

## Тема заняття №6

Клінічні методи обстеження пацієнтів із зубо-щелепними аномаліями і деформаціями. Суб'єктивне обстеження. Дані об'єктивного обстеження

### Зміст теми:

Клінічне обстеження пацієнтів із зубощелепними аномаліями і деформаціями прикусу є головним при визначенні ортодонтичного діагнозу і включає суб'єктивне й об'єктивне дослідження.

Суб'єктивне дослідження вміщає паспортні дані пацієнта, скарги, анамнез життя і захворювання і проводиться шляхом опитування пацієнта чи його батьків.

Опитування в ортодонтії має свої особливості: ортодонт повинен у визначеній мері бути психологом і вихователем, тому що контакт із дитиною і його батьками буде продовжуватися протягом декількох років, тому постійно необхідно пам'ятати про тон і манеру розмови. Важливо заручитися довірою дитини і батьків. Розмовляти необхідно чемно, ставити запитання коректно і зрозуміло, не перебивати співрозмовника, але направляти співбесіду в потрібному напрямку. Під час бесіди необхідно стежити за мімікою пацієнта, щоб визначити ступінь розумового розвитку, зважаючи можливість пацієнта вести співбесіду, відповідати на питання.

**Паспортна частина** історії хвороби відображає прізвище, ім'я і по батькові пацієнта; його стать; вік; відомості про місце виховання чи навчання, адресу. Необхідно зареєструвати відомості про батьків чи опікунів дитини (прізвище, ім'я і по батькові; місце роботи; засоби зв'язку з батьками і дитиною – номер телефону і т.д.). Необхідно також відзначити прізвище дитячого стоматолога і педіатра, чи інших фахівців, у яких спостерігається пацієнт.

Стать пацієнта має важливе значення при плануванні ортодонтичного лікування, тому що в біологічному розвитку дівчинки випереджають хлопчиків.

Розрізняють паспортний, біологічний, зубний і кістковий вік.

**Паспортний** (хронологічний чи календарний) вік – це період з моменту народження до якого-небудь визначеного моменту життя.

**Біологічний** чи анатомо-фізіологічний вік визначається сукупністю обмінних, структурних, функціональних, регуляторних особливостей і пристосувальних можливостей організму і є обов'язковою функцією часу, але на відміну від паспортного, характеризується менш чіткими інтервалами часу, протягом якого відбуваються необоротні вікові біологічні зрушення в організмі. Біологічний вік може відповідати хронологічному (паспортному), чи випереджати, або відставати від нього.

Оцінка рівня вікового розвитку по “зубному віці” проводиться під час зміни зубів за формулою:

$$4n - 20$$

де  $n$  – вік пацієнта в літах,  $20$  – кількість тимчасових зубів.

Якщо кількість постійних зубів, що прорізаються відповідає віку, то розвиток вважається нормальним. Якщо кількість постійних зубів менше необхідного – уповільнений розвиток, при більшій кількості постійних зубів розвиток дитини вважають прискореним.

### Оцінка рівня вікового розвитку за “зубним віком”

Вік	Стать	Кількість постійних зубів		
		Уповільнени й розвиток	Нормальний розвиток	Прискорений розвиток
5,5 років	Хлопчики	0	0 – 3	Більше 3
	Дівчатка	0	0 - 4	Більше 4
6 років	Хлопчики	0	1 – 5	Більше 5
	Дівчатка	0	1 - 6	Більше 6
6,5 років	Хлопчики	0 – 2	3 – 8	Більше 8
	Дівчатка	0 – 2	3 - 9	Більше 9
7 років	Хлопчики	менше 5	5 – 10	Більше 10
	Дівчатка	менше 6	6 - 11	Більше 11
7,5 років	Хлопчики	Менше 8	8 – 12	Більше 12
	Дівчатка	менше 8	8 – 13	Більше 13

**Кістковий вік** – вік людини, що визначають за станом кісткової системи. Для визначення кісткового віку частіше користаються рентгенограмою кисті руки.

