

Aparaty czynnościowe - klucz do sukcesu

W trakcie licznych rozmów ze stomatologami ogólnymi wysłuchiwałem opinii, według których „prawdziwie nowoczesne” leczenie ortodontyczne dokonuje się wyłącznie za pomocą aparatów stałych. Owa opinia może mieć dwa źródła zasmucając niski poziom wiedzy na temat celów i metod leczenia ortodontycznego wśród stomatologów ogólnych i panującą wiarę, że za pomocą aparatów stałych można, zwłaszcza u dorosłych, wyleczyć olbrzymią większość schorzeń ortodontycznych (oczywiście, jak zwykle pomijam tu fachowców w tej dziedzinie specjalistów ortodoncji, ale wszak nie do nich ten artykuł jest skierowany). A przecież jest to opinia ze wszech miar mylna. Szalenie często u osób, u których zakończył się rozwój kostny, czynnościowe aparaty ortopedyczne stanowią nieodłączny element składowy procesu leczenia. Według filozofii mego (i tysięcy innych dentystów ogólnych na świecie) nauczyciela ortodoncji doktora Brocka Rondeau, leczenie wad ortodontycznych powinno następować w następującej kolejności:

1. Leczenie wad czynnościowych wraz z uwarunkowaniami genetycznymi, głównej przyczyny zaburzeń ortopedyczno-ortodontycznych;
2. Leczenie wad kostnych;
3. Leczenie wad zębowych;

Aparaty czynnościowe są kluczowym elementem pierwszych dwóch etapów leczenia. Wraz z pomocą laryngologów, fizykoterapeutów, ortopedów, logopedów można dzięki aparatom czynnościowym ortopedycznym, skutecznie wyleczyć takie schorzenia, jak przetrwałe polykanie niemowlęce z wypychaniem języka do przodu lub na boki, chorobę zwyrodnieniową SSZ, rozmaite parafunkcje, odblokować drogi oddechowe za pomocą wysunięcia cofniętej żuchwy, a wraz z nią języka, a co za tym idzie, zlikwidować przyczynę opisywanej już przeze mnie na tych łamach nieprawidłowej, pochylonej postawy oddechowej prowadzącej do trwałych zmian patologicznych w obrębie kręgosłupa, a także przemodelować tak kości, by ich kształt i wzajemne położenie zbliżył jak najbardziej do czynnościowo anatomicznego ideału. Dzięki takiemu działaniu, można potem za pomocą aparatów stałych ortodontycznych „poustawiać” prawidłowo komplet uzębienia w piękny, szeroki uśmiech, który stanowi również ideał czynnościowy, zdecydowanie mniej skłonny do nawrotu wady po zakończeniu leczenia. W ustach tworzy się wtedy wystarczająco obszerny teatr czynnościowy dla języka, co skutkuje możliwością skutecznego leczenia logopedycznego. Podczas spotkań z logopedami dochodzimy do podobnych wniosków bez wyraźnej poprawy warunków anatomicznych, często ich i pacjentów ciężka praca idzie na marne. Często pokutuje również opinia, że czynnościowe aparaty ortopedyczne są zarezerwowane wyłącznie dla dzieci, że u dorosłych nie dają one żadnych wymiernych rezultatów, a poza tym dorośli „i tak nie chcą ich nosić”. Doświadczenia z mego gabinetu przeczą tej opinii w całej rozciągłości. Po pierwsze, dorośli odpowiednio zmotywowani, o wiele sumienniej poddają się rygorom terapii - wszak trzeba je nosić non stop, poza czasem przeznaczonym na aktywność sportową, jedzenie (jeśli noszenie aparatu to uniemożliwia) i czynności higieniczne. Jeśli chodzi o skuteczność tego

leczenia, to wydają się one niezastąpione w jednoczesnym leczeniu zaburzeń przednio-tylnych (wysuwanie żuchwy do przodu), rozszerzenie zwężonego górnego łuku zębowego, dystalizacja trzonowców itp. Znakomitym dodatkiem do czynnościowego leczenia ortopedycznego są zabiegi z zakresu chirodoncji: czaszkowe zabiegi manualne uwalnianie szwów czaszkowych i kompensacja czaszkowa nadawanie kościom czaszki prawidłowych ruchów oddechowych fleksji i ekstensji. Zabiegi takie pozwalają często „odetkać” przypadki, w których leczenie zatrzymało się i nie daje spodziewanych rezultatów.

