

Бојаџиев Т., Даскалова Б., Василева Б.

ОРТОДОНТСКИ ПРИСТАП ВО ТРЕТМАНОТ НА МАЛОКЛУЗИИТЕ

СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ - Скопје: Клиника за ортодонција

*Кога стихијата ги искривува работите,
мојот разум ги исправува.
Умот одлучува во владеењето.
Jean de la Fontaine*

Малоклузиите се честа појава и во голем број случаи претставуваат сериозен терапевтски проблем. Клиничките испитувања при ортодонтските пристапи во третманот на малоклузиите покажаа дека модерното раководење, кое однапред ја одредува и предвидува крајната цел на ортодонтскиот третман, овозможува корективен третман на малоклузиите на значајно задоволителен начин.

Вршено е испитување кај 7328 лекувани пациенти со цел да се утврди кој терапевтски пристап претставува најдобар избор во ортодонтската филозофија и практика.

Наодите што се добиени укажуваат дека најдобри резултати се постигнуваат кога се применуваат ортодонтски постапки кои ќе овозможат правилно насочување на растот и развитокот, корекција на аномалиите во положбата на забите и дентофацијалните малформации, воспоставување нормална оклузија и нормален профил на лицето со усогласување на функциите на мастикација, говор и дишење, како и постигнување усогласено естетско, убаво и урамнотежено лице. Во овој контекст, употребата на мобилни апарати (активните, а особено функционалните) даваат задоволителни и пожелни резултати, ако се применат пред и за време на пубертетот. По пубертот, во зависност од видот на аномалијата, се постигнуваат подобри резултати ако се применат фиксни апарати, екстраорална влека и екстракции.

Во заклучок, авторите сметаат дека се наметнува потреба од организиран и ригорозен пристап при третманот и отстранувањето на малоклузиите како прифатливи техничко-терапевтски постапки за да се подобри фаци-

јалната естетика и да се одржи "организирана" дентална оклузија.

Клучни зборови: малоклузии; ортодонтски апарати,

При третманот на малоклузиите, ортодонтските постапки што ги применуваме во објективизацијата на третманот овозможуваат воспоставување задоволителна оклузална функција, зголемување на убавината на забите и лицето и полесно отстранување на денталните наслаги на храна кои ги вклучуваат малоклузиите. Исто така, тие го фаворизираат назалното дишење, ако е тоа предизвикано од проблемите на носните ходници, и ги подобруваат реставративните протетички услови, ако односите на забите во денталните лакови тоа го бараат. За нас ортодонцијата и нема друга цел.

Треба да веруваме дека е грешка ако од ортодонтските постапки бараме објективен норматив или ако веруваме дека ортодонтската цел е да воспостави нормални структури. Правило во биологијата се варијациите: не може да се стандардизира лицето на човекот. Не можат забите на Мирко, како оние на Зоран, да бидат поместувани на ист начин, бидејќи се тоа две лица со различни физиолошки карактеристики и физички услови (10).

Адаптационите способности на орофацијалниот систем тешко можат да се дефинираат, бидејќи тие претставуваат биолошки систем со различни морфолошки и хистолошки карактеристики, чиј степен на промени би довел до губење на функционалните

потреби и до неусогласеност со структурите на околината.

Нема сомнение дека корективниот ортодонтски третман претставува важна постапка во усогласувањето на нарушените оклузија и функција во орофацијалниот систем кај малоклузиите.

Секоја малоклузија, без разлика на нејзиниот степен на изразеност, мора да се лекува на соодветен начин (3). Тоа се постигнува со ортодонтски апарати кои претставуваат избор и единствена можност при "лекувањето" на малоклузиите. Со помош на нив се постигнуваат контролирани забни движења со корекција на ангулацијата, инклинацијата и ротацијата на забите; затворање на екстракционите простори, корекција на моларните односи, воспоставување правилни overbite и overjet, подобрување на скелетната дисхармонија, воспоставување идеална оклузија и запазување на невромускулната рамнотежа (5).

