

ПРОТЕТИЧКИ ТРЕТМАН НА ПРИНУДНО ПРОГЕНО ЗАГРИЗУВАЊЕ

(приказ на случај)

Љ. Гугувчевски, В. Ванковски, С. Панчевска, Б. Даштевски

Апстракт

Делумното губење на природните заби со себе вовлекува и нарушување на преходно восставена оклузивна рамнојежа. Важна е констатацијата дали за ова недоставна природните заби во дисталните или, пак, во фронталните делови на забните лакови. Недоставокој на едните или на другите групи заби дава и различни видови оклузивни нарушувања, односно предизвикува и јојава на различни видови малоклузија.

Двостраното губење на страничните природни заби во горните и во долните вилица е проследено со одредени рејеркуси на другите природни заби, при што не само е нарушена оклузијата, туку се менуваат и преходно восставените соодноси кои постоеле меѓу фронталните заби. Губењето на оклузивните орторни зони, обележани како центрични заирачки зони, предизвикува промени во вертикалната и во хоризонталната сооднос меѓу предните заби. Ова нарушување силно е изразено кај случаите каде што постоеле одредени ортодонски неправилности кои навремено не биле иретирани.

Значи, кај одреден број пациенти губењето на центричните заирачки зони

на страничните заби е причина за јојавата на длабоко загризување, а кај некои се јавува и.н. прогено загризување, обележано како предно вкрстено загризување или мандибуларен псевдопрогнизам. Овој вид загризување се карактеризира со ова што максиларните фронтални заби, со своите инцизални рабови, контактираат со цингулумите на мандибуларните предни заби. Кај овие пациенти се забележува состојба на ограничени мандибуларни движења, јојава на „заклучена мандибула“, која со текот на времето предизвикува проблеми во функцијата на масикајторниот систем.

Неопходно е оваа состојба да биде предмет на протетичката терапија, која се спроведува со изработка на фиксно-мобилни помагала, чија цел е да воспостават нормално преклопување меѓу предните заби.

Клучни зборови: прогено загризување, трајна дентиција

Вовед

Во услови на постоење на лошо изразено хоризонтално преклопување меѓу предните заби, кое навремено не било ортодонски третирано, при губењето на

страничните заби се предизвикува појава на предно вкрстено, односно прогено загризување. Ова загризување може да се појави и јатрогено, а тоа се случува каде што изработените протетички фиксни или мобилни надополнувања не обезбедуваат сигурна центрична положба.

Протетичкиот третман на овој вид малоклузија треба да биде насочен кон решавање на прогеното загризување, со што ќе се ослободи мандибулата за да може слободно да ги изведува граничните движења во хоризонталната, вертикалната и фронталната рамнина. Значи, пред сè, е неопходно прво да преземеме воспоставување на прифатлив инцизален водач, а дури потоа да се надоместуваат изгубените странични заби. Секое отстапување од оваа концепција ќе предизвика неуспех во протетичкиот третман и незадоволство кај пациентот, кој објективно не е во состојба да ја користи протетичката изработка.

За да добиеме поконкретна претстава за тешкотиите кои произлегуваат од оваа малоклузија кај повозрасните лица, ќе ги истакнеме сознанијата на некои автори кои се занимавале со оваа проблематика.

Park (9) во 2001 година кај група од 120 испитаници констатирал дека се добиваат добри резултати во третманот на прогеното загризување, а тие, пред сè, се должеле на правилното дијагностицирање и испитување на етиологијата на оваа малоклузија.

Интересни се и испитувањата на Miyaajima (7) во 1997 година, кои ги вршел на пациенти со прогено загризување, при што констатира дека вертикалниот индикатор, кој го изразува степенот на негативното преклопување на фронталните заби, може да се употреби во дијагностицирање на овој вид малоклузија.

Во 1999 година Brooks и Polk (1) констатирале дека ненавремениот третман

на неповолното загризување кога лицето е помладо, нужно, по екстрахирањето на страничните заби кога е постаро, ќе предизвика појава на принудно прогено загризување, проследено со други функционални проблеми кај пациентот.

Ishikawa и Nakamura (4) го испитувале влијанието на одредени компензаторни механизми, како што е дентоалвеоларната компензација кај случаите со прогено загризување и тврдат дека ова загризување се јавува како резултат на недоволното надоместување на дентоалвеоларниот комплекс, што практично сугерира да се преземе одреден протетички третман кај овие случаи, со негативно преклопување меѓу фронталните заби.

Решавајќи ги случаите со прогено загризување, во 1999 година, Pauls (10) препорачал доколку тоа е неопходно, тогаш да се спроведе ендодонтски третман на забите инволвирани во прогеното загризување. Дури авторот препорачал и екстракција на некои инцизиви, имајќи го предвид фактот дека тоа се возрасни пациенти, со силно изразено прогено загризување. По спроведувањето на овие постапки, се препорачува да се преземе одреден протетички третман.

