



UNIwersYTET MEDYCZNY
IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCŁAWIU

Lek. dent. Jan Plaskacz

Prywatny Gabinet Ortodontyczny w Rzeszowie, kierownik.

Retencja: czynniki odpowiedzialne za stabilność efektu leczenia ortodontycznego

Rozprawa na stopień doktora nauk medycznych w zakresie stomatologii.

Promotor: dr hab. Joanna Antoszevska-Smith prof. nadzw.

CURRICULUM VITAE

Jan Plaskacz

Data ur. 24.10.1963

Miejsce pracy i stanowisko.

Prywatny Gabinet Ortodontyczny w Rzeszowie, kierownik

Wykształcenie.

1982 - 1988 Akademia Medyczna we Wrocławiu - kierunek stomatologia

1978 - 1982 IV Liceum Ogólnokształcące im. M. Kopernika w Rzeszowie

Przebieg pracy zawodowej.

1988 - 1989 ZOZ nr 1 w Rzeszowie

1989 - 1994 Oddział Chirurgii Szczykowo - Twarzowej Szpitala Specjalistycznego nr 1 w Rzeszowie

1994 - 1999 Miejska Poradnia Ortodontyczna w Rzeszowie

1990 - 1991 Prywatny gabinet stomatologiczny, od 2001 ukierunkowany na leczenie ortodontyczne

Specjalizacje.

1992 I^o Chirurgia Stomatologiczna

1994 I^o Stomatologia Ogólna

2001 Ortodoncja

Dorobek naukowy.

Publikacje:

1. Metody postępowania w fazie retencyjnej leczenia ortodontycznego - przegląd piśmiennictwa i obserwacje własne. *Ortodoncja w Praktyce* 2014,2:60-69
2. Leczenie ortodontyczne stłoczeń i wad zębowych współistniejących z recesjami zębowymi. *Ortodoncja w Praktyce* 2015,4:31-41
3. Intruzja szczęki w okolicy trzonowców jako metoda leczenia chirurgiczno-ortodontycznego wad III klasy. *Ortodoncja w Praktyce* 2016,1:45-51

Wystąpienia:

1. Leczenie chirurgiczno-ortodontyczne. XIII Zjazd PTO, Wrocław 24-26.09.2009
2. Wpływ intruzji szczęki w okolicy trzonowców na zmianę kątów profilu i nosowo-wargowego w operacyjnym leczeniu wad doprzednich. XIV Zjazd PTO, Warszawa 30.09-3.10.2010
3. Czynniki skracające i wydłużające czas leczenia ortodontycznego. XIV Zjazd PTO, Warszawa 30.09-3.10.2010
4. Ortodonta + stomatolog: 1+1 > 2. Prezentacja na sesji Koła PTS w Rzeszowie, 11.10.2010
5. Intruzja szczęki w okolicy trzonowców, jako metoda korekty wad szkieletowych III klasy. XV Zjazd PTO, Zamość 15-17.09.2011
6. A message to the new generation of professional colleagues. Dental Student Association 2nd Annual Conference, Poznań 28.04.2012
7. Leczenie ortodontyczne nasilonych stłoczeń zębów współistniejących z recesjami dziąsłowymi oraz dehiscencjami kości wyrostka zębodołowego - opis przypadku. XVI Zjazd PTO, Poznań 27-30.09.2012
8. Skuteczność leczenia retencyjnego, czynniki sukcesu i porażki. XVII Zjazd PTO, Kazimierz Dolny 25-28.09.2013
9. Effectiveness of retention, factors of success and defeat. 90th Congress of European Orthodontic Society, Warszawa 18-21.06.2014
10. Skuteczność leczenia retencyjnego, czynniki sukcesu i porażki. II Konferencja Ortodoncji w Praktyce, Ołtarzew 28-29.11.2014
11. Leczenie ortodontyczne nasilonych stłoczeń zębów współistniejących z recesjami dziąsłowymi oraz dehiscencjami kości wyrostka zębodołowego - opis przypadku. I Polsko-Ukraińska Konferencja Stomatologiczna „Współczesna Stomatologia Zintegrowana”, Rzeszów 4-5.10.2013
12. Niechirurgiczne leczenie recesji dziąsłowych i dehiscencji kości wyrostka zębodołowego. Prezentacja na sesji Koła PTO w Opolu, 9-10.01.2015
13. X lat chirurgii ortognatycznej w Rzeszowie. Prezentacja na jubileuszowej sesji PTS w Rzeszowie, 14.10.2015
14. Z prądem czy pod prąd. XVIII Zjazd PTO, Szczecin 16-19.09. 2015
15. Problemy orto-perio w praktyce klinicznej. III Konferencja Ortodoncja w Praktyce, Ołtarzew 27-28.11.2015
16. Retencja: co wiemy? Co badamy? Jak zwiększamy jej efektywność? Prezentacja na sesji Koła PTO w Opolu, 13-14.01.2017
17. Prospektywna, randomizowana, podwójnie ślepa próba kliniczna (RCT), porównania skuteczności dwóch protokołów retencyjnych, wyniki wstępne. XX Zjazd PTO, Łódź 13-16.09.2017

STRESZCZENIE

Wstęp.

Nawrót wady po leczeniu ortodontycznym jest, niestety, zjawiskiem często występującym. Naturalnym jest zatem, że ważny dla lekarzy praktyków przedmiot badań stanowi stabilność efektu terapeutycznego.

Cele Pracy.

