

Dwie twarze, czyli o zespole długiej i krótkiej twarzy

Zgodnie z zasadą Kollmanna twarz fizjonomiczną można podzielić na trzy zasadniczo równe odcinki: czołowy, nosowy i szczękowy. Zachowanie odpowiednich proporcji pomiędzy nimi ma istotne znaczenie nie tylko dla harmonii i estetyki rysów twarzy, lecz także dla normatywnego przebiegu funkcji w obrębie aparatu artykulacyjnego. Za prawidłową, a zarazem najbardziej atrakcyjną i pożądaną, uznaje się twarz, w której wysokość poszczególnych odcinków pozostaje we wzajemnej równowadze.

Zaburzenia wzrostu w obrębie odcinka szczękowego mogą prowadzić do jego nadmiernego wydłużenia bądź skrócenia, czego klinicznym odzwierciedleniem są odpowiednio: zespół długiej twarzy (*LFS, Long Face Syndrome*) i zespół krótkiej twarzy (*SFS, Short Face Syndrome*).

Mimo że wymienione zaburzenia często współwystępują z charakterystycznymi wadami zgryzu, ich rozpoznanie nie powinno być utożsamiane wyłącznie z oceną relacji zębowych. Klasyfikacja prof. A. Orlik-Grzybowskiej, opublikowana w 1958 roku przez Sekcję Ortodontyczną Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, nie uwzględnia rozpoznania LFS i SFS. Osoby ze zwiększoną wysokością dolnego odcinka twarzy są zwykle klasyfikowane jako pacjenci ze zgryzem otwartym, a osoby ze zmniejszoną wysokością odcinka dolnego – jako pacjenci ze zgryzem głębokim. Rozpoznanie te nie są jednak tożsame.

Poniżej przedstawiono cechy charakterystyczne obu zespołów.

Zespół długiej twarzy:

- pionowy, hiperdywergencyjny wzorzec wzrostu;
- wydłużenie odcinka szczękowego, a tym samym zwiększenie pionowego wymiaru twarzy;
- rotacja żuchwy zgodna z ruchem wskazówek zegara (do dołu i do tyłu);
- profil wypukły, skośny ku tyłowi;
- płaska okolica podnosowa;
- brak wypełnienia policzków;
- brak kompetencji warg w spoczynku;

- nadmierna ekspozycja górnych zębów siecznych w pozycji spoczynkowej warg oraz podczas uśmiechu;
- nadmierna ekspozycja dziąseł podczas uśmiechu (*gummy smile*, czyli uśmiech dziąsłowy);
- nadmierne napięcie mięśnia bródkowego przy próbie zwarcia warg;
- opadające kąci ust;
- nos długi, garbaty, z wąskimi otworami nosowymi;
- dysfunkcja oddychania;
- osłabienie siły mięśni żucia;
- nadmierne wyrzynanie zębów bocznych;
- prawidłowe bądź nadmierne wyrzynanie zębów przednich;
- często zmniejszony nagryz pionowy;
- często zwiększony nagryz poziomy;
- wąskie, wysoko wysklepione podniebienie twarde.

Zespół krótkiej twarzy:

- poziomy, hipodywergencyjny wzorzec wzrostu;
- skrócenie odcinka szczękowego, a tym samym skrócenie pionowego wymiaru twarzy; możliwy jest również brak skrócenia ze zwiększoną szerokością twarzy;
- rotacja żuchwy przeciwna do ruchu wskazówek zegara (do góry i do przodu);
- nos szeroki, z dużymi otworami nosowymi;
- wargi cienkie, sprawiające wrażenie zaciśniętych;
- zmniejszona wysokość krzywizny czerwieni warg;
- brak ekspozycji zębów siecznych w pozycji spoczynkowej warg;
- trudność z ukazaniem zębów w uśmiechu (warga pokrywa całe zęby przednie – wygląd bezzębnego);
- szeroka szpara ust;
- zwiększony kąt nosowo-wargowy, co optycznie uwydatnia nos;
- wyraźnie zaznaczona bródka;
- wyraźnie zaznaczona bruzda bródkowo-wargowa;
- często zwiększony nagryz pionowy;
- często zwiększony nagryz poziomy;

- skrócona odległość pomiędzy wierzchołkami korzeni zębów a dnem nosa;
- duża baza apikalna szczęki, ze zwiększoną odległością międzykłową oraz międzytrzonowcową;
- zwiększony tylny poprzeczny wymiar żuchwy;
- łuk zębowy żuchwy w kształcie litery V;
- podniebienie twarde szerokie, płytke, z zaznaczonym wałem podniebiennym.

Etiologia zespołów jest wieloczynnikowa i obejmuje zarówno czynniki genetyczne, jak i środowiskowe oraz czynnościowe wpływające na wzrost części twarzowej czaszki.

Rola logopedy w terapii pacjenta z zespołem długiej bądź krótkiej twarzy

Logopeda jest ważnym członkiem zespołu terapeutycznego, ale warto podkreślić, że nie „leczy” samego zespołu długiej czy krótkiej twarzy. Jego rola polega przede wszystkim na ocenie i terapii zaburzeń funkcjonalnych, które mogą współwystępować z nieprawidłowym wzorcem rozwoju twarzoczaszki.

W przypadku obu zespołów logopeda może: ocenić spoczynkowe pozycje oralne, przebieg funkcji fizjologicznych (takich jak oddychanie, odgryzanie, gryzienie, żucie, połykanie) oraz artykulację; kształtować normatywne (zbliżone do normatywnych) spoczynkowe pozycje oralne (warg, języka, żuchwy); kształtować normatywny (zbliżony do normatywnego) przebieg funkcji fizjologicznych w obrębie aparatu artykulacyjnego; korygować wymowę, jeśli jest wadliwa.

Logopeda powinien ściśle współdziałać przede wszystkim z ortodontą, a w uzasadnionych przypadkach także z chirurgiem szczękowo-twarzowym, laryngologiem czy fizjoterapeutą/fizjoterapeutą stomatologicznym. Kompleksowe podejście, uwzględniające kompetencje różnych specjalistów, zwiększa bowiem skuteczność postępowania terapeutycznego i pozwala na pełniejsze osiągnięcie zakładanych celów.

Dorota Leśniczuk
neurologopeda PPP15

Bibliografia:

1. Karłowska I. (2023), *Zarys współczesnej ortodoncji*, PZWL, Warszawa.
2. Lichnowska A., Biniszewska K., Świdarska-Skrzypska R., Kazimierczak J. (2026), *Opieka nad pacjentem ortognatycznym. Spojrzenie logopedów i fizjoterapeutów*, Logopedia Ortognatyczna.
3. Sobieska E., Ciok E., Zadurska M. (2016), Zespół krótkiej twarzy – etiologia i diagnostyka, *Forum Ortodontyczne*, 12 (1), s. 29-41.
4. Sobieska E., Fester A., Ciok E., Zadurska M. (2015), Zespół długiej twarzy – etiologia i diagnostyka – na podstawie piśmiennictwa, *Journal of Stomatology*, 68 (5), s. 591-609.