

ХИРУРШКО-ОРТОДОНТСКИ ТРЕТМАН НА ИМПАКТИРАНИ МАКСИЛАРНИ КАНИНИ

Јанев Ј¹., Величковски Б¹., Јанев Е¹., Јанев Р².

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

Во илустрациите се прикажани етиолошки фактори, клиничките знаци, дијагноза, рендгенографијата, положбата, застапеноста и можните компликации од ретенцијата на максиларните импактирани канини.

Во терапијата авториите посебно се осврнуваат на нивниот хируршки третман, презентирајќи ги следниве оперативни методи: фенестрација, која овозможува експозиција на забната коронка, кортикотомија, преку ефектуирани осификација на коронката, кортикотомии, со влечење на импактираните канини, и тоа со помош на: перичервикална јамка, транс-коронарна јамка, паравулварни колчиња, поставени бракејти, кои доволно целно се вклучуваат во фиксен или ретенцијата како и авио-трансланција и оперативна екстракција на импактираните максиларни канини како нивна радикална хируршка терапија.

Клучни зборови: импактиран заб; канин; орална хирургија; автотрансплантација; екстракција на заб

Нарушувањата во ерупцијата на забите може да се појават во која било ерупциона фаза. Од етиолошка гледна точка, како позначајни причини за ерупциони пореметувања се јавуваат: (1) ектопична позиција на забниот никулец; (2) пречки во ерупционата патека и (3) отсуство, т.е. недостиг на ерупциони механизми. Првите две причини водат кон појава на импакција на забите, додека последната причина води кон појава на примарна или секундарна ретенција на забите.

Под поимите импактиран, ретиниран или инклудиран заб подразбираме заб што не еруптирал, кој е задржан, т.е. неговото никнење на некој начин е оневозможено (2). Тоа се заби кои се целосно формирани внатре во коската, но не изникнале на своето место ниту на

кое и да било друго место во забниот лак, па дури ни надвор од него (3, 4). Одделни автори под поимот импактирани заби подразбираат заби кај кои се видливи механички пречки кои го оневозможиле нивното никнење, а под поимот ретинирани заби подразбираме заби кои се во вилицата задржани без видливи механички пречки. Денталната импакција Рагхобар (8) ја дефинира како престанување на ерупцијата на забите предизвикана од клинички или рендгенолошки детектирана вистинска физичка бариера на ерупцијата пред гингивалното појавување (изникнување) на забот. Во трудот на Kallay (6) го сретнуваме Maunhofer, кој поимот ретенција на забот го дефинира како негово задржување на забот внатре во вилицата коска, привремено или трајно, надвор од вообичаеното време на никнење. Задржаниот заб може да биде целиот вклучен во вилицата или само еден негов дел, па во тие случаи зборуваме за појава на ретенција, односно полуретенција на забот. Доколку ретенцијата настане во близина на лежиштето на забот тогаш станува збор за ортопна ретенција, за разлика од онаа што се јавува на различни места, односно хетеротопна ретенција.

Појавата на ретиниран заб надвор од вилицата коска е означена како аберација на забот, т.е. во тие случаи зборуваме за ектопирани заби (1).

Денталната импакција се сретнува и во млечната и во перманентната дентиција, а освен редовните заби, импактирани може да бидат и прекубројните заби (7).

Сепак, како импактирани заби најчесто се сретнуваат долните трети молари, горните канини, горните трети молари, долните канини, долните премолари и т.н. Во однос на процентуалната застапеност на максиларните канини во севкупната дентална импакција, во литературата постојат различни податоци презентирани од различни автори. Според Blum, максиларните канини партиципираат со 24%, според Jojić и Petrović (5) со 10,4%, според Давидов со 40%, според Jacobs со 38,8 - 41%, според Gro-

ver со 1,3%, а пак нашите сопствени сознанија говорат за ставка на застапеност од 38%.

Етиологија на максиларната канинска импакција

Етиологијата на максиларната канинска импакција е мултикаузална и таа е предмет на интерес на голем број автори кои со своите сознанија, во помала или поголема мера, дале придонес во нејзиното осветлување. Во зависност од карактерот, етиолошките фактори се класифицирани во четири групи:

- општи фактори,
- локални фактори,
- ендогени фактори,
- егзогени фактори.

Групата на **општи етиолошки фактори** ја сочинуваат:

- интоксикации (пушење, алкохол, арсен, жива и др.),
- вирусни заболувања,
- рдг-зрачење,
- психички стресови,
- авитаминози,
- специфични заболувања,
- ендокрини нарушувања,
- херeditарност.

