

RAPORT PRZYPADKU 3 – CD.

sta problemów pacjentki w tamtym okresie była następująca:

- Łagodna asymetria twarzy;
- Ciężka klasa III relacja międzyszczękowa (ocena Witsa: $-14,5$ mm);
- Odchylenie linii pośrodkowej uzębienia żuchwy (2 mm do prawej);
- Całkowity zgryz krzyżowy;
- Kompensacja zębowa górnych i dolnych siekaczy;
- Uzębienie klasy III;
- Hipodoncja (UL2, UL5, UL7).

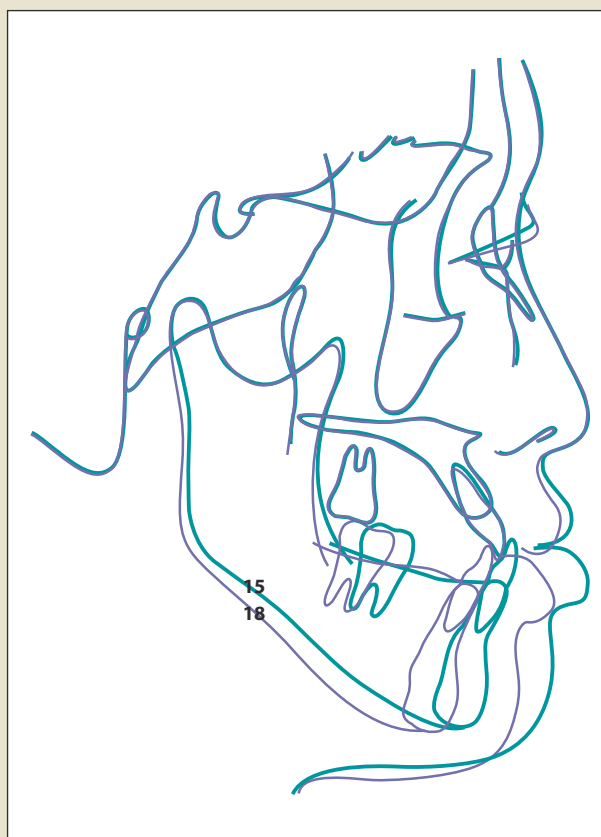


RYC. 11.34. Przypadek 3. Nałożenia radiogramów głowy przedstawiają zmiany twarzowo-zębowe podczas okresu obserwacji rozwoju. Gruba linia ciągła – wiek pacjentki: 6 lat i 5 miesięcy (badanie wstępne); linia przerywana – wiek pacjentki: 11 lat i 7 miesięcy (podczas trwania okresu obserwacji wzrostu); cienka linia ciągła – wiek pacjentki: 15 lat i 4 miesiące (tuż przed zastosowaniem ortodoncji chirurgicznej).

Na podstawie listy problemów, a w szczególności ze względu na dysharmonię kości pacjentki, dziewczynka została ostatecznie zdiagnozowana jako kwalifikująca się do ortodoncji chirurgicznej.

■ Ortodoncja chirurgiczna

Rycina 11.36 przedstawia postępowanie leczenia ortodoncji chirurgicznej. Na początku rozpoczęto stopniowanie i osiowanie przy użyciu systemu wielozamkowego (ryc. 11.36A). Następnie jako przedoperacyjne leczenie ortodontyczne zastosowano: odzyskiwanie przestrzeni dla górnych lewych siekaczy bocznych – której brak był wrodzony – dekompensację lewych siekaczy, a także koordynację górnych i dolnych łuków (ryc. 11.36B). Rycina 11.36C przedstawia zgryz tuż po



RYC. 11.35. Przypadek 3. Nałożenia radiogramów głowy przedstawiają zmiany twarzowo-zębowe podczas chirurgicznego leczenia ortodontycznego. Gruba linia ciągła – wiek pacjentki: 15 lat i 4 miesiące (tuż przed rozpoczęciem ortodoncji przedoperacyjnej); cienka linia ciągła – wiek pacjentki: 18 lat i 5 miesięcy (przy usuwaniu zamków).

RAPORT PRZYPADKU 3 – CD.