Z tego właśnie powodu pierwszy z serii artykułów opisujących działanie aparatów czynnościowych poświęcam zastosowaniu ich u osób z praktycznie zakończonym rozwojem kostnym. Artykuł ten nie rości sobie pretensji do nauczania ogólnie praktykujących dentystów jak posługiwać się tymi aparatami, raczej ma na celu zainteresowanie ich tematem i zachęcenie do pogłębiania zagadnienia. Chcę również zaznaczyć tu, tak jak to czyniłem w poprzednich artykułach, że kluczem do sukcesu w leczeniu jest dokładna diagnoza czynnościowa kostna, poparta analizą cefalometryczną i zębową.

Zacznijmy od klasycznego aparatu Szwarcza. Jest to aparat powszechnie stosowany, znany od lat. W poniższych przypadkach diagnoza sugerowała zastosowanie płyt Szwarcza ze śrubą trójkierunkową, wspomaganą dodatkową śrubą pośrodkową. W obu przypadkach płyty nagryzowe miały jednocześnie zapobiegać wychyleniu policzkowemu tylnych zębów podczas rozszerzania górnego łuku zębowego, rozklinowaniu zaguzkowania, istotnemu zwłaszcza podczas likwidowania zgryzu krzyżowego w obrębie tylnych zębów i zapobieganiu dalszemu niekorzystnemu otwarciu się zgryzu kostnego poprzez dociskanie dolnych zębów - zapobiega to biernemu wyrzynaniu się dolnych zębów tylnych podczas noszenia aparatu.

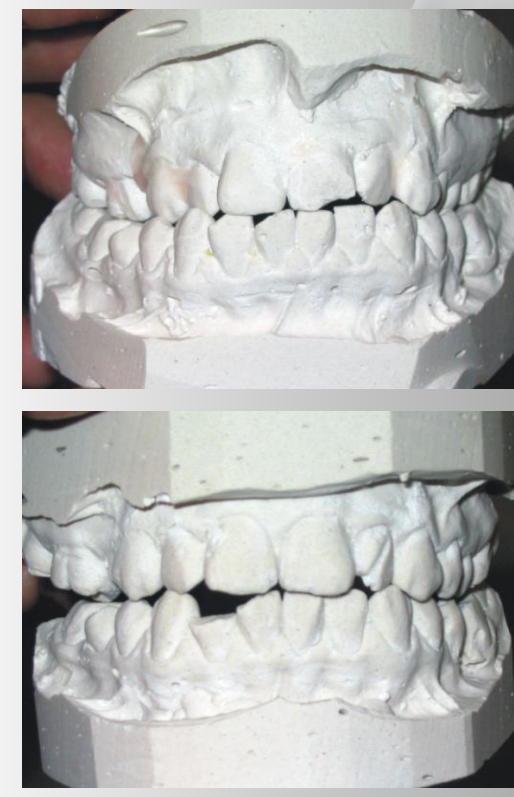
Pierwsza pacjentka, dwudziestojednoletnia M.T. zgłosiła się do mojego gabinetu w celu zasięgnięcia trzeciej opinii w sprawie planu leczenia. Górny łuk zębowy był u niej bardzo zwężony, brakowało wcześniej usuniętego zęba 14, po obu stronach miał miejsce zgryz krzyżowy tylny. Odwiedzani poprzednio lekarze sugerowali ekstrakcję pozostałych czwórek. Pacjentka nie chciała wyrazić na to zgody. Sytuację przed i po sześciu miesiącach leczenia płytą Szwarcza ze śrubą trójkierunkową i płytami zgryzowymi ilustrują ryciny 1, 2 i 3. Pacjentka aktywowała aparat poprzez rozkręcanie najpierw śrub na boki dwa razy w tygodniu po 1 milimetra. Takie tempo aktywacji umożliwiało stopniowe narastanie tkanki kostnej, w przeciwieństwie do aparatów do „rozrywania szwu podniebiennego” szybkiego rozszerzania górnego łuku, które prowokują do powstawania tkanki łącznej o strukturze podobnej do tej powstającej w bliznach. Po zdjęciu takich aparatów nawrót wady - ponowne zwężenie łuku jest konsekwencją elastyczności tej tkanki. Po rozszerzeniu łuku pacjentka rozpoczęła rozkręcanie śruby strzałkowej w celu wychylenia górnych siekaczy wynikało to z analizy cefalometrycznej. Jak sytuacja wyglądała pod koniec leczenia aparatem stałym, który założono bezpośrednio po płycie Szwarcza, pokazuje ilustracja 4 i 5.