Во групата на **локални етиолошки фактори** спаѓаат:

- недоволен развој на вилицата,
- несразмерност помеѓу формата и големината на забите со вилицата,
- доцен третман на никнување,
- најдолг еруптивен пат до постигнување на оклузалната рамнина,
- завршено формирање на коренот пред појавувањето на забот во оралната празнина,
- присуство на остеосклеротична коска,
- присуство на фиброзирана и задебелена слузокожа,
- неправилна положба на забниот зачеток,
- перзистенција на млечниот канин.

Групата **ендогени етиолошки фактори** ја сочинуваат:

- пречки во развојот на забниот фоликул,
- дистопија на фоликулот,
- аномалична форма на забот,
- задоцнета ерупција,
- присуство на прекубројни заби,
- рахитис,
- хипотиреоидизам,
- dysostosis cleidocranialis.

Во групата **егзогени етиолошки фактори** спаѓаат:

- траума на млечниот канин,
- воспаление (остеомиелитис, специфично воспаление),
- цисти (фоликуларни, радикуларни),
- тумори на максилата и sinus maxillaris.

Дијагноза на импактирани максиларни канини

Констатацијата за сериозноста и тежината на проблемите кои се во релација со импактираните максиларни канини наметнува потреба од внимателна опсервација (следење на пациентот) и рано дијагностицирање на еруптираните нарушувања. Двата начина на опсервација - клиничкиот и рендгенолошкиот, се индицирани, при што се води сметка за возраста на пациентот, индивидуалните варијации во развојот на забите и нивното појавување, а во иста мера и варијациите во соматскиот развој.

Клиничката инспекција и палпацијата на processus alveolaris maxillae во регионот на канинот се препорачливи еднаш годишно кај пациенти на возраст од 8 години. Клиничкото проследување мора да ги содржи: евалуацијата на бројот на еруптираните перманентни заби, позицијата и инклинацијата на максиларните инцизиви, а во иста мера и присутната ерупциона асиметрија помеѓу левата и десната страна. На овој начин добиените сознанија се доведуваат во релација со возраста и степенот на соматското созревање на детето. Особено е важно да се направи индивидуална проценка на соматскиот развој и ерупциониот примерок, додека пак земањето на возраста на пациентот само како хронолошки момент е незадоволителен критериум за проценка на времето за нормална ерупција.

Нормалниот палпаторен наод посочува појава на испакнатост во букалниот сулкус во регионот на канинот, и тоа во период од една до една и пол година пред ерупцијата на забот, т.е. во одделни случаи на возраст од 8 години, а најдоцна на возраст од 10 и 11 години. Во услови кога палпаторниот наод е негативен на нормална возраст од 8 до 10 години или, пак, ако е евидентна асиметрија помеѓу двете страни, наполно е оправдано сомневањето за присутно ерупционо нарушување. Во такви услови се наметнува потреба од дополнително рендгенолошко испитување.

Друг знак кој сигнализира ектопична ерупција или импакција на канинот во лабијална позиција е присутната лабијална инклинација на максиларниот латерален инцизив. Исто така, еруптирањето на премоларот пред појавувањето на канинот индицира можно ерупционо нарушување. Клиничкото иследување на

возраст од 10 до 11 години треба да укаже на потребата од дополнително рендгенолошко испитување со цел да се дијагностицира ерупционото нарушување. Клиничката и рендгенолошката евалуација на дентицијата кај деца на возраст од 5 и пол и 6 и пол години и последователно на 3-годишни интервали, сè додека не се обезбеди правилна ерупција на перманентната дентиција, се адекватни и неопходно потребни мерки, кои обезбедуваат разбирање на развојниот пат на канинот и на присуството на можна патологија. Имајќи ја предвид констатацијата дека канинот нормално еруптира на возраст меѓу 11 и 12 години, неговото клиничко отсуство во понапредната возраст би требало да поттикне сомневање за негова можна импакција. Сомневањето е поголемо во услови кога постои унилатерална ерупција на перманентниот канин и ретенција на контралатералниот млечен канин. Раното препознавање на канинската импакција е императив за успешен третман поради тоа што степенот на терапевска успешност рапидно опаѓа, па дури и комплетно изостанува на возраста по 16-тата година.

Индикациите за рендгенолошко иследување на максиларниот канин треба да се базираат на сознанија (факти) добиени по пат на клиничко испитување и тиесе во директна врска со возраста на пациентот, при што 11-годишната возраст се зема како критична возраст.

Индикации за рдг иследување пред 11-годишна возраст се:

- присутна ерупциона разлика на максиларните канини помеѓу десната и левата страна;
- негативен палпаторен наод во однос на максиларниот канин и напреден (успешен) оклузален развој што, сè заедно, сугерира за абнормална ерупциона патека;
- задоцнета ерупција на латералниот максиларен инцизив;
- нагласено (јасно) изместување или лабијална инклинација на латералниот инцизив;
- аплазија на латералниот инцизив;
- фамилијарна историја за ектопични канини или за губење на простор во денталниот лак.

