



## Dlaczego powstała ta publikacja?

---

Leczenie ortodontyczne jest na ogół utożsamiane z prostowaniem zębów. W rzeczywistości jednak ortodonta to lekarz stomatolog, który wyspecjalizował się w **badaniu** przebiegu wzrostu i rozwoju narządu żucia, **poznawaniu** warunków, które sprzyjają prawidłowemu wzrostowi i rozwojowi, jak i czynników, które je zaburzają, **zapobieganiu** nieprawidłowościom narządu żucia, a w końcu – **leczeniu** zaburzeń i nieprawidłowości dotyczących zębów, szczęk i twarzy.

Oznacza to, że **leczenie** wad zgryzu jest tylko częścią kompetencji ortodonta. O ile termin „profilaktyka przeciwpróchnicowa” jest obecny w powszechnej świadomości i każdy wie, że systematyczne szczotkowanie zębów, stosowanie pasty z dodatkiem fluoru czy ograniczanie ilości spożywanych słodczy są jej oczywistymi składowymi, to wiedza na temat zapobiegania wadom zgryzu już tak powszechna nie jest. Częste jest też przekonanie, że wady te są genetycznie uwarunkowane, co w dużym stopniu zdejmuje odpowiedzialność za ich powstawanie zarówno z lekarzy, jak i ze społeczeństwa. Edukacja studentów stomatologii z zakresu ortodontyki zaczyna się od wyjaśnienia tego, jak przebiega wzrost i rozwój osobniczy od zarodka do dorosłości, ze szczególnym uwzględnieniem twarzoczaszki. Przedstawiany jest rozwój prawidłowy oraz czynniki, które go zaburzają. Mniej lub bardziej szczegółowo omówione są też sposoby zapobiegania powstawaniu wad zgryzu. Jednak znakomita większość materiału dotyczy diagnozowania i metod leczenia. Ostatnie trzy dekady to intensywny rozwój technik umożliwiających leczenie każdej właściwie wady w obrębie twarzoczaszki – od najprostszych drobnych nieprawidłowości zębowych do dużych wad szkieletowych. Do dyspozycji ortodontów są aparaty wyjmowane (zdejmowane, ruchome), stałe, klejone w sposób tradycyjny, na powierzchniach wargowych i policzkowych zębów, oraz te, które przykleja się na powierzchniach językowych, a także aparaty stałe projektowane indywidualnie. Stosowane techniki niskiego tarcia, zamki o różnych konstrukcjach mają w założeniu uczynić leczenie bar-

dziej przewidywalnym, wygodniejszym dla pacjentów i szybszym. Coraz większą popularność zyskują systemy alignerowe, w których zamiast przyklejonych zamków stosuje się niewidoczne, przezroczyste nakładki na zęby. Leczenia ortodontyczne wspomaga się zabiegami chirurgicznymi: od mniejszych jak kortykotomia, osteotomia, zakotwienie szkieletowe czy dystraktory, do operacji ortognatycznych i zabiegów z zakresu chirurgii estetycznej. Rosnące zapotrzebowanie na leczenie zaspokajają firmy zajmujące się produkcją i sprzedażą materiałów, narzędzi i sprzętu. To z całą pewnością dobrze dla naszych pacjentów, że mogą się leczyć i spełniać swoje marzenia o pięknym uśmiechu. Jednakże nam, lekarzom, nie wolno zapominać o tym, że naszą powinnością jest nie tylko dystrybucja i spożytkowanie wciąż bardziej zaawansowanych technik i materiałów. W zakresie naszych obowiązków leżą także wszelkie działania mające na celu zapobieganie powstawaniu wad zgryzu. Tymczasem profilaktyka traktowana jest marginalnie i nie przywiązuje się do niej należytej uwagi. Bardzo często rodzice przychodzący z dzieckiem do ortodonty słyszą, że przyszedli zbyt wcześnie, a leczenie ortodontyczne najlepiej zacząć, kiedy wyrosną już wszystkie stałe zęby. Właściwe leczenie ortodontyczne powstałej już wady tak. Ale przecież dobrze wiemy, że lepiej zapobiegać niż leczyć.

