

Marcin Dolecki

## Dlaczego warto badać sześćo-siedmiolatki?

Do mojego gabinetu trafiają dzieci z różnorodnymi zaburzeniami układu stomatognatycznego. Im starsze, tym wady są na ogół bardziej nasilone. Im starsze - tym bardziej pogłębiają się zniekształcenia twarzy, kręgosłupa i zdrowia ogólnego, spowodowane wadami czynnościowymi oddechowymi, przerostem migdałków podniebiennych, migdałka środkowego, podniebienia.

Im starsze - tym większe konsekwencje przynosi lekkomyślne usuwanie zębów mlecznych, na przykład zgodnie z regułą „a, usuniemy te trójkę mleczną, bo dwójka stała się nie zmieścić”, która powoduje zamknięcie przestrzeni poprzez mezialne przesunięcie tylnych zębów. Im starsze, tym mniej w ich ustach widuję pierwszych trzonowców - kluczowych pod względem proprioceptywnej orientacji ciała w przestrzeni, a co za tym idzie, również dla utrzymania jego prawidłowej pozycji.

Im starsze tym częściej widuję pacjentów z usuniętymi „ze wskazań ortodontycznych” czwórkami, z płaskim nieatrakcyjnym profilem, z zaburzeniami stawu skroniowo-żuchwowego, bólami głowy, karku, pleców, drętwiejącymi ramionami, bólami uszu, pochyloną pozycją oddechową i zdecydowanie niekosmetycznym wąskim uśmiechem.

Im starsze - tym konsekwencja nieleczonego zgryzu krzyżowego asymetryczna żuchwa bardziej nie pozwoli zsymetryzować kostnych linii pośrodkowych.

...a przecież najczęściej, gdyby zajęto się tymi pacjentami w wieku sześciu - siedmiu lat większość tych zaburzeń daloby się zdusić w zarodku i skierować rozwój dziecka na prawidłowe tory.

### Zaburzenia oddechowe początek (prawie) całego zła

U sześciolatek na ogół zaczyna się właśnie najintensywniejszy okres zniekształcania kości twarzy spowodowanych zaburzeniami oddechowymi. Przerost środkowego migdałka, równoczesny przerost wszystkich trzech migdałków, przerost małżowin nosowych, alergie to wszystko powoduje w tym okresie zniekształcenia, których można uniknąć. Przerośnięty środkowy migdał czy małżowiny nosa powodują ciągłe oddychanie przez usta. Poza utratą naturalnego filtru, jaki mamy w nosie i zamianą na „autostradę” dla wirusów, bakterii, grzybów i alergenów, jaką jest oddychanie przez usta, najsilniejsze mięśnie w naszym organizmie żwacze zaczynają ścisnąć górny łuk zębowy, powodując jego zwężenie. Sklepienie podniebienia wypiętrza się w strzelisty gotyk, „wjeżdżając” do jamy nosa, co dodatkowo ogranicza jego drożność. Połączona z nim przegroda nosa ma wtedy do wyboru dwie opcje wykrzywi się w lewo, albo w prawo. Zaburza się układ anatomiczny kości w tym i nie tylko w tym rejonie czaszki. Dlatego zanika nieutrudniona niczym wymiana powietrza w zatokach, co powoduje zakłócenie równowagi mikrobiologicznej i w konsekwencji rozmnożenie bakterii beztlenowych i nieustające problemy z zatokami. Infekcje zatok i zastój powietrza w nosie powodują powstanie chronicznego kataru, co jeszcze bardziej uniemożliwia oddychanie przez nos, powoduje dalsze zwężanie górnego łuku itd. Pacjent ma często podkrążone oczy (objaw niedotlenienia lub alergii i jej konsekwencji niedotlenienia) i gdy pytam matkę czy



Ryc. 1. Ośmioletni pacjent z zaawansowanym zwyrodnieniem SsŻ na szczęście krążek stawowy jest odzyskiwany na pośrednim etapie rozwijania szczęk



Ryc. 2. Widoczne znaczne tyłozuchwie bezpośrednia przyczyna zwyrodnienia



Ryc. 3. Widoczny głęboki nadzgrzyz



Ryc. 4. Widok z boku. Widoczna duża szpara doprzednia





Ryc. 5. Zastosowanie aparatu czynnościowego (Twin Block) u pacjenta po tygodniu spowodował ustąpienie objawów ze strony SsZ.



