

МИНИСТЕРСТВО ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ УКРАИНЫ  
ВЫСШЕЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧЕБНОЕ ЗАВЕДЕНИЕ УКРАИНЫ  
«УКРАИНСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ  
АКАДЕМИЯ»

Утверждено  
на заседании кафедры ортодонтии

\_\_\_\_\_  
протокол № 1 от 23.08.2017 г.  
Зав. кафедрой \_\_\_\_\_ Л.В.Смаглюк

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

Учебная дисциплина	Ортодонтия
Модуль № 2	
Тема занятия № 9	Вертикальные аномалии прикуса. Глубокий прикус. Этиология, патогенез, профилактика. Клиника, диагностика глубокого прикуса.
	IV
Факультет	Подготовки иностранных студентов

Полтава 2017

**1. Актуальность темы:**

Глубокий прикус относят к распространенным аномалиям прикуса. Лечение его эффективно во время физиологического подъема высоты прикуса. Лечение в другие периоды достаточно сложно и продолжительно.

Поэтому знание факторов, которые приводят к развитию глубокого прикуса, его патогенеза, особенностей диагностики, клиники, лечения и профилактики важно в подготовке врача-стоматолога ортодонта.

## **2. Конкретные цели:**

Трактовать причины возникновения, особенности патогенеза глубокого прикуса; знать клинику, анализировать диагностику, уметь предложить профилактические мероприятия различных форм глубокого прикуса.

Трактовать периоды физиологического подъема высоты прикуса.

Анализировать особенности клинической диагностики разных форм глубокого прикуса.

Предложить проведения дополнительных исследований разных форм глубокого прикуса.

Трактовать принципы формирования окончательного ортодонтического диагноза.

Предложить методы лечения разных форм глубокого прикуса.

Составить план лечения разных форм глубокого прикуса.

Предложить профилактические меры по предупреждению развития глубокого прикуса.

Определить период развития прикуса.

Провести клиническое обследование ортодонтического пациента.

Назначить дополнительные методы исследования.

Анализировать данные дополнительных исследований.

Определить окончательный диагноз.

Изобразить блок-схему в учебных альбомах по всем пунктам данной темы.

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

Название предыдущих дисциплин	Полученные навыки
Анатомия	Знать строение костей лицевого скелета.  Определять отклонения в строении лица.
Рентгенология	Знать рентгенологическую диагностику ЗЧА.  Определить форму ЗЧА на основе анализа боковых ТРГ.
Детская стоматология	Знать рост и развитие лицевого

	скелета и мышц в возрастном аспекте, сроки прорезывания зубов. Владеть принципами санации полости рта в предупреждении развития вертикальных аномалий прикуса.
Психология	Знать принципы усвоения информации в детском возрасте.  Дать рекомендации родителям о проведении ортодонтического лечения.

#### **4. Задания для самостоятельной работы во время подготовки к занятию и на занятии.**

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

Термин	Определение (значение, трактовка)
Какие термины применяют для характеристики глубокого прикуса	«Снижающий прикус», «Травмирующий прикус», «Глубокое фронтальное или резцовое перекрытие», «Глубокая резцовая окклюзия»
Нормальное резцовое перекрытие	Нормальным резцовым перекрытием считают 1/3 высоты коронок резцов
Снижающийся прикус	прогрессирующий процесс, при котором резцы одной челюсти теряют опору на дентальных буграх противостоящих зубов и соскальзывают к десневому краю
Травмирующий прикус	Свидетельствует о том, что передние зубы одной челюсти при смыкании зубных рядов упираются в слизистую оболочку десны или альвеолярного отростка противоположной челюсти
Глубокое фронтальное или резцовое перекрытие	Различные виды глубокого прикуса: снижающийся прикус, травмирующий прикус, отсутствие контактов между верхними и нижними резцами, отсутствие контактов между резцами и слизистой оболочкой

	противоположной челюсти при перекрытии большем, чем на 1/3 высоты коронок резцов.
Конфигурация лица при глубоком прикусе	Укорочение нижней трети лица, резко выраженные носогубные и подбородочная складки, вывернутая нижняя губа.

