

Ocena jakości życia pacjentów w wieku rozwojowym i „młodych” dorosłych leczonych protetycznie z powodu wad wrodzonych i nabytych w obrębie części twarzowej czaszki

Assessment of the quality of life of adolescents and „young” adults after prosthetic treatment of craniofacial congenital and acquired disorders

*Elżbieta Wojtyńska¹, Bohdan Bączkowski¹, Dariusz Mateńko²,
Elżbieta Mierzwińska-Nastalska¹*

¹ Katedra Protetyki Stomatologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny
Kierownik: prof. dr hab. n. med. *Elżbieta Mierzwińska-Nastalska*

² Zakład Chirurgii Stomatologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny
Kierownik: prof. dr hab. n. med. *Andrzej Wojtowicz*

HASŁA INDEKSOWE:

leczenie interdyscyplinarne, pacjenci młodociani, ocena jakości życia

KEY WORDS:

interdisciplinary treatment, juvenile patients, assessment of the quality of life

Streszczenie

Wstęp. Rehabilitacja protetyczna dzieci i młodzieży z zaburzeniami rozwojowymi w obrębie części twarzowej czaszki jest leczeniem wieloetapowym, wymagającym współpracy lekarzy różnych specjalności. Wśród głównych przyczyn zaburzeń części twarzowej czaszki pacjentów młodocianych wymienia się wrodzone wady rozwojowe: rozszczepy warg i podniebienia, hipodontję, oligodontję czy dysplazję ektodermalną. Do zaburzeń nabytych prowadzą urazy zębów oraz ich utrata spowodowana znacznym zniszczeniem tkanek twardych z powodu procesów próchnicowych. Zmiany w wyglądzie zewnętrznym są przyczyną problemów w kontaktach interpersonalnych i samoocenie. Rehabilitacja protetyczna ma na celu nie tylko poprawę funkcji i odbudowę tkanek ale również poprawę wyglądu oraz samopoczucia młodych pacjentów.

Cel pracy. Celem pracy była ocena jakości życia z zastosowaniem kwestionariusza OHIP-49 (Oral Health Impact Profile) pacjentów w wieku rozwojowym i „młodych” dorosłych leczonych

Summary

Introduction. Prosthetic rehabilitation of children and adolescents with developmental disorders of the craniofacial region is a multistage process requiring the cooperation of doctors representing different specializations. The major causes of craniofacial disorders in juvenile patients include congenital developmental defects such as cleft lip and palate, hypodontia, oligodontia or ectodermal dysplasia. Acquired defects are due to dental traumas or loss of teeth secondary to considerable damage to hard tissues resulting from carious lesions. Changes in facial appearance, as well as the stigma of ‘otherness’ in the case of many developmental defects, give rise to many problems in interpersonal contacts and self-assessment. Prosthetic rehabilitation is aimed at improving functions and restoring lost or damaged tissues, as well as at improving physical appearance and self-esteem of young patients.

Aim of the study. To assess the quality of life of children and “young” adults after prosthetic treatment of disorders of the craniofacial region

protetycznie z powodu zaburzeń wrodzonych i nabytych w obrębie części twarzowej czaszki.

Material i metody. W pracy dokonano oceny jakości życia pacjentów, posługując się kwestionariuszem OHIP-49. Badania ankietowe przeprowadzono w grupie 30 pacjentów (10 osób płci żeńskiej i 20 płci męskiej) w wieku od 2,5 do 30 lat, dwukrotnie – przed i po przeprowadzonej rehabilitacji protetycznej. Badania polegały na subiektywnej ocenie poszczególnych parametrów jakości życia w kategoriach opisujących: ograniczenia w funkcjonowaniu, dolegliwości bólowe, problemy natury psychologicznej, ograniczenia czy zaburzenia fizjologiczne, psychiczne i społeczne oraz trudności wynikające z deformacji w obrębie jamy ustnej i twarzy.

Wyniki. Przeprowadzone badania oceny jakości życia i analiza uzyskanych wyników wykazały poprawę jakości życia leczonych pacjentów, w odniesieniu do wszystkich badanych parametrów.

Wnioski. 1. Rehabilitacja protetyczna pacjentów młodocianych z wrodzonymi i nabytymi zaburzeniami w obrębie części twarzowej czaszki ma wpływ na poprawę jakości ich codziennego życia. 2. Zapobieganie skutkom zaburzeń w obrębie układu stomatognatycznego jednoznacznie wskazuje na celowość podejmowania rehabilitacji protetycznej na różnych etapach rozwoju oraz na jej ogromne znaczenie w wymiarze socjalnym i społecznym.

by means of the OHIP-49 (Oral Health Impact Profile) questionnaire.

Material and methods. The study evaluated the quality of life of patients using the OHIP-49 questionnaire. In the group of 30 patients (10 female and 20 male) between the ages of 2.5 and 30 years, the survey was performed twice – before and after prosthetic rehabilitation. It assessed individual quality of life parameters in the following categories: limitations in functions, pain sensations, psychological problems, physiological, mental and social limitations or disorders and difficulties resulting from orofacial deformations.

Results. The assessment of the quality of life of the treated patients and the analysis of the obtained results revealed the improvement in all the examined parameters.