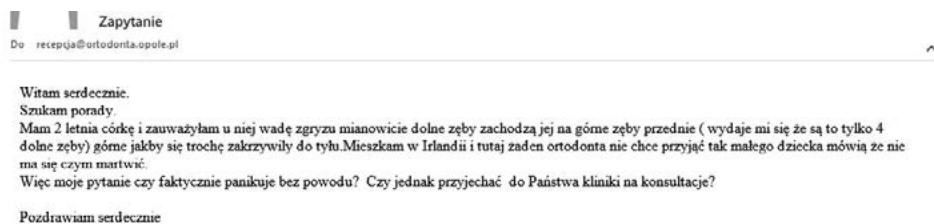
W „American Journal of Orthodontics & Dentofacial Orthopedics” poświęcono temu tematowi artykuł wstępny. Autor rozważał w nim, jakie postępowanie jest najwłaściwsze: leczenie jedno- czy dwufazowe? Leczenie pierwszej fazy (zapobiegawcze, przerywające interceptywne) to według autora takie, które prowadzi się u dzieci we wczesnej fazie wymiany zębów mlecznych na stałe. Stosuje się strategie i aparaty, takie jak: zabezpieczenie przestrzeni po utraconych zębach mlecznych, zwalczanie nawyków, poszerzanie, frenektomię, leczenie zgryzu krzyżowego, zamykanie diastemy, aparaty przeciwdziałające tłoczeniu języka, proce bródkową, wyciąg karkowy, lip-bumper, ekstrakcje seryjne i płytki przed-sionkowe, które korygują pojawiające się zaburzenia. Ze względu na to, że pacjenci ci wymagają jednak często drugiego leczenia, po wyrośnięciu wszystkich zębów, ortodontów rozpoczynających leczenie wcześniej traktuje się z pewną podejrzliwością pod względem etycznym, uważając, że robią to dla pieniędzy. Wielu ortodontów wyraża pogląd, że wczesne leczenie nie jest uzasadnione. Całość trwa dłużej, a to oczywiście wiąże się też z większymi kosztami, niezależnie od tego, czy są one ponoszone przez ubezpieczycieli, czy przez pacjentów z własnej kieszeni. Problem nie został jednoznacznie rozstrzygnięty [1]. Z innego, przeglądowego artykułu na ten temat dowiadujemy się, że Amerykańskie Towarzystwo Ortodon-

tyczne rekomenduje wizytę konsultacyjną u ortodonta, gdy dziecko ma 7 lat, a **celem wczesnej interwencji ortodontycznej jest korygowanie istniejących lub rozwijających się szkieletowych, zębowyrostkowych lub mięśniowych zaburzeń**, aby poprawić środowisko „orofacjalne” zanim dojdzie do zakończenia wymiany zębów mlecznych na stałe. W podsumowaniu czytamy, że wczesne leczenie może dać bardzo satysfakcjonujące efekty, ponieważ pomaga nam trwający wzrost i wysoka wrażliwość tkanek twardych na aplikowane siły, a tkanki miękkie łatwo adaptują się do zmian, zwiększając w ten sposób stabilność wyników. To wszystko prawda. Ale artykuł ten kończy konkluzja, że „lepiej za mało i za późno niż zbyt dużo i zbyt wcześnie” [2].

Biorąc pod uwagę, że każde działanie medyczne musi mieć określone wskazania, ani jedno, ani drugie nie powinno mieć miejsca. Czyli powinna obowiązywać zasada *quantum satis* – tyle, ile potrzeba. Poza tym korygowanie **istniejących** szkieletowych zaburzeń jawi się jako interwencja już nieco spóźniona.

Doświadczenie pokazuje, że nie można mówić o profilaktyce u 7-latków. Często już u wiele młodszych dzieci widoczna jest rozwijająca się wada i im wcześniej interweniujemy, tym lepszy będzie rezultat. Stawianie takiej dolnej granicy nie wydaje się prawidłowe.

