

## ТЕРАПИЈА НА МАЛОКЛУЗИЈАТА ВТОРА КЛАСА ВТОРО ОДДЕЛЕНИЕ - (приказ на случаи)

Џипунова Б., Ѓоргова Ј.

СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ - Скопје, Универзитет „Св. Кирил и Методиј“  
Клиника за ортодонција

*Во илудој е прикажана терапија сироведена кај два пациенти со германска дензиција со малоклузија II класа 2 одделение. Врз основа на клиничкиот експра- и интраорален преглед, гнајомејриската анализа на студијските модели и анализата на ортопантомографските снимки, потврдена е дијагнозата за малоклузија II класа 2 одделение, со бимаксиларна збиеност и трауматски длабок загриз. Терапијата кај едниот пациент е сироведена со експрација на првите премолари и фиксен апарат во горната вилица, а кај другиот пациент без експрација со фиксни апарати во двете вилици. Активната терапија во двајца случаја траеше 18 месеци, а потоа се помина на фаза на ретенција.*

**Клучни зборови:** малоклузија II класа 2 одделение, терапија со фиксни апарати.

Името на малоклузијата II класа 2 одделение првпат се сретнува во 1889 год. во книгата на Angle „Classification of Malocclusion“, опишана како второ одделение на II класа со ретроинклинација на централните максиларни инцизиви и проклинација на двата латерални инцизива. Во американската, англиската, француската и советската литература се употребува Angle-овото име за малоклузијата, а во германската литература Mayer-

hofer во 1948 година првпат го промовирал името deckbiss. Потоа Korkhaus во 1953 год. и Schwarz во 1956 год. го употребуваат ова име и steibiss, што означува стрмна положба на максиларните инцизиви со строга супраоклузија. Меѓутоа, овој термин не го одредува моларниот однос во II класа како што прави класификацијата на Angle. Според Logan (6) инцизивниот однос е оклузална карактеристика на малоклузијата, многу поважна од дистооклузијата. Во нашата литература како синоними за малоклузијата II класа 2 одделение, се користат термините преклопен загриз, стрм загриз, покровен загриз и deckbiss.

Епидемиолошките студии укажуваат на фреквенција на неправилноста од околу 6% (2,7,8).

Со испитување на еднојајчани близнаци, Korkhaus утврдил дека стрмниот загриз е наследна аномалија. Според Schwarz, „поклопниот“ загриз кај новороденчето може да се смета за конгенитален облик на оваа аномалија, а конфигурацијата на вилиците е главен фактор во формирањето на стрмниот загриз. Оваа аномалија со сите свои особености се јавува и во млечната дентиција.

Во минатото клиничарите верувале дека овој загриз е екстреман облик на длабокиот загриз (1). Длабокиот преклоп при малоклузијата е многу чест, но нередовен и затоа длабината на преклопот не е услов за поставување на дијагнозата како ни оклузијата во бочната регија, која некогаш може да е во I класа. Во млечната дентиција, неутралниот

загриз е почест, а дистооклузијата се развива најчесто при смена на забите. Во поновата литература прифатено е мислењето дека аномалијата не се наследува одвоено во млечната и трајната дентиција, како што тоа го нагласувал Бикар, во 1962 година (7).

Механизмот на создавање на длабокиот загриз се огледа во супрапозицијата на фронталните заби и инфрапозицијата на бочните заби. Но, во извесни случаи постои и супрапозиција на горниот алвеоларен процесус.

Во типичните случаи на малоклузијата, централните инцизиви се силно ретрудирани, латералните инцизиви се протрудирани и мезиолабијално ротирани. Поретко се сретнува ретроинклинација на сите инцизиви и проклинација на канините, а најретко ретроинклинација на сите фронтални заби. Кај повеќето лица со оваа малоклузија, односот на вилиците е во II или 1/2 II класа, а ретко и во I класа. Според обликот и големината, мандибуларниот денален лак секогаш не е правилен, а инцизивите остваруваат контакт со палатиналната мукоза. Тескобата на инцизивите најчесто е коронарна, поради нивната ретроинклинација. Апикалните бази се широки, а Спеовата крива е нагласена. Функцијата на циркуморалната мускулатура најчесто е нормална, што се однесува и на јазикот, а усните се компетентни. При насмевка, во многу случаи е видлив гингивалниот дел од алвеоларниот продолжеток на максилата (3,4,7,8,9).