Conclusions. 1. Prosthetic rehabilitation of children and adolescents presenting with disorders of the craniofacial region has an impact on improving the quality of their daily lives. 2. Prevention of consequences of the stomatognathic system disorders in this group of patients clearly indicates the purposefulness of undertaking prosthetic rehabilitation at different stages of development and its great significance in the social dimension.

Wstęp

Rehabilitacja protetyczna dzieci i pacjentów młodocianych z zaburzeniami w obrębie części twarzowej czaszki ze względu na różny obraz kliniczny, etiopatogenezę oraz fazę rozwoju układu stomatognatycznego jest leczeniem wieloetapowym, często wymagającym współpracy lekarzy różnych specjalności. Zaburzenia rozwojowe układu stomatognatycznego są następstwem negatywnego wpływu różnych czynników oddziałujących na komórki i tkanki nie tylko jamy ustnej ale również części

twarzowej czaszki w okresie ich różnicowania, wzrostu i dojrzewania. Uwzględniając złożoną budowę anatomiczną oraz wzajemne morfologiczno-czynnościowe zależności wymienionych struktur, analizując zaburzenia rozwojowe rozpatruje się czynniki patogenne działające od chwili zapłodnienia do osiągnięcia dojrzałości biologicznej czyli zakończenia wzrostu kostnego tego układu. Ze względu na czas działania czynnika uszkadzającego rozróżnia się wady wrodzone, kiedy patogen oddziałuje podczas okresu organogenezy lub w trakcie życia płodowego i wady nabyte.

Do najczęściej występujących nieprawidłowości u pacjentów w wieku rozwojowym zalicza się: zaburzenia mineralizacji szkliwa i zębiny, zaburzenia kształtu bądź budowy zębów, obecność przetrwałych zębów mlecznych, opóźnione wyrzynanie zębów, brak zawiązków zębów, niedorozwój wyrostków zębodołowych, nieprawidłowości i wady ortodontyczne, rozszczepy warg i podniebienia, oraz deformacje tkanek i narządów pochodzących z zewnętrznego listka zarodkowego – ektodermy (skóry, włosów, paznokci).¹⁻³

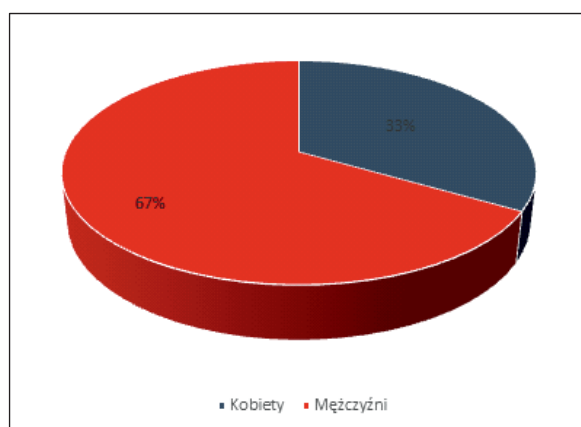
U znacznej części pacjentów w wieku rozwojowym, z zaburzeniami układu stomatognatycznego, wynikającymi z wad wrodzonych (rozszczip warg i podniebienia, dysplazja ektodermalna) czy zaburzeń nabytych, będących następstwem choroby nowotworowej umiejscowionej w obrębie głowy i szyi, jak również urazów części twarzowej czaszki, obserwuje się szereg nieprawidłowości zarówno wewnątrz- jak i zewnątrzustnych. Deformacje w ogromnym stopniu zaburzają nie tylko funkcję narządu żucia ale również wygląd pacjenta, wpływając na jego samopoczucie i pozycję w grupie rówieśników, a w ciężkich przypadkach mogą prowadzić do kalectwa, nadając dziecku piętno odmienca. Zdaniem zarówno socjologów jak i psychologów atrakcyjny wygląd zewnętrzny, w ogromny sposób wpływa na rozwój dzieci i młodzieży poprzez ich pozytywną samoocenę, silną pozycję w grupie rówieśników oraz odczuwany dobrostan społeczny.⁴

W holistycznym podejściu do leczenia pacjentów obarczonych różnymi schorzeniami coraz większą uwagę zwraca się na ich subiektywne odczucia, dotyczące wpływu choroby na samopoczucie, zdolność funkcjonowania w grupie społecznej, dolegliwości bólowe czy poczucie wykluczenia oraz wpływ terapii na jakość życia pacjenta. Pacjenci w wieku rozwojowym, obarczeni wadami wrodzonymi lub jednostkami chorobowymi obejmującymi zniekształcony wygląd twarzy i nieprawidłowości

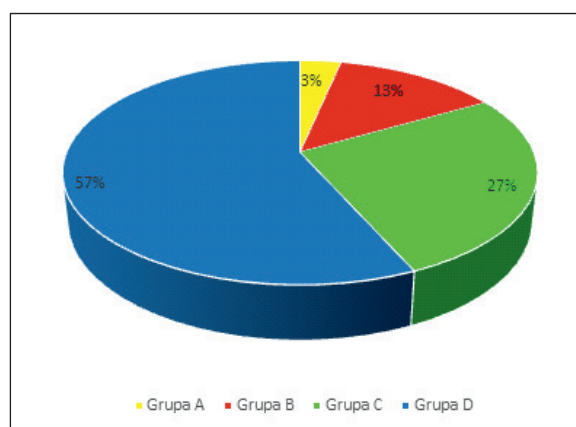
jamy ustnej muszą zmierzyć się nie tylko z zaburzeniami czynnościowymi, zmienioną wymową, ale także efektem „naznaczenia” przez chorobę, adaptacją do ograniczeń z nią związanych oraz odrzuceniem przez rówieśników.