Индикации за рдг иследување по 11-годишна возраст се:

- во услови на нормална дентална матурација проследена со присуство на нееруптирани максиларни канини или присутен негативен палпаторен наод во однос на нив.

Во согласност со овие критериуми приближно 8% од децата на возраст од 10 години покажуваат потреба од дополнително рдг иследување, со цел да се детерминира присуството на импактираниот заб и да се исклучат компликациите кои се должат на ектопичната ерупција на забот. Отсуството на позитивен палпаторен наод во однос на максиларниот ка-

нин може да се должи на следниве моменти: асиметрија во појавувањето на канините помеѓу двете страни, а во иста мера и од ектопичната ерупција, општо (генерално) доцнење во денталниот развој кое, компарирано со хронолошката возраст на пациентот, исто така претставува индикација за рдг проверка.

Интраоралните и екстраоралните рдг имагинации даваат потврда на клиничките сознанија и обезбедуваат дефинитивна информација за позицијата на импактираните максиларни канини. Како општо правило е прифатено дека најмалку две снимки се потребни за одредување на позицијата на секој заб. Основно е дека позицијата на забот, како дефиниција, во себе ја содржи позицијата на коронката, локализацијата на апексот на забот и соодносот на забот со соседните блиски анатомо-морфолошки и дентални структури. Бројни имагинациони методи за импактираните максиларни канини стојат на располагање, како што се: панорамикс снимка, периапикална снимка, тангенцијална снимка, оклузална и антериорна оклузална снимка, латерални снимки, Vertex оклузална снимка, магнетна резонанса (МР), компјутеризирана томографија (КТ) и др.

Положба на импактираните максиларни канини

Импактираните максиларни канини може да имаат палатинална, интермедијарна или лабијална положба. Според Ericson S. & Kurul J. (2), импактираниот максиларен канин најчесто е локализиран палатинално (85%) до латералниот инцизив, а поретко е локализиран лабијално (15%); интермедијарната положба, пак, на импактираниот канин е најретка.

Најчесто, забот има мезиопалатинална положба со коронката поставена зад централниот и латералниот инцизив, а коренот насочен кон премоларите. Коренот на импактираниот канин, чија коронка лежи палатинално зад инцизивите, може да биде насочен и напоредно со корените на овие заби, или да поминува помеѓу нив кон образот. Коронката на импактираниот канин може да се наоѓа и букално, а коренот да се протега кон корените на премоларите или кон палатинално. Според Archer, кого го сретнуваме во трудот на Jojić и Petrović (2), импактираните максиларни канини, во зависност од нивната положба, се класифицираат на следниов начин:

- I класа - забот е поставен палатинално во хоризонтална, вертикална или семивертикална положба;
- II класа - забот е поставен лабијално во хоризонтална, вертикална или семивертикална положба;
- III класа - коронката на забот е поставена палатинално, а коренот поминува помеѓу коре-

ните на соседните заби и завршува на лабијалната површина на максилата;

- IV класа - канинот е сместен во processus alveolaris maxillae, вертикално помеѓу латералниот инцизив и првиот премолар;
- V класа - забот лежи во беззабна вилица.

Клиничка слика

Импактираните максиларни канини најчесто одат со асимптоматска клиничка слика. Многу ретко, присуството на импактираниот канин може да биде придружено и со неодредена болна сензација во пределот каде што нормално треба да биде поставен забот, или со знаци на секундарна невралгија.

Клинички симптоми што укажуваат на можноста дека во вилицата постои импактиран канин се следниве:

- кога забот недостасува во веќе оформеното забало, но и кај комплетното забало може да има прекуброен импактиран заб;
- на алвеоларниот гребен се гледа издаденост која одговара на коронката од тој заб. Таа проминенција може да биде на вестибуларната или на палатиналната страна;
- перзистенција на млечниот канин;
- излуксирани или дислоцирани соседни заби.

Компликации

Општо прифатена е констатацијата дека компликациите поврзани со присуството на импактирани заби можат да бидат од инфламаторен и од неинфламаторен карактер. Компликациите од инфламаторен карактер (акутен или хроничен перикоронитис, апсцес, хроничен супуративен остеоитис, остеомиелитис и др.) најчесто се клинички манифестни во услови кога станува збор за полуимпактирани заби или присутна перикоронарна пукнатина т.е. комуникација на забот со оралната празнина. Овој тип компликации кај максиларните канини е извонредно редок, но затоа пак се многу почести компликациите од неинфламаторен карактер.

Ресорпција на коронките на соседните заби

Ресорпцијата на коронките на латералниот и централниот инцизив, што се должи на присутниот импактиран максиларен канин, е честа компликација, поточно 12% од ектопично еруптираните канини доведуваат до ресорпција на инцизивите.