Ryc. 7. Widoczny na zdjęciu cefalometrycznym u osoby dorosłej przerost tkanek miękkich nosogardzieli i podniebienia miękkiego, powodujący kostny i zębowy zgryz otwarty

kiedykolwiek jakiś lekarz zwrócił na nie uwagę, zbyt często słyszę odpowiedź „nie...myślałam że to już taka jej (lub jego) uroda”. Często słyszę również bagatelizujące stwierdzenie „a ja też tak mam” wtedy tłumaczę, że najczęściej te wady mają tło genetyczne, potęgowane potem przez uwarunkowania środowiskowe.

Zwężenie górnego łuku zębowego powoduje cofnięcie żuchwy do tyłu, jednak by poprzecznie dolny łuk odpowiadał zwężonemu górnemu musi się on cofnąć, a co za tym idzie cofa się z nią język, dodatkowo zwężając drogi oddechowe. Człowiek, by móc oddychać, przyjmuje pochyloną pozycję oddechową głowy, a co za tym idzie, rozpoczyna się proces zniekształcania postawy, opisany w artykule w pierwszym numerze AS-a (do obejrzenia na mojej stronie [www.mojdentysta.com.pl](http://www.mojdentysta.com.pl)). Cofnięta żuchwa oznacza przemieszczenie głów wyrostków kłykciowych żuchwy do tyłu i do góry, co znowu oznacza początek zwyrodnienia SSZ i całego katalogu objawów bólów głowy, karku, pleców, drętwienia rąk, bólów uszu, uczucia wypełnienia w uszach, zawrotów głowy, bólów za gałkami ocznymi, swędzenia w uszach. Oddychanie przez usta może spowodować powstanie zgryzu otwartego niekontaktujące się ze sobą zęby tylne nadmiernie wyrzynają się. Są to zmiany praktycznie nieodwracalne. O ile ortodontyczne sprowokowanie wyrzynania się zębów jest czynnością stosunkowo prostą, o tyle intruzja nadmiernie wyrzyniętych zębów tylnych szalenie trudną, jeśli nie niemożliwą.

Przerost migdałków podniebiennych lub podniebienia miękkiego powoduje zmianę nawyków języka. Nie może on podczas połykania śliny i jedzenia typowo dociskać się falą płynącą od rejonu za górnymi siekaczami do tylnej części podniebienia miękkiego, bo doszłoby do zadławienia



Ryc. 6. Po sześciu miesiącach nastąpiło pożądane rozszerzenie łuków zębowych, a pacjent nie potrafił już cofnąć żuchwy do poprzedniej pozycji



Ryc. 8. Wewnątrzustny widok przerostu podniebienia miękkiego

pacjenta. Język wtedy jest wypychany do przodu, prowokując stopniowo do powstania zgryzu otwartego.

Tym wszystkim zaburzeniom można przeciwdziałać, odpowiednio wcześnie właśnie w wieku sześciu, siedmiu lat dokonując gruntownego badania dzieci. Okres ten jest wyśmienitym momentem na kontrolę i podjęcie ewentualnego leczenia. Można po pierwsze już w pełni ocenić rodzaj wady i stopień jej zaawansowania. Mamy na ogół już zetknięte szóstki i zaczynające się wyrzynać siekacze. Widać już wszystkie dysproporcje poprzeczne, górno - dolne i przednio - tylne. Na tym etapie można skutecznie podjąć leczenie czynnościowo ortopedyczne. W to leczenie na ogół zaangażowani są: laryngolog, ortopeda, logopeda. Zawsze powinno się zarówno diagnozować, jak i leczyć najpierw prawdziwe przyczyny zaburzeń czynnościowe potem kostne, a na końcu zębowe. Pierwszy na ogół podejmuje leczenie laryngolog. Musi on udrożnić drogi oddechowe zanim dentysta podejmie dalsze kroki. Po usunięciu przyczyny, podejmujemy leczenie ortopedyczne rozszerzamy i przesuwamy wobec siebie kości i wstępnie modyfikujemy położenie zębów. Im wcześniej zaczniemy to leczenie, tym większą szansę uzyskamy na to, że -niewyrzynięte jeszcze zęby pojawią się na swoim miejscu. Aparaty czynnościowe, takie jak płyty Szwarca, Bowbeera, Twin Block i ich modyfikacje pozwalają nam na przebudowę stawu skroniowo - żuchwowego, wysunięcie żuchwy do dołu i do przodu, dystalizację zębów tylnych przesuniętych mezjalnie (na ogół z powodu przedwczesnej utraty mlecznych zębów ratujemy je więc jak się da!), wysunięcie szczęki do przodu (w przypadku niedorozwoju doprzedniego) i najważniejsze rozszerzenie (bardzo łatwe w tym wieku!) górnego i dolnego łuku



zębowego. Tylko wtedy te wszystkie czynności mogą zaowocować prawidłową postawą, prawidłowym rozwojem psychofizycznym dziecka (wreszcie może ono swobodnie oddychać) i w konsekwencji pięknym szerokim uśmiechem. Który z Czytelników chciałby abstrahując od wiedzy fachowej na ten temat - zamiast szerokiego uśmiechu mieć wąski i dać sobie pousuwać zęby, zafundować sobie płaski lub wklęsły profil, wąskie wargi, bóle głowy i inne objawy zwyrodnieniowej choroby stawu skroniowo żuchwowego?