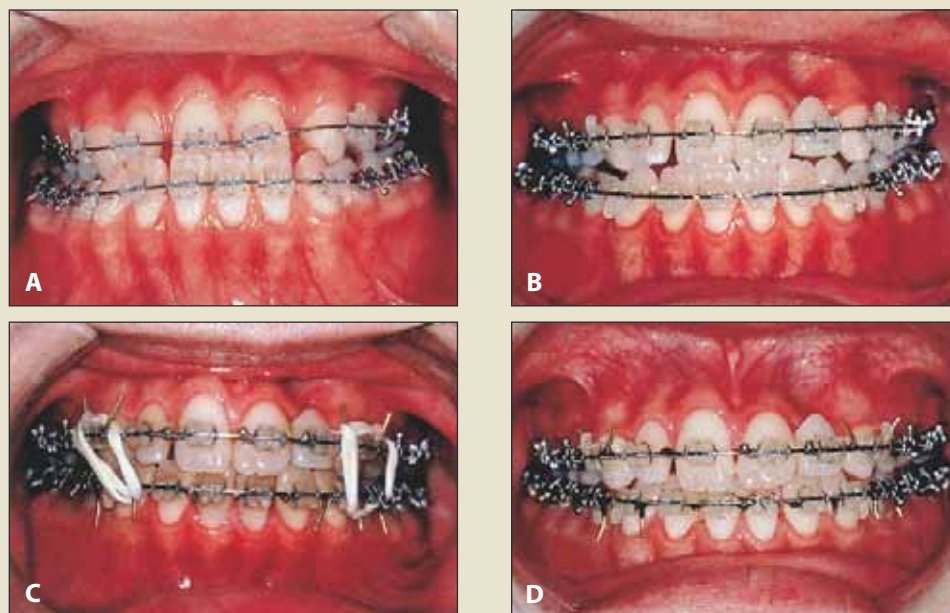
zabiegu ortognatycznym. Obustronnie zastosowano strzałkową osteotomię żuchwy (*segittal splitting ramus osteotomy* – SSRO), a proksymalne i dystalne odcinki zostały równie sztywno utwierdzone tytanowymi płytkami kostnymi oraz śrubkami. Po zabiegu ortognatycznym przeprowadzono rehabilitację oraz ortodencję pooperacyjną (ryc. 11.36D). Zamki zostały rozwiązane 5 miesięcy po zabiegu. W celu retencji zaczepek owijający został umieszczony na uzębieniu górnym, a zaczepek przyłożony do języka umieszczono na uzębieniu dolnym. Całkowity czas trwania aktywnego leczenia wyniósł rok i 9 miesięcy.

Rycina 11.37 przedstawia zdjęcia twarzy i jamy ustnej pacjentki w wieku 19 lat, 1 rok po usunięciu zamków. Rycina 11.35 przedstawia zmiany twarzowo-zębowe z nałożeniami radiogramów głowy przed zastosowaniem ortodencji przedoperacyjnej (15 lat i 4 miesiące) oraz przed usunięciem zamków (18 lat i 5 miesięcy). Można zauważyć, że problemy ortodontyczne pacjentki zostały poprawione dzięki zastosowaniu ortodencji chirurgicznej. Oprócz tego, świadomość pacjentki na temat zdrowia jamy ustnej została znacznie podniesiona podczas długotrwałego procesu leczenia, a dobre warunki zdrowotne jamy ustnej zostały utrzymane.

■ Podsumowanie

Ogólnie, profil prognatyczny oraz przedni zgryz krzyżowy u pacjentów z poważną dysharmonią kości nie są korygowane przed zakończeniem okresu dojrzewania. Niektórzy lekarze ortodenci krytykują kliniczne praktyczne wskazówki, popierając swoje opinie tym, że nie pozwalają one na odniesienie się do wszystkich problemów ortodontycznych podczas okresu rozwoju, a także wskazując na to, że w rezultacie mogą pojawić się zaburzenia psychospołeczne. Mimo to, jak wynika z naszej ankiety klinicznej, podczas wywiadu po chirurgicznym leczeniu ortodontycznym większość pacjentów powiedziała, że nie martwił ich profil i zgryz w czasie okresu obserwacji, ponieważ wierzyli, że w przyszłości ortodencja chirurgiczna rozwiąże ich problemy ortodontyczne. Jak wspomniano powyżej, długotrwałe rezultaty siły ortopedycznej są nieco ograniczone i ortodencja chirurgiczna musi być pierwszą opcją leczenia w przypadku pacjentów z poważną wadą zgryzu klasy III.

Lekarzy ortodontów powinno ostrzegać się przed ciągłym nieprzewidywalnym leczeniem przy użyciu systemu wielozamkowego z powodu ryzyka próchnicy zębów oraz jatrogennych efektów ubocznych. Lewostronna ścieżka przestawiona na rycinie 11.3 w przypadku pacjentów z poważną wadą klasy III wydaje się względnie bierną strategią, jednak jest najbardziej



RYC. 11.36. Przepadek 3. Postęp chirurgicznego leczenia ortodontycznego. **A** Stopniowanie i osiowanie górnego i dolnego łuku. **B** Tuż przed operacją szczęki. **C** Tuż po strzałkowej osteotomii żuchwy (SSRO). **D** Tuż przed usunięciem zamków.