1. Odpowiedź na pytanie, czy zakres redukcji wskaźnika PAR determinuje tendencję do nawrotu wady.
2. Stwierdzenie, czy czynniki odpowiedzialne za nawrót wady bądź stabilność można rozpoznać klinicznie, na etapie diagnozy i planowania leczenia bądź na podstawie czasu trwania fazy czynnej leczenia ortodontycznego.
3. Ustalenie czy rozpoznane czynniki są statystycznie istotne, celem wypracowania metod przeciwdziałania nawrotowi wady.

Material i metody.

Badaniu poddano 165 pacjentów z uzębieniem stałym, leczonych jednoetapowo dwoma aparatami stałymi, z powodu zaburzeń zębowo-zgryzowych i szkieletowych. We wszystkich przypadkach zastosowano jednolity protokół retencyjny polegający na noszeniu dwóch płytek Hawley'a przez pierwszy miesiąc 24 godziny na dobę, a następnie – na ich zakładaniu na noc (tj. na około 8 godzin w ciągu doby). Wizyty kontrolne następowały po 1, 3, 6 i 12 miesiącach po demontażu aparatów stałych, co dawało 22 miesiące obserwacji w okresie retencji.

Wszystkim pacjentom wykonano modele gipsowe w trzech okresach: T_1 – przed rozpoczęciem leczenia, T_2 – po zakończeniu fazy czynnej oraz T_3 – po 22 miesiącach trwania fazy retencyjnej. Modele poddano pomiarom za pomocą wskaźnika PAR, adekwatnie do okresu ich wykonania. Na podstawie redukcji wartości wskaźnika PAR_1 w okresie leczenia czynnego wyłoniono dwie grupy:

1. Ze słabą poprawą warunków zgryzowych, czyli z redukcją wartości wskaźnika PAR_1 od 30 do 70% ($n = 34$)
2. Ze znaczną poprawą warunków zgryzowych, czyli z redukcją wartości wskaźnika PAR_1 powyżej 76% ($n = 69$)

Obie grupy podzielono na podgrupy zależnie od zachowania warunków zgryzowych w okresie retencji wyznaczając parametr S:

$S = 0$, gdzie $PAR_2 = PAR_3$, co oznacza stabilność okluzji,

$S > 0$, gdzie $PAR_2 > PAR_3$, co oznacza poprawę okluzji,

$S < 0$, gdzie $PAR_2 < PAR_3$, co oznacza pogorszenie okluzji.

	Grupa 1	Grupa 2
Podgrupa	$1S = 0, n = 9$	$2S = 0, n = 40$
	$1S > 0, n = 18$	$2S > 0, n = 19$
	$1S < 0, n = 7$	$2S < 0, n = 10$

W każdej podgrupie oszacowano potencjalny związek parametru S z następującymi zmiennymi:

1. Zakres redukcji wskaźnika PAR_1 ,
2. Wiek pacjenta w momencie rozpoczęcia leczenia,
3. Płeć,
4. Typ twarzy (kąt SNA),
5. Konfiguracja strzałkowa (kąt ANB),
6. Konfiguracja pionowa (kąt ML-NL),
7. Rotacje dolnych kłów,
8. Obecność lub brak stłoczeń,
9. Typ leczenia (z ekstrakcjami lub bez),
10. Czas trwania leczenia czynnego.

W analizie statystycznej wykorzystano oprogramowanie SPSS dla Windows wersja 15,0 (SPSS Inc., Chicago IL, USA), ustalając poziom istotności $p < 0,05$.

Wyniki.

W pracy wykazano istotną statystycznie ($p = 0,002$) różnicę występowania zjawiska poprawy okluzji w okresie retencji tam, gdzie zakres redukcji PAR_1 był mniejszy (grupa 1). Nie stwierdzono natomiast istotnych statystycznie zależności parametru S od wieku pacjenta ($p = 0,536$), jego płci ($p = 0,535$), typu twarzy ($p = 0,265$), klasy szkieletowej ($p = 0,431$), konfiguracji pionowej ($p = 0,539$), rotacji dolnych kłów ($p = 0,721$), obecności lub braku stłoczeń ($p = 0,577$) oraz typu leczenia ($p = 0,463$). Innymi słowy zarówno parametry diagnostyczne, jak i związane z planem leczenia okazały się nieistotnie w kontekście zachowania okluzji w retencyjnej fazie leczenia ortodontycznego. Niemniej jednak, jeśli chodzi o ostatnią zmienną, to przedłużanie czasu trwania fazy czynnej leczenia ortodontycznego okazało się znamienne istotne dla wznowy wady ($S < 0$) zarówno w przypadku małej (grupa1, $p = 0,022$), jak i dużej (grupa2, $p = 0,038$) redukcji wartości wskaźnika PAR_1 .

Wnioski.

1. Zakres redukcji PAR_1 ma wpływ na przebieg leczenia retencyjnego. Im jest on większy, tym większa skłonność do nawrotu i odwrotnie: niewielka redukcja wartości wskaźnika pozwala liczyć na poprawę w okresie retencyjnym.
2. Czynniki diagnostyczne nie pozwalają – w sposób statystycznie istotny – przewidzieć prawdopodobieństwa nawrotu wady. Niemniej jednak, z klinicznego punktu widzenia takie zmienne jak: a) młody wiek pacjenta, b) płeć żeńska, c) ortognatyczny typ twarzy, d) II klasa szkieletowa u pacjentów rosnących, e) neutralny kąt podstaw, f) brak stłoczeń zębów i g) brak ekstrakcji w planie leczenia dobrze rokują w kwestii stabilności.
3. Czas trwania leczenia czynnego odgrywa istotną rolę w kwestii ryzyka wznowy wady, które nasila się w przypadku przedłużonej terapii.