Według definicji WHO (World Health Organisation), jakość życia – QOL (Quality of Life) to subiektywna ocena, dokonana przez jednostkę, jej sytuacji życiowej w odniesieniu do kultury, w której żyje, jej systemu wartości, celów, oczekiwań i zainteresowań.⁵ W przypadku pacjentów obarczonych schorzeniami przewlekłymi lub wadami wrodzonymi częściej używana jest definicja HRQOL (Health Related Quality of Life), gdzie oceniany jest wpływ choroby i jej leczenia na jakość życia i funkcjonowanie jednostki. Definicja HRQOL opiera się na określeniu zdrowia według WHO, zgodnie z którym zdrowie to nie tylko brak choroby ale przede wszystkim stan pełnego dobrobytu fizycznego, psychicznego i społecznego. Badanie jakości życia pacjentów jest zagadnieniem interdyscyplinarnym, wielopłaszczyznowym, łączącym aspekt społeczny, psychologiczny i fizyczny.⁵⁻⁷

W przypadku pacjentów z zaburzeniami rozwojowymi części twarzowej czaszki jakość życia jest oceniana w odniesieniu do zdrowia jamy ustnej – OHQOL (Oral Health-Related Quality of Life). Określany jest stopień wpływu stanu jamy ustnej i wyglądu okolicznych tkanek na życie jednostki. Przyjmuje się, że prawidłowy stan jamy ustnej oraz tkanek pokrewnych jest determinowany sytuacją kliniczną, kiedy rozwój układu stomatognatycznego, a także okolicznych tkanek przebiega prawidłowo i odpowiada normie dla danego etapu wieku rozwojowego. Jednocześnie stan ten umożliwia prawidłową artykulację mowy, czynność żucia i przyjmowanie pokarmów bez ograniczeń dotyczących konsystencji i rozdrobnienia. Pozwala również na swobodne funkcjonowanie w grupie rówieśników, zawieranie nowych znajomości bez



Ryc. 1. Ankieta o ocenie jakości życia z podziałem na płeć.



Ryc. 2. Ankieta o ocenie jakości życia z podziałem na grupy wiekowe.

dyskomfortu i zahamowań oraz przyczynia się do ogólnego dobrostanu fizycznego, społecznego i psychologicznego.⁸⁻¹¹

Jednym z najczęściej stosowanych kwestionariuszy oceny jakości życia jest formularz OHIP-49 (Oral Health Impact Profile) oceniający skutki społeczne i zdrowotne schorzeń jamy ustnej takie jak dysfunkcje, niepełnosprawność psychospołeczną, ułomność fizyczną, kalectwo. Kwestionariusz ten został opracowany przez Slade'a i Spencer'a w 1994 roku, na bazie Międzynarodowej Klasyfikacji Uszkodzeń, Niepełnosprawności i Upośledzeń. Pacjenci dokonują oceny jakości życia w siedmiu kategoriach opisujących: ograniczenia w funkcjonowaniu, dolegliwości bólowe, problemy natury psychologicznej, ograniczenia czy zaburzenia fizjologiczne, psychiczne i społeczne oraz trudności wynikające z zaburzeń w obrębie jamy ustnej.⁸

Cel pracy

Celem pracy była ocena jakości życia z zastosowaniem kwestionariusza OHIP-49 (Oral Health Impact Profile) pacjentów w wieku rozwojowym i „młodych” dorosłych leczonych protetycznie z powodu zaburzeń wrodzonych

i nabytych w obrębie części twarzowej czaszki.

Material i metoda

Badania ankietowe dotyczące oceny jakości życia prowadzono w grupie 73 pacjentów, z czego u 30 (10 osób płci żeńskiej i 20 płci męskiej) w wieku od 2,5 do 30 lat, uzyskano kompletne odpowiedzi zawarte w ankiecie zarówno przed, jak i po leczeniu protetycznym z powodu wrodzonych i nabytych zaburzeń części twarzowej czaszki (ryc. 1).

Ze względu na wiek badanych oraz stopień rozwoju układu stomatognatycznego pacjentów podzielono na cztery grupy. Dla pacjentów w wieku rozwojowym zastosowano klasyfikację Carrel'a i Chialastri'ego, stosowaną najczęściej przez klinicystów prowadzących leczenie interdyscyplinarne u dzieci i młodzieży. Dzieli ona pacjentów z brakami zębowymi na trzy grupy wiekowe (A, B, C). Klasyfikację zmodyfikowano dodając grupę D, do której zaliczono pacjentów z zakończonym wzrostem kostnym, którzy ze względu na zaburzenia układu stomatognatycznego wynikające z wad wrodzonych lub nabytych od najmłodszych lat pozostawali pod opieką lekarzy różnych specjalności, a zakończenie wzrostu kostnego pozwoliło na zastosowanie

uzupełnień rekomendowanych w grupie pacjentów dorosłych. Grupa A obejmowała dzieci do 6 roku życia, Grupa B to pacjenci między 6 a 12 rokiem życia, Grupa C – młodzież powyżej 12 roku życia i Grupa D – pacjenci z zakończonym wzrostem kostnym („młodzi” dorośli) (ryc. 2).

