

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Игнатенко Григорий Анатольевич
Должность: Ректор
Дата подписания: 25.03.2025 12:06:30
Уникальный программный ключ:
c255aa436a6dccbd528274f148780fe5b9ab4264

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ДОНЕЦКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
М. ГОРЬКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра стоматологии детского возраста

«Утверждено»
на заседании кафедры
«30» августа 2024 г.
протокол № 1
заведующий кафедрой
канд.мед.н., доц. Зенько Н.А.

Фонд оценочных средств по дисциплине

ОРТОДОНТИЯ И ДЕТСКОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ

Специальность

31.05.03 Стоматология

Донецк 2024

ЛИСТ АКТУАЛИЗАЦИИ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДИСЦИПЛИНЫ

№	Дата и номер протокола утверждения*	Раздел ФОС	Основание актуализации	Должность, ФИО, подпись, ответственного за актуализацию

* протокол заседания учебно-методического совещания кафедры

Паспорт фонда оценочных средств по дисциплине

ОРТОДОНТИЯ И ДЕТСКОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ

Код и наименование компетенции	Код контролируемого индикатора достижения компетенции	Задания	
		Тестовые задания	Ситуационные задания
Профессиональные компетенции (ПК)			
ПК-1. Способен к проведению диагностики у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями, установлению диагноза путем сбора и анализа жалоб, данных анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных и иных исследований с целью установления факта наличия или отсутствия стоматологического заболевания и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней.	ПК-1.1.1. Знает строение и развитие органов головы, шеи и полости рта;	T1 ПК 1.1.1 T2 ПК 1.1.1	C1 ПК 1.1.1
	ПК-1.1.2. Знает закономерности нормального функционирования органов челюстно-лицевой области, этиологию и патогенез развития патологических процессов;	T3 ПК 1.1.2. T4 ПК 1.1.2.	C2 ПК 1.1.2.

	ПК-1.1.3. Знает методы клинического обследования пациентов с заболеваниями челюстно-лицевой области, принципы постановки клинического диагноза;	T5 ПК 1.1.3. T6 ПК 1.1.3.	C3 ПК 1.1.3.
	ПК-1.1.4. Знает клиническую картину заболеваний челюстно-лицевой области.	T7 ПК 1.1.4. T8 ПК 1.1.4.	C4 ПК 1.1.4.
	ПК-1.2.1. Умеет интерпретировать результаты сбора жалоб и анамнеза, определять объем основных и дополнительных методов исследования, формулировать предварительный диагноз;	T9 ПК 1.2.1. T10 ПК 1.2.1.	C5 ПК 1.2.1.
	ПК-1.2.2. Умеет проводить дифференциальную диагностику заболеваний, формулировать окончательный диагноз в соответствии с МКБ.	T11 ПК 1.2.2. T12 ПК 1.2.2.	C6 ПК 1.2.2.
	ПК-1.3.1. Владеет практическим опытом опроса и клинического осмотра пациентов, интерпретации данных клинических и дополнительных исследований;	T13 ПК 1.3.1. T14 ПК 1.3.1.	C7 ПК 1.3.1.
	ПК-1.3.2. Владеет практическим опытом постановки диагноза в соответствии с МКБ.	T15 ПК-1.3.2. T16 ПК-1.3.2.	C8 ПК-1.3.2.
ПК-2. Способен к назначению и проведению лечения детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями, контролю его эффективности и безопасности.	ПК-2.1.2. Знает материаловедение, технологии, оборудование используемые в стоматологии;	T17 ПК-2.1.2. T18 ПК-2.1.2.	C9 ПК-2.1.2.
	ПК-2.1.3. Знает лекарственные препараты и медицинские изделия, используемые в стоматологии.	T19 ПК- 2.1.3. T20 ПК-2.1.3.	C10 ПК-2.1.3.
	ПК-2.2.1. Умеет разрабатывать индивидуальный план лечения с учетом диагноза, возраста пациента, выраженности клинических проявлений, общесоматических заболеваний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи и клиническими рекомендациями.	T21 ПК-2.2.1. T22 ПК-2.2.1.	C11 ПК-2.2.1.
	ПК-2.3.1. Владеет практическим опытом разработки индивидуального плана лечения с учетом диагноза, возраста пациента, выраженности клинических проявлений, общесоматических заболеваний в соответствии с действующими	T23 ПК-2.3.1. T24 ПК-2.3.1.	C12 ПК-2.3.1.

	щими порядками оказания медицинской помощи и клиническими рекомендациями.		
ПК- 5. Способен к проведению и контролю эффективности мероприятий по профилактике стоматологических заболеваний у детей и взрослых, в том числе к проведению профилактических осмотров и диспансерного наблюдения.	ПК-5.1.2. Знает эпидемиологию, этиологию и патогенез стоматологических заболеваний, взаимосвязь с внешними и внутренними факторами;	T25 ПК-5.1.2. T26 ПК-5.1.2.	C13 ПК-5.1.2.
	ПК-5.1.3. Знает современные методы профилактики стоматологических заболеваний на индивидуальном и коммунальном уровнях, значение санитарного и гигиенического просвещения.	T27 ПК 5.1.3. T28 ПК 5.1.3.	C14 5.1.3.
	ПК-5.2.1. Умеет проводить медицинский осмотр, выявлять факторы риска развития стоматологических заболеваний у различных контингентов населения;	T29 5.2.1. T30 5.2.1.	C15 5.2.1.
	ПК-5.2.2. Умеет разрабатывать и планировать индивидуальную и групповую программу профилактики стоматологических заболеваний.	T31 5.2.2. T32 5.2.2.	C16 5.2.2.
	ПК-5.3.3. Владеет практическим опытом назначения медикаментозных и немедикаментозных методов профилактики заболеваний ЧЛЮ.	T33 5.3.3. T34 5.3.3.	C17 5.3.3.
ПК-8. Способен к проведению анализа медико-статистической информации, ведению медицинской документации, организации деятельности медицинского персонала.	ПК-8.1.1. Знает правила оформления и особенности ведения медицинской документации, в том числе в форме электронного документа, в медицинских организациях стоматологического профиля, правила работы в медицинских информационных системах и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», законодательные акты в области охраны личных данных.	T35 8.1.1. T36 8.1.1.	C18 8.1.1.
	ПК-8.2.1. Умеет заполнять медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа и контролировать качество ее ведения, использовать в своей работе информационные системы в сфере здравоохранения и информационно-телекоммуникационную сеть «Интернет», использовать в работе персональные данные пациентов и сведения, составляющие врачебную тайну;	T37 8.2.1. T38 8.2.1.	C19 8.2.1.
	ПК-8.3.1. Владеет практическим опытом ведения медицинской документации, в том числе в форме электронно-	T39 8.3.1. T40 8.3.1.	C20 8.3.1.