Кефалометриската анализа покажува дека краниофацијалниот систем демонстрира големи индивидуални морфолошки варијации. Антеро-постериорните дијаметри на кранијалниот свод се помали кај сите испитаници со малоклузија класа II/2, вертикалните димензии на лицето покажуваат сигнификантно помали вредности во долниот дел на лицето, деналните лакови во сагитала се помали, додека должината на максилата е поголема за 1-2 мм што не е статистички сигнификантно. Мандибулата е благо помала, а брадната проминенција е нагласена, мандибуларниот агол е зголемен, сагиталниот однос на вилиците кон предната кранијална база е ретрогнат (8).

Екстраорално, изгледот на пациентот е карактеристичен и при аномалијата е погоден долниот кат од лицето, кој е скратен со нагласен *sulcus mentolabialis*, со тенки усни и тап назолабијален агол и карактеристики за раст со предна ротација. Носот е нагло истурен, нагласена е *spina nasalis anterior*, врвот на брадата е истурен и повиен нагоре.

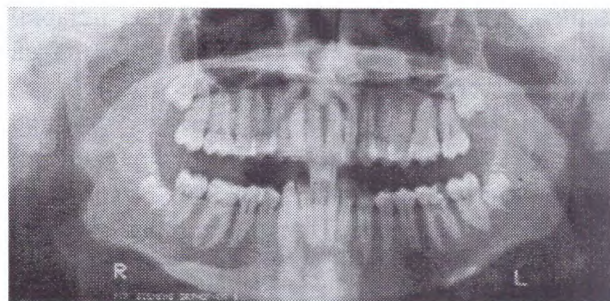
Во литературата, поради комбинацијата на неправилностите во сагитален и вертикален правец, коронарната тескоба и широките апикални бази, не се препорачува екстракција на заби туку спроведување на терапија за модификација на растот и развојот. Тоа секако е можно само во период на активен раст и развој, односно една година пред почетокот на пубертетскиот скок на растот (5,9). Кај пациенти со завршен раст и развој можна е терапија со дистализација на бочните заби со екстраорални сили, со што се постигнува корекција на II класа во бочната регија, се подигнува загризот и се создава простор за нивелирање на антериорните заби. Во случаи кога е неопходна екстракција, мора да се внимава на зачувување на вертикалната димензија на загризот, што најчесто се постигнува со вклучување на вторите молари во фиксниот апарат.

Наследната етиологија создава тешкотии во лекувањето и навестува долга и често неизвесна ретенција на постигнатите резултати.

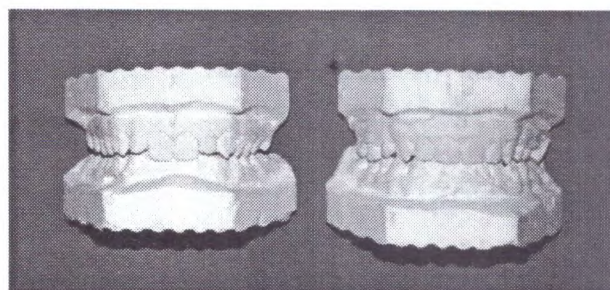
### Приказ на прв случај:

Кај пациентот В.А. на 16-годишна возраст, констатирана е малоклузија II класа 2 одделение, со трауматски длабок загриз ( $ob=7$  мм), бимаксиларна збиеност и ротација на максиларните канини. Кефалометриски е дијагностициран максиларен прогнатизам со мандибуларен ретрогнатизам, скелетална II класа и ретрузија на максиларните инцизиви.

