

СОСТОЈБИ ВО АНТЕРОПОСТЕРИОРНАТА ПОЗИЦИЈА НА ВИЛИЦИТЕ КАЈ МАЛОКЛУЗИЈА КЛАСА II/1

Бајрактарова–Ѓорчулоска Надежда, Васка Вандевска–Радуновиќ

Малоклузија класа II/1 се вбројува во ортодонтските неправилности од потежок степен, бидејќи не постои комуникација во развојните процеси на орофацијалниот систем која ги поткрепува хармоничните односи. Во третманот на овој вид малоклузија основно е да се одреди позицијата на вилиците во однос на anteriорната кранијална база. Трудот опфаќа 81 латерален телерендгенограм од пациенти со скелетна класа II/1. Одредена е позицијата на вилиците и процентуалната застапеност на состојбите за односот на вилиците во антеропостериорна насока. Резултатите укажуваат на 4 состојби: А) нормопозиција на максила – дистопозиција на мандибула; Б) антепозиција на максила – нормопозиција на мандибула; В) ретропозиција на двете вилици; Г) антепозиција на максила – ретропозиција на мандибула. Редоследот на застапеност на состојбите е следниов: со највисок процент од 69,1% се јавува состојбата В, потоа со 18,6% состојбата А, со 11,1% Б и со најмал процент од 1,2% се јавува состојбата Г.

Клучни зборови: малоклузија, Енгел класа II; вилица; меѓу виличен однос; кефалометрија.

За поставувањето на дијагнозата и во планирањето на третманот на малоклузија класа II/1, од основно значење е процена на позицијата на вилиците во однос на anteriорната кранијална база. Клиничката дијагноза по класификацијата на Енгел гласи: малоклузија класа II/1 се одликува со тоа што долната забна низа е поставена подистално во однос на горната забна низа за цела премоларна ширина, а максиларните инцизиви се протрудирани (9). По природа оваа малоклузија е доста комплексна, па затоа се налага потреба за нејзина идентификација и опис.

Воведувањето на телерендгенското снимање на главата како дијагностички метод придонесе за утврдување на скелетните карактеристики и дефинирање на различни скелетни фацијални типови кај децата со малоклузии. Во ортодонтската литература од посебен интерес е малоклузијата класа II/1, не само од аспект на растежните процеси туку од аспект на начинот на третман. Приодот на третманот зависи од морфогенетскиот облик на малоклузијата. Тоа е и оправдување за сè уште актуелните рендгенкраниометриски анализи на диференцијалната дијагноза на дистоклузијата (8).

Трудот е превземен со намера да се проценат соодносите на вилиците во антеропостериорна насока и нивната процентуална застапеност.

Материјал и метод

Од 108 пациенти со оклузална дијагноза на класа II/1, издвоени се 81 рендген-кефалограм со дијагноза скелетна класа II-1 одделение. Кај сите 81 пациенти аголот ANB е поголем од 4°. Возраста на испитаниците се движи од 8 до 18 години.

Процентот во позицијата на вилиците е правена по методот на Steiner. Од добисни вредности на аглие SNA и SNB позицијата на вилиците е одредувана по стандардите на Bolton.⁶

Кога вредноста на аголот SNA е во опсег од 82,1° до 83,9°, максилата е во нормопозиција. Ако вредноста на аголот е под 82,1°, таа е во дистопозиција, а над 83,9° во антепозиција. Опсегот на аголот SNB се движи од 78,6° до 81,4°. Кога вредностите на аголот SNB е во тој опсег, мандибулата е во нормопозиција. Помала вредност на аголот од 78,6° означува дистопозиција, а поголема вредност од 81,4° антепозиција на мандибулата.

Резултатите од испитувањето се прикажани во табелата 1.

ТАБЕЛА 1

СОСТОЈБИ ВО ПОЗИЦИЈА НА ВИЛИЦИТЕ И НИВНАТА ПРОЦЕНТУАЛНА ЗАСТАПЕНОСТ

Состојби	Број пациенти	%	Опсег на агли	
			SNA	SNB
нормопозиција на А максилата, дистопозиција на мандибулата	15	18,6	82° – 84°	74° – 78°
антепозиција на Б максилата, нормопозиција на мандибулата	9	11,1	84,5° – 89°	79° – 81°
дистопозиција на Б двете вилици	56	69,1	72° – 81,5°	67° – 76°
антепозиција на Г максилата, дистопозиција на мандибулата	1	1,2	87°	78°

Кај сите испитувани пациенти аголот ANB е поголем од 4°, односно сите испитаници се со скелетна класа II одделение 1. Состојбите во морфологијата на дистооклузијата се јавуваат во четири облици, означени со: А, Б, В и Г буквите. Состојбата А се карактеризира со нормопозиција на максилата и дистопозиција на мандибулата. Вредноста на аглие SNA и SNB се движи во опсег од 82° до 84° за максилата и 74° до 78° за мандибулата.

Состојбата Б се карактеризира со антепозиција на максилата и нормопозиција на мандибулата. Опсегот на аглие е: за SNA од 84,5° до 89° и за SNB од 74° до 78°.

Состојбата В се карактеризира со дистопозиција на двете вилици, но со поголема изразеност во позицијата на мандибулата. Опсегот на аглие се движи: SNA од 73° до 81,5°, а за SNB од 67° до 76°.

Состојбата Г се карактеризира со антепозиција на максилата и дистопозиција на мандибулата. Вредноста на аглие е поголема од 83,9° за SNA и помала од 78,6° за SNB.