**Адреса чи місце проживання** дає можливість ортодонту визначити медико-географічні особливості місцевості, у якій живе пацієнт і їхній вплив на розвиток організму дитини в цілому і на розвиток зубощелепно-лицевої ділянки, зокрема (кількість сонячних днів для жителів Крайньої Півночі; вміст фтору, кальцію і фосфору в питній воді; екологічні фактори забруднення навколишнього середовища й ін.).

Методика збирання скарг може бути різною. Можна задавати питання, але краще надати можливість пацієнту чи батькам розповісти про те, що їх хвилює в даний момент.

**Скарги** ортодонтичних пацієнтів найчастіше бувають пов'язані із естетичними недоліками обличчя та зубощелепної системи, рідше – з порушенням функцій: мови, жування, ковтання, дихання, змикання губ; болем і хрускотом у вухах при відкриванні рота при порушеннях у скронево-нижньощелепних суглобах.

При визначенні **анамнезу життя** дитини звертають увагу на наступне: визначення віку батьків на момент народження дитини; від якої вагітності народилася дитина, якщо вагітність не перша, то як протікали і закінчувалися попередні; плин вагітності (токсикози, їхній характер, у який період вагітності вони спостерігалися; гормональні порушення; порушення обміну речовин; спроби переривання вагітності; характер харчування і режиму вагітної жінки; наявність професійних шкідливостей; фармакологічних, радіаційних і інших факторів під час вагітності, що могли привести до уроджених вад розвитку і каліцтвам; відхилення в положенні плоду; плин пологів (доношеність, родопоміч: накладення щипців, кесаревий

перетин); характер вигодовування дитини (грудний, штучний, змішаний); застосування соски (форма і розміри соски, розміри отвору, тривалість користування); терміни прорізування тимчасових і постійних зубів; захворювання зубів і порожнини рота; передчасна втрата зубів (у якому віці); перенесені захворювання (інфекційні, рахіт, гіпертермічні стани т.п.), у якому віці спостерігалися, скільки разів повторювалися; травми (характер, у якому віці); шкідливі звички; положення дитини під час сну; характер дихання вдень і під час сну (дитина дихає носом чи через рот; спить із закритим чи відкритим ротом); захворювання верхніх дихальних шляхів; оперативні втручання (адено- і тонзилотомія чи -ектомія, стоматологічні операції), як вони відбилися на розвитку зубощелепно-лищевої ділянки; порушення опорно-рухового апарату (порушення статури, постави, переломи щелепних і лицьових кісток), у якому віці; проведене лікування; загальні захворювання (серцево-судинні, легеневі, ендокринні, нервові, захворювання шлунково-кишкового тракту, нирок і т.п.); стан здоров'я під час обстеження; гігієнічний догляд за порожниною рота; спадкова обтяженість; алергологічний статус;

екологічні умови в місці проживання.

**Анамнез захворювання** дозволяє визначити початок захворювання (формування зубощелепної аномалії чи деформації прикусу), що передувало йому; тривалість і динаміку захворювання; застосовані методи лікування і їхню ефективність; можливість успадкованої передачі окремих ознак будови обличчя, щелеп, прикусу, зубів, і т.п..

У зв'язку з тим, що окремі зміни в порожнині рота виникають унаслідок перенесених чи супутніх захворювань, а також у свій час впливають на хід соматичних захворювань, необхідно визначити, як почуває себе пацієнт у даний момент.

#### **Об'єктивне дослідження.**

Огляд – головний прийом об'єктивного обстеження ортодонтичного пацієнта включає: загальний огляд, визначення статури та особливостей будови обличчя, огляд порожнини рота.

Під час загального огляду визначають соматичний і психічний розвиток пацієнта, їхню відповідність віку. Звертають увагу на ріст і масу тіла, угодованість, конституцію.