Голем број автори (1, 2, 4, 6-9, 11) се согласуваат дека терапијата со ортодонтски апарати треба да започне во 8-9. година, кога се изникнати инцизивите во горната и долната вилица и првите трајни молари. Изборот на техниката на третманот зависи од општите и локалните фактори (ембриолошки, филогенетски, генетски и патолошки), па, по сè судејќи, тој има компромисен карактер. Добра оклузија на забите, која овозможува здрав пародонциум, усогласени односи на темпоромандибуларниот зглоб и урамнотежен невромускуларен механизам, кај дентофацијалните малоклузии може да се постигне со ортодонтски третман кој ќе доведе до сместување на забите во најсоодветни биолошки услови. Голем број ортодонтски постапки го овозможуваат ова на значајно задоволителен начин.

Целта на нашето изнесување е да ги прикажеме нашите пристапи при поставувањето дијагноза, одредувањето на планот на терапијата, изведувањето на третманот при третирањето на малоклузиите.

Материјал и метод

На Клиниката за ортодонција, Стоматолошки факултет - Скопје, во периодот од 1973 до 1993 година, лекувани се 7328 пациенти со забно-вилични неправилности (таб. 1).

Дијагнозата е поставувана врз основа на клинички преглед, анализа на модели, рендгенографска кефалометриска анализа со анализа на одредувањето на типот на растот и развитокот и со визуелна објективизација на ортодонтскиот третман.

Ортодонтскиот пристап е разгледуван и изведуван со детално направен терапевтски план со помош на мобилни и фиксни апарати (таб. 2), а применети се во зависност од степенот на изразеноста на малоклузијата. Таму каде што е индицирано, применети се и екстраорална влеча, еластична влеча, екстракциона терапија и орални, максилофацијални и протетички интервенции.

Добиените резултати од лекувањето на малоклузиите со различни ортодонтски постапки беа групирани и статистички обработени.

Резултати

Постигнатите клинички резултати од лекувањето на забно-виличните неправилности и видот на применетите ортодонтски постапки се прикажани во табела 2 и графикон 1.

Во табела 2 е прикажано лекувањето на малоклузиите кај 7328 пациенти кај кои: добри резултати се постигнати во 3345 (или 45,65%) случаи, пожелни резултати во 3000 (или 40,93%) случаи и лоши резултати во 983 (или 13,41%) случаи. Добиените лоши резултати, во најголем број случаи, се должат на желбата на пациентот да не го носи ортодонтскиот апарат или пак на престанувањето на носењето на апаратот од страна на пациентот. Таму каде што постоеше соработка меѓу пациентот и терапевтот, резултатите беа добри и пожелни.

Од применетите терапевтски постапки кај 7328 пациенти, во 5915 (или 80,71%) случаи беа применети мобилни апарати и тоа: во 4283 (или 58,44%) случаи активни плочи, и во 1632 (или 22,27%) случаи функционални пасивни апарати и во 1413 (или 19,29%) случаи фиксни апарати. Применети се различни методи во зависност од видот и изразеноста на аномалијата, возраста на пациентот, типот на растот и развитокот, односно оние методи кои од научна и практична гледна точка доведуваат до попречизни, побрзи биолошки резултати кои претставуваат биомеханички метод во физиолошки услови.

Од графиконот 1 може да се заклучи дека употребата на мобилните апарати, а особено функционалните апарати, дава задоволителни и пожелни резултати кога се тие применети пред и за време на пубертетот. Кога тие се аплицирани по овој период не се добиваат очекуваните резултати. По пубертетот се постигнати подобри резултати при примена на екстракциона терапија и фиксна техника.

За да ги документираме резултатите постигнати при нашето лекување на малоклузиите, претставуваме два клинички случаја.