	го документа, Использования в работе персональных данных пациентов и сведений, составляющих врачебную тайну, составления планов и отчетов.		
--	--	--	--

Оценивание результатов текущей успеваемости, ИМК, экзамена и выставление оценок за дисциплину проводится в соответствии с действующим Положением об оценивании учебной деятельности студентов ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России

Образцы оценочных средств

Тестовые задания

Т1 ПК1.1.1. НАЛИЧИЕ ТРЕМ, ДИАСТЕМ ЯВЛЯЕТСЯ НОРМОЙ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ В ПЕРИОДЕ ПРИКУСА

- А*. Предшествующего смене зубов
- Б. Сформированного молочного
- В. Постоянного
- Г. Сменного

Т2 ПК 1.1.1. РЕГУЛИРУЕМЫМИ ФАКТОРАМИ РОСТА ЧЕЛЮСТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ

- А*. Функциональная нагрузка
- Б. Наследственность
- В. Прорезывание зубов
- Г. Рост глазных яблок

Т3 ПК 1.1.2. ПЕРВОЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ПОВЫШЕНИЕ ВЫСОТЫ ПРИКУСА НАЧИНАЕТСЯ ОТ ___ МЕСЯЦЕВ

- А*. 12 - 16
- Б. 6 – 9
- В. 28- 30
- Г. 32 – 36

Т4 ПК 1.1.2. НАЛИЧИЕ МЕЗИАЛЬНОЙ СТУПЕНЬКИ ЦИЛИНСКОГО ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ НОРМАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ В ПЕРИОДЕ ПРИКУСА

- А*. Предшествующего смене зубов
- Б. Сформированного молочного
- В. Сменного
- Г. Постоянного

Т5 ПК 1.1.3. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ ЭШЛЕРА – БИТТНЕРА У ПАЦИЕНТОВ С ДИСТАЛЬНЫМ ПРИКУСОМ УЛУЧШЕНИЕ ЭСТЕТИКИ ЛИЦА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- А*. Нижней микрогнатии
- Б. Верхней макрогнатии
- В. Зубо-альвеолярной форме
- Г. Сочетанной деформации

Т6 ПК 1.1.3. ИСЧЕЗНОВЕНИЕ АСИММЕТРИИ ЛИЦА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ 3-Й ПРОБЫ ИЛЬИНОЙ МАРКОСЯН У ПАЦИЕНТОВ С ТРАНСВЕРЗАЛЬНЫМИ АНОМАЛИЯМИ ОККЛЮЗИИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ

- А*. Привычного смещения нижней челюсти
- Б. Деформации нижней челюсти
- В. Деформации верхней челюсти
- Г. Мышечно-суставной дисфункции

Т7 ПК 1.1.4. НАЛИЧИЕ ВЫПУКЛОГО ПРОФИЛЯ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ _____ ПРИКУСА

- А*. Дистального
- Б. Мезиального
- В. Ортогнатического
- Г. Перекрестного

Т8 ПК 1.1.4. К АНОМАЛИЯМ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБОВ ОТНОСЯТ

- А*. Ретенцию
- Б. Первичную адентию
- В. Вторичную адентию
- Г. Тортоаномалию

Т9 ПК 1.2.1. ШИРИНА ЛИЦА ДЛЯ ВЫЧИСЛЕНИЯ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ИНДЕКСА ПО ИЗАРУ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ МЕЖДУ ТОЧКАМИ

- А*. zy – zu
- Б. oph – gn
- В. go – go
- Г. gl -gn

Т10 ПК 1.2.1. УДАЛЕНИЕ ВРЕМЕННОГО МОЛЯРА В ПОЛОСТИ РТА ЗА 1 ГОД И БОЛЕЕ ДО ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ СМЕНЫ НАЗЫВАЕТСЯ

- А*. Ранним удалением
- Б. Первичной адентией
- В. Ретенцией
- Г. Транспозицией

Т11 1.2.2. ПАЦИЕНТАМ С ГНАТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ МЕЗИАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ОКОНЧАТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ

- А*. Профильной ТРГ
- Б. Фасной ТРГ
- В. Пальпации мышц
- Г. Пробы Эшлера – Биттнера

Т12 1.2.2. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТА С МЕЗИАЛЬНЫМ ПРИКУСОМ БЫЛО ВЫЯВЛЕНО НАЛИЧИЕ НИЖНЕЙ МАКРОГНАТИИ, ЧТО СООТВЕТСТВУЕТ ПО МКБ -10_____ КЛАССУ

- А*. K07.0
- Б. K07.1
- В. K07.2
- Г. K07.3

Т13 1.3.1. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РЕТРОПОЛОЖЕНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ ИСПОЛЬЗУЮТ ПРОБУ

