогичная аномалия прикуса. Лицо удлинённое за счет увеличения нижней части, уплощенная верхняя губа, прямой подбородок со сглаженной губно-подбородочной бороздой. Прикус смены зубов. Обратное резцовое перекрытие на 1/2 величины верхнего резца. Сагиттальная щель 2мм. Соотношение первых постоянных моляров- 3 класс Энгля. Верхняя зубная дуга меньше нижней на величину щечного бугорка. Угол нижней челюсти -131°. Определите диагноз по классификации А.Д. Калвелеса?

- истинная прогения
- прогенический прикус
- ложная прогения
- мезиальный прикус
- ортогенический прикус

30. К ортодонту обратились родители с ребенком 8 лет с жалобами на эстетический недостаток. У отца аналогичная аномалия прикуса. Лицо удлинённое за счет увеличения нижней части, уплощенная верхняя губа, прямой подбородок со сглаженной губно-подбородочной бороздой. Прикус смены зубов. Обратное резцовое перекрытие на 1/2 величины верхнего резца. Сагиттальная щель 2мм. Соотношение первых постоянных моляров- 3 класс Энгля. Верхняя зубная дуга меньше нижней на величину щечного бугорка. Угол нижней челюсти -131°. Определите степень тяжести аномалии по классификации Богацкого?

- 1 степень
- 2 степень
- 3 степень

4 степень

5 степень

31. У новорожденного сагиттальное пространство между альвеолярными дугами составляет 2мм. Развитие какого прикуса можно прогнозировать в данном случае?

мезиального

физиологического

дистального

прямого

открытого

32. У новорожденного сагиттальное пространство между альвеолярными дугами составляет 2мм. Какой величины должно быть сагиттальное пространство между альвеолярными дугами у новорожденного?

5-7мм

2-3мм

3-4мм

4-5мм

1- 2мм

33. У ребенка 9 лет во время профилактического осмотра определено следующее: лица овальное, удлиненное с уплощенной верхней и оттопыренной нижней губой, подбородок выступает вперед. Прикус смены зубов. Нижние резцы перекрывают верхние на 1/3, сагиттальная щель 2мм, отсутствуют верхние латеральные резцы, соотношение первых постоянных моляров по I классу Энгля. Определите диагноз по классификации Л.П.Григорьевой?

прогенический нейтральный прикус

мезиальный прикус

нейтральный прикус

прогения ложная

прогения истинная

34. У ребенка 9 лет во время профилактического осмотра определено следующее: лица овальное, удлиненное с уплощенной верхней и оттопыренной нижней губой, подбородок выступает вперед. Прикус смены зубов. Нижние резцы перекрывают верхние на 1/3, сагиттальная щель 2мм, отсутствуют верхние латеральные резцы, соотношение первых постоянных моляров по 3 классу Энгля. Какое рентгенологическое исследование целесообразно при определении причины ретенции зубов?

панорамная рентгенография

профильная ТРГ

прямая ТРГ

рентгенография вприкус

контрастная рентгенография

35. В клинику обратились родители с ребенком 5 лет. Лицо узкое

длинное, с выступающим вперед подбородком. Определяется обратное резцовое перекрытие, глубина $\frac{1}{2}$ высоты коронок. Верхние клыки проецируются между временными молярами. Сагиттальная щель 2мм. У ребенка отсутствуют признаки стирания бугров временных зубов. Поставьте диагноз по классификации Калвеллиса?

- истинная прогения
- прогенический прикус
- ложная прогения
- мезиальный прикус
- ортогенический прикус

Литература.

Основная:

1. Руководство по ортодонтии [под редакцией Хорошилкиной Ф.Я]– М. : Медицина,1999. –800с.
2. Флис П.С. Ортодонтия / П.С.Флис. – Винница: Новая книга, 2007. –311с.
3. Куцевляк В.И. Профилактика зубочелюстных аномалий./ В.И. Куцевляк – Винница: Новая Книга, 2005. – 308с
4. Головкин Н.В. Практикум з ортодонтії / Н.В.Головкин. – Вінниця: Нова Книга, 2004. – 208с.

Дополнительная:

1. Бетельман А.И. Ортодонтия и челюстно-лицевая ортопедия / А.И.Бетельман. – К. : Госмедиздат, 1958. – 382с.