#### 4.2. Теоретические вопросы к занятию:

1. Характеристика периодов физиологического подъема высоты прикуса.
2. Факторы, которые способствуют развитию разных форм глубокого прикуса.
3. Патогенез открытого прикуса.
4. Особенности диагностики глубокого прикуса.
5. Лицевые признаки разных форм глубокого прикуса.
6. Внутриротовые признаки разных форм глубокого прикуса.
7. Характеристика нарушения функций при глубоком прикусе.
8. Методы диагностики.
9. Профилактические мероприятия для предупреждения развития глубокого прикуса.

#### 4.3. Практические задания, которые выполняются на занятии

1. Описание КДМ, постановка диагноза по контрольно-диагностическим моделям
2. Определение клинических форм глубокого прикуса по КДМ
3. Определить, какие функциональные нарушения имеются у пациентов с глубоким прикусом.

#### Содержание темы:

Глубокий прикус - характеризуется увеличением глубины резцового перекрытия. Перекрытие верхними резцами нижних до 1/2 высоты коронки считается вариантом нормы. Однако, наличие при этом патологического стирания зубов и определение дисфункции ВНЧС является показанием к началу ортодонтического лечения.

Глубокий прикус встречается во всех периодах развития зубочелюстной системы. Его распространенность очень вариабельна, поскольку часто эта патология сочетается с аномалиями прикуса в сагиттальной плоскости и колеблется в границах от 6,5 до 20%.

Различают 4 периода физиологического подъема высоты прикуса, во время которых отмечаются наиболее благоприятные условия для лечения глубокого прикуса. Первый период соответствует завершению прорезывания последних временных моляров; второй - прорезыванию первых постоянных моляров; третий соответствует смене зубов в боковых участках (клыков,

премоляров и вторых постоянных моляров) и четвертый - прорезыванию третьего постоянного моляра.

Этиология глубокого прикуса недостаточно изучена. Эту патологию считают детищем цивилизации, поскольку на ископаемых черепках она не выявлена. Развитие глубокого прикуса связывают со следующими причинами:

1. Редукция ветви нижней челюсти и преимущество тонуса височных мышц над мышцами, которые выдвигают нижнюю челюсть вперед (латеральные крыловидные).
2. Наследственная передача.
3. Нарушения последовательности прорезывания зубов (если сначала прорезываются все зубы на нижней челюсти).
4. Разрушение кариозным процессом коронок временных моляров.
5. Раннее удаление временных моляров и снижение высоты прикуса.
6. Повышенная стертость коронок зубов.
7. Вредные привычки сосания и прикусывания пальцев и инородных тел.
8. Дистальный сдвиг нижней челюсти
9. Нарушения функций дыхания, глотания, речи.

**Лицевые признаки глубокого прикуса** зависят от его сочетания с сагиттальными аномалиями прикуса, степени тяжести патологии и возраста пациента. Они могут проявляться в виде:

1. Укорочения нижней части лица.
2. Углубления губно-подбородочной борозды.
3. Оттопыренной нижней губы.
4. Изменения размеров угла нижней челюсти.

**Внутриротовые признаки** характеризуются следующим:

1. Увеличения глубины резцового перекрытия (1 степень - от  $\frac{1}{3}$  до  $\frac{2}{3}$  высоты коронки нижних резцов, до 5 мм; 2 степень от  $\frac{2}{3}$  до полного перекрытия, от 6 до 9 мм; 3 степень - перекрытие более, чем на высоту коронки нижнего резца больше 9 мм).
2. Ретрузия фронтальных зубов.
3. При наличии ретрузии может отмечаться укорочение зубных дуг и соответственно скученность фронтальных зубов.
4. Изменение формы окклюзионной плоскости - удлинение во фронтальном и укорочение в боковых участках.
5. Соотношение первых постоянных моляров может быть нейтральным, дистальным (наиболее часто) и мезиальным.

