

ОРТОДОНТСКИ ПРИСТАП ПРИ ИМПАКТИРАНИ МАКСИЛАРНИ КАНИНИ: ЕТИОЛОГИЈА, МОЖНОСТИ И ТЕРАПИЈА

Бојаџиев Т.¹, Поповски С.¹, Бојаџиев В.²

СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ-Скопје,¹ Клиника за ортодонција; ² Клиника за орална хирургија

Природата им подарила на децата убав и здрава насмевка која мора да се зачува, а изгубената да се воспостави што е наша задача и императив на нашето постоење денес.

Целта на овој приказ претставува обид да се прикаже, да се опише и да се коментира релативно непознатото и поинтересното техничко-ортодонтско извлекување импактираниите максиларни канини и нивното поставување во дениталните лакови.

Прикажани се етиолошките фактори кои доведуваат до импакција на максиларните канини, како и употребата на ортодонтскиот апарат кој го нагласува уверувањето дека воспоставувањето на импактираниите максиларни канини во дениталните лакови е една од потребните цели во ортодонцијата.

Извршените работи се извршени на материјал од дваесет и петгодишно искуство кај 365 пациенти со импактирани максиларни канини. Добиените резултати и можностите при лекувањето на импактираниите максиларни канини укажуваат на големите технички достигнувања во нивното поставување во ирационална положба во дениталните лакови.

Клучни зборови: канин; импактиран заб; ортодонтски апарати

Секоја забно-влична аномалија како и појавата на импактирани максиларни канини мора да се лекува на најсоодветен начин.

Ортодонтскиот пристап на ортодонтското извлекување на импактираните максиларни канини и нивното поставување во дениталните лакови претставува предизвик на секој

ортодонт и хирург. Општо е познато дека максиларните импактирани канини се најчесто импактирани заби по третите молари. Тие се јавуваат во околу 1,5% до 2% од популацијата и тоа 85% со палатинална и 15% со букална импакција. Granger (1) и Mead (6) изнесуваат дека импактираните канини се јавуваат во 1,4% и 1,57% кај Американците од белата раса. Montelius (7) смета дека импактираните канини се помногубројни кај белата раса, во однос на другите раси. Roher (11), Dachi и Howell (2) изнесуваат поголема зачестеност на оваа појава кај женската популација во однос на машката.

Многу автори го цитираат Dewel (3), кој причината за појавата на импактираните канини ја бара во фактот што последни никнуваат во дениталниот лак, кога веќе детето е два пати постаро, од периодот кога е никнат првиот молар.

Од друга страна, сите заби заменици на млечните заби, освен канините, имаат свои водачи при никнувањето.

Проблемот на канините е многу комплексен, поради неговата спирална позиција на аголот во дениталниот лак, значаен во одржувањето на хармонијата и симетријата на оклузалните односи, при што го определува изгледот на устата во целина.

Околу третата и четвртата година, се јавува зачетокот на максиларниот канин под долниот раб на орбитата и под назалниот раб.

Кога коронката е формирана започнува миграцијата на канинот мезијално, со постигнување максимален агол на 9-годишна возраст, без движења мезијално, дистално или надолу. По овој период, почнува прогресивно да се исправа на напред и надолу, и се симнува од врвот на коренот на латералниот инцизив дистално, до неговото поставување во дениталниот лак (8). Според испитувањата на Dewel (3), а и многу други автори, како Hitchin (5), Thilander и Jakobson (12), Nanda (9), сметаат дека правците на

движењата и долгото време на никнувањето се причина за импакцијата на максиларниот канин.

Причината за појавата на импакција е многукаузална, а најчести се локалните фактори.

Некои автори (2, 4, 5, 9, 10, 12) сметаат дека причините за појава на импактирани канини се:

- анатомска позиција на зачетокот на канинот и правецот на никнувањето;
- неправилности на максиларниот латерален инцизив,
- неправилности на млечениот канин,
- тескобност во денталните лакови, недостиг на простор,
- хелиопалатошизис, неопластични промени, дилацерација на коренот и други идиопатски причини,
- појава на супернумеричен заб,
- наследност, задоцнето созревање на забите,
- неправилности на структурата на алвеоларната коска или палатиналната мукоза.

Голем број потенцијални компликации го придружуваат импактираниот канин:

- ресорпција на соседен заб, малпозиција на канинот и негова ресорпција, малпозиција на соседните заби, миграција на соседните заби.

Импакциите на максиларниот канин, како и потенцијалните компликации, ја зголемуваат потребата за оценување на канинот за време на развојот на трајната дентиција кај децата.

Дијагнозата на импактираниот канин се базира на клинички преглед и рендгенолошки испитувања.

