

Kompromis nie zależy tylko od umiejętności lekarza, lecz czasem nie istnieje plan leczenia, który by rozwiązywał wszystkie problemy pacjenta, szczególnie pacjenta dorosłego. Ocena estetyki uśmiechu może się różnić w zależności od wieku pacjenta. Wciąż rosnące zainteresowanie leczeniem ortodontycznym wśród pacjentów dorosłych oznacza wzrost ich oczekiwań związanych z wynikami leczenia. Podczas planowania leczenia ortodontycznego ważne jest, aby uwzględnić powody, dla których pacjent zgłasza się na konsultację, ponieważ zadowolenie z efektów jest ściśle związane z pierwotnymi oczekiwaniami.

## **VIII. Streszczenie**

Pacjenci dorośli to wciąż zwiększająca się grupa pacjentów leczonych ortodontycznie i jest przewidywane, że ich liczba wśród wszystkich leczonych pacjentów będzie wciąż rosła, co jest spowodowane zwiększoną świadomością w zakresie zdrowia oraz postrzegania estetyki. Leczenie ortodontyczne pacjentów dorosłych obarczone jest wieloma ograniczeniami związanymi z zakończeniem wzrostu. Pacjenci dorośli zgłaszający się na konsultację z zamiarem przeprowadzenia leczenia ortodontycznego, objęci są często leczeniem interdyscyplinarnym, wymagają uzupełnienia braków zębowych, poprzez zastosowanie implantów lub innych uzupełnień protetycznych oraz posiadają choroby współistniejące. Zastosowanie wskaźnika PAR umożliwia ocenę skuteczności przeprowadzonego leczenia ortodontycznego, a analiza poszczególnych składowych wskaźnika wskazuje stopień poprawy danego parametru lub ograniczeń przeprowadzonej terapii.

**Cel:** Celem głównym pracy była ocena skuteczność przeprowadzonego leczenia ortodontycznego pacjentów dorosłych w dwóch grupach wiekowych. Zidentyfikowanie potrzeb i ograniczeń terapii w grupie młodych dorosłych i pacjentów wieku średniego.

**Materiał i metody:** Materiał do badań stanowiła dokumentacja ortodontyczna, która obejmowała: wywiad z pacjentem, badanie kliniczne, modele diagnostyczne, dokumentację radiologiczną, dokumentację fotograficzną zewnątrzustną i wewnątrzustną oraz dokumentację przeprowadzonych wizyt w grupie 150 pacjentów dorosłych, którzy zgłosili się w celu przeprowadzenia leczenia ortodontycznego do kliniki Belladent we Włocławku, woj. kujawsko-pomorskie. Pacjenci zostali podzieleni na dwie grupy wiekowe - młodszy dorośli 18-34 r.ż.

(B1) oraz pacjenci wieku średniego, skończony 35 r.ż. i powyżej (B2). W celu określenia skuteczności leczenia ortodontycznego w grupie młodszych i starszych dorosłych oraz określeniu różnic między badanymi grupami wzięto pod uwagę następujące parametry: wskaźnik skuteczności przeprowadzonego leczenia PAR przed rozpoczęciem leczenia PAR T1 oraz po przeprowadzonym leczeniu PAR T2, wskaźnik IOTN/DHC przed rozpoczęciem leczenia ortodontycznego (ocena lekarza) oraz wskaźnik IOTN/AC (ocena pacjenta), wskaźnik Boltona, wskaźnik szerokości łuku zębowego, wybrane parametry analizy modeli gipsowych-klasy Angle'a, klasy kłowe, rodzaj wady zgryzu, zgodność linii pośrodkowych, występowanie szparowatości, diastemy, stłoczeń, rotacji, braków zębowych, hipodoncji i zębów zatrzymanych, zaburzeń morfologii zębów. A także oceniono i porównano wybrane parametry analizy cefalometrycznej przed leczeniem - kąt ANB, pomiar Wits, kąt ML/NL, wartość nagryzu poziomego oraz nagryzu pionowego, kąt międzysieczny, odległość siekacza centralnego dolnego od linii A-Pg, klasę szkieletową, wiek pacjenta w momencie rozpoczęcia leczenia ortodontycznego, płeć pacjenta, czas trwania leczenia, rodzaj zastosowanych aparatów ortodontycznych, motywację pacjenta do rozpoczęcia leczenia ortodontycznego, liczbę odbytych wizyt awaryjnych, zastosowanie leczenia interdyscyplinarnego lub samodzielnego - ortodontycznego.