- А. Шиллера-Писарева
- Б*. Эшлера-Биттнера
- В. 1-ую пробу Ильиной-Маркосян
- Г. 3-ю пробу Ильиной-Маркосян

T14 ПК 1.3.1. МОЛЯРНЫЙ ИНДЕКС ПОНА РАВЕН

- А. 50
- Б. 70
- В*. 64
- Г. 80

T15 ПК 1.3.2. ВТОРОЙ ПОДКЛАСС ВТОРОГО КЛАССА ЭНГЛЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
РЕЗЦОВ

- А*. Ретрузией верхних
- Б. Ретрузией нижних
- В. Протрузией нижних
- Г. Адентией верхних

T16 ПК-1.3.2. ЗНАЧЕНИЕ УГЛА $SNA=85$ ГРАДУСАМ НА БОКОВОЙ ТЕЛЕРЕНТГЕ-
НОГРАММЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

- А. Протрузии верхних резцов
- Б. Нижней прогнатии
- В*. Верхней прогнатии
- Г. Нижней ретрогнатии

T17 ПК-2.1.2. К ЭДЖУАЙЗ – ТЕХНИКЕ ОТНОСЯТСЯ

- А. Вестибулярные пластинки
- Б. Винты, рукообразные пружины
- В. Каппы, эластопозиционеры
- Г*. Брекетты, дуги

T18 ПК 2.1.2. ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ КОЛЬЦО С РАСПОРКОЙ ОТНОСЯТ К
ПРОТЕЗАМ

- А. Ретенционным
- Б. Восстановительным
- В. Съёмным профилактическим
- Г*. Несъёмным профилактическим

T19 ПК 2.1.3. ВЕСТИБУЛЯРНАЯ ПЛАСТИНКА ХИНЦА ВПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ
УСТРАНЕНИЯ

- А*. Привычного ротового дыхания
- Б. Подсасывания языка
- В. Прокладывания языка и щек
- Г. Инфантильного типа глотания

T20 ПК 2.1.3. ПРИ МНОЖЕСТВЕННОЙ РАННЕЙ ПОТЕРЕ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ У
ДОШКОЛЬНИКОВ ПРИМЕНЯЮТСЯ

- А*. Съёмные пластиночные протезы
- Б. Мостовидные протезы
- В. Бюгельные протезы
- Г. Импланты

T21 ПК 2.2.1. ПРИ РАЗРАБОТКЕ ПЛАНА ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ЗУБОЧЕ-
ЛЮСТНЫМИ АНОМАЛИЯМИ ПЕРВИЧНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- А*. Устранение этиологических факторов

- Б. Аппаратурное лечение
- В. Хирургическое лечение
- Г. Определение продолжительности лечения

T22 ПК 2.2.1. ПРИ НАЛИЧИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА ПЕРВОМ ЭТАПЕ ТРЕБУЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЕ

- А*. Консультации смежных специалистов
- Б. Пластики преддверия полости рта
- В. Ортопантомографии
- Г. Анализа ТРГ

T23 ПК 2.3.1. ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ФУНКЦИИ ЖЕВАНИЯ НА ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРАХ ПРИ ОБШИРНОМ КАРИОЗНОМ ПРОЦЕССЕ С ПОРАЖЕНИЕМ НЕКОЛЬКИХ ПОВЕРХНОСТЕЙ ЗУБА ПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ

- А*. Металлических коронок
- Б. Восстановление композитом
- В. Пластмассовых коронок
- Г. Импрегнации серебром

T24 ПК 2.3.1. АППАРАТ БРЮКЛЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ

- А*. Мезиальной окклюзии
- Б. Дистальной окклюзии
- В. Тортоаномалий зубов
- Г. Вертикальной дизокклюзии

T25 ПК 5.1.2. ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ ФАКТОРОМ РАЗВИТИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ОТКРЫТОГО ПРИКУСА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- А*. Сосание языка
- Б. Рахит
- В. Острая травма
- Г. Наследственность

T26 ПК 5.1.2. КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ «ЛЕНИВОГО» ЖЕВАНИЯ В ПЕРИОДЕ МОЛОЧНОГО ПРИКУСА, ПРЕДШЕСТВУЮЩЕГО СМЕНЕ ЗУБОВ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А*. Отсутствие стираемости зубов
- Б. Наличие трем, диастем
- В. Наличие стираемости зубов
- Г. Симптом Цилинского

T27 ПК 5.1.3. ДЛЯ НОРМАЛИЗАЦИИ ФУНКЦИИ СЛАБОЙ КРУГОВОЙ МЫШЦЫ РТА ПРИМЕНЯЕТСЯ

- А*. Активатор Дасса
- Б. Пластика уздечек губ
- В. Пластика уздечки языка
- Г. Активатор Андрезена

T28 ПК 5.1.3. УПРАЖНЕНИЯ ДЛЯ МЫШЦ, СМЕЩАЮЩИХ НИЖНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ КЗАДИ, ПОКАЗАНЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С _____ ОККЛЮЗИЕЙ

- А*. Мезиальной
- Б. Дистальной
- В. Перекрестной

Г. Ортогнатической

Т29 ПК 5.2.1. ТРЕМЫ У ДЕТЕЙ 4-6 ЛЕТ ЯВЛЯЮТСЯ

- А*. Вариантом физиологической нормы
- Б. Патологией, нуждающейся в лечении
- В. Патологией, требующей наблюдения
- С. Патологией, не требующей лечения

Т30 ПК 5.2.1. ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ ФАКТОРОМ РАЗВИТИЯ РАХИТИЧЕСКОГО ОТКРЫТОГО ПРИКУСА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Острая травма
- Б*. Болезни раннего детского возраста
- В. Сосание языка
- Г. Инфантильный тип глотания