По классификации Д.А.Калвелеса - выделяют две формы глубокого прикуса: глубокий перекрывающий и глубокий крышеобразный или комбинированный с прогнатией, по классификации А.И.Бетельмана эту патологию называют глубоким прикусом с недоразвитием функции мышц, которые выдвигают нижнюю челюсть вперед (наружных крыловидных), по классификации Л.П.Григорьевой глубокий дистальный и глубокий

нейтральный.

Александрова Ю.М и Гришина А.П. описали 4 формы глубокою прикуса:

**1 форма** - полное перекрытие нижних фронтальных зубов верхними, значительное сужение апикального базиса нижней челюсти при нормальной ширине апикального базиса верхней челюсти, отсутствие искривления зубных

дуг в вертикальном направлении.

**2 форма** возникает вследствие нарушения роста альвеолярного отростка

нижней челюсти по вертикали, в результате чего возникает супраокклюзия нижних фронтальных зубов и резкое искривление окклюзионной плоскости, длина и ширина апикального базиса челюстей не имеют существенных изменений.

**3 форма** характеризуется чрезмерным ростом фронтального участка верхней и нижней челюстей по вертикали и проявлением ретрузии фронтальных зубов с полным перекрытием верхними резцами нижних, иногда

к травмированию десен в участке нижних фронтальных зубов, может

отмечаться относительное уменьшение параметров апикального базиса верхней челюсти.

**4 форма** сопровождается протрузией фронтального участка верхней челюсти, супраокклюзией нижних резцов и наличием сагиттальной щели. На верхней челюсти длина переднего участка зубного ряда и длина апикального базиса больше нормы, длина апикального базиса нижней челюсти - уменьшена.

В ВДНЗУ «УМСА» Головкин Н.В. с соавторами предложена следующая рабочая схема клинических форм глубокого прикуса:

1 форма - зубоальвеолярное удлинение во фронтальном участке верхней челюсти;

2 форма - зубоальвеолярное удлинение во фронтальном участке нижней челюсти;

3 форма - зубоальвеолярное удлинение во фронтальном участке верхней и нижней челюстей;

4 форма- зубоальвеолярное укорочение в боковых участках челюстей;

5 форма - зубоальвеолярное удлинение во фронтальном участке верхней челюсти в сочетании с зубоальвеолярным укорочением в боковых участках;

6 форма - зубоальвеолярное удлинение во фронтальном участке нижней челюсти в сочетании с зубоальвеолярным укорочением в боковых участках;

7 форма зубоальвеолярное удлинение во фронтальном участке обеих челюстей в сочетании с зубоальвеолярным укорочением в боковых участках.

При правильном соотношении первых постоянных моляров чаще всего определяется уплощение зубных дуг и скученное расположение фронтальных зубов или протрузия верхних фронтальных зубов и ретрузия нижних. При резко выраженных нарушениях нижние фронтальные зубы режущими краями достигают слизистой неба, повторяя его форму. Иногда верхние фронтальные зубы травмируют межзубные десневые сосочки с вестибулярной стороны нижних зубов и способствуют развитию заболеваний пародонта.

При сочетании глубокого прикуса с прогнатическим дистальным нижние резцы нередко травмируют слизистую неба, реже - не соприкасаются с ней.

При дистальном прикусе, который сочетается с ретрузией верхних фронтальных зубов, зубные дуги обычно укорочены; глубокий прикус при таких нарушениях называют "блокирующим", он мешает сагиттальному росту нижней челюсти, выдвижения нижней челюсти в таких случаях ограничено, что сказывается на функции жевательных мышц.

При мезиальном прикусе и обратном перекрытии форма зубных дуг зависит от степени развития базисов челюстей, альвеолярных дуг, расположения зубов, степени мезиального смещения нижней челюсти. Глубина резцового перекрытия зависит также и от величины базального и гониального углов.

Межокклюзионное пространство между фронтальными и боковыми зубами при положении нижней челюсти в состоянии покоя иногда отсутствует; у некоторых больных при резко выраженной форме кривой Шпэе расстояние

между зубными рядами в покое достигает 9 мм (при средней норме 2 мм), что свидетельствует о значительных нарушениях функции жевательных мышц.