Ако импакцијата се открие рано, со екстракција на млечен канин во некои случаи може да се јави спонтанa нормализација.

Начинот на третманот на импактираните максиларни канини зависи од :

- видот на импакцијата,
- поставеноста (букална или палатинална),
- степенот на изразеноста.

Сите импактирани максиларни канини бараат неодложен хируршки третман, и тоа со отстранување на канинот -отворање со или без ортодонтски третман.

Најприфатлива техника е отворање на забот пред и по хируршко-ортодонтско лекување. Постојат различни методи на хируршко отворање кое веќе е прикажано. Ортодонтскиот третман се изведува со претходно воспоставување на потребен простор и стимулација за

никнување. Ортодонтската терапија не е секогаш успешна во случаи кога канините се доведуваат во оклузија, а често се јавуваат и постхируршки последици. Импактираните канини бараат активна ортодонтска терапија, кога хируршкиот зафат сам по себе не е доволен тие да изникнат и да се постават во денталните лакови. Ортодонтскиот третман е долг, а при додењето на канинот можат да бидат загрозуени и околните заби поради нивната близина сонего. Импактираните канини, палатинално поставени во хоризонтална положба во однос на корените на латералните инцизиви или првите премолари, како и во антеро-постериорен длабински правец, не можат ортодонтски да се третираат туку бараат хируршко отстранување. При недоволен простор, кога е потребно да се екстрахира првиот премолар, треба да се почека до моментот кога прогнозата за правилно поставување на канинот ќе биде најповолна. При ортодонтскиот третман на максиларните импактирани канини денес, во случаи на непостоење на адекватен простор во денталните лакови, ги користиме поставките кои вклучуваат претхируршки ортодонтски третман, со подготовки за создавање на простор за импактирани канини во денталните лакови.

Тоа го постигнуваме на булакните сегменти, со затворање на антериорните простори или со екстракција на првите премолари, или крајно, на латералните инцизиви.

Потоа, се презема хируршка интервенција и се поставуваат средства за изведување на тракција на канините: златен инлеј, жица за лигатури врзана околу цервикалниот дел на забот, директно бондиран бракет, шраф цементиран во коронката, правење отвори во коронката и др.

Најмногу се користи директно бондиран бракет, а за да не дојде до затворање на отворениот пристап, се употребува цинкоксид еугенол цемент, поставен во пластови врз газа. При екструзија на импактираните канини се користи еластичната сила на забот во раст и јака жичена сила на соседните заби. Тоа се постигнува со помош на фиксни и мобилни апарати.

Притоа, големо внимание се обрнува на правецот на движењето на канинот и јачината на применуваната сила.

Материјал и метод

Во периодот од 1977 год. до 1999 год., на Клиниката за ортодонција се третирани 6720 пациенти со малоклузии, од кои 246 (3,66%) пациенти со импактирани максиларни канини.

Бројот на испитуваните случаи и локацијата на поставеноста на максиларните канини се претставени во табела 1.

ТАБЕЛА 1. ИСПИТУВАНИ ОРТОДОНТСКИ СЛУЧАИ И ЛОКАЦИЈА НА МАКСИЛАРНИТЕ ИМПАКТИРАНИ КАНИНИ

ПОЛ	Број на испитуваници			
	Палатинално	Лабјално	Вкујно	
машки	2938(30,33%)	67(0,99%)	14(0,22%)	81(1,21%)
женски	4682(69,67%)	117(1,74%)	48(0,71%)	165(2,45%)
вкупно	6720(100%)	184(2,73%)	62(0,93%)	246(3,66%)

Резултатите од испитувањата на појавата на палатинално поставени канини и видот на користените терапевтски методи се претставени во табела 2. Добиените резултати

на третманска ефикасност на аплицираните ортодонтски процедури се прикажани на табела 3.

ТАБЕЛА 2. ФРЕКВЕНЦИЈА НА ПАЛАТИНАЛНО ИМПАКТИРАНИТЕ КАНИНИ И ВИДОТ НА ОРТОДОНТСКИ ТРЕТМАН

Палатинално	Импактирани максиларни канини			Аплицирана ортодонтска техника	
	унилатерален	билатерален	вкупно	мобилна	фиксна
машки	43(23,36%)	24(13,06%)	67(36,42%)	12(6,53%)	55(29,89%)
женски	77(41,84%)	40(21,74%)	117(63,58%)	27(14,67%)	90(48,91%)
вкупно	120(65,20%)	64(34,80%)	184(100%)	37(21,20%)	145(78,80%)

ТАБЕЛА 3. ПРИКАЗ НА ДОБИЕНИТЕ ТЕРАПЕВТСКИ РЕЗУЛТАТИ

Ортодонтски апарат	СТЕПЕН НА ПОСТИГНАТИ РЕЗУЛТАТИ			
	добри	пожелни	лоши	вкупно
мобилни	8 (21,62%)	5 (13,51%)	24 (64,87%)	37 (100%)
фиксни	122 (84,14%)	16 (11,04%)	7 (4,82%)	145 (100%)

Од табелата може да се заклучи дека најдобри резултати од ортодонтскиот третман на импактирани максиларни канини се постигнува со фиксната техника. Тоа го илустрираме со приказ на ортодонтската терапија кај два наши случаја.