Т31 ПК 5.2.2. ПРИ ОДИНОЧНОМ УДАЛЕНИИ ПЕРВЫХ ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРОВ ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ СМЕЩЕНИЯ ДРУГИХ БОКОВЫХ ЗУБОВ В СТОРОНУ ДЕФЕКТА ПРИМЕНЯЕТСЯ

- А*. Распорка
- Б. Мостовидный протез
- В. Бюгельный протез
- Г. Имплант

Т32 ПК 5.2.2. СТАНДАРТНЫЕ ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ВЕСТИБУЛЯРНЫЕ ПЛАСТИНКИ ПРИМЕНЯЮТСЯ ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ

- А*. Привычного ротового дыхания
- Б. Скученности фронтальных зубов
- В. Привычки сосания языка
- Г. Инфантильного типа глотания

Т33 ПК 5.3.3. ДЛЯ НОРМАЛИЗАЦИИ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ И СМЫКАНИЯ ГУБ У ДЕТЕЙ В МОЛОЧНОМ ПРИКУСЕ ПРИ ВРЕДНОЙ ПРИВЫЧКЕ РОТОВОГО ДЫХАНИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- А*. Вестибулярная пластинка Хинца
- Б. Вестибуло-оральная пластинка Хинца
- В. Пластинка Крауса
- Г. Накусочная пластинка Катца

Т34 ПК 5.3.3. ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ФУНКЦИИ ЖЕВАНИЯ ПРИ МНОЖЕСТВЕННОЙ РАННЕЙ ПОТЕРЕ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ В ПЕРИОДЕ ВРЕМЕННОГО ПРИКУСА, ПРЕДШЕСТВУЮЩЕМ СМЕНЕ, ПРИМЕНЯЕТСЯ

- А*. Съёмный пластиночный протез
- Б. Мостовидный протез
- В. Бюгельный протез
- Г. Имплант

Т35 ПК 8.1.1. ЭЛЕКТРОННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА ОФОРМЛЯЕТСЯ

- А. Каждым пациентом самостоятельно
- Б. Родителями ребёнка до 15 лет
- В.*В медучреждении, к которому человек прикреплен согласно ОМС
- Г. Только согласно заявлению и документов, удостоверяющих личность

Т36 ПК 8.1.1. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ОРТОДОНТИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ СТАВИТСЯ НА ОСНОВАНИИ

- А*. Клинического обследования
- Б. Данных телерентгенографии
- В. Расчета моделей
- Г. Данных ортопантомографии

Т37 ПК 8.2.1. ПРАВО ГРАЖДАН НА ОХРАНУ ЗДОРОВЬЯ И МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ЗАКРЕПЛЕНО В СТАТЬЕ _____ КОНСТИТУЦИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

- А. 7
- Б. 65
- В*. 41
- Г. 39

Т38 ПК 8.2.1. ДЛЯ ОЦЕНКИ ПОЛОЖЕНИЯ ГУБ ПРИ ЗАПОЛНЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОД

- А. Пона
- Б*. Риккетса
- В. Коркхауса
- Г. Тонна

Т39 ПК 8.3.1. ПРИ ЗАПОЛНЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ ДЛЯ ОЦЕНКИ АНОМАЛИЙ ЗУБНЫХ РЯДОВ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДАННЫЕ АНАЛИЗА

- А. Профильной ТРГ
- Б*. Измерения моделей
- В. Фасной ТРГ
- Г. Фотометрии

Т40 ПК 8.3.1. ДЛЯ ОЦЕНКИ ШИРИНЫ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЗУБНЫХ ДУГ В ПОСТОЯННОМ ПРИКУСЕ ПРИ ЗАПОЛНЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА ВРАЧ-ОРТОДОНТ ИСПОЛЬЗУЕТ МЕТОДИКУ

- А. Долгополовой
- Б. Хауса
- В*. Пона
- Г. Коркхауза

Во всех тестовых заданиях правильный ответ отмечен звездочкой (*)

Ситуационные задания

С1 ПК 1.1.1. У пациента 12 лет с жалобами на большие промежутки между зубами выявлено:лицо без видимых патологических изменений, дыхание носовое, глотание соматическое. В анамнезе – после выпадения временных боковых зубов, постоянные на их место не прорезались. На рентгенограмме зачатки боковых резцов отсутствуют.



Вопросы:

1. Соответствует ли норме строение уздечки верхней губы и ее прикрепление к альвеолярному отростку?
2. В каких плоскостях имеются отклонения от нормы смыкания во фронтальном участке?
3. Какой метод позволит высчитать оптимальную величину верхних боковых резцов для данного пациента?

Эталоны ответов:

1. Не соответствует. Уздечка верхней губы в норме представляет собой тонкую треугольную складку слизистой оболочки, с широким основанием на губе, которая заканчивается по средней линии альвеолярного отростка на расстоянии 5 мм от десневого края.
2. Во фронтальном участке определяется отклонение от нормы смыкания по вертикали – перекрытие более, чем на $\frac{1}{3}$ высоты коронок и по трансверзали – имеется несовпадение соседней линии.
3. Определить оптимальный размер можно с помощью метода Тонна: 1) определить величину суммы 4-х резцов верхней челюсти путем умножения суммы мезио-дистальных размеров четырех резцов нижней челюсти на индекс Тона; 2) вычесть из этой суммы величину мезио-дистальных размеров центральных верхних резцов.

С2 ПК 1.1.2. В клинику ортодонтии обратилась пациентка 15 лет с жалобами на эстетический недостаток – смещение средней линии. В анамнезе – длительное нарушение носового дыхания, травмы и ранняя потеря молочных зубов отсутствовали. Лицо симметрично. При улыбке – средняя линия между центральными резцами верхней челюсти смещена относительно средней линии лица вправо. В полости рта выявлено:



Вопросы:

1. Соответствует ли зубная формула пациентки ее паспортному возрасту?
2. Предположите наиболее вероятную причину отсутствия 12 зуба?
3. Что не соответствует норме смыкания в боковых участках? Укажите наиболее вероятный этиологический фактор.