ОРТОДОНЦИЈА

ТАБЕЛА 1. ПРИКАЗ НА ЛЕКУВАНИ ЗАБНО-ВИЛИЧНИ НЕПРАВИЛНОСТИ ВО ОДНОС НА ВОЗРАСТА, КЛИНИЧКИТЕ ФОРМИ И ПОЛОТ

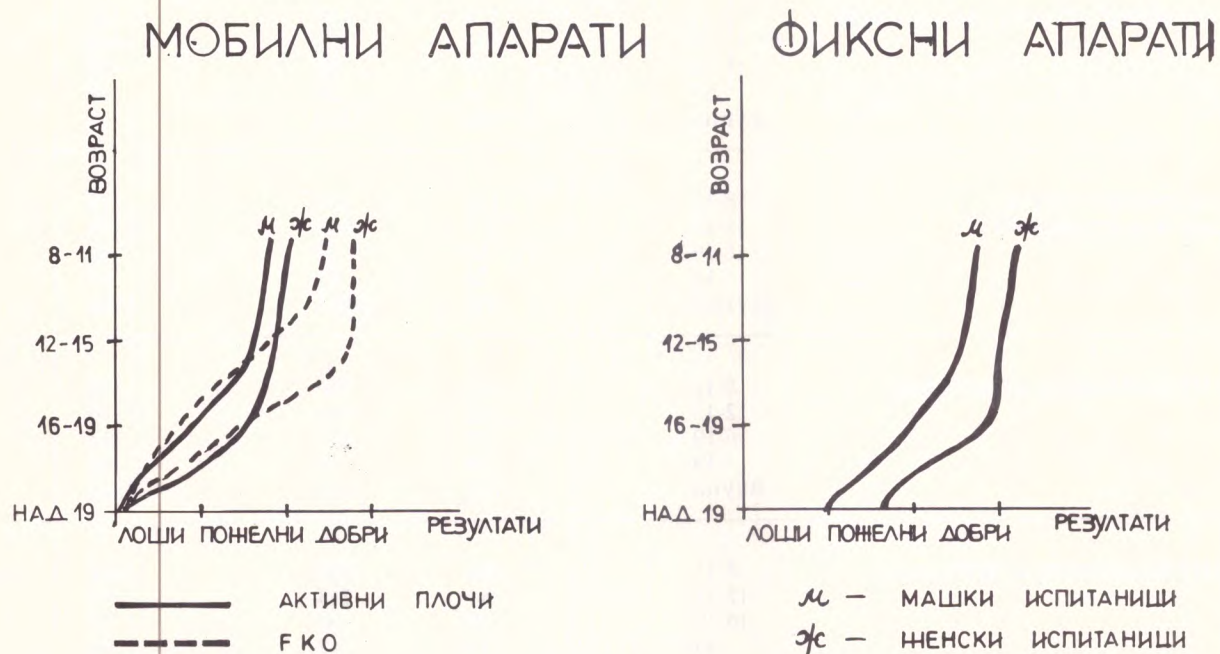
Клинички форми	Возраст	Пол		Вкупно
		м	ж	
Неправилности на одделни заби	8-11	128	297	425
	12-15	271	771	1042
	16-19	34	70	104
	19	15	24	39
	Вкупно	448	1162	1610
Неправилности на денталните лакови	8-11	146	372	518
	12-15	316	897	1213
	16-19	19	73	92
	10	24	61	85
	Вкупно	505	14031	1908
Неправилности во сагитала	8-11	232	596	828
	12-15	332	944	1276
	16-19	99	253	352
	19	39	86	125
	Вкупно	702	1879	2581
Неправилности во вертикала	8-11	104	280	384
	12-15	84	213	297
	16-19	30	67	97
	19	14	42	56
	Вкупно	232	602	834
Неправилности во трансверзала	8-11	30	77	107
	12-15	63	145	208
	16-19	10	47	57
	19	2	21	23
	Вкупно	105	290	395
	Вкупно	1992	5336	7328

ТАБЕЛА 2. ПРИКАЗ НА ТЕРАПЕВТСКО-ТЕХНИЧКИТЕ ПОСТАПКИ ВО ТРЕТМАНОТ

	Мобилни апарати				Фиксни апарати		вкупно
	Активни плочи		ФКО		м	ж	
	м	ж	м	ж			
Неправилности на поделни заби	316	634	47	273	85	255	1610
Неправилности на денталите лакови	249	820	104	312	152	271	1908
Неправилности во сагитала	426	1186	135	408	141	285	2581
Неправилности во вертикала	112	309	73	178	47	115	834
Неправилности во трансверзала	65	166	31	71	9	53	395
Вкупно	1168	2115	390	1242	434	979	7328

5915

1413



Графикон 1

ТАБЕЛА 3. РЕЗУЛТАТИ ПРИ ЛЕКУВАЊЕТО

	Терапевтски резултати			Вкупно
	Добри	Пожелни	Лоши	
Мобилни апарати	2175 (29.68%)	2825 (38.55%)	915 (12.49%)	5915 (80.71%)
Активни плочи	1611 (21.98%)	1997 (27.25%)	527 (7.19%)	4283 (58.44%)
FKO	564 (7.69%)	828 (11.30%)	388 (5.29%)	1632 (22.27%)
Фиксни апарати	1170 (15.97%)	175 (2.39%)	68 (0.93%)	1413 (19.29%)
Вкупно	3345 (45.65%)	3000 (40.93%)	983 (13.41%)	7328 (100.00%)