Matki i ich dzieci znakomicie reagują na dwuetapowy tryb leczenia. Faza pierwsza czynnościowo - ortopedyczna następuje w okresie, gdy zaburzenia emocjonalne związane z okresem dojrzewania są jeszcze odległą przyszłością. Dzieci same wybierają kolor aparatu, chętnie noszą je non-stop (poza ćwiczeniami fizycznymi, wizytą na basenie i czyszczeniem zębów i aparatu). Przekształcanie kości odbywa się zgodnie z ideałem ortopedii, wywiera się stałą niewielką siłą. Dzięki temu efekty osiąga się szybko i bez bólu i są one wtedy trwałe.

W wieku nastoletnim dokonuje się faza druga ortodontyczna, podczas której zostaje już niewiele do zrobienia. Dzięki temu aparaty stałe nosi się zdecydowanie krócej i zmniejsza się do minimum konieczność ekstrakcji zębów.

Pierwsze trzonowce stałe są kluczowymi elementami wpływającymi na naszą postawę. Największa ilość proprioceptorów w głowie znajduje się w okolicy szóstek i SSŻ. Dlatego zarówno dbałość o utrzymanie szóstek, nie podejmowanie pochopnych decyzji o przedwczesnej ich ekstrakcji („bo siódemki się przesuną”) jak i dbałość o likwidację warunków kostnych i zębowych sprzyjających

zaburzeniom SSŻ leży w żywotnym interesie naszych pacjentów.

Ilustracje dołączone do niniejszego artykułu pokazują, czego można by uniknąć diagnozując sześciolatek w sposób nie wymagający wysublimowanej aparatury spoglądając na ciemne kręgi pod oczami, podniebienie i migdałki podniebienne, pytając o oddychanie przez usta, obserwując sposób polykania, wkładając małe palce do uszu by sprawdzić staw skroniowo - żuchwowy, obserwując czy stojący pacjent nie pochyla głowy do przodu, pytając o bóle głowy, zawroty głowy, ból karku, pleców (zwłaszcza u dzieci są to sprawy odwracalne, często po dwóch miesiącach noszenia odpowiedniego aparatu czynnościowego ortopeda stwierdza że nie dające się wcześniej wyleczyć skrzywienie kręgosłupa leczy się w ekspresowym tempie, jest to efekt właściwej pozycji proprioceptorów w obrębie stawu i szóstek, a także likwidacji adaptacyjnych przykurczów mięśni głowy i szyi spowodowanych wadą ortopedyczno ortodontyczną w obrębie głowy). Wszystkie te łatwe do wychwycenia objawy mogą stać się szansą dla dziecka na szybką i skuteczną terapię a w konsekwencji na prawidłowy rozwój. Traktując zaś pacjenta zgodnie z zasadą „lecz tak jak sam chciałbyś być leczony” będziemy w stanie dać naszym pacjentom bezcenny prezent szansę na życie w zdrowiu, a sami będziemy traktowani jak troskliwi, opiekuńczy lekarze mający na względzie przede wszystkim dobro naszych pacjentów. A stąd już prosta droga do wszelako rozumianego sukcesu zawodowego...



Ryc. 9. A oto efekt wieloletniego wypychania języka do przodu - gryz otwarty całkowity, zwięzony górny łuk, nadmiernie rozszerzony dolny łuk



Ryc. 10. Całkowita niedrożność górnych dróg oddechowych u kilkunastoletniej pacjentki spowodowała kostny gryz otwarty, deformację czaszki i skrzywienie kręgosłupa, a można było temu zapobiec...



Ryc. 11. Matka tej nastolatki podaje że w wieku 6 - 7 lat córka wyglądała „normalnie”



Ryc. 12. Pacjentka trafiła do mego gabinetu pół roku po spóźnionym, lecz wciąż niezbędnym usunięciu trzech migdałków, ponieważ nie zgadzała się na sugerowane usunięcie czterech czwórek