ДИЈАГНОЗА: бимаксиларна тескоба, вкрстен загриз на 12. и 22.; унилатерален вкрстен загриз; моларен однос во прва класа од левата и десната страна по реконструкцијата; рано губење на 26.; импактирани 13. и 23.; скелетална прва класа; тип на растот - средна лицева и мандибуларна ротација (сл. 1 и 2).

ТЕРАПИЈА: екстракција на 14 и поставување фиксен апарат (сл. 3). На сл. 4 е прикажан интраоралниот изглед на пациентот по завршувањето на третманот.

Наша казуистика

Случај 1.

Пациент од машки пол на 14 години.



Слика 1. Оклузален приказ на гипсен модел на пациентот пред терапија



Слика 2. Интраорална снимка по екстракција на 14.



Слика 3. Поставен фиксен апарат



Слика 4. Интраорална снимка по вадењето на фиксниот апарат

Случај 2.

Пациент од машки пол на 14 години.

ДИЈАГНОЗА: палатинално импактирани канини билатерално. Тескоба, нема место за сместување на 13. и 23. По реконструкцијата, лево и десно прва моларна класа. Caries profunda complicata на 16. грануломатозна гангрена на 26.

Тип на растот - средна фаџијална и мандибуларна ротација (сл. 5).

ТЕРАПИЈА: беше поставен фиксен апарат за да се создаде простор за сместување на импактираните канини (сл. 6 и 7).



Слика 5. Интраорален приказ пред третманот



Слика 6. Постевен фиксен апарат



Слика 7. Интраорален приказ на пациентот со поставени 13. и 23. во деналните лакови

Заклучок

Ортодонтскиот третман на импактираните канини заслужува длабока анализа и сериозен пристап при терапевтските постапки.

Техничките можности денес се многу, но потребна е голема претпазливост при апликацијата на силите на тракција.

Фиксните апарати претставуваат избор во третманот на импактираните канини.

ORTHODONTIC TREATMENT OF IMPACTED MAXILLARY CANINES: ETHIOLOGY, POSSIBILITIES AND THERAPY

Bojadžiev T., Popovski S., Bojadžiev V.

Summary

The palatinally impacted maxillary canines represent a very serious problem which requires an approach determined by the type of impaction, the aetiological factor, the age of the patient, heredity ect.

The treatment concept includes interceptive procedures and orthodontic and surgical treatment.

We suggest that the treatment of the impacted maxillary canines has to include a preorthodontic-surgical treatment of the impacted teeth, a surgical open approach, application of fixed appliances with continuously dosed extrusion force, carefully conducted retention.

Key words: canine; tooth, impacted; orthodontic appliances

Литература

1. CRAMER HC. Dental survey of one thousand adult males: A statistical study correlated with physical and laboratory findings. J Amer Dent Assoc 1929; 29:122-8.
2. DACHI SF, HOWELL FV. A survey of 3874 routine fullmouth radiographs. II: A study of impacted teeth. OS OM OP 1961; 14: 1156-69.
3. DEWELL BF. The upper cuspid: Its development and impaction. Angle Orthodont 1949; 19: 79-90.
4. FASTLICHT S. Treatment of impacted canines. Am J Orthod 1954; 40:891-905.

5. HITCHIN AD. The impacted maxillary canines. Brit Dent J 1956; 100: 1-14.
6. MEAD SV. Incidence of impacted teeth. Orthod Oral Surg Rad Int J 1930; 16: 885-90.
7. MONTELIUS GA. Impacted teeth: A comparative study of Chinese and Caucasian Deutitions. J Dent Res 1932; 12: 931-8.
8. MOYERS RE. Cours Universite du Michigan, 1976.
9. NANDA S. Communication personnelle, 1976.
10. NEWCOMB MR. Recognition and interception of aberrant canine eruption. Angle Orthodont 1959; 29:161-8.
11. ROHRER A. Displaced and impacted canines. Orthod Oral Surg Int J 1929; 15: 1002-20.
12. THILANDER B, JAKOBSSON S. Local factors in impaction of maxillary canines. Acta Ortod Scand 1968; 26: 146-68.