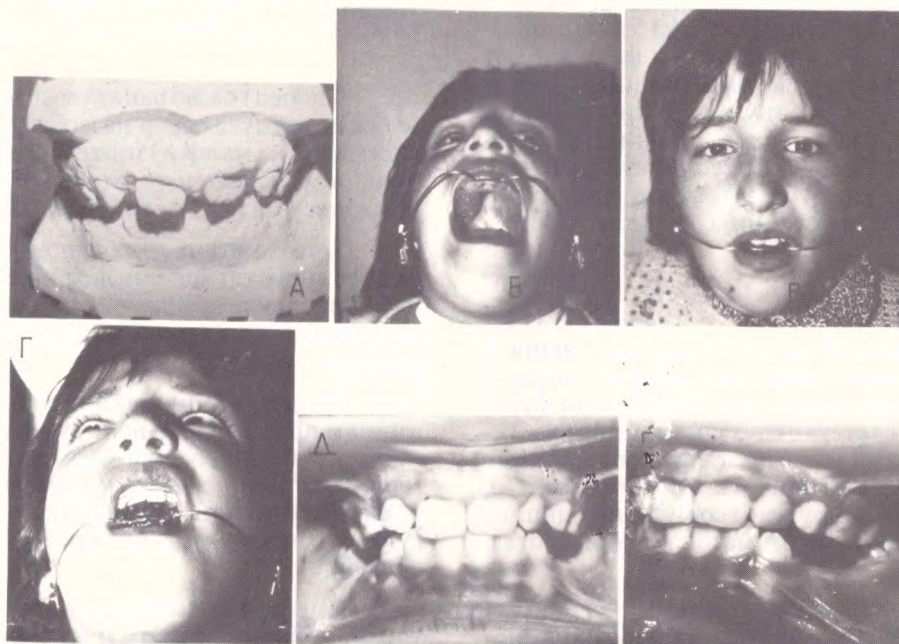
1 случај

Пациент на 7-годишна возраст (сл. 1), со дијагноза: малоклузија II/1 одд., моларни односи II класа, overjet 8 mm, предвремена екстракција на 54, 74, 75, 84 и 85; средна фазијална и мандибуларна ротација - I тип. Прогноза - добра. Терапија: комбиниран ортодонтско-ортопедски третман. Во првата фаза: употреба на моделатор со екстраорална влеча (модификација Бојациев 1983). По 6 месеци - аплициран

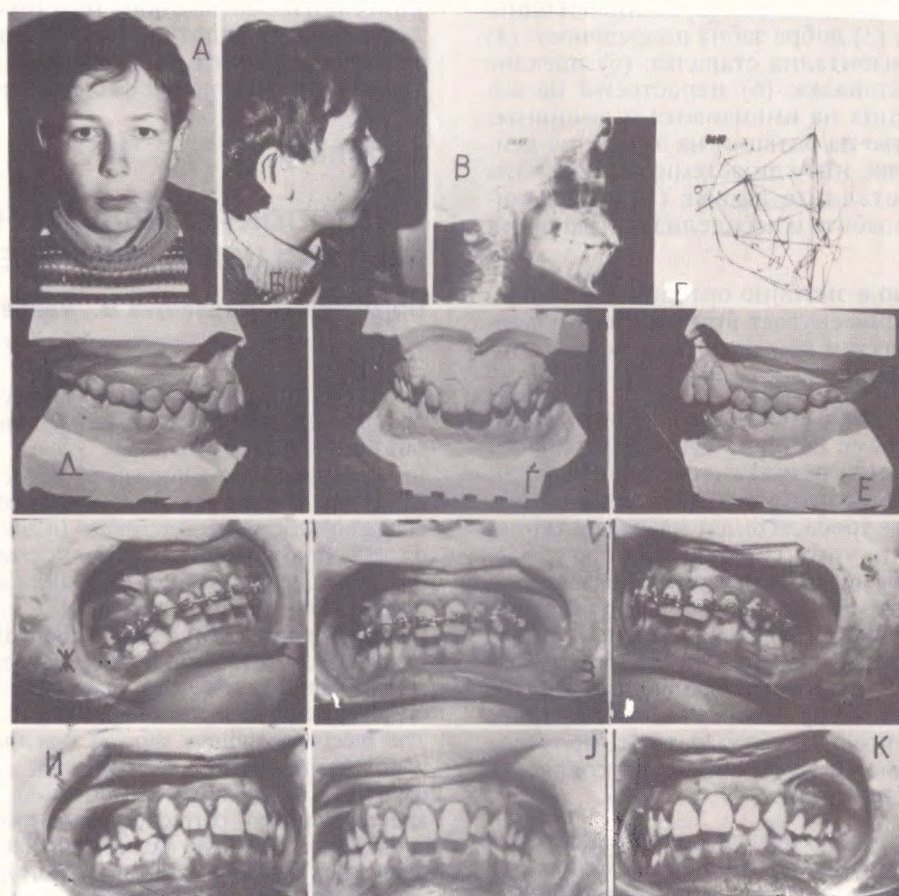
модифициран активатор на Roben со адам кучкички и екстраорална антеропостериорна влеча (од Бојациев 1978). Време на активен третман: 17 месеци. Пасивен ретенционен апарат. Резултат поволен.