W badanej grupie znaleźli się pacjenci, u których nieprawidłowości były następstwem wrodzonych zaburzeń rozwojowych takich jak: dysplazja ektodermalna (DE), hipodoncja, oligodoncja, rozszczepy warg i/lub podniebienia a także urazu, procesu próchnicowego lub nowotworowego w obrębie części twarzowej czaszki.

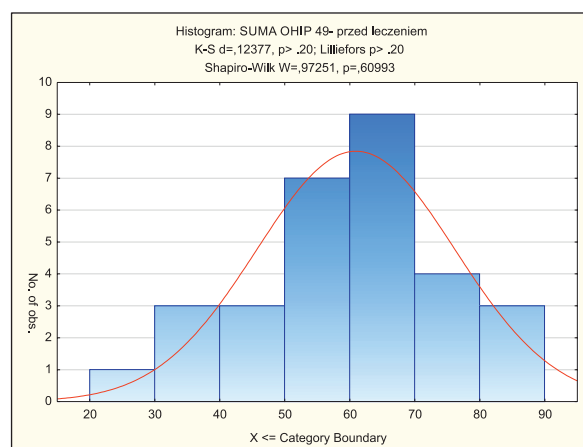
Oceny jakości życia pacjentów w wieku rozwojowym i „młodych” dorosłych leczonych protetycznie z powodu zaburzeń w obrębie części twarzowej czaszki dokonano stosując kwestionariusz OHIP-49 (Oral Health Impact Profile). Pacjenci dokonywali oceny jakości życia w siedmiu kategoriach opisujących: ograniczenia w funkcjonowaniu, dolegliwości bólowe, problemy natury psychologicznej, ograniczenia czy zaburzenia fizjologiczne, psychiczne i społeczne oraz trudności wynikające z zaburzeń w obrębie jamy ustnej. Ankieta składała się z 49 pytań, przyporządkowanych odpowiedniej liczbie: 9, 9, 5, 9, 6, 5, 6 dla poszczególnych kategorii, a badany miał za zadanie ocenić jak często pojawiają się dolegliwości czy problemy wymienione w kwestionariuszu. Odpowiedź, to wartość liczbowa, od 0 do 4 (0 = nigdy, 4 = bardzo często/codziennie). Wartość wskaźnika OHIP-49 uzyskiwano poprzez zsumowanie cyfr przyporządkowanych odpowiednio dla wszystkich 49 pytań. Sumaryczny wynik zawierał się w przedziale od 0 do 196. Im mniejsza wartość współczynnika OHIP-49, tym stan jamy ustnej w subiektywnej ocenie pacjenta był lepszy.

Badania ankietowe przeprowadzono dwukrotnie – przed i po przeprowadzonej

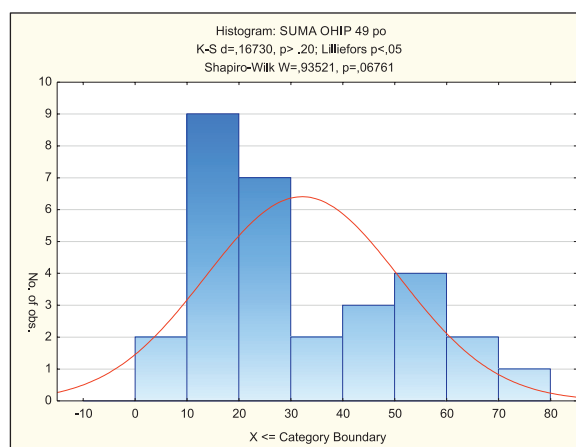
rehabilitacji protetycznej. Pierwszy etap badań ankietowych miał na celu uzyskanie informacji, w jakim zakresie deficyt w obrębie tkanek jamy ustnej wpływa na badane aspekty życia, analizowano również potrzeby lecznicze w zakresie protetyki, stomatologii estetycznej, w aspekcie psychologicznym i społecznym. W drugim etapie badano jaki wpływ na ocenę wybranych parametrów jakości życia miała rekonstrukcja łuków zębowych z uzupełnieniem brakujących tkanek, zapewnienie norm okluzji, odtworzenie prawidłowej pozycji przestrzennej żuchwy w stosunku do szczęki oraz rehabilitacja czynnościowa narządu żucia. W przypadku leczenia wieloetapowego, z zastosowaniem różnych rodzajów uzupełnień protetycznych oceniano i porównywano wartości uzyskane na poszczególnych etapach terapii. Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej.