Пацієнта оглядають у фас, профіль; зі спини і визначають положення голови, пліч, лопаток, ніг (скривлення гомілок, ступнів); форму грудної клітки, живота, спини (скривлення хребта). Особливу увагу приділяють фізичному розвитку і статурі пацієнта. У залежності від ступеня виразності вигинів хребта розрізняють такі види постави: нормальну чи випрямлену; сутулу; лордичну, кіфотичну і сколіотичну.

Ці відомості окрім загальної характеристики росту і формування кістяка дозволяють визначити патогенетичний зв'язок з ослабленням опорно-рухового апарату і порушеннями статури.

Також необхідно визначити наявність вторинних полових ознак (час появи менструації у дівчаток).

Під час огляду голови необхідно визначити її пропорційність розмірам тіла; пропорційність лицьового і мозкового відділів; форму обличчя.

Форма обличчя може бути подібна формі кола, квадрата, ромба, усіченого конуса; у виді трикутника, шестигранника. Обличчя може бути вузьким, широким, середньої довжини, подовженим. Форма профілю може бути опуклою, прямою, сплющеною, увігнутою. Особливості форми і будови обличчя мають важливе значення у визначенні естетичного прогнозу ортодонтичного лікування.

Індивідуальні уроджені особливості будови і форми обличчя чи підкреслюють, чи зменшують порушення, що обумовлені наявністю зубощелепної аномалії.

Крім загальної характеристики форми обличчя і голови описують їх складові.

Пропорційність обличчя. Зазвичай обличчя підрозділяють на три відносно пропорційні частини: верхню (лобову), середню (носову) і нижню (щелепну). Верхня частина починається від границі росту волосся і закінчується посередині лінії, що з'єднує надбрівні дуги; середня – від середини лінії надбрівних дуг до підносової крапки, що з'єднує нижні краї крил носа; нижня – від підносової крапки до нижньої крапки підборіддя. Тільки середня частина обличчя (носова) має відносно стабільні горизонтальні розміри. Висота нижньої частини залежить від виду прикусу у вертикальній і сагітальній площинах (при глибокому прикусі вона може бути вкороченою; при відкритому і мезіальному – подовженою). Висота верхньої частини обличчя (лобової) залежить від збереження волосся. Особливу увагу приділяють змінам розмірів нижньої частини обличчя.

Симетрія обличчя. Існує відносна симетрія правої і лівої половин обличчя. При уроджених вадах розвитку, трансверзальних аномаліях прикусу визначаються порушення симетрії різних ступенів тяжкості. Абсолютно симетричного обличчя не існує. Розрізняють фізіологічну і патологічну асиметрію обличчя. Фізіологічною асиметрією вважають різницю до 2 мм.

Визначають форму чола; очей, їхнє вираження, напрямок зору (прямий, с під лоба). Це має значення при визначенні расових особливостей, психологічного розвитку, етіологічних факторів. Так при перенесеному в раннім дитинстві рахіті чоло може бути високим і баштоподібним, чи квадратним з добре вираженими лобовими буграми.

Оглядають спинку носа; характеризують рухливість крил носа (при наявності аденоїдних вегетацій спинка носа може бути широкою; нерухомі крила носа в сполученні з напіввідкритим ротом і сухою червоною облямівкою губ свідчать про порушення носового дихання; це може привести до затримки росту середньої частини обличчя – мікрорінодисплазії, формуванню аденоїдного типу обличчя).

Відхилення в будові вушних раковин (атрезія, відстовбурчені вуха і вуха “сатира”) можуть бути вторинною ознакою порушень росту скроневої кістки, що відбивається на розташуванні елементів СНЩС і нижньої щелепи.

Характеризують виразність носогубних складок (згладжені, глибокі чи

середньої глибини), що можуть бути проявом сагітальних аномалій прикусу.