**Wyniki:** Wiek pacjenta, a tym samym przynależność do grupy wiekowej B1 lub B2, nie miał istotnie statystycznego wpływu na skuteczność przeprowadzonego leczenia ortodontycznego (PAR). Wskaźnik PAR powyżej 70% dla obu grup wiekowych świadczy o dobrych standardach przeprowadzonego leczenia ortodontycznego. Prawie wszystkie parametry wskaźnika PAR uległy znacznej poprawie po przeprowadzeniu leczenia ortodontycznego w obu grupach wiekowych, z wyjątkiem parametru **wskaźnika PAR - zgodności „linii pośrodkowych” w grupie starszych dorosłych, B2** (parametr ten nie uległ poprawie w grupie starszej). Analiza statystyczna wykazała istotną statystycznie korelację między wskaźnikami IOTN/DHC i IOTN/AC w obu grupach wiekowych. Im stopień nasilenia wady był większy w ocenie lekarza IOTN/DHC, tym pacjent także oceniał swoją wadę zgryzu jako bardziej nasiloną IOTN/AC. Wiek pacjenta nie miał wpływu na stopień nasilenia zaburzeń estetycznych przedniego odcinka zębowego przed rozpoczęciem leczenia ortodontycznego, a także rodzaju wady zgryzu, ale miał wpływ na występowanie niektórych zaburzeń zębowych, tj. braków zębowych i szparowatości, które były częstsze w grupie starszej B2. Wiek pacjenta nie miał wpływu na całkowity czas leczenia ortodontycznego, ale miał wpływ na liczbę przeprowadzonych wizyt awaryjnych (pacjenci z grupy starszej B2 częściej zgłaszali się na wizyty dodatkowe). Wiek pacjenta miał znaczący wpływ na rodzaj motywacji do rozpoczęcia

leczenia ortodontycznego, pacjenci z grupy młodszej B1 częściej sami podejmowali taką decyzję, pacjenci starsi, grupa B2, częściej posiadali wskazania lub skierowanie od innego lekarza i częściej byli poddawani leczeniu interdyscyplinarnemu.

**Dyskusja:** Przeprowadzone badania wskazują na wzajemne różnice między badanymi grupami wiekowymi pacjentów dorosłych. Przede wszystkim, istotna jest liczebność obu grup wiekowych. Pacjenci z grupy młodszej, czyli między 18 a 34 r.ż., chętniej zgłaszają się na leczenie ortodontyczne w porównaniu do pacjentów grupy starszej, powyżej 35 r.ż. Główną motywacją do rozpoczęcia leczenia ortodontycznego pacjentów z grupy młodszej B1 była chęć poprawy estetyki przedniego odcinka łuków zębowych w wyniku decyzji własnej, natomiast pacjenci starsi z grupy B2 znacznie częściej byli kierowani na konsultację ortodontyczną przez innego lekarza, kierowali się motywacją zewnętrzną. Pacjenci grupy starszej często wymagali leczenia interdyscyplinarnego z powodu braków zębowych lub chorób współtowarzyszących jak periodontopati i zaburzeń ze strony stawów skroniowo – żuchwowych. Zaburzenia te nasilały się wraz z wiekiem pacjenta. U pacjentów z wieloma nieprawidłowościami, rozwiązanie wszystkich problemów nie zawsze może być możliwe. Kompromis nie zależy tylko od umiejętności lekarza, lecz czasem nie istnieje plan leczenia, który by rozwiązywał wszystkie problemy pacjenta. Najmniejszą wartość poprawy osiągnięto w zakresie korekty zgodności linii pośrodkowych u pacjentów z grupy starszej. Pacjenci starsi nie wyrażali zgody na ekstrakcje wyrównawcze w celu korekty linii pośrodkowych, wybierali zachowanie jak największej ilości zębów jako cechę nadrzędną. Ich dążenie do leczenia bez ekstrakcyjnego było znaczące w porównaniu do pacjentów młodszych.

### **VIII.I. Summary**

Adult patients are an increasing group of patients undergoing orthodontic treatment and it is expected that their number among all treated patients will continue to increase, which is caused by increased awareness of health and aesthetic perception. Orthodontic treatment of adult patients has many limitations related to the end of growth. Adult patients who come for a consultation with the intention of undergoing orthodontic treatment are often subject to interdisciplinary treatment, require replacement of missing teeth through the use of implants or other prosthetic restorations, and have comorbidities. The use of the PAR index enables the assessment of the effectiveness of orthodontic treatment, and the analysis of individual