Эталоны ответов:

1. Зубная формула не соответствует возрасту, так как отсутствует 12 зуб, который должен был прорезаться в возрасте 8 лет.
2. Наиболее вероятной причиной отсутствия 12 зуба является первичная адентия (с учетом анамнеза).
3. В боковых участках имеются отклонения от нормы смыкания в трансверзальной плоскости: справа – щечные бугры смыкаются с щечными буграми нижних зубов, слева - щечные бугры верхних боковых зубов находятся кнутри относительно щечных бугров нижних боковых зубов. Сужение верхнего зубного ряда в данном случае является следствием длительного нарушения носового дыхания.

С3 ПК 1.1.3. При осмотре ребенка 9 лет врач-ортодонт выявил следующие лицевые признаки при глотании:



Вопросы:

1. Определите тип глотания у данного пациента.
2. Как называется данный симптом?
3. Является ли данный тип глотания нормальным для данного возраста?

Эталоны ответов:

1. Тип глотания в данном случае инфантильный, при котором в момент глотания язык прокладывается между зубами и отталкивается от мягких тканей (губ, щек), что вызывает их сокращение.
2. Сокращение мимических мышц в момент глотания с образованием небольших вмятин на подбородке называется симптомом «наперстка» (бытовой предмет в виде металлического колпачка на палец с углублениями для иглы, который используется при шитье).
3. Для данного возраста этот тип глотания является патологическим, так как после 3-х лет инфантильный тип глотания преобразуется в соматический, при котором язык отталкивается от неба без сокращения губ, щек. В момент глотания подтягивается корень языка с сокращением мышц дна полости рта. При этом отсутствует активность круговой мышцы рта.

С4 ПК 1.1.4. У ребенка 8 лет в анамнезе выявлено длительное использование соски. При осмотре в полости рта выявлено:



Вопросы:

1. Соответствует ли зубная формула паспортному возрасту пациента?
2. В каких плоскостях имеется отклонение от нормы смыкания?
3. Поставьте предварительный диагноз.

Эталоны ответов:

1. Зубная формула соответствует возрасту: во фронтальном участке прорезались все постоянные резцы, в боковых сохраняются временные зубы, прорезались первые постоянные моляры.
2. Во фронтальном участке определяется отклонение от нормы смыкания в вертикальной плоскости (щель по вертикали) и трансверзальной (несовпадение срединных линий). В боковых участках имеется отклонение от нормы смыкания по трансверзали – щечные бугры контактируют с щечными буграми нижних боковых зубов, а не находятся кнаружи.
3. Предварительный диагноз: вертикальная резцовая дизокклюзия, тремы, диастема верхней челюсти, инфантильный тип глотания.

С5 ПК 1.2.1. Родители ребенка 7 лет обратились к ортодонту с жалобами на нарушение у него эстетики лица, а именно – выстояние подбородка, появившееся более года назад. У родителей аномалии прикуса не выявлены. Анамнез: 2 года назад у ребенка было удалено несколько боковых молочных зубов по поводу осложненного кариеса без последующего протезирования. При осмотре лица: профиль, вогнутый за счет выступания подбородка, нижняя треть лица укорочена, носогубные складки выражены. Отсутствуют 55, 54, 64, 74, 75, 85. Нижние резцы находятся впереди верхних на расстоянии 3-х мм, перекрывают верхние на 2/3 высоты коронок, определяется III класс по Энглу.

Вопросы:

1. Предположите патогенез развития зубочелюстной аномалии с учетом анамнеза и описанной клинической картины.
2. Какие клинические пробы необходимо провести ребенку?
3. Поставьте предварительный диагноз с учетом того, что 4-ая проба по Ильиной-Маркосян была положительной.

Эталоны ответов:

1. Из анамнеза следует, что раннее удаление боковых временных зубов, проведенное 2 года назад (без последующего протезирования), привело к появлению лицевых признаков, характерных для мезиального прикуса. Описанная окклюзия также соответствует мезиальному прикусу. Наиболее вероятно, что, при потере смыкания боковых зубов, пациент начал выдвигать нижнюю челюсть вперед для оптимального пережевывания. Возникла суставная форма мезиального прикуса.
2. Необходимо провести 1-ую, 2-ую и 4-ую пробы по Ильиной-Маркосян. При 1-ой пробе, которая проводится в состоянии физиологического покоя, видно наличие лицевых признаков при гнатических формах и отсутствие таковых при зубоальвеолярных и суставных формах. При 2-ой пробе – переходе из состояния покоя в состояние привычной окклюзии – визуализируются формы с привычным смещением нижней челюсти. При 4-ой пробе проверяется принципиальная возможность смещения нижней челюсти кзади при мезиальном прикусе.
3. Предварительный диагноз: мезиальный прикус, осложненный глубоким, суставная форма, дефекты зубных рядов вследствие ранней потери 55, 54, 64, 74, 75, 85.

С6 ПК 1.2.2. Пациент 8 лет, жалобы на неправильный прикус, нарушение эстетики лица. В анамнезе длительное нарушение носового дыхания из-за наличия аденоидов. Родители аномалий прикуса не имеют. Внешний осмотр: лицо симметрично, профиль вогнутый за счет уплощения средней трети лица, выражены носогубные складки. Нижняя треть лица укорочена. Определяется скученность верхних фронтальных зубов. Между верхними и нижними зубами - обратная щель 3 мм в передне-заднем направлении. Глубина перекрытия нижними зубами верхних - на 2/3 высоты коронок. Верхние клыки контактируют с нижними премолярами, 3 класс по Энглу.