Звертають увагу на характер змикання губ (вільне, з напругою, напіввідкритий рот). Визначають товщину і довжину верхньої і нижньої губ. Ці фактори впливають на естетичний прогноз лікування. При напруженому змиканні губ і інфантильному типі ковтання може виникати симптом “наперстка” чи “лимонної кірки” (крапкові поглиблення на шкірі підборіддя). При короткій верхній губі небажане мезіальне переміщення нижньої щелепи чи розширення щелеп. Тому що збільшення об’єму прикусу приведе до напруженого змикання губ і зміні вираження обличчя (формується “здивоване обличчя”), може сформуватися “ясенна посмішка”.

Оцінюють глибину губно-підборідної борозни (глибока, середньої глибини, згладжена). Глибина губно-підборідної борозни залежить від наявності вертикальних чи сагітальних аномалій прикусу.

Форма підборіддя може мати важливе значення в естетичному прогнозі лікування. Підборіддя може бути прямим, скошеним назад чи виступаючим уперед. Ці прояви можуть бути ознакою індивідуальної будови обличчя, чи симптомом сагітальних аномалій прикусу. Пряме квадратне підборіддя додає обличчю мужній вид. Подвійне підборіддя може бути проявом неправильного розташування язика.

Визначають величину нижньощелепних кутів, розміри гілки і тіла нижньої щелепи.

Визначення стану СНЩС проводять шляхом огляду і пальпації. Дисфункція СНЩС характеризується порушенням плавності рухів нижньої щелепи, обмеженим чи надмірним відкриванням рота.

При відкриванні рота визначають симетричність і синхронність рухів нижньої щелепи; ступінь відкривання рота. У дорослих відстань між ріжучими краями центральних різців при максимально відкритому роті дорівнює в середньому 44 мм і дорівнює розмірам 3-х складених пальців (2 - 4).

Пальпацію СНЩС проводять через шкіру в ділянці козелка через передню стінку зовнішнього слухового проходу при стисканні щелеп у стані центральної оклюзії і під час рухів нижньої щелепи.

Після огляду голови й обличчя переходять до обстеження порожнини рота починаючи зі стану слизової оболонки губ і кутів рота. При цьому визначають рельєф губ, величину і характер зволоженості червоної облямівки, наявність патологічних елементів.

Потім визначають симетричність кутів рота, їхній напрямок (підняті нагору чи опущені униз); наявність післяопераційних рубців (після проведеної хейлопластики); превалювання губ. У нормі верхня губа повинна превалювати над нижньою. Відстовбурчена нижня губа при згладженій губно-підборідній борозні може бути ознакою мезіального чи відкритого прикусу.

Під час огляду присінку порожнини рота визначають його глибину. Глибина присінку – відстань у міліметрах від середини ясенного краю до власне дна присінку порожнини рота). За Ю.Л. Образцовим (1992) глибина

присінку може бути дуже мілкою – до 3 мм, мілкою – до 5 мм, середньої глибини – від 5 до 10 мм і глибокою – більше 10 мм. Ми пропонуємо визначати окремо розміри прикріплених ясен (відстань від середини ясенного краю в ділянці кожного фронтального зуба до місця переходу прикріплених ясен у рухливу слизову, тобто до перехідної складки) і від перехідної складки до власне дна переддвер'я порожнини рота, тому що корекцію глибини переддвер'я проводять саме від перехідної складки вниз. Мілке переддвер'я порожнини рота може бути етіологічним фактором недорозвинення фронтальної ділянки нижньої щелепи (скупченість нижніх фронтальних зубів) чи розвитку захворювань пародонта.

За В.П. Вашкевич зі співавторами (2000) висота прикріплених ясен у дітей 6-7 років складає 4-5 мм, у 8-10 – 6-8 мм, а у 13-15-літніх – 9-14 мм.

Потім переходять до огляду вуздечок губ і щічних тяжів з метою визначення аномалій їхнього розташування (високе прикріплення, низьке, нормальне), форми і розмірів.

