

Медицински центар Титов Велес  
 Оддел за ортопедија на вилицата и забите

**ПРИМЕНА НА ПОЛИПРСТЕНЕСТАТА ФИКСНА ТЕХНИКА  
 КАЈ ДИАСТЕМИ НАСТАНАТИ ОД АНОДОНЦИЈА  
 НА ЛАТЕРАЛНИТЕ ИНЦИЗИВИ**

М. Мешков

*Лекувањето на ортодонските аномалии со фиксна полипрстенеста техника на нашиот оддел е применето во март 1973 год. За време од три години со овој метод се посматрани 35 пациенти со различни ортодонски аномалии, а кај шест со диастеми предизвикани од анодонција на латералните инцизиви во максилата.*

*Во трудот е опишан методот на лекување, неговите предности и недостатоци во споредба со мобилната ортодонска терапија.*

Диастема медианум или траума претставува естетска и говорна ортодонска аномалија најчесто во пределот на горниот фронт, во сатура медијана меѓу централните инцизиви. Растојанието меѓу забите често пати може да има ширина и на еден заб. Во допубертетската возраст пациентите не обраќаат внимание на настанатата појава иако е доста забележителна и во естетскиот изглед и во создадената говорна аномалија: свиркање при поминувањето на воздухот во растојанието — сигматизмус стриденс. Во пубертетот и по него пациентите бараат во нашите ординации решавање на диастемата на било каков начин. Мобилната ортодонска техника во овој период не дава добри резултати, и заради долгото лечење пациентите се откажуваат од нејзината примена и често бараат и екстракција на еден од двата секачи, и протетско решавање на просторот.

Кај пациентите со старост од 16 до 34 години најдобро е да се примени фиксната полипрстенеста техника која за не повеќе од 6—12 месеци дава многу добри резултати.

\*) Трудот е читан на состанокот на Стоматолошката екција на СРМ во Воена болница 1975 год.

Етиологијата на медианите диастеми е различна. Во време на никнувањето на централните инцизиви, кога постои перзистенција на френулом тектолабијале, со никнување на латералните инцизиви може да дојде до нејзино спонтано затворање. До колку и тогаш не дојде до затворање, најверојатно е наследно обележје. Најчесто медианите диастеми настануваат од наследна анодонција на латералните инцизиви. Тогаш скоро редовно среќаваме и жилав френулум кој перзистира и претставува најголема препрека при лечењето, а неговото отклонување е исклучиво хируршко. Марковиќ<sup>4</sup> смета дека диастемите настанати од анодонција на латералните инцизиви, настануваат заради наследно предиспонираниот фактор забната гредичка во ембрионалниот период не создава доволен број на зачетоци, што претставува примарен ортодонски проблем, а диастемите настануваат како симптом на создадената аномалија.

Целото внимание во овој труд е посветено на третирањето на правите формирани медиани диастеми со позната етиологија — анодонција на латералните инцизиви и нивно лечење со полипрстенеста фиксна техника

### Материјал и метод на работа

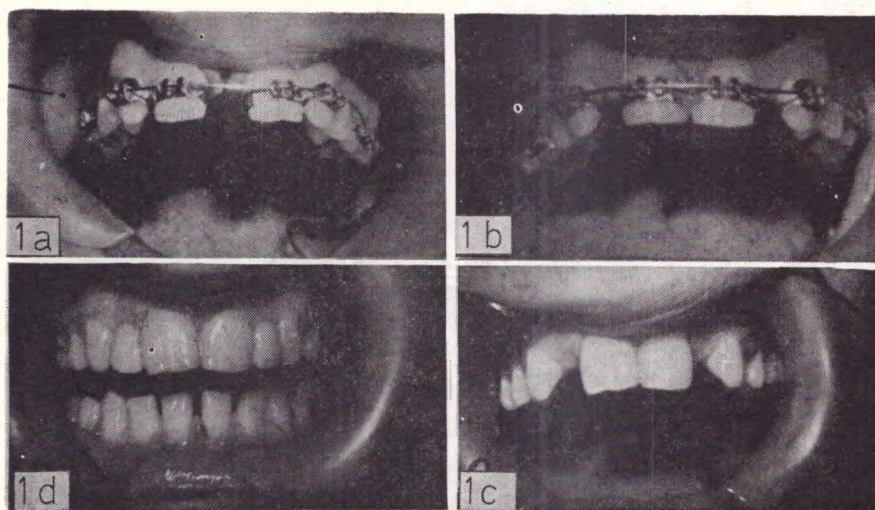
Во текот на три години на нашиот оддел третирани се шест случаја со медијана дијастема настаната од анодонција на латералните секачи со полипрстенеста фиксна техника. Староста на пациентите беше од 16 до 34 години, а лечењето кај секој траеше заедно со ретенциониот период од 6 до 12 месеци. Кај два пациента постоеше жилав и ниско инсерирани френулум тектолабијале, пред поставувањето на фиксниот апарат извршена е френотомија.