Вопросы:

1. Опишите этиопатогенез развития зубочелюстной аномалии в данном случае.
2. Какой дополнительный метод поможет установить клиническую форму мезиального прикуса?
3. Установите предварительный диагноз.

Эталоны ответов:

1. Отсутствие аномалий прикуса у родителей исключает наследственность как возможный этиологический фактор. Длительное нарушение носового дыхания приводит к отставанию в росте верхней челюсти из-за отсутствия нормального парциального давления воздуха в носовых ходах и пазухах верхней челюсти.
2. Дополнительным методом, который позволяет определить локализацию деформации, является профильная телерентгенография (ТРГ).
3. Мезиальный прикус (верхняя микрогнатия), осложненный глубоким, длительное нарушение носового дыхания.

С7 ПК 1.3.1. Девочка 12 лет. Жалобы на эстетический недостаток, замедленное разжевывание пищи, кровоточивость десен. Объективно: высота нижней трети лица несколько увеличена, губы смыкаются с напряжением. Осмотр полости рта: все зубы постоянные, определяется тесное положение верхних фронтальных зубов. Щель по вертикали между резцами и клыками до 5 мм, определяется зубо-альвеолярное удлинение в боковых участках челюстей. На режущих краях резцов, клыков, бугорках первых постоянных моляров определяются участки гипоплазии эмали. Зубная дуга на верхней челюсти имеет V-образную форму, на нижней - трапециевидную. Щечные бугры верхних боковых зубов находятся кнутри от щечных бугров нижних боковых зубов.

Вопросы:

1. Что необходимо выяснить в процессе сбора анамнеза в данном случае?
2. Укажите наиболее вероятный этиологический фактор данной аномалии. Обоснуйте свой ответ.
3. Какой метод позволит выявить степень сужения верхнего зубного ряда?

Эталоны ответов:

1. В процессе сбора анамнеза необходимо выяснить информацию о развитии ребенка в течение первого года жизни, которая касается типа вскармливания, наличия заболеваний раннего детского возраста, которые могли бы повлиять на нарушение кальций-фосфорного обмена.
2. Описанная клиническая картина с наличием гипоплазии зубов, минерализация которых происходит на первом году жизни, характерна для рахита.
3. Для выявления степени сужения проводится антропометрическое измерение моделей с помощью метода Пона.

С8 ПК-1.3.2. У мальчика 5 лет отсутствует смыкание передних зубов. В анамнезе - длительное пользование пустышкой. В полости рта: имеются все молочные зубы, между ними

тремы, диастемы на обеих челюстях. Щель по вертикали между верхними и нижними резцами и клыками до 3 мм. Дистальные поверхности нижних вторых молочных моляров смещены вперед относительно дистальных поверхностей верхних V-х в переднезаднем направлении на величину бугра.

Вопросы:

1. Является ли описанное соотношение вторых временных моляров нормальным для данного возраста?
2. Что такое мезиальная ступенька? Назовите, как по автору называется этот симптом?
3. Какой диагноз наиболее соответствует описанной клинической картине?

Эталоны ответов:

1. Описанное соотношение соответствует норме данного возраста и соответствует признакам, характерным для периода, предшествующего смене зубов.
2. Мезиальная ступенька – это соотношение дистальных поверхностей вторых временных моляров, при котором нижние моляры смещены несколько кпереди относительно верхних, что позволяет в сменном прикусе при прорезывании первых постоянных моляров установиться этим зубам в правильное соотношение. Называется – симптом или уступ Цилинского.
3. Диагноз: травматический открытый прикус 1 степени.

С9 ПК-2.1.2. Пациент 12 лет с жалобами на неправильное положение зубов был обследован в клинике ортодонтии и взят для проведения аппаратурного лечения.



Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. К какому виду ортодонтической аппаратуры относится данный аппарат и перечислите составляющие элементы.
3. Какие технологические особенности лежат в основе работы ортодонтической дуги, используемой на первых этапах ортодонтического лечения?

Эталоны ответов:

1. Предварительный диагноз: вестибулосупраокклюзия 13 зуба.
2. Представлена брекет-система, являющаяся несъемным механически-действующим аппаратом. Составляющие элементы: брекеты, дуги, расширяющая пружина, ортодонтические дуги.

3. Технологические особенности первичных ортодонтических дуг является наличие памяти формы, характерных для нитиноловых сплавов. Также могут применяться термоактивные дуги, активация которых происходит в различных температурных диапазонах, в зависимости от конкретной клинической ситуации.

С10 ПК-2.1.3. Рассмотрите представленный аппарат для ортодонтического лечения.



Вопросы:

1. К какому виду ортодонтической аппаратуры относится данный аппарат? Опишите в соответствии с классификацией аппаратов.
2. Перечислите составляющие элементы. Опишите механизм действия.
3. Перечислите показания к применению.

Эталоны ответов:

1. Несъемный механически-действующий аппарат. По классификации ортодонтических аппаратов: лечебный, несъемный, механически-действующий, внутриротовой, одночелюстной, реципрокный.
2. Расширяющий ортодонтический винт, ортодонтические кольца и балки на боковые зубы, соединенные в единый каркас. При раскручивании винта в полости рта давление передается на опорные зубы, срединный небный шов, костную ткань верхней челюсти. Происходит раскрытие срединного небного шва, корпусное перемещение боковых зубов, эластическое натяжение костной ткани верхней челюсти с последующей перестройкой кости.
3. Показания к применению: выраженное сужение верхнего зубного ряда, скученность верхних зубов при двухстороннем перекрестном прикусе.

С11 ПК-2.2.1.

Пациент 11 лет был направлен детским стоматологом к ортодонту для консультации.