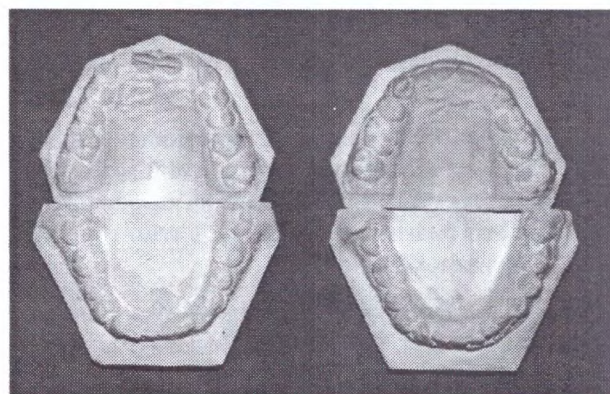
Со оглед на возраста на пациентот, терапија со модификација на растот не би довела до резултат, па по сите клинички, гнатометриски и ренгенолошки анализи одлу-



Слика 1. - Почетна Ртг снимка на пациентот



Слика 2. - Почетен и завршен модел во оклузија



Слика 3. - Почетен и завршен оклузален приказ на денталните лаци кај пациентот

чено е да се пристапи на екстракција на 14 и 24 и фиксен апарат во горната вилица. Нивелацијата на забниот лак е започната со никелтитаниумов лак од 0,014", заменет со 0,016", па 0,018". Потоа беше продолжено со лак гема спее за корекција на лабиооралниот нагиб на максиларните инцизиви. Во завршната фаза користен беше четвртест лак. Комплетното лекување траеше 18 месеци, а потоа преминавме на ретенција со мобилен апарат.

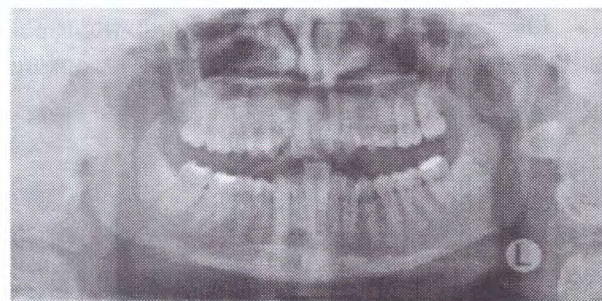
Оклузијата и забните лакови споредени пред и по терапијата се прикажани на сл. 1, 2 и 3.

## Приказ на втор случај:

Кај пациентката В.С. на 24-годишна возраст поставена е дијагноза полу II класа 2 одделение, со бимаксиларна ретрузија на инцизивите, бимаксиларна збиеност, длабок загриз (ob=6 мм), блага поместеност на интеринцизивната средина на мандибулата во лево и ротација на мандибуларните канини.

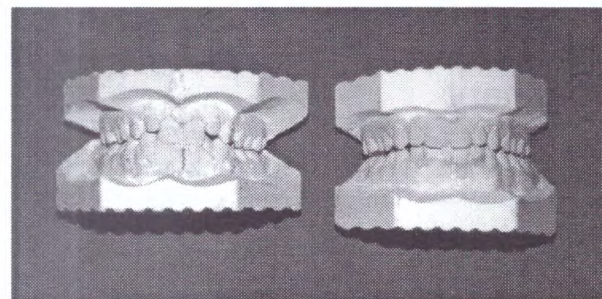
Планот на терапијата вклучуваше: протрузија на максиларните и мандибуларните инцизиви, корекција на тескобата, нивелирање на денталните лакови и подигнување на загризот.

По комплетната анализа, одлучено е да не се екстрахираат заби, туку со протрузија на инцизивите да се зголеми обемот на денталните лаци и да се корегира збиеноста.