На нашето одделение употребуваме четвороагла Edgewise — E техника. Таа се состои од фабрички готови прстење со различна големина: прстења со дупли edgewise бравички на инцизивите, канинците и премоларите, и прстења со цевчиња на букалната страна на прстенот за моларите, дупли цевчиња на горните молари, а со една за долните молари. Горното цевче служи за апликација на headgear, а долната за лабијалниот лак. Ширината на отворот на бравичките изнесува 0,18, односно 0,22 инча. Во тие бравички се аплицира лак од округла жица со пречник од 0,50 мм, односно edgewise лак од 0,22 x 0,22 инча. Лакот може да се фиксира за бравичките со лигатурна жица, односно гумички за фиксација.

Пред изборот и бандажирањето на прстењата вршме механичко чистење на забите и во два наврата локална флуоризација со 2% NaF или Флуокал. Кога е добро извршен изборот на прстењата се цементираат одредените заби, а после неколку часа или нареден ден се лигира претходно изработениот лак, а до колку е потребно, се аплицираат екстезиони гумички со различна димензија и сила.

За време на целата терапија од пациентите се бараше да одржуваат беспрекорна хигиена на устата и забите и дисциплинирано да доаѓаат на контрола по барање на терапевтот.

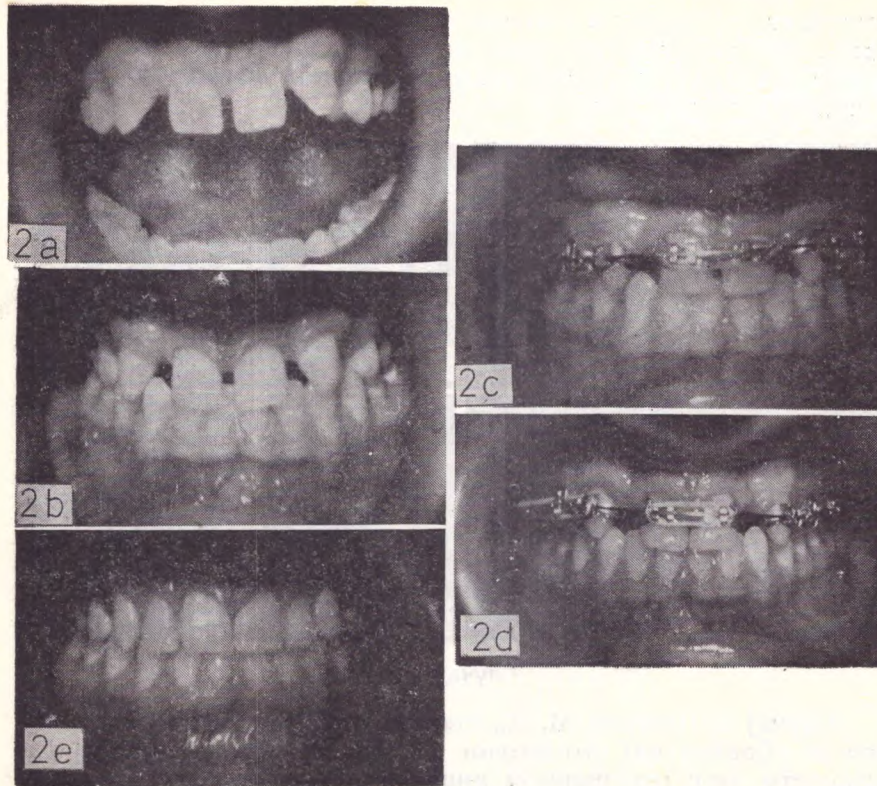
За илустрација прикажувам два случаја лечени со фиксна полипрстенеста техника.



Случај 1

Случај 1. Пациент М. Д., стар 22 години, студент. Неколку пати се обраќал кај стоматолог за протетско решавање на растојанието меѓу централните инцизиви. Бидејќи истото изнесувало 6,5 мм не е вршено протетско надополнување, заради нарушувањето на естетскиот изглед на пациентот со поставување на еден заб во растојанието. Заради прекорот којшто понекогаш го имал од друштвото стално ја држел раката при зборувањето или смењето за да ја прикрие за него непријатната состојба. Создадената говорна аномалија: свиркање при зборувањето заради диастемата, уште повеќе го одбивало од својата околина.

На нашето одделение е испратен за консултација со R<sub>0</sub> снимки од кои се гледа јако изразен коскениот дел од френулулот и немање на зачетоци за обата латерални инцизиви. Извршена е френотомија, а по 6 дена направено е механичко чистење и флуоризација на забите и поставен фиксниот апарат. (Сл. 1а). Со еластични гумички од различна големина и со различна сила вршено е мезијално насочување на двата централни инцизива и дистално насочување на обата канинуса. За 6 месеци добиен е бараниот резултат: затворена е диастемата и добиен е контакт помеѓу канинусите и првите премолари за да се овозможи протетско надополнување на латералните инцизиви. (Сл. 1б и 1ц). Потоа е направена парцијална протеза со два заба и поставена е во устата на пациентот и како ретенцијален апарат и како дефинитивен протетски надоместок (Сл. 1д). Контролниот преглед по шест месеци не покажуваше рецидив.