Нормальна чи проста вуздечка являє собою тонку трикутну складку слизової оболонки, що має широку основу на губі і закінчується по середній лінії альвеолярного відростка приблизно на відстані 5 мм від ясенного краю. Аномалії вуздечок характеризуються місцем прикріплення, формою і розміром. Г.Ю. Пакалнс (1969) виділяє сильні вуздечки з місцем прикріплення на верхівці міжзубного сосочка, при потягуванні за губу за такою вуздечкою подається і міжзубний сосочок; середні – прикріплені на відстані від 1 до 5 мм від верхівки міжзубного сосочка і слабкі, котрі прикріплюються в ділянці перехідної складки.

Відхилення від нормального розташування вуздечок губ частіше зустрічаються в області верхньої губи і виявляються змінами рівня прикріплення, зменшенням їхньої довжини і натягу. У залежності від цього розрізняють три різновиди аномалійних вуздечок верхньої губи.

Вуздечки I виду характеризуються тим, що мають нормальну протяжність, але розташовані близько до ясенного краю (на відстані 1-2 мм), чи влітаються в нього.

Для вуздечок II виду характерний нормальний рівень прикріплення до альвеолярного відростка, однак в області губи вони прикріплені більш близько до її вільного краю. Рухливість губи в таких випадках обмежена, при її відведенні вуздечка натягається і здобуває трикутну форму з основою у червоної облямівки губи.

До III виду відносять вуздечки, що широкою основою починаються у вільного краю губи, прикріплюються на всьому протязі до альвеолярного відростка й у виді дуплікатури слизової закінчуються між центральними різцями. Середня ділянка губи частіше вкорочена, порушується змикання губ.

Аномалії розташування, форми, розмірів і сили вуздечок можуть бути причиною виникнення діастеми, розвитку захворювань пародонта.

Важливе значення має огляд язика, тому що його розміри, форма, розташування і рухливість безпосередньо впливають на розвиток прикусу і

формування зубощелепних аномалій. Так наявність відбитків зубів на бічних поверхнях язика, чи у фронтальній ділянці свідчать про недостатній простір для язика чи про збільшення його розмірів (зменшення обсягу порожнини рота спостерігається при дистальному розташуванні нижньої щелепи).

Вкорочена вуздечка язика прикріплена близько до його кінчика може бути причиною ряду морфологічних і функціональних порушень у зубощелепній системі. Обмеження рухливості язика утрудняє смоктання у новонародженої дитини, може привести до порушень ковтання, неправильної вимови окремих звуків.

Ф.Я. Хорошилкіна виділяє 5 типів вуздечки язика, що обмежують його рухи.

До першого виду відносять тонкі, майже прозорі вуздечки, нормально прикріплені, але обмежуючі його рухи у зв'язку з незначною довжиною.

До другого виду відносять також тонкі, напівпрозорі вуздечки, що прикріплюються близько до кінчика язика і мають незначну довжину. При піднятті язика на його кінчику по центрі утвориться жолобок.

До третього виду відносять вуздечки, що являють собою щільний, короткий тяж, прикріплений близько до кінчика язика. При висовуванні язика кінчик підвертається, а спинка вибухає в результаті натягу. Облизування верхньої губи утруднено, а іноді і неможливо. При пальпації такої вуздечки визначається, що обмеження рухливості язика обумовлено фіксацією його кінчика сполучнотканинним тяжем. Під тяжем, що має вид шнура, розташована тонка дуплікатура слизової оболонки.

До четвертого виду відносять вуздечки, тяж яких хоча і виділяється, але зрощений з м'язами язика. Такі вуздечки часто визначаються у дітей з уродженими щілинами губи, альвеолярного відростка і піднебіння.

Вуздечки п'ятого виду характерні тим, що тяж мало помітний, його волокна розташовані в товщі язика, сплетені з його м'язами й обмежують рухи.