Wyniki

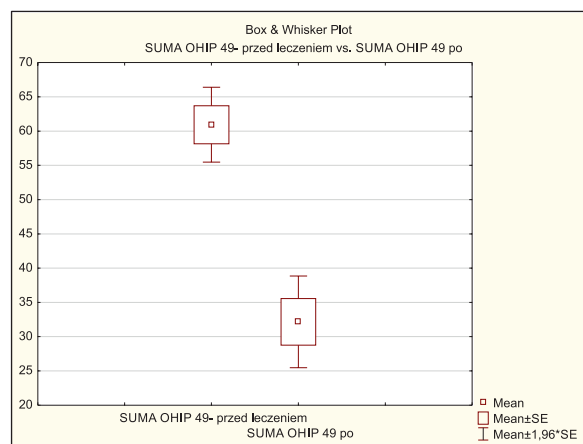
Oceniając jakość życia na podstawie kwestionariusza OHIP-49 pacjenci mogli uzyskać odpowiednio od 0 do 196 punktów. Oceny dokonywano według 5-stopniowej skali Likerta, wysoka wartość liczbowa potwierdzała zły stan zdrowia jamy ustnej i niską subiektywną jakość życia. W końcowej analizie porównawczej uwzględniono grupę 30 pacjentów, u których uzyskano kompletne odpowiedzi na pytania zawarte w ankiecie zarówno przed, jak i po leczeniu interdyscyplinarnym. Analizowano wpływ zaburzeń na następujące parametry dotyczące jakości życia: odczuwanie bólu, percepcję własnego wyglądu, samoocenę, kontakty interpersonalne. Przed leczeniem protetycznym najwyższe wartości w ankietach wynosiły odpowiednio 89 pkt, natomiast po leczeniu wartości maksymalne OHIP-49 osiągnęły 62 pkt. Wyniki dla poszczególnych pacjentów przed i po leczeniu interdyscyplinarnym, w poszczególnych kategoriach tj.: ograniczenia w funkcjonowaniu, dolegliwości bólowe, problemy



Ryc. 3. Wyniki kwestionariusza OHIP-49 – ocena pacjentów przed leczeniem.



Ryc. 4. Wyniki kwestionariusza OHIP-49 – ocena pacjentów po leczeniu.



Ryc. 5. Analiza statystyczna wyników kwestionariusza OHIP-49 przed i po leczeniu.

natury psychicznej, ograniczenia (zaburzenia) fizjologiczne, psychologiczne, społeczne oraz trudności wynikające z zaburzeń w obrębie układu stomatognatycznego były podstawą do analiz.

Wartości sum poszczególnych ankiet przed i po przeprowadzonej rehabilitacji protetycznej poddano analizie statystycznej, gdzie dla kwestionariusza OHIP-49 (Oral Health Impact Profile) potwierdzono rozkłady normalne w poszczególnych grupach badanych za pomocą dwóch niezależnych testów: testu Kołmogorowa–Smirnowa i testu Shapiro Wilka (ryc. 3, ryc. 4), a następnie zastosowano test

t-studenta dla prób zależnych dla poziomu istotności $p=0,05$. W badaniu SUMA OHIP-49 wykazano istotną statystycznie różnicę w ocenie pacjentów przed (średnia = 60,93; odch. stand. = 15,26) i po leczeniu (średnia = 32,17; odch. stand. = 18,68). Wartości testu $t = 8,8368732$, $p=0,00000$. Wyniki zostały zobrazowane na wykresie ramka wąsy (ryc. 5).

Przeprowadzone badania ankietowe i analiza uzyskanych wyników wykazała, że oceny odczuwania bólu, ograniczeń psychicznych, społecznych, funkcjonalnych, upośledzeń i trudności w codziennym funkcjonowaniu, jak również poczucie dobrostanu społecznego, wpływu estetyki uzębienia oraz deformacji twarzy na samoocenę pacjentów przed i po leczeniu protetycznym w większości przypadków różniły się (mniejsza wartość liczbową w ankietach wypełnianych po leczeniu), co oznacza, że terapia miała pozytywny wpływ na ocenę wymienionych parametrów jakości życia.

Dyskusja

Rehabilitacja protetyczna dzieci i pacjentów młodocianych z zaburzeniami części twarzowej czaszki jest obszarem działania wielu klinicystów i stanowi duże wyzwanie dla lekarzy

stomatologów.^{1,9,12-17} Rozpatrując układ stomatognatyczny w ujęciu holistycznym jako zespół morfologiczno-czynnościowy tkanek i narządów stanowiący funkcjonalną całość, biorący udział w pobieraniu pokarmu, artykulacji dźwięków, oddychaniu i wyrażaniu emocji należy rozważyć wpływ diagnozowanych nieprawidłowości na wszystkie struktury tego układu oraz cały organizm.^{3,18,19}