1. Какие отклонения определяются при осмотре лица, полости рта и на ортопантомограмме?
2. Поставьте диагноз.
3. Определите тактику ведения пациента.

Эталоны ответов:

1. Определяется уменьшение высоты нижней трети лица, выраженная супраментальная складка; определяется полуретенция вторых молочных моляров, мезиальный наклон первых постоянных моляров с укорочением зубных рядов. На ортопантомограмме определяется отсутствие зачатков вторых премоляров на верхней и нижней челюсти, полуретенция и анкилоз вторых временных моляров.
2. Дистальный прикус, осложненный блокирующим и травмирующим глубоким, укорочение длины боковых сегментов вследствие полуретенции и анкилоза вторых временных моляров, первичная адентия 15, 25, 35, 45.
3. Тактика ведения пациента: удаление 55, 65, 75, 85, которые препятствуют нормальному росту по вертикали боковых участков. Дальнейшее лечение может проводиться двумя путями: с подготовительным этапом и применением съемной аппаратуры для удлинения боковых сегментов, устранением мезиального наклона первых постоянных моляров с последующим замещением с помощью съемных протезов до окончания роста. При этом для лечения глубокого прикуса необходимо добиться зубо-альвеолярного укорочения во фронтальном участке, зубо-альвеолярного удлинения в боковых с помощью съемного аппарата с накусочной площадкой. Для лечения дистального прикуса целью является нормализация положения нижней челюсти с помощью наклонной плоскости.
Второй вариант лечения – применение несъемной техники с выполнением тех же задач. Для глубокого прикуса – применение реверсионных дуг, для дистального – эластиков 2 класса.

С12 ПК-2.3.1. При осмотре ребенка 9 лет ортодонт выявил сужение верхнего зубного ряда, наличие открытого травматического прикуса вследствие наличия инфантильного глотания. Был изготовлен ортодонтический аппарат.



Вопросы:

1. Опишите этот аппарат с точки зрения конструктивных элементов. Каков механизм действия?
2. С чего необходимо начать ортодонтическое лечение?
3. Составьте план лечения.

Эталоны ответов:

1. Представлен съемный аппарат, состоящий из базиса, фиксирующих кламмеров Адамса, активных механически действующих элементов – винта и вестибулярной дуги, функционально- действующего элемента – петель Рудольфа, представляющих собой упор для языка. Активация винта приводит к расширению, вестибулярной дуги – устранению протрузии резцов, возможно - их поворотов. Упор для языка препятствует прокладыванию языка между зубами для стимуляции зубо-альвеолярного удлинения во фронтальном участке.
2. Ортодонтическое лечение следует начать с нормализации типа глотания, проведения курса миогимнастики с постоянным самоконтролем положения языка.
3. План лечения:
 - 1) нормализация типа глотания;
 - 2) нормализация ширины верхнего зубного ряда, стимуляция зубо-альвеолярного удлинения во фронтальном участке;
 - 3) применение съемного ортодонтического аппарата, описанного выше.

С13 ПК-5.1.2. У ребёнка 7 лет при внешнем осмотре определяется утолщение основания носа, рот полуоткрыт, губы сухие, углы рта шелушатся. Со слов родителей ребёнок спит с открытым ртом, храпит. В полости рта изменений не определяется.

Вопросы:

1. Какую клиническую пробу следует провести для исследования функции дыхания?
2. Какой фактор риска развития ЗЧА имеется у данного ребёнка?
3. Опишите наиболее вероятные деформации, которые могут возникнуть в данной ситуации.

Эталоны ответов:

1. Для исследования функции дыхания при клиническом обследовании ортодонтического пациента применяется пробы: 1) оценка времени, в течение которого пациент может дышать носом, набрав в рот воды; 2) оценка степени отклонения волокон ваты при прикладывании к одному носовому ходу в то время, как другая ноздря зажата.
2. У ребенка имеется нарушение функции дыхания. Можно предположить, что это длительный процесс, так как имеется утолщение переносицы, ребенок спит с открытым ртом, храпит.
3. При длительном нарушении носового дыхания (вследствие вредной привычки) происходит нарушение миодинамического равновесия в полости рта: язык опускается вниз, лишая поддержки изнутри верхнюю челюсть, при этом давление снаружи щечных мышц приводит к сужению верхнего зубного ряда. Нижняя челюсть, являющаяся подвижной, «реагирует» на сужение верхнего зубного ряда смещением – чаще кзади с образованием дистального прикуса. Также возможно смещение нижней челюсти в сторону, если такая окклюзия дает максимально удобное положение для жевания, что приводит к развитию перекрестного прикуса.
При длительном нарушении носового дыхания из-за плохой проходимости носовых ходов, замедляется рост верхней челюсти из-за отсутствия нормального парциального давления воздуха в носовых ходах и пазухах. Развивается мезиальный прикус вследствие верхней микрогнатии.

С14 ПК-5.1.3. В клинику ортодонтии обратился пациент 16 лет с жалобами на отсутствие контакта между зубами. При осмотре отмечается наличие укороченной уздечки языка, межзубной сигматизм.



Вопросы:

1. Соответствует ли зубная формула пациента его паспортному возрасту?
2. Укажите наиболее вероятные этиологические факторы данной патологии.
3. К какой диспансерной группе по Снагиной Н.Г. относится данный пациент?

Эталоны ответов:

1. Зубная формула соответствует возрасту.
2. Наиболее вероятные причины данной патологии: нарушение носового дыхания, инфантильный тип глотания, нарушение речи с прокладыванием языка, вредные привычки с прокладыванием языка, укороченная уздечка языка.
3. IV группа по Снагиной Н.Г.