С целью диагностики разновидностей глубокого прикуса, кроме клинического обследования изучают ширину коронок верхних и нижних резцов и их осевое расположение (правильная позиция, протрузия или ретрузия), выраженность денальных бугорков верхних резцов, контакты между фронтальными зубами, двустороннее соотношение клыков и первых постоянных моляров в сагиттальном направлении при зубным рядах сомкнутых в обычной окклюзии (класс по Энгля), преждевременное разрушение или потеря временных и постоянных боковых зубов, мезиальный наклон или смещение верхних и нижних зубов на место разрушенных или удаленных, выраженность морфологических и функциональных нарушений по методу Зиберта-Малыгина и трудность их устранения.

Необходимо проводить измерения следующих параметров:

- 1) мезио-дистальные размеры коронок верхних (81) и нижних резцов (81) и их сумма,
- 2) соответствие размеров коронок верхних и нижних резцов;
- 3) глубины резцового перекрытия;
- 4) величину сагиттальной щели между верхними и нижними центральными резцами;

- 5) длины переднего участка зубных дуг по Коркгаузу;
- 6) ширины зубных дуг в участке премоляров и моляров по Пону (с поправками по Линдеру-Харту).

**Функциональные нарушения** при глубоком прикусе выражаются в:

1. Снижении эффективности жевания.
2. Перегрузке пародонта нижних фронтальных зубов.
3. Наличии изменений со стороны ВНЧС.
4. Травмировании слизистой оболочки неба или десны нижней челюсти.
5. Ротовое дыхание, неправильное глотание и нарушения функции языка способствуют изменениям расположение фронтальных зубов и углублению резцового перекрытия. Низкое расположение спинки языка и обусловленное этим фактором изменение формы дна носовой полости и неба увеличивают нарушение функции дыхания.

При передней и боковой окклюзиях жевательная плоскость значительно уменьшается. Функция наружных крыловидных мышц ограничена, поэтому нижняя челюсть осуществляет преимущественно вертикальные движения.

Изучение боковых ТРГ позволяет выделить две формы глубокого прикуса: зубоальвеолярную и гнатическую (Ф.Я.Хорошилкина).

При зубоальвеолярной форме глубокого прикуса наблюдается:

- 1) переднее расположение верхнего зубного ряда с протрузией альвеолярного отростка;
- 2) заднее расположение нижнего зубного ряда с ретрузией альвеолярного отростка;
- 3) заднее расположение верхних и нижних фронтальных зубов.

Гнатическая форма нередко наблюдается при дистальном соотношении зубных рядов и обычно сочетается с уменьшением величины нижнечелюстных углов и передним расположением верхней челюсти.

Признаки этой формы следующие:

- 1) базальный угол уменьшен;
- 2) нижний контур тела нижней челюсти расположен почти горизонтально;
- 3) подбородок значительно выступает вперед, что связано с уменьшением базального угла и углов нижней челюсти;
- 4) высота челюстей в области резцов увеличена, а в области боковых зубов уменьшена;
- 5) верхние резцы расположены отвесно, их коронки находятся ниже окклюзионной плоскости и препятствуют выдвижению нижней челюсти;
- 6) ямки ВНЧС обычно глубокие с крутым скатом суставного бугорка.

Гнатическая форма глубокого дистального прикуса нередко сочетается с зубоальвеолярной формой.

Диагноз формулируют на основании проведенных клинического и дополнительных методов исследования (биометрии диагностических моделей челюстей, антропо- и фотометрии, анализа боковых ТРГ и т.д.).

Лечение разных форм глубокого прикуса наиболее эффективно во время прорезывания временных зубов, первых постоянных моляров, при смене



временных зубов на постоянные то есть в периоды физиологического подъема высоты прикуса.