2 случај

Пациент на 13 години, со дијагноза бимаксиларна примарна тескоба, моларни односи: лево I класа, десно 1/2 II класа, вестибулар-



Слика 1. Пациент на 7 годишна возраст; (а) гипсен модел пред почетокот на терапијата; (б) интраорален и екстраорален изглед на моделатор со екстраорална влеча, (в,г) функционален апарат со екстраорална влеча, (д,е) интраорален изглед по третманот



Сл.2 Пациент на 13 години; (а,б) фацијален изглед на пациентот; (в) рендгенкраниометриска снимка; (г) цртеж на телерендгенска анализа; (д,е,з) гипсени модели пред третманот; (ж,з,с) интраорално со фиксен апарат, (и, j, к) состојби по симнувањето на полипрстенестиот фиксен апарат

на поставеност на максиларниот десен канин и долниот втор премолар; overjet 5 mm, скелетна II класа, локална ротација на фаџијалниот скелет со можности за компензација кај средната мандибуларна ротација - V тип на раст и развиток. Прогноза - добра. Терапија: екстракциии на 14, 24, 35 и 45, фиксен полипрстенест апарат. Време на активен третман: една година. Пациентот во ретенција. Резултат: добар.

Дискусија

Современата ортодонтска стратегија и практика налагаат воспоставување на нарушените оклузални односи како прифатлива функционална и естетска оклузална рамнотежа. Терапевтско-техничките постапки овозможуваат лекување на секој вид малоклузии. Притоа, често пати се придружени со мултидисциплинарна медицинска и стоматолошка соработка.

Ортодонтските постапки што ги применуваме при лекувањето на малоклузиите според: Earstern Association of Strang-Twiced Study groups (5) треба да ги поседуваат следниве карактеристики, односно да овозможуваат: (1) моларни односи во I класа; (2) канински односи во I класа; (3) добра забна подреденост; (4) идеална хоризонтална стапалка; (5) идеална вертикална стапалка; (6) непостоење на нарушена средина на инцизивите и вилиците; (8) непостоење на ротации на забите на денгалните лакови, ниту дијастеми; (9) правилна форма на денгалните лакови; (10) добра инклинација на забите и паралелизам на корени-те на забите.

Особено е значајно ортодонтските постапки да се применуваат при екстремни форми на малоклузии кои водат кон дентофаџијални деформации.

Ортодонтите треба малоклузиите да ги лекуваат за време на растот и развитокот бидејќи и добиените резултати се поприфатливи и постабилни, на што укажува и оваа студија. Малоклузиите треба да бидат навреме откриени и лекувани, уште со нивното појавување. Промените на нормалниот раст и развиток и промените кои се резултат на тераписките пристапи се различни кај секој пациент, и тоа поради неговата индивидуална морфологија и фаџијалниот тип. Сепак, неопходно е да се избере и да се планира оној ортодонтски пристап кој ќе ги користи најсоодветните промени и кој ќе овозможи да се спречат и совладаат неповолните промени.