Ресорпцијата на перманентниот инцизив може да се појави рано, на возраст од 9 години,

и таа понатаму обично оди асимптоматски. Максиларните премолари можат, исто така, да бидат афектирани, меѓутоа со сигурност може да се каже дека латералните инцизиви се оние кои најчесто манифестираат ресорптивни промени.

Најчеста локализација на ресорпцијата на афектираниот латерален инцизив е неговата палатинална површина, што веројатно се должи на фактот дека палатиналната ектопична позиција на канинот е најчеста.

Во однос на вертикалната димензија ресорпцијата е најчесто локализирана во средната третина од коренот, додека пак апикалната и церивикалната локализација се релативно ретки. Посериозните ресорптивни промени кои ја зафаќаат и пулпата предоминантно се локализирани апикално.

Хронични патолошки процеси

Во ретки случаи, импактираните максиларни канини се во релација со хронични патолошки процеси од типот на фоликуларни и радикуларни цисти, а извонредно ретко во релација со бенигни и малигни тумори. Се смета дека овие патолошки процеси се должат на цистична или туморозна трансформација на денталниот фоликул. Ширината на денталниот фоликул од канинот варира за време на различните фази од ерупцијата на забот. За време на активната ерупција на забот, т.е. 1 до 2 години пред неговото појавување во оралната празнина, фоликулот се шири, со зголемување и наликување на фоликуларна циста. Меѓутоа, во споредба со вистинска фоликуларна циста, проширениот фоликул не доведува до изместување на соседните заби. Во услови кога забот станува импактиран, фоликулот обично се намалува и може делумно да исчезне.

Други различни компликации

Импактираните максиларни канини може да доведат до маргинално оштетување на коскениот ткиво околу соседните заби.

Како резултат на притисок на одделни гранки на н. тригеминус, се развива клиничка слика на симптоматска невралгија, со присутна болка како доминантен симптом, и таа има различен интензитет, локализација и времетраење.

Импактираните максиларни канини можат да бидат и жариште на инфекција при фокалните заболувања, т.е. да дејствуваат како одонтогени фокуси.

Терапија

Импактираните максиларни канини, покрај другото, претставуваат и специфичен проблем од аспект на избор на најсоодветен тераписки приод за секој случај поединечно. Во голем број случаи е индицирана интердисциплинарна тимска соработка на орален хирург и ортодонт. При планирањето на третманот, неколку фактори треба да се земат предвид, како што се:

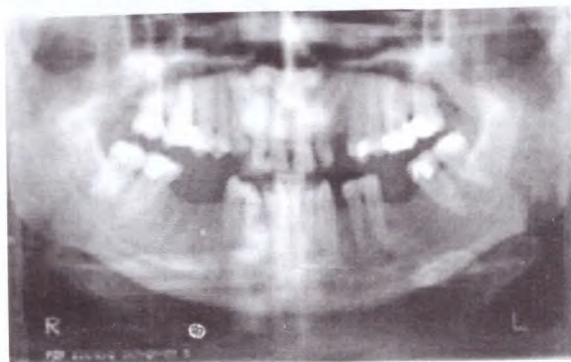
- возраста на пациентот и денталната матурација;
- просторните услови;
- ресорпцијата на коренот на перманентниот латерален инцизив;
- позицијата на канинот;
- формата на коронката и
- односот на пациентот кон предвидениот третман.

Тераписката постапка може да биде:

- ортодонско-хируршка,
- хируршко-ортодонска,
- хируршка,
- метод на опсервација.

При **ортодонско-хируршката постапка**, ортодонтот ги прави првите предуслови со ширење на забната низа и виличната коска, по што следи хируршкиот дел од тераписката постапка (сл 1). За разлика од ова, кај хируршко-ортодонската постапка, прво се реализира хируршкиот дел а потоа следи ортодонскиот дел во терапискиот приод, што уште еднаш, на најдиректен начин, ја потврдува потребата од интердисциплинарна соработка насочена кон предвидување и навремено отстранување на пречките кои можат да доведат, или веќе довеле, до појава на импакција на забот, во стимулација на растот на забот и неговото правилно сместување во забната низа.

Орално-хируршкиот дел од тераписката постапка опфаќа:



Слика 1. Билатерална импакција на максиларните канини, со растреситост на забите и интердентални дијастеми во фронтот, индикација за, прво, ортодонски, а потоа хируршки третман.

- фенестрација,
- кортикотомија,
- кортикотомија со влечење,
- автотрансплантација,
- радикална хируршка постапка (*extractio operativa*).

При високо поставени импактирани максиларни канини во непосредна близина на носната шуплина, максиларниот синус, или при нивна атипична положба, индициран е метод на опсервација т.е. овие заби се опсервираат сè до моментот на нивната клиничка манифестација, по што се оди на радикален тераписки третман.