Czternastoletnia pacjentka O.G., również zgłosiła się po poradę gdyż inni lekarze sugerowali leczenie ekstrakcyjne. Pacjentka ma typ twarzy brachycefalicznej (szeroki) i intuicyjnie nie wyrażała zgody na ten typ leczenia, wyraźnie zwięzający jej uśmiech, co ewidentnie zakłócałoby harmonię proporcji twarzy. Postęp leczenia ze zgryzu krzyżowego od lutego 2003 do sierpnia 2003 roku płytą Szwarcza z płytami nagryzowymi i śrubą trójkierunkową można zobaczyć na modelach, widocznych na ilustracjach 6 i 7. Aktywacja tego aparatu dokonywała się analogicznie do poprzedniego przypadku. Sytuację pod koniec leczenia aparatem stałym z lutego 2004 pokazują ilustracje 8 i 9. Największą satysfakcją zawodową z tego przypadku miałem w momencie, gdy pacjentka stwierdziła, że „magiczna zmiana” spowodowała podjęcie przez nią decyzji o pójściu na studia medyczne.

W obydwu przedstawionych przypadkach pacjentki były poddawane na comiesięcznych wizytach aktywacyjnych manualnym zabiegom czaszkowym. W ten sposób ułatwiała się przebudowa kości, eliminowane było ryzyko powstania naprężeń, zwłaszcza w obrębie kluczowej dla wzajemnego ułożenia kości czaszki kości klinowej. W konsekwencji, przebieg leczenia był bezbolesny, nie towarzyszyły mu zawroty głowy i inne niekorzystne efekty uboczne. Okresowo docinano płytę aparatu w miarę jak opadało sklepienie podniebienia, by nie uwierała śluzówki i by dalej następował ten szalenie korzystny proces. Wszak jednocześnie zwiększała się pojemność jamy nosa, a co za tym idzie jego drożność i zwiększały się szanse by pacjent oddychał w sposób prawidłowy przez nos.

Jak widać to na aktualnych ilustracjach z końcowych etapów leczenia, możliwe jest w podobnych przypadkach zakończenie leczenia bez wykonywania ekstrakcji, które musiałyby doprowadzić do cofnięcia żuchwy do tyłu, a w konsekwencji do wbicia głowy wyrostka kłykciowego żuchwy w tył i do góry co jest początkiem choroby zwyrodnieniowej stawu skroniowo-żuchwowego. Ta z kolei prowadzi do bólów głowy, oczu, uszu (niżej podpisany ma właśnie założony stały aparat ortodontyczny, który założony został z powodu przewlekłych bólów uszu, które na szczęście należą już do historii, tak jak i głęboki nadzgryz) karku, pleców. Skrzywienie kręgosłupa spowodowane jest cofnięciem wraz z żuchwą języka, blokującego w ten sposób drogi oddechowe, co prowokuje organizm do przyjęcia pochylonej postawy oddechowej. Poza tymi aspektami, istnieje jeszcze jeden szalenie istotny kosmetyczny. Każdy pacjent stojąc przed wyborem szerokiego uśmiechu albo wąskiego (i do tego wyrzynanie zębów) podejmie jedną decyzję...