С15 ПК 5.2.1. Девочка 9 лет обратилась к врачу-ортодонту с жалобами на нарушение эстетики лица. У родителей аномалий прикуса нет. В анамнезе – длительное нарушение носового дыхания. Объективно: вогнутый профиль за счет смещения подноссовой точки кзади, носогубные складки углублены. Во фронтальном участке обратное смыкание зубов,

сагиттальная щель до 3-х мм. В боковом участке зубы верхней челюсти контактируют с позади стоящими антагонистами нижней челюсти.

Вопросы:

1. Для какой аномалии прикуса характерны лицевые признаки? Обоснуйте ответ.
2. Укажите наиболее вероятный этиологический фактор и объясните патогенез развития зубочелюстной аномалии.

Эталоны ответов:

1. Лицевые признаки характерны для гнатических форм мезиального прикуса, обусловленного недоразвитием верхней челюсти, так как отклонение в строении лица определяется на уровне верхней челюсти (западение подносовой точки, выраженность носогубных складок).
2. Наиболее вероятным этиологическим фактором является длительное нарушение носового дыхания. Парциальное давление воздуха необходимо для нормального роста верхней челюсти, которая является воздухоносной и включает в своем строении гайморову пазуху.

С16 ПК-5.2.2. У ребёнка 7 лет при внешнем осмотре определяется утолщение основания носа, рот полуоткрыт, губы сухие, углы рта шелушатся. Со слов родителей ребёнок спит с открытым ртом, храпит. В полости рта изменений не определяется.

Вопросы:

1. Какую клиническую пробу следует провести для исследования функции дыхания непосредственно на приеме у врача-ортодонта?
2. К какой диспансерной группе по Снагиной следует отнести ребёнка? Какие мероприятия должны проводиться?

Эталоны ответов:

1. Для исследования функции дыхания непосредственно на приеме у врача-ортодонта применяются пробы на проверку возможности носового дыхания при исключении ротового дыхания (сомкнуть губы, либо набрать в рот воды). Проверяется время, в течении которого, пациент может находиться с закрытым ртом. Также проверяется проходимость носовых ходов с помощью ватных волокон, которые удерживаются возле носового хода, в то время как другой носовой ход зажат пальцем. По отклонению волокон судят о проходимости носового хода.

С 17 ПК- 5.3.3. У ребёнка 5-ти лет все зубы временные, бугры боковых зубов хорошо выражены, диастемы и тремы отсутствуют, дистальные поверхности вторых временных моляров находятся на одной вертикальной линии. Имеется «ленивое» жевание.

Вопросы:

1. Соответствует ли описанная картина нормальному физиологическому развитию ЗЧС? Обоснуйте ответ.
2. К какой диспансерной группе по Снагиной следует отнести ребёнка?

Эталоны ответов:

1. Не соответствует, так как в этом периоде должно наблюдаться наличие трем, диастем, стираемость бугров, ступенька Цилинского.
2. Пациента следует отнести ко второй группе по Снагиной.

С18 8.1.1. Больной 10 лет. При внешнем осмотре определяется укорочение верхней губы, выраженность носогубных складок. Подбородок выдвинут вперёд, имеется симптом «напёрстка». В полости рта определяется трапециевидная форма верхнего зубного ряда. При смыкании зубных рядов имеется обратное перекрытие во фронтальном участке до 3/3 высоты коронок, щёчные медиальные бугры 16 и 26 находятся на дистальных буграх 36 и 46.

Вопросы:

1. О чём говорит симптом «напёрстка»?
2. Какой предварительный диагноз следует внести в амбулаторную карту ортодонтического больного?

Эталоны ответов:

1. Данный симптом является признаком нарушения нормальной функции смыкания губ. Имеется либо длительное нарушение функции дыхания, либо вредная привычка ротового дыхания. Таким же симптомом сопровождается инфантильный тип глотания.
2. Мезиальный прикус, осложненный глубоким, трапециевидная деформация нижнего зубного ряда, ротовой тип дыхания.

С19 8.2.1. Больной 6 лет. При внешнем осмотре круговая мышца рта напряжена, носогубные складки сглажены, подбородок скошен, нижняя губа вывернута, на ней лежат верхние центральные резцы, отмечается снижение высоты нижней трети лица. В полости рта: ранний сменный прикус, верхняя челюсть сужена в боковых участках, фронтальные зубы расположены веерообразно. При смыкании зубов нижние передние зубы контактируют со слизистой оболочкой нёба, в боковых участках определяется контакт одноименных зубов.

Вопросы:

1. Сформулируйте определение «Клиническая форма аномалии прикуса».
2. Поставьте полный симптоматический диагноз, который будет вынесен в амбулаторную карту.

Эталоны ответов:

1. Указание на локализацию деформации или аномалии ЗЧС, которая возникла под действием этиологических факторов.
2. Дистальный прикус, осложненный травмирующим глубоким (4-ая форма по Бетельману), сужение верхнего зубного ряда, длительное нарушение носового дыхания.

С20 8.3.1. Больной 10 лет. При внешнем осмотре нижняя треть лица уменьшена, подбородок выдвинут вперёд, верхняя губа укорочена, носогубные складки резко выражены, угол нижней челюсти уменьшен до 110°. При смыкании зубов определяется обратное резцовое перекрытие на 2/3 высоты коронок с наличием сагиттальной щели - 5 мм. В боковых участках определяется контакт разноимённых зубов, а щёчные медиальные бугры 16 и 26 контактируют с дистальными буграми 36 и 46.

Вопросы:

1. Признаком какой аномалии прикуса является уменьшение нижней трети лица?
2. Сформулируйте полный симптоматический диагноз для амбулаторной карты.

Эталоны ответов:

1. Уменьшение высоты нижней трети лица является признаком глубокого прикуса.
2. Мезиальный прикус, осложненный глубоким, длительное нарушение носового дыхания.