Фенестрација

Овој оперативен метод, всушност, претставува хируршка помош во еруптирањето на максиларниот канин. Доколку максиларниот канин не се појави во 12-тата или 13-тата година, потребно е секој случај да се преиспита. Со инспекција и палпација често се наидува на лабијално испакнување во форниксот или на дистален латерален инцизив дистално или лабијално. Со рдг снимка се одредува точната локализација на неизникнатиот канин. Основната цел е канинот да се постави нормално во забната низа, поради што се пристапува кон негово хируршко ослободување. Мукопериосталното ламбо најчесто се формира од вестибуларната страна. Понекогаш, за да се постигне спуштање на канинот, се препорачува екстракција на првиот премолар.

Фенестрацијата е индицирана во случаи кога импактираниот канин се наоѓа субмукозно, забот е поставен вертикално и има доволен простор во забната низа, а пациентот е млад и со присутен импулс на раст (сл. 2).



Слика 2. Субмукозна импакција на максиларен канин. Индикација за фенестрација и експозиција на неговата коронка.

Во тие случаи се прави ексцизија на слузокожата која обично е цврста, задебелена и фиброзирана, па на тој начин таа дејствува како механичка пречка за ерупција на канинот. Во зависност од длабочината на поставеноста на коронката може, а не мора, по направената ексцизија на гингивата, да се аплицира цинкоксид завој. На овој начин се ефектуира експозиција на импактираниот канин кој потоа многу брзо се поставува на своето место во забната аркада.

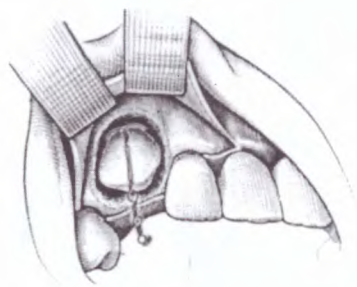
Кортикотомија

Доколку коронката на импактираниот канин се наоѓа во кортексот (обично, тоа се случаи со многу компактна остеоуклеротична коска), а сите преостанати услови се идентични како и при фенестрацијата, во тие случаи се прави хируршки рез и остеотомија, при што се ослободува коронката од коската, и се аплицира цинкоксид завој.

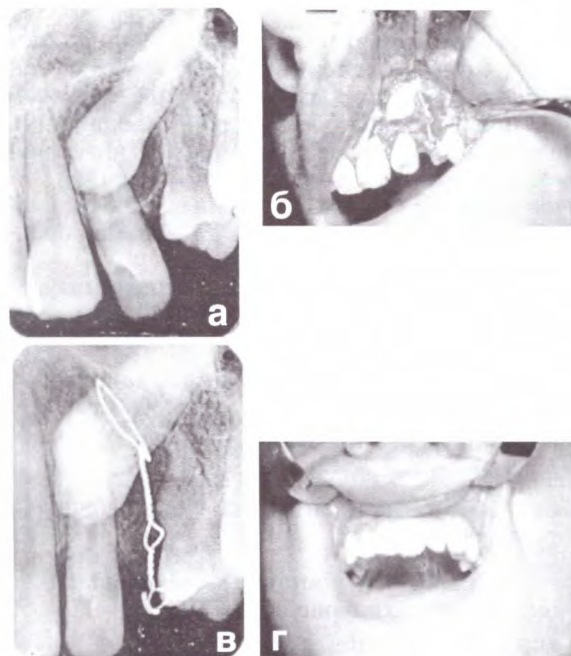
На овој начин се овозможува спонтано еруптирање на импактираниот канин, без негово понатамошно влечење.

Кортикотомија со влечење

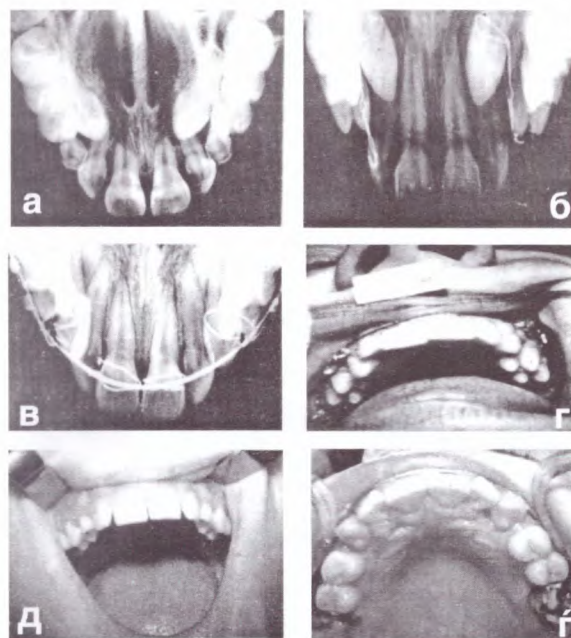
Оваа терапевска постапка обично претставува терапија на избор во случаи на ектопична позиција на канинот и нормално доведува до предвидливи и успешни резултати. Меѓутоа, треба да се напомене дека таа може да доведе до појава на некои минорни компликации, како што се: губење на сензитивноста на пулпата на канинот кој се влече, ресорпција на вестибуларната површина на коренот, губење на маргиналната коскена потпора и гингивална рецесија. Оптимално време за спроведување на оваа постапка е периодот на адолесценција, меѓутоа таа може да се спроведе и кај возрасни пациенти, под услов а импактираниот канин да нема екстремна позиција. При донесувањето на