Во 1998 година Li и Liu (5), врз основа на електромиографските испитувања, спроведени кај група од 31 испитаник со прогено загризување, констатирале дека функцијата на мастикаторните мускули е различна кај пациентите кои имаат прогено загризување во споредба со оние кои имаат нормално загризување.

Liu (6) ја испитувал корелацијата која постои меѓу предното вкрстено загризување и нарушувањата во виличните зглобови кај група од 508 пациенти.

Во 1997 година Drahoradova (2) врз основа на резултатите добиени од испитува-

њето на 34 случаи со малоклузија на трајните дентиции во пределот на фронтот, истакнала дека тенденцијата на горната усна да се ретрудира, а долната усна да се протрудира, придонесува уште повеќе да се наруши естетскиот изглед на пациентите.

Ненавременото третирање на прогено-то загризување се проучувало кај група од 2074 испитаници, при што Miyaјima и McNamara (8) дошле до сознание дека со текот на времето овој вид малоклузија уште повеќе се потенцира со зголемувањето на дискрепанцата која постои меѓу максиларно-мандибуларните соодноси во фронтот.

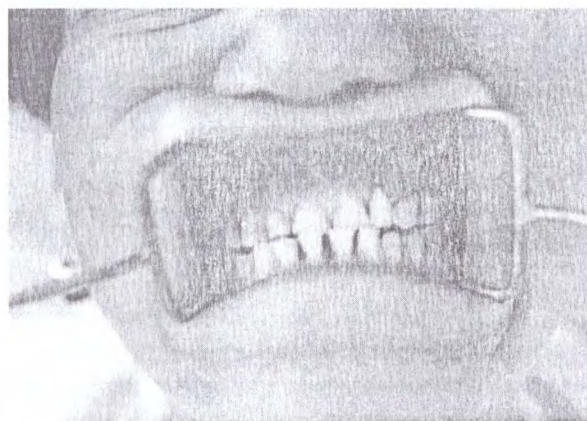
Од досега кажаното станува повеќе од јасно дека прогено-то загризување кај лицата во одмината возраст треба да биде предмет на протетички третман. Секој превид во воспоставувањето на правилен сооднос меѓу горните и долните фронтални заби повлекува уште поголеми нарушувања во функционирањето на мастикаторниот систем и тогаш не е можно да се користи протетичка изработка. Овој третман треба да биде насочен кон згрижување на прогено-то загризување, со воспоставување нормален инцизален водач, а дури потоа може да се изработат соодветни протетички надополнувања.

Цел на трудот е да се проследи практичната постапка на протетичкиот третман од поставувањето дијагноза до финалната изработка кај пациент со предно вкрстено, односно прогено загризување.

Материјал и метод на работа

Текот на протетичкиот третман кај пациентите со принудно прогено загризување ќе го проследиме преку згрижувањето на пациентката Н. С. на возраст од 61 година, по занимање домаќинка, со ниско образование. Од анамнестичките податоци дознаваме

дека оклузијата во пределот на фронтот се наоѓала во состојба раб на раб кога сè уште постоеле страничните природни заби. Губењето на дисталните заби како резултат на обемните кариозни лезии било непосредна причина состојбата на контакт раб на раб да се замени со мандибуларна прогнатија и последователно на тоа да има појава на предно вкрстено загризување, односно прогено загризување. На сликите 1 и 2 е прикажана состојбата на загризувањето кај пациентот од анфас и од профил, каде што јасно може да се забележи присуство на прогено загризување.



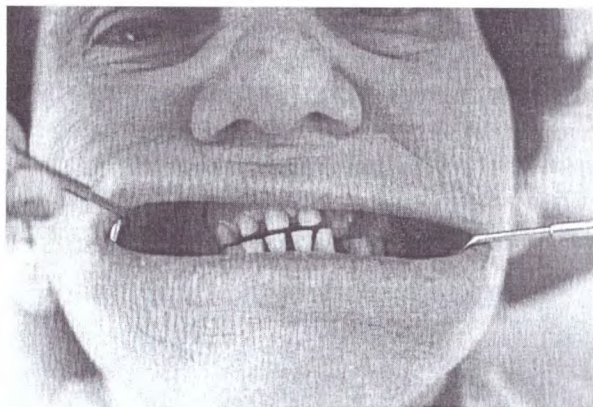
Сл. 1. Состојбата на забалото во пределот на фронтот пред да се одлучиме за протетички третман (поглед од анфас).



Сл. 2. Истиот пациент со прогено загризување (поглед од профил)

Натамошниот тек на третманот предвидува проценка на другите фронтални заби и донесување одлука дали состојбата ќе се

надминува со препарација на горните, долните или и на двата забни лака. Во нашиов случај претпочитуваме да се обидеме малоклузијата да ја решиме со препарација само на интерканините заби од горната вилица (сл. 3.)