Ważnym aspektem jest wpływ tych zaburzeń na wygląd, samoocenę i psychikę pacjenta. Potwierdzają to badania *McGrath* i wsp., *Pigno* i wsp. oraz *Warschausky* i wsp.²⁰⁻²² Z tego względu konieczne jest diagnozowanie pacjenta w zespole doświadczonych lekarzy wielu specjalności w celu ustalenia optymalnej metody leczenia, kolejności stosowanych procedur oraz wymiany doświadczeń dotyczących rehabilitacji interdyscyplinarnej pomiędzy poszczególnymi ośrodkami. Ustalenie algorytmu postępowania terapeutycznego opracowanego na podstawie doświadczeń klinicznych, popartych obserwacjami podczas opieki następowej oraz oceną pacjentów odnośnie wpływu zastosowanej terapii na szeroko rozumiane życie codzienne jest niezmiernie potrzebne w przypadku tak trudnej i niejednorodnej grupy pacjentów. Dostępne są prace dotyczące leczenia pacjentów z hipodoncją poruszające problem współpracy interdyscyplinarnej oraz roli lekarzy poszczególnych specjalności w postępowaniu terapeutycznym.^{2,13,23,24} Autorzy położyli nacisk na wczesne rozpoczęcie terapii i najważniejsze zadania prowadzonego leczenia, takie jak: długoczasowe utrzymanie przetrwałych zębów mlecznych, profilaktyka i opieka stomatologiczna, poprawa estetyki i wydolności życia, rehabilitacja logopedyczna, pomoc psychologiczna, poprawa jakości życia pacjentów. Zasadne wydaje się powielanie wzorca skandynawskiego, gdzie proponuje się utworzenie ośrodków i zespołów podejmujących się leczenia tego typu zaburzeń.

W badaniach ankietowych podjęto próbę

oceny poziomu jakości życia u pacjentów z zaburzeniami rozwojowymi w obrębie części twarzowej czaszki przed planowanym leczeniem i po zakończonej terapii interdyscyplinarnej. W końcowej analizie porównawczej uwzględniono grupę 30 pacjentów, analizując wpływ zaburzeń na odczuwanie bólu, percepcję własnego wyglądu, samoocenę, kontakty interpersonalne. Biorąc pod uwagę wiek badanych pacjentów i rozkład procentowy w poszczególnych grupach wiekowych należy podkreślić fakt, że w grupie A (dzieci do 6 roku życia) uzyskanie miarodajnych wyników ankiet jest bardzo trudne, ponieważ pacjenci są zbyt młodzi, by przeczytać zadane pytania ze zrozumieniem. Jedynie 10% spośród rodziców w całej grupie, głównie matki, potraktowały pozytywnie prośbę o pomoc w badaniach ankietowych, ale wypełnione przez opiekunów ankiety nie są już subiektywną oceną chorego. Również pacjenci w wieku między 6 a 12 rokiem życia wydają się jeszcze zbyt młodzi, by czytać i wypełniać ankiety dotyczące jakości życia z pełnym zrozumieniem. W prowadzonych badaniach ankietowych problemem okazała się także subiektywna ocena i „uznaniowość” – dokładna analiza wyników dotyczących jednorodnej tematyki pytań w różnych kategoriach ograniczeń, wykazała różnice w odpowiedziach na podobnie sformułowane pytania. Kwestionariusz OHIP-49 jest ankietą obszerną, poruszającą wiele problemów i ograniczeń, stosowaną dość powszechnie, jednak wydaje się iż w przypadku dzieci i pacjentów młodocianych (szczególnie pacjentów z grupy A i B) zastosowane w niej sformułowania mogą być zbyt trudne i niezrozumiałe dla małych pacjentów, a liczba pytań wprowadza zniechęcenie podczas ich wypełniania. Pewnym rozwiązaniem tego problemu może być zastosowanie skróconej wersji tej ankiety czyli kwestionariusza OHIP-14, bądź stworzenie „prostszej” ankiety. Jednak wówczas nie istnieje możliwość porównania uzyskanych wyników z danymi i

badaniami przeprowadzonymi w innych ośrodkach.

Analiza statystyczna wyników uzyskanych w poszczególnych kwestionariuszach przed i po przeprowadzonym leczeniu protetycznym (lub po zakończonym etapie leczenia protetycznego adekwatnym do wieku pacjenta) potwierdza pozytywny wpływ przeprowadzonej rehabilitacji protetycznej, wśród większości pacjentów we wszystkich badanych grupach. Uzyskane wyniki potwierdzają poprawę jakości życia leczonych pacjentów w odniesieniu do wszystkich badanych parametrów jakości życia, takich jak ograniczenia w funkcjonowaniu, dolegliwości bólowe, problemy natury psychologicznej, ograniczenia czy zaburzenia fizjologiczne, psychiczne i społeczne. Dokładna analiza odpowiedzi, szczególnie w przypadku pacjentów leczonych wieloetapowo zwraca uwagę na problemy wynikające z danego etapu leczenia, rodzaju zastosowanej konstrukcji, niedogodności w jej użytkowaniu w odniesieniu do różnych ocenianych aspektów. Analiza wszystkich danych i uwzględnienie zgłaszanych przez pacjenta ograniczeń stanowi ważne źródło informacji podczas opracowywania docelowych rozwiązań. Istotny wydaje się fakt, iż w przeprowadzonych badaniach najwięcej informacji uzyskano podczas analizy ankiet w grupie D czyli wśród pacjentów „młodych” dorosłych, którzy w ogromnej większości wypełniali ankiety świadomie i z dużym zaangażowaniem włączali się w proces ich omawiania oraz analizy wyników wyjaśniając ewentualne wątpliwości podczas interpretacji danych. Badania potwierdzają spostrzeżenia *Hikley* i wsp.,²⁵ którzy podkreślają, że sukces terapeutyczny osiągany w leczeniu pacjentów z zaburzeniami w obrębie części twarzowej czaszki jest wynikiem ścisłego współdziałania zespołu lekarzy wielu specjalności ale też rodziców i pacjenta. Postępowanie terapeutyczne powinno być prowadzone wielopłaszczyznowo, uwzględniając odbudowę

nieprawidłowości i deformacji morfologicznych z jednoczesną terapią psychologiczną. Jedynie tak ukierunkowane leczenie pozwala na pełną morfologiczno-czynnościową i psychospołeczną rehabilitację pacjenta.