Наступним етапом огляду порожнини рота є визначення стану тканин пародонта. Тому що захворювання пародонта часто супроводжують зубощелепні аномалії, для ортодонта важливо визначити стан слизової оболонки ясен. При цьому оцінюють колір, розміри, обсяг і форму ясенних сосочків; характер ясенного краю (фестончастий, усічений, згладжений); визначають рівень розташування ясенного краю стосовно шийок зубів (розростання, рецесія).

Зміни кольору ясен свідчать про наявність патологічного процесу. У нормі слизова ясен блідо-рожевого кольору; бліда – при анеміях; яскраво-червона при гострому запаленні, синюшність притаманна хронічному запаленню, лейкемії і діабету. Зміни кольору слизової ясен можуть визначатися в ділянці окремих і груп зубів, чи носити генералізований характер; виявлятися лише біля ясенних сосочків, чи поширюватися і на слизову альвеолярного відростка.

Поверхня прикріплених ясен у нормі має рівномірно розташовані незначні узвишся, що додають їй вид, що нагадує шкірку апельсина. При

патологічних процесах поверхня ясен може бути гладкою і блискучою. Це спостерігається при набряку.

За допомогою пальпації визначають консистенцію слизової ясен. У нормі ясна пружні, якщо з'являються патологічні зміни, то вони пухкі, пастозні чи щільні. Зміни консистенції ясен супроводжується змінами її контурів.

У нормі міжзубні ясенні сосочки мають гостру форму; при хронічних запальних процесах ясна валикоподібно потовщені; ясенний край стає фестончастим.

При визначенні розташування ясенного краю стосовно шийок зубів може визначатися рецесія ясенного краю; при цьому край ясен розташований нижче емалево-дентинної межі.

Оглядаючи піднебіння, звертають увагу на рухливість м'якого піднебіння; піднебінні дужки; піднебінні мигдалини (їхній обсяг, колір, розташування щодо піднебінних дужок); зів; слизову оболонку задньої стінки глотки, визначаючи її стан (атрофічна, нормальна, гіпертрофічна).

Огляд зубів і запис зубної формули дозволяє визначити приналежність зубів до тимчасового чи постійного прикусу; стан твердих тканин зубів (ураження карієсом і його ускладненнями, гіпоплазією, флюорозом, і т.п.). Зуби постійного прикусу по Zigmondy (1861) позначають арабськими цифрами і зубна формула сформованого постійного прикусу виглядає в такий спосіб:

8 7 6 5 4 3 2 1 : 1 2 3 4 5 6 7 8

8 7 6 5 4 3 2 1 : 1 2 3 4 5 6 7 8

Зуби тимчасового прикусу позначають римськими цифрами і зубна формула сформованого тимчасового прикусу виглядає в такий спосіб:

V IV III II I : I II III IV V

V IV III II I : I II III IV V

Умовні позначки стану твердих тканин зубів: С – карієс, Р – пульпіт, Рт – періодонтит, П – пломба, R – корінь, О – відсутній зуб.

Для уніфікації запису зубної формули Міжнародною організацією стоматологів FDI-ISO (1970) була запропонована двозначна система позначення зубів, що полягає в цифровому позначенні їхнього розташування на відповідній стороні верхньої чи нижньої щелепи. Відповідно до цієї системи кожен зуб позначається двома арабськими цифрами. Перша цифра ліворуч позначає квадрант розташування зуба. Позначення починають з верхньої правої щелепи і продовжують по ходу годинної стрілки. Праву верхню щелепу умовно позначають цифрою 1, ліву – 2, ліву частину нижньої щелепи – 3, праву – 4. Порядковий номер зуба позначають по загальноприйнятій системі починаючи від центрального різця (1) до третього моляра (8). Зубна формула сформованого постійного прикусу при такому способі позначення виглядає в такий спосіб:

18 17 16 15 14 13 12 11 : 21 22 23 24 25 26 27 28

48 47 46 45 44 43 42 41 : 31 32 33 34 35 36 37 38

У прикусі тимчасових зубів праву верхню щелепу умовно позначають

цифрою 5, ліву – 6, ліву частину нижньої щелепи – 7, праву – 8. Порядковий номер зуба також позначають арабськими цифрами починаючи з центрального різця (1) – до другого моляра (5). Зубна формула тимчасового прикусу при такому способі позначення виглядає в такий спосіб:

55 54 53 52 51 : 61 62 63 64 65  
85 84 83 82 81 : 71 72 73 74 75

Огляд окремих зубів дозволяє визначити аномалії їхньої кількості, прорізування, розташування, величини, кольору, структури твердих тканин і т.п.

Аномалії розташування окремих чи груп зубів відбиваються на формі і величині зубних дуг і альвеолярних відростків. Для їхньої характеристики мають значення такі клінічні симптоми як: скупчене розташування зубів; наявність діастем і трем; звуження і розширення; вкорочення і подовження зубних дуг; зубоальвеолярне подовження чи вкорочення в окремих ділянках зубних дуг. Такі порушення можуть привести до змін розташування зубних дуг відносно одна одної, тобто до різних форм зубощелепних аномалій.

За Д.А. Калвелісом (1961) розрізняють звужений зубний ряд, сідлоподібно здавлений, V - подібний, чотирикутний (трапецієподібний) і асиметричний.

Ф.Я.Хорошилкіна, Г.Н.Гранчук, І.І.Постолаки виділяють такі форми зубного ряду верхньої щелепи; нормальну, звужену, подовжену, вкорочену, сходинкоподібну, симетричну та асиметричну. На нижній щелепі: нормальну, звужену, подовжену, розширену.

Характеризують прикус описують його в трьох площинах: серединно-сагітальній, вертикальній і горизонтальній.

Серединно-сагітальна площина проходить спереду назад. У цій площині визначають зміни розташування нижнього зубного ряду щодо верхнього. Орієнтирами опису прикусу у сагітальній площині є наступні: наявність чи відсутність сагітальної щілини (простір між ріжучими краями різців верхньої і нижньої щелепи); співвідношення іклів і співвідношення других тимчасових молярів (для тимчасового прикусу) чи перших постійних молярів (для постійного прикусу). Співвідношення може бути правильним чи нейтральним; дистальним і мезіальним.

Вертикальна площина проходить паралельно площини чола. У цій площині визначають наявність чи відсутність різцевого контакту; визначають глибину різцевого перекриття (нормальна, глибоке різцеве перекриття, відсутність різцевого контакту). При відсутності різцевого контакту характеризують його вертикальні розміри в міліметрах і його протяжність (горизонтальні розміри).

У трансверзальній площині (оклюзійній, горизонтальній) визначають відповідність ширини зубних дуг верхньої і нижньої щелепи; наявність бічних зсувів нижньої щелепи. Орієнтирами опису прикусу в трансверзальній площині є співвідношення щічних горбків нижнього і верхнього зубного ряду; збіг середніх ліній обличчя і щелеп і основ вузdech губ.

Визначити аномалії розмірів і розташування базисів щелеп

(апикального базису) під час клінічного обстеження не завжди можливо. Для цього необхідні допоміжні методи діагностики (біометрія щелеп, телерентгенографія).

Після проведеного клінічного обстеження формулюють морфологічну, етіологічну і естетичну частини діагнозу відповідно до однієї з існуючих класифікацій. На підставі проведеного клінічного діагнозу можливо також і визначення функціональної частини діагнозу, але необхідне її підтвердження спеціальними методами дослідження.

Визначивши морфологічні відхилення в будові обличчя і прикусу, прилеглих органів і тканин переходять до додаткових методів дослідження: біометрії моделей щелеп, визначенню характеру порушень функцій зубощелепної системи, рентгенологічним дослідженням.