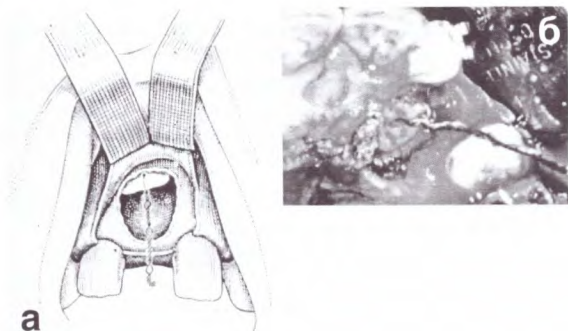
Слика 3. Кортикотомија со влечење со помош на перицервикална јамка. Жицата е перицервикално поставена околу вратот на импактираниот канин; кога постои перикоронарен сакус, секогаш е лесно жицата да се постави околу вратот на забот.



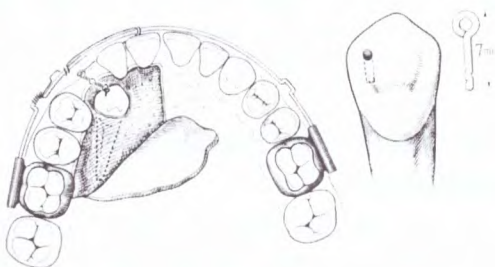
Сл. 4. (а) Перикоронарен сакус околу коронката на ретинираниот заб; (б) вестибуларна положба на канинот-ефектуирана кортикотомија; (в) поставена перицервикална јамка; (г) ретинираниот заб доведен на своето вистинско место во забната низа. Интервенцијата е лесна, а резултатот брз.



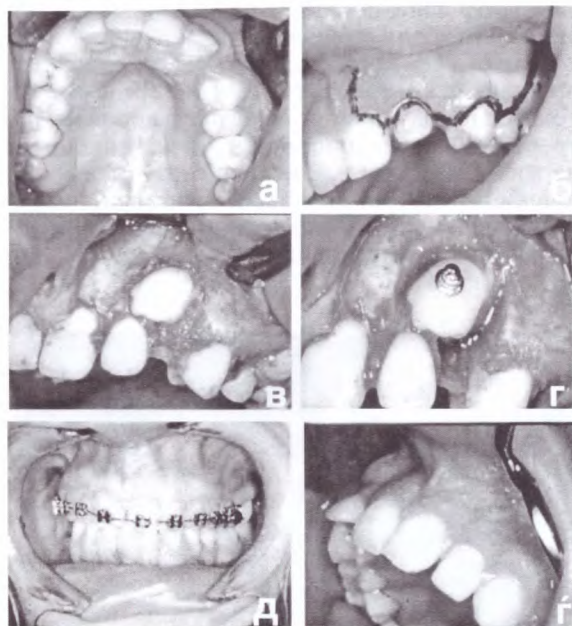
Слика 5. (а) Билатерална импакција на максиларните канини, со перзистенција на млечните канини; (б) ефектуирана кортикотомија; екстракција на млечните канини и поставени перицервикални јамки на перманентните канини; (в) перицервикалните јамки вклучени во фиксен апарат; (г) шест месеци подоцна, двата канина се на своите места; (д) состојба пред третманот; (е) состојба по третманот.



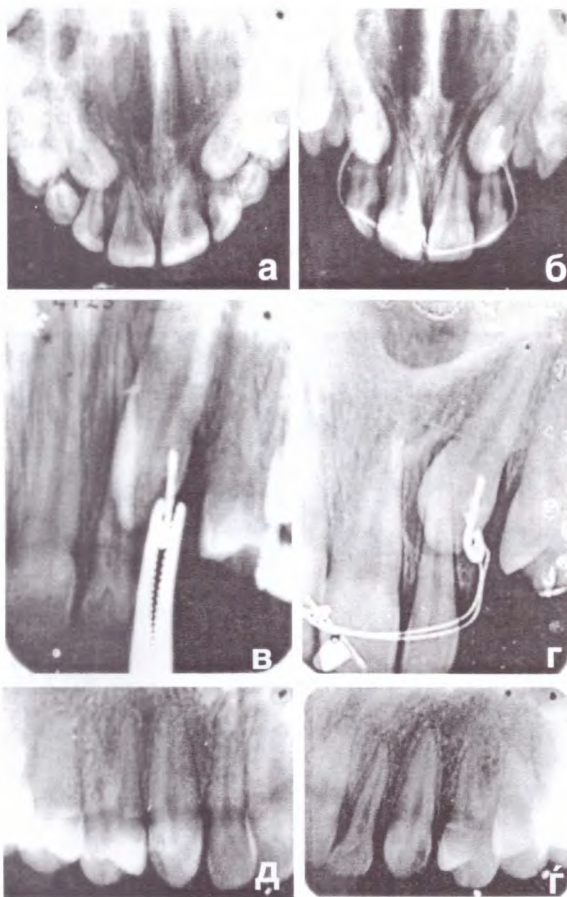
Слика 6. Кортикотомија со транскоронарна јамка. Шематски приказ на: (а) кортикотомија со влечење со помош на транскоронарна јамка - коронарната перфорација треба да се направи со најмал борер; (б) интраоперативна слика од клинички случај