Основными задачами лечения глубокого прикуса являются:

1. Устранение факторов, которые способствуют развитию зубоальвелярного удлинения в участке боковых зубов.
2. Разобщение зубных рядов в боковых участках и создание условий для их зубоальвелярного удлинения.
3. Создание препятствий для зубоальвеолярного удлинения во фронтальных участках челюстей.
4. Исправление формы зубных дуг.
5. Исправление аномалий расположения отдельных или групп зубов.
6. Нормализация расположения нижней челюсти.
7. Стимуляция роста апикального базиса челюстей.
8. Нормализация нарушенных функций.

**В период временного прикуса** рекомендуют приучать детей к жеванию твердой пищи (сырые фрукты, овощи, черствый хлеб и др.), что стимулирует нормальное развитие челюстей.

В случаях кариозного разрушения коронок временных зубов они подлежат восстановлению, чего достигают с помощью пломб, вкладок, восстановительных коронок, и т.п..

При наличии вредных привычек важно отучить ребенка от них в раннем возрасте. Для этого применяют вестибулярные щиты.

При наличии укороченной уздечки языка прибегают к его хирургической коррекции, так как правильная функция языка предупреждает нарушение развития зубных дуг и челюстей в целом и способствует нормализации глубины резцового перекрытия.

Преждевременно удаленные временные или постоянные моляры требуют профилактического протезирования

В III периоде временного и I периоде сменного прикуса нужно начинать активное аппаратное ортодонтическое лечение.

Материалы для самоконтроля:

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

1. Изобразить в альбомах для самоподготовки блок-схему согласно темы занятия.

2. В тетрадях для самоподготовки отобразить конспект занятия, в том числе отобразить таблицу с новыми терминами и понятиями.

3. Изобразить в альбомах для самоподготовки схематически лицевые признаки глубокого прикуса (в том числе в сочетании глубокого прикуса с дистальным или с мезиальным прикусом).

Б. Задачи для самоконтроля

1. Глубокий прикус относится к аномалиям прикуса в такой плоскости:  
вертикальной  
сагиттальной

горизонтальной  
трансверзальной  
боковой

2. По классификации Е. Енгля глубокий прикус относится к такого класса:

I  
II1  
II  
II2  
III

3. По классификации Д.А. Калвелиса различают:  
две формы глубокого прикуса  
одну форму глубокого прикуса  
три формы глубокого прикуса  
четыре формы глубокого прикуса  
пять форм глубокого прикуса

4. По классификации Д.А. Калвелиса различают такие виды глубокого прикуса

глубокий перекрывающий и крышеобразный  
глубокий дистальный и нейтральный  
глубокий медиальный и нейтральный  
глубокое резцовое перекрытие  
глубокий передний и боковой

5. По классификации ВОЗ глубокий прикус относится к:

аномалии соотношения зубных дуг  
аномалии величины челюстей  
аномалии расположения челюстей относительно плоскости основания черепа  
аномалии расположения отдельных зубов  
аномалии верхней челюсти по отношению к нижней

6. Глубокий прикус от резцового перекрытия отличается:  
отсутствием режуще-бугоркового контакта между резцами  
наличием незначительного режуще-бугоркового контакта между резцами  
наличием глубокого перекрытия в боковой области  
отсутствием вертикальной щели во фронтальном участке  
нейтральное соотношение на первых молярах

7. При глубоком прикусе соотношение фронтальных зубов характеризуется:

глубиной резцового перекрытия больше чем на треть высоты коронки нижних резцов  
глубиной резцового перекрытия меньше чем на треть высоты коронки нижних резцов  
глубиной резцового перекрытия больше чем на треть высоты коронки верхних резцов  
трансверзальным резцовым перекрытием более чем на треть высоты коронки нижних зубов  
вертикальной щелью в области фронтальной группы резцов и клыков

8. Чаще всего к развитию глубокого прикуса приводят:  
наследственность и раннее удаление временных зубов на нижней челюсти  
раннее удаление временных зубов на верхней челюсти  
редукция корней зубов нижней челюсти и адентия вторых постоянных резцов  
нарушения функции речи и глотания  
общая соматическая патология на фоне чрезмерного роста верхней челюсти