W postępowaniu terapeutycznym u pacjentów młodocianych z zaburzeniami części twarzowej czaszki należy podkreślić fakt, że jest to grupa bardzo zróżnicowana, o różnym obrazie i rozległości zmian oraz ogromnej dynamice rozwojowej układu stomatognatycznego. Planując rehabilitację interdyscyplinarną i analizując możliwe sposoby postępowania lekarz powinien uwzględnić wpływ terapii i zastosowanych uzupełnień na proces wzrostowy szczęki i żuchwy, poszczególne etapy postępowania leczniczego do czasu zakończenia rozwoju oraz docelowe rozwiązania terapeutyczne. Ważny jest wpływ leczenia na psychikę pacjenta oraz poprawa jakości życia, szczególnie w grupie pacjentów z wadami wrodzonymi, takimi jak dysplazja ektodermalna czy rozszczepy wargi i podniebienia, manifestującymi się zaburzeniami w wyglądzie młodego pacjenta. Badania *Anweig* i wsp., *Endring* i wsp. oraz *Hashem* i wsp. przeprowadzone wśród pacjentów w różnym wieku w grupie pacjentów z hipodoncją potwierdzają niską samoocenę, słabą ocenę wyglądu zewnętrznego oraz kłopoty w kontaktach interpersonalnych. Ponadto około 35% dzieci z wadami rozwojowymi części twarzowej czaszki jest nieśmiała, wycofana, cierpi na depresję albo w opozycji do zachowań osób wycofanych charakteryzuje się nieposłuszeństwem i impulsywnym zachowaniem.²⁶⁻²⁹ Rozważając aspekt psychologiczny leczenia należy podkreślić fakt, że często terapia prowadzona jest podczas okresu pokwitania i „buntu nastolatka”, co może zaburzać współpracę. Jednocześnie badania potwierdzają, jak istotne w leczeniu pacjentów i osiągnięciu sukcesu terapeutycznego jest zwrócenie uwagi na subiektywne odczucia dzieci i pacjentów młodocianych dotyczące

zarówno dolegliwości bólowych czy upośledzenia fizycznego związanego z leczoną jednostką chorobową, jak również stany lękowe związane z zaburzeniem wyglądu, mowy, poczucie wykluczenia i odmienności wśród rówieśników.

Wnioski

1. Rehabilitacja protetyczna pacjentów młodocianych z wrodzonymi i nabytymi zaburzeniami w obrębie części twarzowej czaszki ma wpływ na poprawę jakości ich codziennego życia.
2. Zapobieganie skutkom zaburzeń w obrębie układu stomatognatycznego u pacjentów młodocianych i „młodych” dorosłych jednoznacznie wskazuje na celowość podejmowania rehabilitacji protetycznej na różnych etapach rozwoju oraz na jej ogromne znaczenie w wymiarze socjalnym i społecznym.