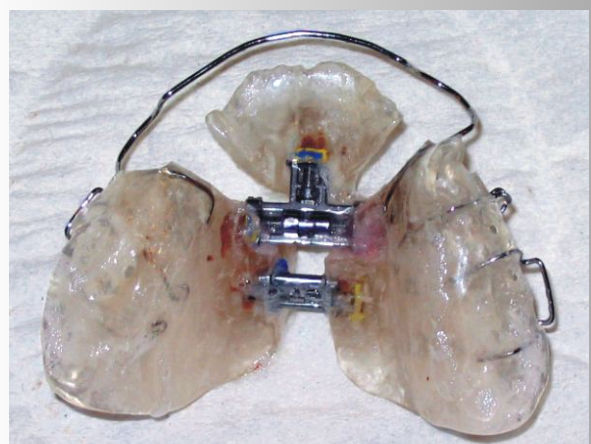
Głównym celem napisania tego artykułu było uzmysłowienie dentystom ogólnym, że właściwie stosowane czynnościowe aparaty ortopedyczne mogą być szalenie skuteczne w leczeniu zaburzeń kostnych i czynnościowych nie tylko podczas okresu rozwoju kostnego, ale również po jego zakończeniu. Właściwe prowadzenie pacjenta podczas leczenia, doprowadzenie mięśni (w tym języka) do normy czynnościowej i wystarczająco długi okres retencji pozwalają w takich przypadkach na osiągnięcie stabilnych, zdrowych i kosmetycznych rezultatów.



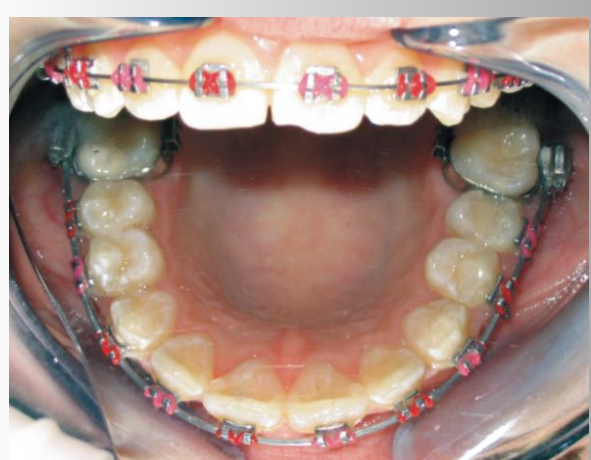
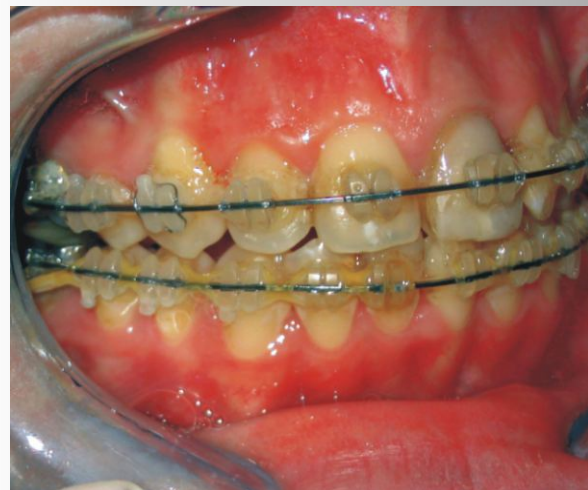
Ryc. 1. Efekt półrocznego stosowania u pacjentki aparatu ortopedycznego. Na pierwszej ilustracji widoczny jest obustronny zgryz krzyżowy.



Ryc. 2. Kształt górnego łuku pacjentki przed i po zakończeniu noszenia płyty Szwarcza



Ryc. 3. W pełni aktywowany rozkręcony aparat tuż przed zamianą na aparat stały.