9. Степени глубокого резцового перекрытия определяют:  
в миллиметрах или по отношению к величине перекрытия коронок нижних резцов верхними  
в миллиметрах или по отношению к величине перекрытия коронок верхних резцов нижними  
в миллиметрах или относительно величины перекрытия на клыках в постоянном прикусе  
в миллиметрах или относительно величины перекрытия на первых молярах  
в миллиметрах или по отношению к величине перекрытия коронок при имеющейся патологии

10. Первая ступень глубокого резцового перекрытия отвечает:  
перекрытию от  $\frac{1}{3}$  до  $\frac{2}{3}$  высоты коронки нижних резцов  
перекрытию от  $\frac{2}{3}$  до  $\frac{3}{3}$  высоты коронки нижних резцов  
перекрытию от  $\frac{1}{3}$  до  $\frac{3}{3}$  высоты коронки нижних резцов  
перекрытию от  $\frac{1}{3}$  до  $\frac{2}{3}$  высоты коронки верхних резцов  
перекрытию от  $\frac{1}{2}$  до  $\frac{2}{3}$  высоты коронки нижних резцов

11. Второй степени глубокого резцового перекрытия отвечает:  
перекрытию от  $\frac{2}{3}$  до  $\frac{3}{3}$  высоты коронки нижних резцов  
перекрытию от  $\frac{1}{3}$  до  $\frac{1}{2}$  высоты коронки нижних резцов  
перекрытию от  $\frac{1}{3}$  до  $\frac{2}{3}$  высоты коронки нижних резцов  
перекрытию от  $\frac{1}{3}$  до  $\frac{2}{3}$  высоты коронки верхних резцов  
перекрытию от  $\frac{2}{3}$  до  $\frac{3}{3}$  высоты коронки нижних резцов

12.Третий степень глубокого резцового перекрытия отвечает:  
перекрытию от 3/3 и на всю высоту коронки нижних резцов  
перекрытию от 1/3 до 1/2 высоты коронки нижних резцов  
перекрытию от 1/3 до 2/3 высоты коронки нижних резцов  
перекрытию от 1/3 до 2/3 высоты коронки верхних резцов  
перекрытию от 1/2 до 3/3 высоты коронки нижних резцов

13.Первая ступень глубокого резцового перекрытия в миллиметрах колеблется:  
от 4 до 5 мм.  
от 5 до 7 мм.  
от 6 до 8 мм.  
от 8 до 10 мм.  
от 7 до 9 мм.

14.Второй степени глубокого резцового перекрытия в миллиметрах колеблется:  
от 6 до 9 мм.  
от 5 до 7 мм.  
от 6 до 8 мм.  
больше чем 9 мм.  
от 7 до 9 мм.

15.Третий степень глубокого резцового перекрытия в миллиметрах колеблется:  
больше чем 9 мм.  
от 6 до 9 мм.  
от 5 до 7 мм.  
от 6 до 8 мм.  
от 7 до 9 мм.

16.1-е физиологическое повышение высоты прикуса обусловлено:  
прорезыванием временных моляров на нижней и верхней челюстях  
прорезыванием первых временных резцов на нижней и верхней челюстях  
прорезыванием временных резцов и клыков на нижней и верхней челюстях  
прорезыванием временных резцов на нижней и верхней челюстях  
прорезыванием постоянных моляров на нижней и верхней челюстях

17.II физиологическое повышение высоты прикуса обусловлено:  
прорезыванием первых постоянных моляров на нижней и верхней челюстях

прорезыванием первых постоянных резцов на нижней и верхней челюстях

прорезыванием постоянных резцов и клыков на нижней и верхней челюстях

прорезыванием постоянных премоляров на нижней и верхней челюстях

прорезыванием вторых постоянных моляров на нижней и верхней челюстях

18. III физиологическое повышение высоты прикуса обусловлено:

прорезыванием вторых постоянных моляров на нижней и верхней челюстях

прорезыванием первых постоянных резцов на нижней и верхней челюстях

прорезыванием постоянных резцов и клыков на нижней и верхней челюстях

прорезыванием постоянных премоляров на нижней и верхней челюстях

прорезыванием вторых постоянных моляров на нижней и верхней челюстях

19. Для глубокого прикуса характерен ряд морфологических признаков:

зубоальвеолярным удлинением во фронтальных участках, или зубоальвеолярным укорочением в боковых участках челюстей

зубоальвеолярным укорочением во фронтальных участках, или зубоальвеолярным удлинением в боковых участках челюстей

зубоальвеолярным укорочением во фронтальных участках на фоне обратного перекрытия в боковой области

зубоальвеолярным удлинением во фронтальных участках на фоне двустороннего обратного перекрытия в боковой области

зубоальвеолярным удлинением во фронтальных участках при имеющейся вертикальной щели в боковой области

20. Лицевые признаки различных форм глубокого прикуса определяются:

укорочением нижней части лица с углублением губно-подбородочной борозды

укорочением нижней на средней части лица со смещением срединной линии

укорочением тела нижней челюсти на фоне сглаженной губно-подбородочной борозды

удлинением нижней части лица на фоне смещения срединной линии

удлинением нижней части лица при сглаженной губно-подбородочной складке

21. При глубоком нейтральном прикусе внутренне-ротовые признаки характеризуются:

глубоким резцовым перекрытием  
дистальным соотношением первых моляров  
правильным соотношением на первых молярах  
глубоким резцовым перекрытием и расширением верхней и нижней  
зубных дуг  
глубоким резцовым перекрытием и расширением нижней зубной дуги

22.Окончательный диагноз «глубокий прикус» определяют на основании данных:  
телерентгенографии  
ортопантомографии  
параклинических исследований  
зонографии  
конусно-лучевой рентгенографии

23.Глубокому прикусу свойственны такие мышечные признаки:  
преимущественно вертикальные движения нижней челюсти,  
неполноценность боковых движений нижней челюсти  
преимущественно сагиттальные движения нижней челюсти,  
неполноценность боковых движений нижней челюсти  
преимущественно трансверзальные движения нижней челюсти,  
неполноценность сагиттальных движений нижней челюсти  
преимущественно горизонтальные движения нижней челюсти,  
неполноценность боковых движений нижней челюсти  
преимущественно круговые движения нижней челюсти,  
неполноценность сагиттальных движений нижней челюсти

24.Глубокий прикус приводит к следующим осложнениям:  
дисфункции ВНЧС и болезней пародонта во фронтальном участке  
челюстей  
артрита ВНЧС и болезней пародонта в боковом участке челюстей  
появлению характерных «шумов» в участке ВНЧС и нарушению  
функции речи  
артрита ВНЧС и кариозных поражений зубов в боковом участке  
челюстей  
дисфункции ВНЧС и рецессии десны на верхней челюсти во  
фронтальном участке

25.Для установления диагноза глубокий прикус необходимо  
определить следующие биометрические параметры:  
ширину и длину зубных рядов, а также параметры апикального базиса  
челюстей  
характер соотношения на первых молярах, и степень резцового  
перекрытия

изменение параметров верхней зубной дуги по отношению к нижней челюсти

изменение высоты прикуса согласно формы зубочелюстной патологии  
длину фронтальной участка нижней челюсти и ширину апикального базиса

26. По классификации А.И. Бетельмана различают такие виды глубокого прикуса:

глубокий перекрывающий, блокирующий и крышеобразный  
глубокий дистальный, нейтральный и блокирующий  
глубокий медиальный, нейтральный и перекрывающий  
глубокое резцовое перекрытие или перекрывающий  
глубокий передний, боковой, и нейтральный.

