

15. Zjazd Polskiego Towarzystwa Ortodontycznego

Nieoperacyjne leczenie zgryzu otwartego szkieletowego u pacjentów dorosłych



Małgorzata Kuc-Michalska

Aneta Karska

NZO Poradnia Ortodontyczna

Stomatologiczna w Zabrze

www.ortodoncja-zabrze.pl

Wstęp:

Leczenie zgryzu otwartego szkieletowego jest niemalym problemem dla praktykującego ortodonta. W literaturze światowej rzadko można spotkać przykłady nieoperacyjnego leczenia pacjentów dorosłych z tym zaburzeniem szkieletowym. Nie każdy pacjent zgadza się jednak na leczenie wiążące się z zabiegami chirurgicznymi, nie każdy także uważa swoją wydłużoną twarz za wymagającą korekty. Dla wielu pacjentów problem stanowią tylko "krzywe zęby" i brak możliwości odgryzania pokarmów. Wychodząc naprzeciw tym oczekiwaniom należy również próbować bezoperacyjnego leczenia tego typu zaburzeń szkieletowych.

Cel pracy:

Celem pracy jest przedstawienie nieoperacyjnego leczenia pacjentów ze zgryzem otwartym szkieletowym, którzy nie wyrazili zgody na przeprowadzenie skojarzonego leczenia chirurgiczno-ortodontycznego. Zastosowane zostały aparat Haasa i aparat stały oraz krótkie i długie wyciągi elastyczne.

Materiał i metoda:

Czterech pacjentów ze zgryzem otwartym szkieletowym w wieku od 13 do 28 lat zostało poddanych leczeniu za pomocą aparatu Haasa na szynach akrylowych, aparatu stałego i wyciągów elastycznych. W I etapie leczenia przez okres 6 miesięcy stosowano aparat Haasa wraz z dolnym aparatem stałym. Zalecano całodobowe noszenie wyciągów elastycznych od haczyków tylnych aparatu Haasa (umieszczonych pomiędzy drugimi przedtrzonowcami a pierwszymi trzonowcami) do haczyków na zamkach kłów dolnych, rozpiętych z siłą początkową 200 gr (u pacjentów 3 i 4) oraz od haczyków przednich aparatu Haasa do haczyków na zamkach kłów i pierwszych przedtrzonowców z taką samą siłą (u pacjentek 1 i 2). W II etapie leczenia, po wyrównaniu górnej i dolnej płaszczyzny zgryzowej aparat Haasa był zastępowany pełnym górnym aparatem stałym i ekspanderem Corbety. Dalsze dopasowanie zgryzu następowało z użyciem długich i krótkich wyciągów elastycznych I, II i III klasy noszonych całodobowo.



Tabela pomiarów cefalometrycznych pacjentów ze zgryzem otwartym szkieletowym
T1 - przed leczeniem, T2 - po leczeniu

Mierzone wartości	Pacjent 1		Pacjent 2		Pacjent 3		Pacjent 4	
	T1	T2	T1	T2	T1	T2	T1	T2
Wiek metrykalny	28l 4m	30l 11m	13l 7m	16l 8m	17l 5m	19l 3m	25l 3m	26l 11m
CS	6	6	5	6	nieocenialny CS-zespół Turnera		6	6
ILS/NL	104	102	110	99	111	112	104	105
ILI/ML	90	87	84	89	91	79	85	85
ANB	4	4	3	4	-2	-1	2	5
ANPg	3	2	1	2	-4	-3	3	6
NL/ML	43	40	33	33	33	33	34	34
NSL/NL	2	5	10	10	4	4	8	9
NSL/ML	45	45	43	43	37	37	42	43
<ż	126	129	128	126	123	124	133	128
LFH	87	81	74	78	80	80	93	93
Ols/NL	12	21	11	15	10	9	10	7
ML/Oli	21	24	21	24	15	25	18	28
wits					-6	0	-2	4

Rezultaty:

1. U pacjentów ze zgryzem otwartym szkieletowym i III klasą szkieletową (pacjenci 3 i 4) doszło w trakcie leczenia do znaczącego powiększenia strefy żuchwy (kąt Oli/ML) niż u pacjentów ze zgryzem otwartym i I klasą szkieletową (pacjenci 1 i 2). Jest to efekt działania wyciągów III klasy.
2. Strefa szczęki (kąt NL/Ols) powiększyła się tylko u pacjentów z I klasą szkieletową.
3. U pacjentów ze zgryzem otwartym i III klasą szkieletową (pacjenci 3 i 4) dolna wysokość twarzy (LFH) nie uległa zmianie w czasie leczenia. W przypadku pacjentów ze zgryzem otwartym i I klasą szkieletową LFH zmniejszyło się u pacjentki dorosłej (pacjent 1) dzięki wyprostowaniu i wtłoczeniu trzonowców górnych, a zwiększyło u pacjentki rosnącej (pacjent 2).
4. U żadnego pacjenta ze zgryzem otwartym szkieletowym nie doszło w czasie leczenia do zmiany kąta nachylenia podstawy żuchwy do podstawy czaszki (kąt NSL/ML).
5. We wszystkich przypadkach w trakcie leczenia uzyskano prawidłowe warunki zgryzowe.
6. We wszystkich leczonych przypadkach z towarzyszącą asymetrią dolnego odcinka twarzy uległa ona poprawie.

Podsumowanie:

Leczenie nieoperacyjne pacjentów ze zgryzem otwartym szkieletowym z zastosowaniem aparatu Haasa i pełnego aparatu stałego oraz wyciągów elastycznych umożliwia uzyskanie prawidłowych warunków zgryzowych i poprawę rysów twarzy.