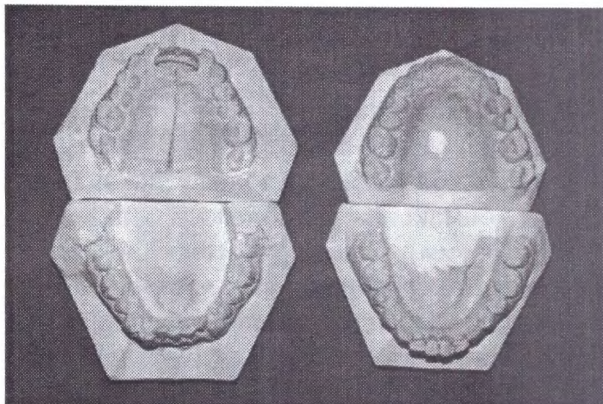


Слика 4. - Почетна Ртг снимка на пациентката

Користени се фиксни апарати во двата дентални лака. Корегирани е дистооклузијата до неутрооклузија. Нивелацијата е започната со dentaflex лаци 0,014", па се продолжи со gematitan 0,016", па 0,018". За финално дотерување на оклузијата и интеркуспидацијата, користени се лаци во горната вилица со нагласена Spee-ова крива а во долната вилица со



Слика 5. - Почетен и завршен модел во оклузија



**Слика 6.** - Почетен и завршен оклузален приказ на денталните лази кај пациентката

нагласена контра Спее-ова крива. Терапијата траеше цели 20 месеци. По отстранувањето на фиксните апарати, кај пациентката се поставени ретенциони плочи во обете вилицы. Ретенциониот период сè уште е во тек.

Оклузијата и денталните лакови споредени пред и по терапијата се прикажани на сл. 4, 5 и 6.

## Заклучок

Ортодонтскиот третман на пациентите со малоклузија II класа 2 одделение заслужува длабока, сеопфатна анализа и сериозен пристап при терапевтските постапки. Фиксните апарати претставуваат избор во третманот на малоклузијата II класа 2 одделение.

## TREATMENT OF CLASS II DIVISION 2 MALOCCLUSION: A CASES REPORT

Dzipunova B., Gjorgova J.

### Summary

Treatment in two cases with malocclusion Class II Division 2 in permanent dentition is repre-

sented. According to clinical extra- and intraoral examination, gnathometric analysis and roendgen analysis, we established the diagnosis malocclusion Class II Division 2, with bimaxillary crowding and traumatic deep bite. Therapy in first patient was carried out with extraction of 14 and 24 and fixed appliance in upper jaw. Therapy in second case was without extraction and with fixed appliances in both jaws. Active treatment period finished after 18 months, and then began the retention period.

**Key words:** malocclusion Class II Division 2, treatment with fixed appliances

### Литература:

1. Бикар И.: Основи ортопедија вилица, Стоматолошка секција СЛД, Белград, 1962
2. Бојациев Т. и сор.: Прилог кон епидемиологијата на дентофацијалните неправилности кај скопски деца. Макед. Стом. Прегл. 1988, 12 (1-2): 21-6
3. Ѓоргова Ј.: Положба на инцизивите и нивно влијание на дентоскелеталните и мекоткивни структури и промените на профилот на лицето (магистерски труд). Стоматолошки факултет, Скопје, 1981
4. Hotz R.: Orthodontics in daily practice. Hans Huber Publishers, Bern-Stuttgart-Vienn, 1974
5. Караџиновик Д.: Основи фиксне ортодонције. 1995
6. Logan W.: The angle Class II Division 2 malocclusion. Dent Pract 1962, 13:105
7. Марковиќ М.: Ортодонција, Медицинска книга, Белград-Загреб, 3-то издание, 1989
8. Мешков М.: Морфолошки варијации на краниофацијалниот систем кај лица со малоклузија II класа 2 одделение. Македонска книга, Скопје, 1988
9. Proffit W., Fields H.: Contemporary orthodontics, Mosby Year Book, 2nd ed., 1993