27. Дистальный прикус по классификации А.И. Бетельмана сопровождается нарушением функции мышц:

выдвигателей нижней челюсти и круговой мышцы рта  
поднимателей нижней челюсти и круговой мышцы рта  
опускателей нижней челюсти и круговой мышцы рта  
выдвигателей нижней челюсти вправо и круговой мышцы рта  
выдвигателей нижней челюсти влево и круговой мышцы рта

28. К вертикальным аномалиям прикуса по классификации А.И. Бетельмана относятся такие виды прикуса:

глубокий и открытый  
прогнатия и прогения  
мезиальный и дистальный  
перекрестный одно - и двустороннее  
латерогнатический и латерогенический

29. Глубокий прикус по классификации А.И. Бетельмана сопровождается нарушением функции мышц:

опускателей нижней челюсти  
выдвигателей нижней челюсти  
круговой мышцы рта  
мышц языка  
смесителей нижней челюсти в сторону

30. Патологические виды прикуса в вертикальной плоскости согласно классификации Д.А. Калвеллиса - это:

глубокий (перекрывающий и комбинированный с прогнатией) и  
открытый (рахитический и вследствие вредных привычек)  
глубокий (передний и боковой) и открытый (перекрывающий и  
комбинированный с прогнатией)

глубокий (перекрывающий и комбинированный с прогнатией) и открытый нейтральный  
глубокий (рахитический и вследствие вредных привычек) и медиальный открытый  
глубокий (рахитический и вследствие вредных привычек и открытый перекрывающий дистальный

31.Основной задачей лечения глубокого прикуса является:

устранение причин, препятствующих зубоальвеолярному удлинению в области боковых зубов на обеих челюстях  
устранение причин, препятствующих зубоальвеолярному удлинению в области передних зубов  
устранение причин, препятствующих зубоальвеолярному удлинению в области передних зубов нижней челюсти  
устранение причин, препятствующих зубоальвеолярному удлинению в области передних зубов верхней челюсти  
устранение причин, препятствующих зубоальвеолярному укорочению в области передних зубов

32.Глубокий дистальный прикус с Л.П. Григорьевой характеризует патологию прикуса в таких плоскостях:

сагиттальной и вертикальной  
сагиттальной и орбитальной  
вертикальной и трансверзальной  
трансверзальной и орбитальной  
сагиттальной и трансверзальной

33.Глубокий прикус с Л.П.Григорьевой характеризуется рядом следующих признаков:

значительным перекрытием нижних фронтальных зуб верхними при отсутствии режуще-бугоркового контакта между ними  
значительным перекрытием нижних фронтальных зуб верхними при имеющемся режуще-бугоркового контакта между ними  
значительным перекрытием нижних фронтальных зуб верхними при имеющейся протрузии верхних центральных резцов  
значительным перекрытием нижних фронтальных зуб верхними при имеющейся ретрузии верхних центральных резцов  
значительным перекрытием нижних фронтальных зуб верхними при наличии контакта нижних резцов со слизистой оболочкой

34.Различают следующие формы глубокого прикуса:

зубная, зубоальвеолярная, гнатическая  
зубная, скелетная, дисгнатическая  
наследственная, приобретенная, скелетная  
краниальная, гнатическая, асимметричная



зубная, краниальная, скелетная

35. На телерентгенограмме при глубоком прикусе чаще наблюдается увеличение углов:

базального и нижнечелюстного  
лицевого и инклинационного  
горизонтального и профильного  
межрезцового и лицевого  
основного и верхнечелюстного

### **Литература**

Основная:

1. Руководство по ортодонтии (под редакцией проф. Ф.Я. Хорошилкиной). М.: Медицина, 1999.
2. Аболмасов Н.Г. Ортодонтия: [Учебное пособие] / Н.Г. Аболмасов, Н.Н. Аболмасов. // М: МЕДпресс-информ, 2008. – 424 с.
3. Куцевляк В.И. Ортодонтия / В.И. Куцевляк, А.В. Самсонов, С.А. Скляр с соавт. // Харьков: «СИМ», 2013. – 532 с.
4. Флис П.С. Ортодонтия / Винница, Новая книга, 2007. – 311 с.

Дополнительная:

1. Дистель В.А. Основы ортодонтии (руководство к практическим занятиям) / В.А. Дистель, В.Г. Сунцов, В.Д. Вагнер // М: «Медицинская книга», 2001. – 237с.