По редоследот на застапеноста на облиците на состојбите, резултатите зборуваат за следново: со најголем процент од 69,1% е застапен обликот В, со 18,6% обликот А, со 11,1% обликот Б, а со најмал процент од 1,2% е застапен обликот Г.

Дискусија и заклучок

Малоклузија класа II/1 по застапеност е пофреквентна во однос на класа III и малоклузиите во вертикална насока. Критериумите за третман се засновани од поливалентноста на етиолошките фактори и од природата на малоклузијата. Затоа, во планирањето на третманот треба да се има предвид следново: како прво, третманот треба да се насочи кон воспоставување нормални односи на дентоалвеоларните процеси, елиминирање на пречките од меките ткива и подобрување на денталниот развој. Возраста на пациентот (11), типот на лицето (8) и морфологијата на денталните лакови (5) се вбројуваат во основните критериуми при планирањето на третманот. Меѓутоа, без добро познавање на растежните процеси на максилата (3) и растежните процеси на мандибулата (4) придонесот на растежот во корекција на малоклузијата (1), особено координацијата на третманот со дентофацијалниот развој (2) не би можела да се постигне крајната цел кон која се тежи, а тоа е корекција на дисхармониите и урамнотежена оклузија.

Сепак, како основен проблем за клиничарот – ортодонт во поставување на дијагнозата и начинот на третман останува процената на позицијата на вилиците во антеропостериорна насока во однос на антериорната кранијална база и степенот на протрузија и ретрузија на антериорните заби. Нашите наоди (таб. 1) укажуваат на четири состојби во позицијата на вилиците кои се налагаат како императив во третманот на малоклузија класа II. Во зависност од обликот на состојбата ќе се планира и третманот. На пример, природот за третман ќе биде поинаков при состојба А во однос на состојба Б. Кај првата не се дејствува на корекција на мандибулата, кај втората на максилата.

Како заклучок би го предложиле следново:

- во поставувањето на дијагнозата при малоклузија класа II, од битно значење е идентификацијата на позицијата на вилиците во однос на антериорната кранијална база;

- морфолошкиот облик на меѓусебниот однос на вилиците во антеропостериорна насока е застапен во четири состојби: А – нормопозиција на максилата, дистопозиција на мандибулата; Б – антепозиција на максилата, нормопозиција на мандибулата; В – дистопозиција на двете вилици; Г – антепозиција на максилата, дистопозиција на мандибулата;

- начинот на третман е условен од видот на состојбата на дисхармоничниот сооднос меѓу максилата и мандибулата.

RELATIONS OF ANTEROPOSTERIOR JAW POSITION IN MALOCCLUSION CLASS II DIVISION 1

Bajraktarova – Ćorĉuloska N, Vandevska–Radunović V.

Summary

The general characteristics in the designation of Class II division 1 malocclusion: abnormalities in the form and activity of the orofacial musculature, narrow face, smaller linear mandibular dimensions are insufficient for the modern orthodontic treatment. A special skeletal pattern quantification is needed. Any way, the main problem for the orthodontist in the treatment of skeletal Class II is the sagittal jaw misrelation combined with protrusion or retrusion of the dentoalveolar processes. In this paper, the sagittal jaw relation is shown, as a main approach to the diagnosis of this complex malocclusion. Four relations are identified:

A – maxillar normoposition and mandibular distoposition;

B – maxillar anteposition and mandibular normoposition;

V – maxillar and mandibular distoposition;

G – maxillar anteposition and mandibular distoposition

The most frequent occurrence had relation V, then A, B and G with 69,1% 18,6%, 11,1% and 1,2% respectively.

Key words: malocclusion; malocclusion, Angle Class II; jaw relation records; cephalometry.

Литература

1. Бајрактарова-Ѓорчулоска Н. Корелација меѓу растежот на краниофацијалните структури и биолошката матурација кај деца со малоклузии (докторска дисертација), Скопје, Стоматолошки факултет, 1986. 182 стр.
2. Bass MN. Orthopedic coordination of dentofacial development in skeletal class II malocclusion in conjunction with edgewise therapy. *Am J Orthod* 1983; 84:361-82.
3. Björk A, Skieller V. Growth of the maxilla in three dimensions as revealed radiographically by the implant method. *Brit J Orthod* 1977; 4:53-64.
4. Björk A, Skieller V. Normal and abnormal growth of the mandible. A synthesis of longitudinal cephalometric implant studies over a period of 25 years. *Eur J Orthod* 1983; 5:1-46.
5. Бојациев Т, Лазаревска Е. Проценување на обемот на денталните лакови кај неправилностите на II класа I одделение. *Макед Стоматол Прегл* 1986; (3-4):82-6.
6. Broadbent HB Sr, Broadbent HP Jr, Golden HW. Bolton standards of dentofacial development growth. Mosby Co, 1975.
7. Hultgren WB, Isaacson JR, Erdman GA, Worms WF, Rekow DE. Growth contributions to Class II correction based on models of mandibular morphology. *Am J Orthod* 1980; 78:310-20.
8. Moyers ER, Riolo LM, Keneth EG, Wainright LR, Bookstein LF. Differential diagnosis of Class II malocclusions. *Am J Orthod* 1980;78:477-94.
9. Марковиќ М и сар. Ортодонција. Београд: Ортодонска секција Србије, 1982.
10. Озеровиќ Б. Узајамна зависност угла основних равни вилица и типа рашкџња лица код особа со малоклузијама. *Билт УОЈ* 1981; 14:15-20.
11. Pancherz H, Malmgren O, Hägg M, Ömblus J, Hansen K. Class II correction in Herbst and Bass therapy. *Eur J Orthod* 1989; 11:17-30.