Иако се мисли дека растот и развитокот се генетски предодредени и дека на нив не можеме да влијаеме, терапевтските резултати укажуваат на променливост на ова сфаќање. Сепак, изборот на терапевтскиот пристап, кој се базира на правилната дијагноза, терапевт-

скиот план и прогнозата, игра многу значајна улога, што е установено и во нашето испитување.

Според тоа, во раната возраст и во пубертот се наметнува избор на мобилни апарати во третманот на малоклузиите, додека по овој период резултатите што ги добиваме со нив не придонесуваат толку колку што би очекувале.

Затоа сметаме дека сè повеќе треба и мора да се користат фиксни апарати во секојдневната ортодонтска практика, а резултатите од лекувањето што ги постигнуваме со нивната примена тоа го потврдуваат.

Нашите клинички и терапевтски опсервации и прикажаното испитување ја наметнуваат потребата од рационален пристап на третманот и отстранувањето на ортодонтските малоклузии како прифатлив пристап за воспоставување и одржување организирана денгална оклузија.

Имено, се наметнува потреба да се употребат мобилни апарати и екстраорална влеча во раната детска возраст и пубертотот при лекувањето на малоклузиите. По овој период се налага користење само на фиксни терапевтски пристапи и екстракциона терапија. Секако, тоа ќе зависи и од видот на аномалијата и од видот на индивидуалните морфолошки и хистолошки карактеристики на орофаџијалниот систем.

Summary

ORTHODONTIC APPROACH TO MALOCCLUSION TREATMENT

Bojadžiev T., Daskalova B., Vasileva B.

Dento-facial malocclusions are very frequent malformations representing, in a large number of cases, serious therapeutic problems.

In the orthodontic approach to malocclusion treatments, the clinical examination showed that the modern guidance which determines in advance and predicts the final aim of the orthodontic treatment, allows the corrective treatment of the malocclusion to be on a significant and satisfactory level.

Investigation of 7328 treated individuals was performed in order to determine the therapeutic approach which should be the most favourable choice in the orthodontic phylosophy and practice.

The received findings showed that the best results were obtained with the application of orthodontic procedures allowing correct direction of the growth and development, correction of the tooth alignment anomalies, and dento-facial malocclusions, establishment of normal occlusion and normal facial profile with correlation of the mastication, speech and breathing functions, and achievement of coordinated aesthetic, beautiful and balanced face. In this context, the application of mobil appliances (the active and

especially the functional appliances) gave satisfactory and desirable results, if used prior or during the pubertal period.

After the period of puberty, better results were obtained, depending of the anomalies, with application of fixed appliances, extraoral traction, and extraction. In conclusion, the authors emphasized the necessity of organized and rigorous approach to the treatment and removal of the orthodontic malocclusions as acceptable technical and therapeutic procedures for improvement of the facial aesthetics and retention of „organized„ dental occlusion.

Key words: malocclusions; orthodontic appliances

Литература

1. BEGG PR. Begg orthodontic theory and technique. W Saunders Co, Philadelphia, 1965.
2. БОЈАЦИЈЕВ Т. Ортодонтска процена на третманот на малоклузиите. Макед Мед Прегл 1984; 38: 58-61.
3. БОЈАЦИЈЕВ Т. Ортодонтска фиксна терапија; контролирани забни движења. Макед Стоматол Прегл 1988; (1-2): 5-11.
4. CHATEAU M et al. Orthopedic dento-faciale II form, clinique (diagnostic et traitement), Julien Prelat, Paris, 1975.
5. GOTTLIEB EL. Classement des resultats des traitements orthodontiques. Rev Orthop Dentofac 1976; 10(4): 549-51
6. GUGINO CE. An orthodontic philosophy. Edco Associates, Denver, 1971.
7. JARABAK JR, EIZZELL JA. Technique and treatment with the light wire appliances. CV Mosby Co, Philadelphia, 1965.
8. LANGLANDE M. Therapeutique orthodontique. Maloine, Paris, 1973.
9. PHILIPPE P. Orthodontic: des principes et une technique. Julien Prelat, Paris, 1972.
10. PHILIPPE J. Plans de traitement en orthopedie dento-faciale, Julien Prelat, Paris, 1979: 7-9.
11. THUROW RC. Technique and treatment with the Edgewise appliance. CV. Mosby Co, Saint-Lous, 1962.