Случај 2

Случај 2. — С. С., ученик, стар 18 години. Упатен е на нашиот оддел со Дг. Diastema mediana, hipodontio 2/2. На упорно инсистирање на пациентот било на кој начин да се реши растојанието помеѓу забите во горниот фронт, отпочната е ортодонтската терапија. Земени се отпечатоци за студиски модели, направена е анализа и најдени се следните отстапувања: големината на диастемата е 2 мм., просторот помеѓу десниот канинус и централниот инцизив 2,5 мм., а помеѓу истиот канинус и првиот премолар 5 мм. Лево просторот помеѓу централниот инцизив и канинусот е 4,5 мм., а помеѓу истиот канинус и првиот премолар 2 мм. Френулумот не е ниско инсерирен и нема потреба од френотомија. (Види сл. 2а и 2б). Направен е избор на прстења и свиткан е лабијален лак, извршено е механичко чистење и флуоризација на забите пред бандажирањето и поставен е фиксниот апарат. (Сл. 2ц). Со еластични гумички од различна димензија и сила вршено е собирање на дијастемата и бодили поместување на двата канинуса спрема првите премолари. За четири месеца добиен е простор за двата латерална инцизива (Сл.

2д), потоа е изведен фиксниот апарат и направена е парцијална протеза со два заба и како ретенционен апарат и како протетски надоместок. По 6 месечна контрола состојбата беше без промени. (Сл. 2-е — со протетскиот надоместок)

### Дискусија

Диастемите настанати заради обострана анодонција на латералните инцизиви претставуваат посебен проблем, бидејќи во средните години од животот покрај создадената говорна аномалија најмногу претставуваат естетски проблем на пациентот. Во периодот од 16 до 34 годишна возраст пациентот бара на било кој начин да се потполнат растојанијата меѓу забите, било со поставување на мали запчиња во диастемати и тремите, со стругање на соседните заби или со протези — екстракција на двата централна инцизива и фиксен протетски надоместок 3/3. Често пати и на ваков начин е решаван овој дефект што никако не може да биде стоматолошки оправдан.

Во овоие случаи најголеми резултати дава ортодонската терапија: затворање на диастемите и тремите со подвижни или фиксни ортодонски апарати, а потоа протетско надополнување. Лечењето со подвижни апарати трае многу долго, а успехот најмногу зависи од носењето на апаратот и упорноста на пациентот. Фиксната полипрстенеста терапија е метод на избор при решавањето на овие аномалии. До колку постои ниско инсериран и жилав френулом, претходно е потребно да се изврши френотомија, а потоа поставување на фиксниот апарат.

Ретенциониот период кај овие случаи не треба да биде подолг од шест месеци, бидејќи со владеењето на фиксниот апарат веднаш се изработува парцијална протезичка со два латерални секачи, која служи и како ретенционен апарат и како протетски надоместок.

На овој начин решени овие аномалии потполно го задоволуваат естетскиот изглед на пациентот и функцијата на говорот.

### Заклучок

Во текот на три години третирали се шест случаи со обострана анодонција на латералните инцизиви со фиксна полипрстенеста терапија кај пациенти на возраст од 16 до 34 години.

Прикажани се сликовито два случаја од кои: кај првиот, каде што постоеше жилав и перзисцентен френулом, вршена е прво френотомија, а потоа ортодонско лечење, додека кај вториот случај, каде што немаше жилав и развиен френулом, вршено е собирање на диастемата без претходен хируршки третман.

Фиксната ортодонска терапија има предност во лечењето на овие аномалии пред мобилната активна терапија.

По вадењето на фиксниот апарат веднаш изработената парцијална протезичка служи и како ретенционен апарат држач на просторот за фиксен понатамошен протетски надоместок и како привремен протетски надоместок.

### Summary

#### **Multi — band fixed technique in diastemas caused by anodontia of the lateral incisors**

Orthodontic anomalies were for the first time treated using fixed multi — band technique at our department in March 1973. In the course of three years 35 patients having different anomalies were treated using this technique. Six of the total had diastema caused by anodontia of the lateral incisors in the maxilla.

The method of treatment and its advantages and disadvantages compared to removable orthodontic appliances is discussed.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Бикар И.: Основи ортопедије вилица, Српско лекарско друштво, Београд, 1962 год.
2. Хорошилкина Ф.: Етиологија, клиника и лечение диастеми, Стоматологија бр. 2, Москва, 1972 год.
3. Коев Ж.: Зубно-челустни деформации, Софија 1961 год.
4. Марковиќ М.: Дијастема медијана, СГС бр. 2, Београд 1972 год.
5. Табори П.: Утицај хиподоизије на сагитални развитац вилица, СГС бр. 2, Београд 1964 год.