Слика 7. Шематски приказ на кортикотомија со влечење со помош на параулпарни колчиња (длабочината на перфорацијата не треба да биде поголема од 3 mm).



Слика 9. (а) Интраорална снимка пред третманот; се гледа недостигот во забната низа на перманентниот максиларен канин од левата страна кој е ретинарен во максилата; (б) Обележување на хируршкиот рез; (в) ефектуирана кортикотомија; (г) цементирана бракета; (д) поставен фиксен полипрстенест апарат; (е) Состојба по третманот: канинот на своето место во забната аркада

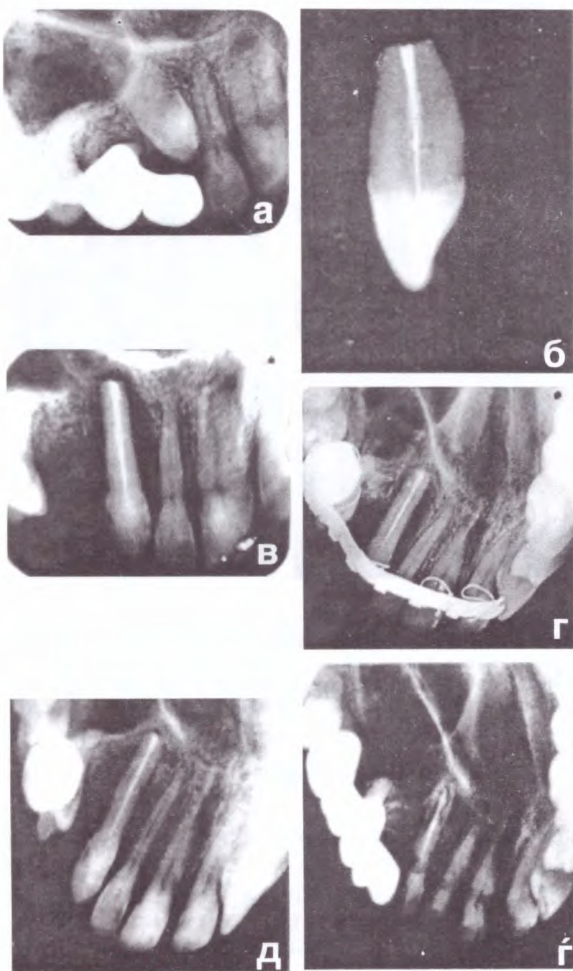


Слика 8. (а) Билатерална импакција на максиларните канини со перзистенција на млечните; (б) екстрахиран млечни канини, ефектуирана кортикотомија на перманентните импактирани канини со цементиран параулпарни колчиња, и вклучени во фиксен апарат поставен на соседните заби; (в) проба на параулпарното колче; (г) колчето коректно поставено, (д и е) забите на своето место

завршната прогноза треба да се земат предвид неколку моменти, како што се; степенот на вертикална инклинација на забот, аксијалната инклинација на забот, односно на забот со суртура палатина медиана, состојбата на периодонталниот лигаментарен простор и др. Во зависност од положбата на канинот, може да се користи вистибуларен или палатинален приод до него, а пак самото влечење на забот може да се изведе со помош на перицервикална јамка, транскоронарна јамка, параулпарни колчиња и брикети. Треба да се напомене дека третманот започнат на подоцнежна возраст мора да биде изведен многу побавно во споредба со третманот започнат на оптимална возраст на пациентот (сл. 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9).

Автотрансплантација

Автотрансплантацијата на канинот треба да се планира што е можно порано т.е. препорачливо е оваа постапка да се изведува на возраст од 11 до 12 години, кога развојот на коренот не е сè уште комплетиран. На оваа возраст, најголем број ектопични канини можат да бидат дијагностицирани и трансплантирани со многу добра шанса и прогноза во однос на пулпиното и периодонталното заздравување. Од овие причини се препорачува, кај деца чии канини не се еруптирани, на возраст од 11 до 12 години да се спроведе рендгенолошко испитување, со цел да се дијагностицираат присуството и локализацијата на нееруптираните заби и да се направи план за последователна терапија.