Сл. 3. Препарирани максиларни фронтални заби со загризен шаблон, кој има цел да ги прикаже интермаксиларното растојание и центричната положба на долната вилица.

На проценетата височина на загризувањето изработени се коронки со кои се обезбедуваат нормално преклопување на предните заби и сигурна положба на центричната релација, што може да се забележи на сл. 4.



Сл. 4. Проба на коронките во устата на пациентот.

Потоа следува дефинитивно фасетирање на коронките и изработување на парцијални мобилни протези, со кои се надоместуваат изгубените дистални заби во горната и во долната вилица.



Сл. 5. Дефинитивно завршен горен преден мост, со чија помош е воспоставено нормално преклопување меѓу инцизивите.

Дискусија

Успешноста на протетичкиот третман во голема мера зависи од хармонијата која ќе успееме да ја обезбедиме преку воспоставување правилна оклузија на протетичките изработки. Според Ramfjord (цит. Гугувчевски, 3), оклузијата како поим е сосема одредена со следниве елементи: потпорни тубери, агол на туберите, сагитална крива, оклузивна рамнина, водачи на инклинацијата, водач на кондилите и инцизален водач. Во оваа прилика особено ќе се задржиме на инцизалниот водач, како на еден од елементите на оклузијата, кој се однесува на влијанието кое го имаат мандибуларните движења врз палатиналните површини на максиларните предни заби.

Според Ehrlich (цит. Гугувчевски, 3), рехабилитацијата на оклузијата настанува под влијание на два доминантни фактора, а тоа се виличните зглобови и инцизалниот водач. Тој е важен за мастикацијата, фонетиката и естетиката. Секое нарушување на вредностите на инцизалниот водач повлекува и промена во активноста на мастигаторните мускули, бидејќи кај нив сè уште е присутна меморијата на движењата кои претходно се изведувале. Со реставрацијата на фронталната малоклузија се реставрираат

и хоризонталното и вертикалното преклопување меѓу забите, кои заедно го одредуваат инцизалниот водач. Некои автори, како Dawson и Silness, наведуваат дека инцизалниот водач има три – четири пати поголемо влијание врз оклузијата од влијанието кое го има кондиларниот водач. Со обезбедување на овој оклузивен елемент се овозможува да се изведуваат мандибуларните движења во протрузивна и во атерална насока. Инцизалниот водач има и заштитна улога за забите од дисталната регија, на тој начин што при сите движења на долната вилица ги става во состојба надвор од оклузија.

Протетичката рехабилитација на пациентите со парцијална беззабост и прогено загризување се изведува со отстранување на оваа малоклузија. Во 1999 година, Pauls (10) препорачал кај одредени случаи, каде што состојбата на другите природни заби е таква што тие не можат да се премостат со фиксни изработки (постојење евидентна разнишаност, обемни кариозни лезии, периапикални процеси и сл.), да се преземе радикално решение, односно екстрахирање на ваквите заби, а потоа нормалното загризување да се обезбеди со протетичките изработки. Кај одредени состојби, каде што нема доволно оклузивна вертикална димензија, авторот препорачува да се изведат ендодонтски зафати на другите заби, да се изработат надградби и потоа состојбата да се реши со горна и/или долна фиксна изработка.

Во реконструкцијата на прогените загризувања кај лицата во адултна возраст, често пати се наложува поткревање на оклузивната вертикална димензија. При оваа постапка мора да се внимава поткревањето со фиксни изработки да биде во однос со коректно одредената мировна положба, односно да не се надмине таа вредност. Треба да имаме предвид дека губењето на потпорните зони меѓу страничните антагонистички заби и присутното прогено загризување кај одредени пациенти се проследени со

нарушувања во виличните зглобови. За ваквите пациенти Liu (6) препорачал изработка на оклузивен вметнувач со кој прво ќе се поткрене загризувањето. Овој автор, кај 508 испитаници кои имаат тешкотии во виличните зглобови, регистрирал постоење на длабоко загризување, отворено загризување, вкрстено загризување на страничните заби, а кај 23,7% појава на прогено загризување.

Треба да се истакне и фактот дека според Dawson (цит. Гугувчевски, 3) пациентите со прогено загризување имаат естетски проблеми, потоа кај нив нема центричен контакт на предните заби и не постои инцизален водач.