Piśmiennictwo

1. *Adamczyk E, Gładkowski J, Mierzwińska-Nastalska E, Mateńko D, Ciechowicz K, Spiechowicz E*: Wielodyscyplinarna rehabilitacja pacjentów z hipodoncją. *Implantoprotetyka* 2004; V, 4: 11-15.
2. *Meechan JG, Carter NE, Gillgrass TJ, Hobson RS, Jepson NJ, Nohl FS, Nunn JH*: Interdisciplinary management of hypodontia: oral surgery. *Br Dent J* 2003; 194: 423-427.
3. *Olczak-Kowalczyk D*: Leczenie protetyczne dzieci w wieku 3-7 lat jako profilaktyka zaburzeń rozwojowych narządu żucia. *Protet Stomatol* 2002; 52: 47-53.
4. *Proffit WR, Fields HW Jr, Sarver DM*: Ortodoncja współczesna t.I. Elsevier Urban & Partner Wrocław 2009.
5. World Health Organization. Measuring quality of life: the development of the world health organization quality of life instrument (WHOQOL). WHO 1993: 1-2.
6. *Turska W, Skowron A*: Metodyka oceny jakości życia, *Farm Pol* 2009; 65(8): 572-580.
7. WHO: Constitution of the World Health Organisation, Basic Documents, ed. 45, supl. 2006.
8. *Slade GD, Spencer AJ*: Development and evaluation of the oral health impact profile. *Community Dent Health* 1994; 11: 3-1.
9. *José M. Montiel-Company, Carlos Bellot-Arcís, José M. Almerich Silla*: Validation of the psychosocial impact of dental aesthetics questionnaire (Pidaq) in Spanish adolescents. *Me Oral Patol Oral Cir Bucal* 2013; 18: e168-173.
10. *Klages U, Claus N, Wehrbein H, Zentner A*: Development of a questionnaire for assessment of the psychosocial impact of dental aesthetics in young adults. *Eur J Orthod* 2006; 28: 103-111.
11. *Sardenberg F, Oliveira AC, Paiva SM, Auad SM, Vale MP*: Validity and reliability of the Brazilian version of the psychosocial impact of dental aesthetics questionnaire. *Eur J Orthod* 2011; 33: 270-275.
12. *Aydinbelge M, Gumus HO, Sekerci AE, Demetoğlu U, Etoz OA*: Implants in children with hypohidrotic ectodermal dysplasia: an alternative approach to esthetic management: case report and review of the literature. *Pediatr Dent* 2013; 35: 441-456.
13. *Carter NE, Gillgrass TJ, Hobson RS, Jepson N, Meechan JG, Nohl FS, Nunn JH*: The interdisciplinary management of hypodontia: Orthodontics. *Br Dent J* 2003; 194: 361-366.
14. *Daszkiewicz M, Kozarzewska M, Olczak-Kowalczyk D, Krasuska-Sławińska E, Daniluk I, Świążkowska E, Daszkiewicz P*: Postępowanie stomatologiczne u dzieci poddanych terapii przeciwnowotworowej. Opis dwóch przypadków. *Nowa Stomatologia* 2009; 3: 64-67.
15. *Grecchi F, Zingari F, Bianco R, Zollino I, Casadio C, Carinci F*: Implant rehabilitation in grafted and native bone in patients affect-

- ted by ectodermal dysplasia: evaluation of 78 implants inserted in 8 patients. *Implant Dent* 2010; 19: 400-408.
16. *Klineberg I, Cameron A, Hobkirk J, Bergendal B, Maniere MC, King N, et al.*: Rehabilitation of children with ectodermal dysplasia. Part 2: an international consensus meeting. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2013; 28: 1101-9. 10.
 17. *Klineberg I, Cameron A, Whittle T, Hobkirk J, Bergendal B, Maniere MC, et al.*: Rehabilitation of children with ectodermal dysplasia. Part 1: an international Delphi study. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2013; 28: 1090-1100.
 18. *Olczak-Kowalczyk D, et al.*: Problemy stomatologiczne u dzieci z chorobami nowotworowymi. Doświadczenia własne. *Nowa Stom* 2003; 26, 4: 175-179.
 19. *Szczyrek P, Zadurska M*: Rozwój układu stomatognatycznego oraz jego diagnostyka w aspekcie leczenia protetycznego pacjentów młodocianych. *Protet Stomatol* 2012; LXII, 5: 400-407.
 20. *McGrath C, Broder H, Wilson-Genderson M*: Assessing the impact of oral health on the life quality of children: implications for research and practice. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004; 32: 81-85.
 21. *Pigno MA, Blackman RB, Cronin Jr RJ, Cavazos E*: Prosthodontic management of ectodermal dysplasia: a review of the literature. *J Prosthet Dent* 1996; 76: 541-545.
 22. *Warschausky S, Kay JB, Buchman S, Halberg A, Berger M*: Health-Related Quality of Life in Children with Craniofacial Anomalies. *Plastic and Reconstructive Surgery* 2002; 110: 409-414.
 23. *Nunn JH, Carter NE, Gillgrass TJ, Hobson R.S, Jepson NJ, Meechan JG, and Nohl FS*: The interdisciplinary management of hypodontia: background and role of paediatric dentistry, *Br Dent J* 2003;194: 245-251.
 24. *Hobson RS, Carter NE, Gillgrass TJ, Jepson NJ, Meechan JG, Nohl F and Nunn JH*: The interdisciplinary management of hypodontia: the relationship between an interdisciplinary team and the general dental practitioner. *Br Dent J* 2003; 194: 479-482.
 25. *Hikley A, et al.*: Prosthodontic and psychological factors in treating patients with congenital and craniofacial defects. *J Prosthet Dent* 2006; 95: 392-396.
 26. *Anweigi L, Allen PF, Ziada H*: The use of the Oral Health Impact Profile to measure the impact of mild, moderate and severe hypodontia on oral health-related quality of life in young adults. *J Oral Rehabil* 2013; 40: 603-608.
 27. *Anweigi L, Finbarr Allen P, Ziada H*: Impact of resin bonded bridgework on quality of life of patients with hypodontia. *J Dent* 2013; 41: 683-688.
 28. *Endring MC, Kapp-Simon KA*: Psychological issues in craniofacial care: state of the art. *Cleft Palate Craniofac J* 1999; 36: 3-11.
 29. *Hashem A, Kelly A, O'Connell B, O'Sullivan M*: Impact of moderate and severe hypodontia and amelogenesis imperfecta on quality of life and self-esteem of adult patients. *J Dent* 2013; 41: 689-694.
- Zaakceptowano do druku: 23.05.2019 r.
Adres autorów: 02-006 Warszawa, ul. Nowogrodzka 59.
© Zarząd Główny PTS 2019.