Слика 10. (а) Состојба пред третманот. Се гледа инклутиран максиларен канин. Поради честите инфламации мостот е симнат, а првиот премолар екстрахиран; (б) инклутираниот канин е екстрахиран и екстраалвеоларно ендодонтски третиран (в) трансплантатот поставен на неговото вистинско место; (г) трансплантираниот заб фиксиран со имобилизационо средство за време од 6 недели; (д) состојба по третманот. Се гледа солидна коскена консолидација; (е) осумнаесет години по трансплантацијата. Се манифестира ризализа на коренот.

Автотрансплантацијата треба да се земе предвид во следниве случаи:

- ектопична локализација на канинот чија ерупциона патека резултира со забележителна ресорпција на латералниот или на централниот инцизив;
- ектопична поставеност на канинот, при што кортикотомијата и последователниот ортодонтски третман се тешки, невозможни или пак можат сериозно да го оштетат потпорниот апарат на соседните заби;
- во услови кога пациентот го одбива спроведувањето на кортикотомијата и ортодонтскиот третман.

Непосредно пред донесувањето на одлуката за изведување на автотрансплантација на импактираниот максиларен канин, неопходно е потребно да се направи детална анализа на просторните услови на страната каде што ќе се трансплантира забот (сл.10)

Оперативна екстракција и опсервација

Во услови кога кортикотомијата и последователниот ортодонтски третман не се индицирани, можното отстранување на импактираниот максиларен канин е терапија избор, со цел да се спречат можните идни компликации. Хируршката постапка зависи од позицијата на импактираниот канин. Во основа, и вестибуларниот и палатиналниот пристап треба да бидат селектирани во согласност со позицијата на коронката на канинот. Друг важен хируршки принцип на кој треба секогаш да се мисли е тој дека ослободувањето на импактираниот заб треба да биде со минимален ризик од повреда на соседните заби и блиските анатоомо-морфолошки структури. Тоа значи примена на порестриктивна остеотомија и сепарација на импактираниот максиларен канин.



Слика 11. Ектопична положба на максиларен канин. Индикација за опсервација или радикална хируршка терапија

При екстремно високи и ектопични положби на максиларните канини, а кои не причинуваат никакви компликации и тегоби, во пациентот само се следи и тој претставува предмет на понатамошна опсервација (сл. 11).

SURGICAL-ORTHODONTIC TREATMENT OF IMPACTED MAXILLARY CANINES

Janev J., Veličkovski B., Janev E., Janev R.

Summary

In this study ethiopathogenetic aspects, clinical signs, diagnosis radiography findings, incidence and possible complications as the result of maxillary canines impaction is presented.

The authors emphasize surgical approach procedures and present the following surgical methods: fenestration (provident crown exposure), corticotomy (by crown osteotomy), corticotomy by pulling the impacted canine with: a pericervical loop, transcoronary loop, parapulpal pins, brackets placement included into the fixed orthodontic appliances, as well as autotransplantation and surgical extraction of impacted canines as a radical surgical therapy.

Key words: tooth, impacted; cuspid; oral surgery; autotransplantation, tooth extraction

Литература

1. БОЈАЦИЕВ Т. Третмански концепт на палатинално импактирани максиларни канини. В јубилерен интерсекциски состанок на ортодонтите на СР Македонија и СР Србија со учество на СР Босна и Херцеговина: Маврово, 1984; 107-15.
2. ERICSON S., KUROL J. Radiographic examination of ectopically erupting maxillary canines. *Am J Orthod Dentofac Orthop*: 1987; 91: 483-92.
3. ЈАНЕВ Ј. Дентална реимплантологија и трансплантологија, Сигнум, Скопје, 1998.
4. ЈАНЕВ Ј, БОЈАЦИЕВ Т. Радиографска евалуација на коскното ткиво при хируршко-ортодонтски пристап при трансплантација, реимплантација и денто-алвеоларни повреди. 5. Јубилеен интерсекциски состанок на ортодонтите на СР Македонија и СР Србија, со учество на СР Босна и Херцеговина: Маврово, 1984; 83-99.
5. ЈОЈИЌ В, ПЕРОВИЌ Ј. Oralna hirurgija, Naučna knjiga, Beograd, 1983.
6. KALLAY J. Dentalna antropologija. Svezak I. Zagreb, 1974; 162-65
7. PARANT M. Petite chirurgie de la bouche. L'expansion scientifique française, Paris, 1981.
8. RAGHOEBAR GM, BOERING G, JANSEN HWB, VISSINK A. Secondary retention of permanent molars: a histologic study. *J Oral Pathol Med* 1989; 18: 427-31.