Jak więc należy odpowiedzieć na pytanie przesłane na naszej stronie internetowej przez zaniepokojoną mamę?



**Ryc. 1.** Zapytanie przesłane drogą mailową przez mamę 2-latki

Zatem czekać do 7 roku życia? A może do wymiany zębów mlecznych na stałe? Czy też podjąć działania mające na celu zmianę niekorzystnego kierunku wzrostu na prawidłowy?

Jako placówka od wielu lat posiadająca ministerialną akredytację na kształcenie specjalistów w dziedzinie ortodoncji oraz prowadzenie staży kierunkowych z innych dziedzin stomatologii z równym zaangażowaniem zajmujemy się każdym pacjentem, który do nas trafia. Niezależnie od jego wieku i problemu, z którym przychodzi. Od dawna prowadzimy dokumentację pacjentów w formie elektronicznej. O ile w przypadku

pacjentów dorosłych zgłaszających się do leczenia ortodontycznego obowiązkowa dokumentacja w postaci zdjęć rtg. (zdjęcie pantomograficzne i cefalometryczne), modeli diagnostycznych oraz fotografii wykonanych przed i po zakończeniu leczenia daje duże możliwości śledzenia i badania jego wyników, to takiej dokumentacji na ogół nie tworzy się w przypadku dzieci, a szczególnie małych dzieci. W zasadzie pozostaje tylko fotografia i skrupulatny opis. Badanie małego dziecka, śledzenie postępów przy mniejszej częstotliwości i regularności wizyt oraz wykonanie wartościowej dokumentacji fotograficznej jest trudniejsze. Konieczna jest umiejętność, którą można przyrównać do możliwości tomografu komputerowego. To coś w rodzaju skanowania wielowymiarowego. Trzeba zobaczyć i usłyszeć to, co pacjent/opiekunowie mówią, oraz to, czego nie mówią i czego nie widać. A później to złożyć w całość – diagnozę. Przy czym ważniejsze od wiedzy, że coś się dzieje, jest wiedza, **dlaczego** tak się dzieje. I to właśnie pytanie przywiodło nas do źródeł wad zgryzu. Okazało się, że odpowiedź znajduje się w naszej cyfrowej bazie. Duża liczba przyjmowanych pacjentów, w tym dzieci, których dokumentację przebiegu leczenia – a czasem nawet skutków jego braku zgromadziliśmy – jest w pewnej mierze wyjątkiem, ze względu na to, że ta tematyka jest nam szczególnie bliska.

Praca z małymi dziećmi jest trudna (dlatego np. brakuje specjalistów pedodontów), na efekty często czeka się dłużej i są one zależne od zaangażowania dużo większej liczby osób; dziecka, opiekunów i często specjalistów innych dziedzin. To z kolei powoduje rozmycie kompetencji i trudności komunikacyjne. W jakimś sensie dobrze ilustruje to popularna bajka indyjska *Sześciu ślepców i słoń*, opowiadająca historię sześciu niewidomych mężczyzn, którzy chcieli dowiedzieć się, jak wygląda słoń. Każdy z nich dotykał zwierza w innym miejscu i tworzył jego własny obraz, bazując na swoim ograniczonym doświadczeniu i perspektywie.

Pomimo to w ostatnich latach daje się zauważyć rosnącą potrzebę podejmowania skoordynowanych wysiłków specjalistów z różnych dziedzin. Rośnie też świadomość rodziców. Często zaczynają wizytę od słów: nie chcę, aby moje dziecko miało takie kłopoty jak ja.

Skoro taka tematyka – powstawanie wad zgryzu, profilaktyka i wczesna interwencja – idzie nieco w poprzek głównego nurtu w ortodoncji, jakim jest rozwój wciąż bardziej zaawansowanych technik leczenia naprawczego, a w dodatku jest trudna i niepopularna, wręcz przez niektórych nieuznawana (na marginesie dodajmy też, że niedochodowa), dlaczego poświęcamy jej tyle czasu i uwagi?