Од протетички аспект за нас е важна констатацијата дека принудните прогени загризувања во адултната дентиција кај повозрасните пациенти (повеќе од 60 години) задолжително треба да бидат предмет на протетички третман. Видот преземен третман ќе зависи од степенот на изразеност на малоклузијата, клиничката состојба на забите со прогено загризување, нивниот пародонтолошки и кариозен статус. Нашите напори треба да се насочени кон воспоставување правилен сооднос меѓу фронталните заби. Во оваа насока многу е важно дали со реконструкцијата на оклузивната вертикална димензија се обезбедува доволно простор меѓу горните и долните заби (види сл. 3). Во случај кога постои доволен простор и умерено изразено прогено загризување, кога само два-три максиларни инцизиви контактираат со цингулумите на долните предни заби, тогаш малоклузијата може да се реши само со изработка на горновиличен преден мост. Ако постои посилно нагласено прогено загризување, кога повеќето инцизиви се во состојба на вкрстено загризување, тогаш во зависност од нивниот клинички статус, решаваме да изработиме горно и долновилични фиксни изработки. Притоа, честопати сме присилени да спроведуваме и ендодонтски третман на

другите заби, затоа што очекуваме со препарацијата забите да заземат поволен меѓусебен однос. Ако изразеноста на прогеното загризување е толку силна, така што меѓу себе фронталните заби воопшто не контактираат, во ваков случај треба да имаме селективен пристап, со добра пародонтолошка и кариозна проценка на секој одделен заб. Во зависност од таа процека и од објективните услови донесуваме одлука дали малоклузијата ќе ја решаваме со фиксни изработки или, пак, по екстрахирањето на забите, загризувањето ќе се воспостави со мобилните протези. Во секој случај, прогеното загризување не треба да остане нерешено и да перзистира и натаму, но сега веќе во суштествено променети услови, а тоа е во присуство на парцијални протези.

PROSTHETIC TREATMENT OF COMPULSORY ANTERIOR CROSS-BITE

(case report)

Lj. Guguvcevski, V. Vankovski, S. Pancevska, B. Dastevski

Abstract

Partial missing of natural teeth is followed by disturbing of founded occlusal harmony. The most important point is the fact what group of natural teeth are lose posterior or anterior one. Missing of these two different groups of teeth are the main reason for presence of various types of occlusal disturbances, and different kind of malocclusion.

The both-side missing of natural teeth in upper and lower jaw is followed by changes on the remain frontal teeth, with occlusal disturbances and with previous established maxillo-mandibular

relationships. Missing of the occlusal supported zones called also as central stops zones lead to changes in vertical and horizontal relation between anterior teeth. This malocclusion is more impressive in cases where there was orthodontic reason for treatment which wasn't done in younger ages.

In some patients the missing of central stops zones on the posterior teeth is reason for presence of deep bite, but in some cases because of that we can see anterior cross-bite or so called mandible pseudo-cross-bite. Missing of the real values of incisal guide is the reason for founding the limited protrusive and lateral mandible movement with the situation called as "locked mandible".

These patients with anterior cross-bite compulsory have to be subject of prosthetic treatment with fixed or removable appliances before any treatment plan is going to be realized.

Key words: *cross-bite, anterior, dentition adult*

Литература

1. Brooks S. A., Polk M: Anterior cross-bite correction with fixed appliances in the adult dentition, *Gen Dent*, 1999 May-Jun;47(3):298-300.
2. Drahoradova M., Mullerova Z.: Deviations in cranio-facial morphology in patients with complete unilateral cleft lip and palate evaluated by Jarabak's analysis. *Acta Chir Plast*, 1997;39(4):121-4.
3. Гугувчевски Љ.: Оклузија, Еин-Соф, Скопје, 1997;119-33.
4. Ishikawa H., Nakamura S., Iwasaki H., Kitazawa S., Tsukada H., Chu S.: Dentoalveolar compensation in negative overjet cases, *Angle Orthod*, 2000 Apr;70(2):145-8.

5. Li W., Lin J., Fu M.: Electromyographic investigation of masticatory muscles in unilateral cleft lip and palate patients with anterior cross-bite, *Cleft Palate Craniofac, J.* 1998 Sep;35(5):415-8.
6. Liu J. K., Tsai M. Y.: Relationship between morphologic malocclusion and temporomandibular disorders in orthodontic patients prior to treatment, *Funct Orthod*, 1997 Nov-Dec;14(5):13-6.
7. Miyajima K., McNamara J. A., Murata S.: A diagnostic index of vertical problems for Class III malocclusion, *Int J Adult Orthodon Orthognath Surg*, 1997;12(3):189-95.
8. Miyajima K., McNamara J., A. Jr. Sana M., Murata S.: An estimation of craniofacial growth in the untreated Class III female with anterior crossbite, *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 1997 Oct;112(4):425-34.
9. Park J. U., Baik S. H.: Classification of Angle Class III malocclusion and its treatment modalities, *Int J Adult Orthodon Orthognath Surg*, 2001;16(1):19-29.
10. Pauls H. J.: Mandibular incisor extraction, Case report, *J Orofac Orthop*, 1999;60(6):435-43.