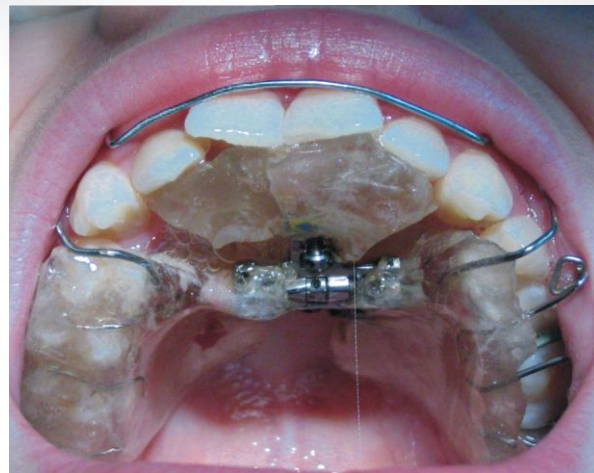
Ryc. 4. Kształt górnego łuku pod w końcowej fazie noszenia aparatu stałego.



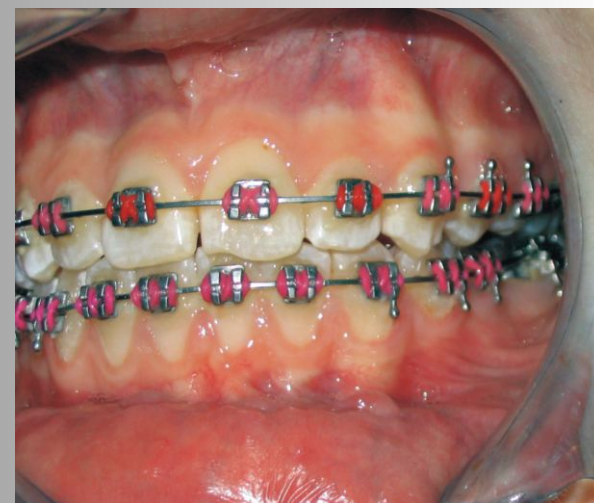
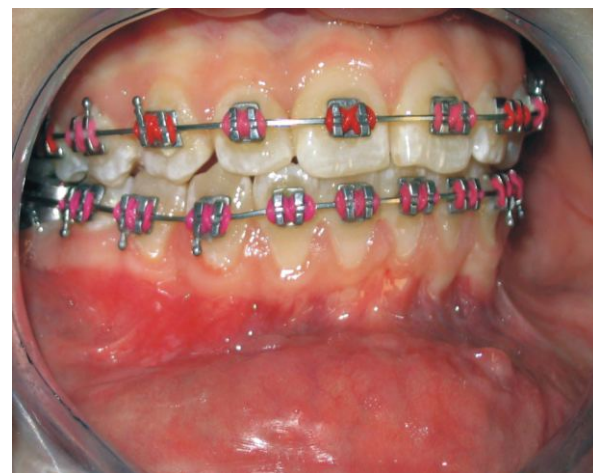
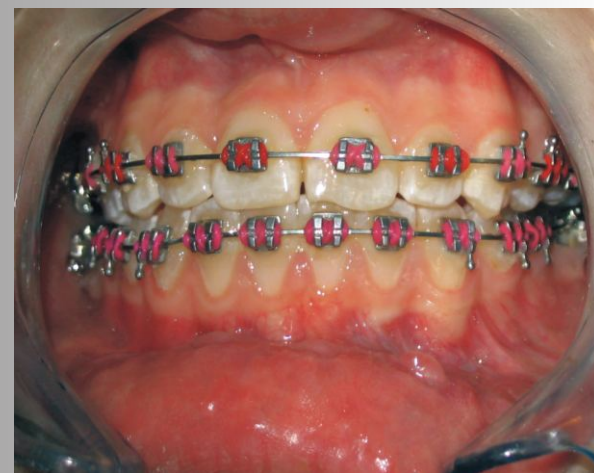
Ryc. 5. Przypadek w końcowej fazie leczenia aparatem stałym na etapie uzyskiwania prawidłowego zaguzkowania.



Ryc. 6. Modele obrazują stan przed i po półrocznym noszeniu aparatu czynnościowego.



Ryc. 7. Aparat czynnościowy pod koniec leczenia. Lewa płyta nagryzowa uległa zniszczeniu w trakcie noszenia.



Ryc. 8. Pacjentka w końcowej fazie leczenia aparatem stałym.

Ryc. 9. Kształt górnego łuku pod koniec leczenia.