Dlatego, że nie tylko werbalnie, ale i w codziennej praktyce stosujemy się do zasady, że najważniejsza jest profilaktyka, a choroby nie można

wyleczyć skutecznie i trwale, nie usuwając jej przyczyn i skupiając się tylko na skutkach.

W ortodoncji od początków jej powstania widoczne były różnice w podejściu do leczenia oraz w wyborze metod. Za twórcę nowoczesnej ortodoncji uważa się Edwarda H. Angle'a (1855–1930), który w 1890 roku opublikował *A System of Appliances for Correcting Irregularities of the Teeth* i założył na przełomie wieków pierwszą szkołę kształcąca ortodontów. Angle miał ogromny wpływ na filozofię leczenia ortodontycznego w Ameryce. Główny nacisk kładł na prawidłową okluzję (zwarcie, zgryz – wzajemny statyczny i dynamiczny kontakt powierzchni zębów przeciwstawnych łuków zębowych – za: Majewski [3]), przy czym kluczem do niej, według Angle'a, była wzajemna relacja pierwszych stałych zębów trzonowych. Tymczasem w Europie liderzy tej dziedziny stomatologii od początku patrzyli szerzej, zajmując się całym kompleksem twarzoczaszki w kontekście powstawania i leczenia zaburzeń zgryzu. Byli pionierami leczenia czynnościowego, pozwalającego na uzyskanie poprawy we wzajemnym ustawieniu kości szczęk, nie tylko samych zębów, a więc ortopedii szczękowo-twarzowej. Dlatego też częściej spotyka się tu takie określenia, jak *dental orthopedics*, *orthopédie dentofaciale* lub *Kieferorthopädie* [4]. Podręczniki do ortodoncji w Polsce z ubiegłego wieku to: *Podstawy ortodoncji* Antoniny Orlik-Grzybowskiej (PZWL, 1964), *Zarys ortopedii szczękowej (ortodoncji)* pod red. Adama Masztalerza (PZWL, 1977), *Ortopedia szczękowa* Florentyny Łabiszewskiej-Jaruzelskiej (PZWL, 1983).

Już w 1863 roku Georg von Langsdorff zajmował się wpływem tkanek miękkich na ustawienie zębów, podobnie jak Kleinmann w publikacji *Wpływ języka na ustawienie zębów* czy Julius Parreidt wskazujący ucisk policzków oraz obecność migdałka gardłowego jako czynniki etiologiczne wad zgryzu. Anglik Henry C. Quinby w 1883 roku zalecał przeciwdziałanie złym nawykom, takim jak ssanie kciuka, warg i języka, wskazując na możliwość samoregulacji po ich zaprzestaniu [5]. Zdawał też sobie z tego sprawę nawet przywołany już wcześniej Angle, który w 1920 roku powiedział: **„Nawyki ze strony języka i warg są szkodliwe oraz mają duży wpływ na powstawanie nieprawidłowości. Dopóki nawyki te nie zostaną wyeliminowane, nie ma większych szans na sukces w leczeniu”**. Ortodoncja na przestrzeni ostatnich 100 lat podlegała różnym modom, zmieniały się sposoby leczenia, trendy i doskonaliły techniki. Jednakże ta zasada pozostaje niezmienna.

Publikacja ta powstała na bazie własnych doświadczeń w oparciu o treści zaczerpnięte z aktualnej literatury fachowej. Jest próbą powiązania w sposób logiczny przyczyn i skutków powstawania zaburzeń w trakcie

rozwoju pourodzeniowego struktur twarzoczaszki, gdyż ich etiopatogeneza jest najczęściej złożona. Celem jest zaś pokazanie na konkretnych przykładach, w jaki sposób możemy razem i w porozumieniu w znacznym stopniu zmniejszyć częstotliwość występowania lub nasilenie wad szczękowo-twarzowych, uzyskując szybciej i z większą szansą na stabilność sukces w leczeniu naszych pacjentów. Adresujemy ją w pierwszej kolejności do ortodontów i logopedów, ale także do neonatologów, pediatrów, stomatologów, pedodontów, laryngologów i fizjoterapeutów.