



작정 발치를 한다면 그 공간을 어떻게 효율적으로 이용할 지에 대해 막연한 경우가 많다고 본다. 그저 발치 공간이 모두 폐쇄 될 때가 교정치료가 종료되는 시점으로 생각한다면 계획성 없는 치료가 되고 말것이다. 진단에 의한 정확한 목표 설정이 필요하다는 것은 누구나 공감하는 사항 이겠으나 실제 진단과 치료과 구분되어 있는 경우가 허다하다. 레벨앵커리지 시스템은 진단 시에 어느 정도의 고정원이 필요한지를 제시하게 되고 치료시스템과 연계되어 각 진단의 의미를 표현한 치료과정을 진행하게 해준다. 이것은 Anchorage value 라 하여 현재의 상황을 개선하는데 얼마만큼의 Anchorage 가 필요하며 환자의 골격적 특성이나 부가장치의 사용에 대해서도 지침을 마련해준다. 또한 보다 완벽한 앵커리지를 원할 경우 Skeletal anchorage system (SAS)이 그 역할을 담당해줄 수있다. SAS를 사용하면 구치부의 loss 가 없는 앵커리지를 확보할 수 있을 뿐 아니라 하악의 Anchorage preparation을 상악치열이 안정화와 관계없이 실행할 수있기 때문에 치료기간의 단축에도 도움을 줄 수있을 것이다. 이에 레벨 앵커리지 테크닉에서의 종전부터 사용해온 악의장치를 포함하여 각 anchorage saver 의 이용 및 step by step 에 의한 발치 공간의 폐쇄법에 대한 증례와 함께 Skeletal anchorage system 의 응용에 대해 고찰해보며 증례를 보고하고자 한다.

T-6

**Surgically assisted rapid palatal expansion**

테이블

서중환, 황영철, 이항훈, 최선영, 조유민, 강경화, 김상철 / 원광대학교 치과병원 교정과

피질골 절단술(corticotomy)이란 치아를 둘러싸고 있는 치밀골의 연속성을 차단하여 치아를 포함하는 골편의 치체 이동을 가능하게 하여 치아와 치주조직에 가해지는 교정력을 경감시키고 빠른 치아이동을 도모하는 외과적 술식이다. 피질골 절단술(corticotomy)이 가장 활발히 이용되고 있는 분야는 정중구개봉합의 확장을 통한 성인의 상악골확장술이다. 과거에는 악골의 성장이 끝난 성인에서 정중구개봉합이 상악 확장의 주된 저항부라고 생각되었으나 여러 연구에 의해 정중구개봉합 이외에 전두상악봉합, 관골측두봉합, 관골전두봉합 및 관골상악봉합 등이 해부학적인 저항부로 작용한다고 밝혀짐으로써 다양한 골절단술을 이용한 외과적 급속 상악 확장술(surgically assisted rapid palatal expansion)이 소개되었다. 상악골의 외측에 피질골 절단술을 시행하여 관골부로부터의 저항을 차단하고자 다양한 골절단선이 고안되었는데 현재 정중구개봉합과 상악골 외면의 이상구(pifiform aperture)에서 상악결절(maxillary tuberosity)까지 골절단술을 시행하는 술식이 가장 많이 이용되고 있다. 이에 본 교실에서 시행된 외과적 술식을 동반한 급속 상악 확장술(surgically assisted rapid palatal expansion)의 증례들을 소개하고자 한다.

T-7

**아악골 정중부 견인골 신장술의 임상적 적용과 벡터의 이에**

테이블

김경환, 이수행, 조유민, 정영욱, 차성학, 태기출, 김상철 / 원광대학교 치과병원 교정과

견인골 신장술(Distraction osteogenesis)이란 분리된 골편들을 점진적으로 견인하여 골편들 사이에 새로운 골이 형성되도록 하는 술식으로, 골의 신장과 함께 인접 연조직의 신장도 함께 발생된다. 1950년 Garvriel Ilizarov는

많은 실험과 임상을 통하여 견인골 신장술의 이론적 기초와 견인 장치, 외과적 술식 등을 확립하였다. 최근 이러한 개념이 악안면 영역에 도입되어, 임플란트 식립을 위한 치조돌기의 재건, 하악골 신장과 확대, 중안면부의 전진과 확대 등에 폭넓게 이용되고 있다. 급속구개확장 원리를 이용한 하악 정중부 견인골 형성술은 1990년 Guerrero에 의해 시도되었으며, 1992년 Guerrero와 Contasti는 하악골 정중부 견인골 신장술의 임상적 적용, 수술법 등에 대해 설명하였다. 성인에서의 하악골 확장은 불안정하며, 공간확보를 위한 하악의 단순한 골절단술도 재발이 많다. 하악 전치부의 총생 또는 전돌을 보이는 환자에서 발치나 치간삭제에 의한 공간확보 대신 하악골 정중부 견인골 신장술을 사용할 수 있으며 안정된 결과를 보였다. 하악골 정중부 견인골 신장술에 사용되는 견인장치는 구내장치와 구외장치로 나눌 수 있으나, 최근에는 반흔 형성이 없고 간단한 형태를 가진 구내장치가 선호되고 있다. 특히, 견인장치의 위치는 골 견인의 벡터를 결정하므로 최종적인 견인골 형태에 많은 영향을 주게 되어 관심의 대상이 되고 있다. 이에 하악골 정중부 견인골 신장술의 이론적 개념과 골 견인의 벡터에 대한 견인장치의 유형과 위치, 연조직 및 근부착의 영향에 대해 알아보고, 본 교실에서 tooth-borne type, bone-borne type, hybrid type의 견인장치에 의해 공간 확장을 얻은 증례들을 소개하고자 한다.

T-8

**Anterior segmental osteotomy를 동반한 교정치료**

테이블

김유신, 전영미, 김정기 / 전북대 치과병원 교정과

Anterior segmental osteotomy 시에 전방부 골편은 공간의 세가지 모든 평면에서 외과적으로 재위치될 수 있으나, 주로 전후방적인 관계의 개선을 위해 시행되는 경우가 많다. 그중에서도 골이식의 필요성이나 술후 안정성 등의 문제로 인하여 골절편을 전방이동시키는 경우보다는 후방이동시키는 경우에 더 유용하다고 하겠다. anterior segmental osteotomy는 가장 일반적으로 구치부가 I급 관계이고 치아의 배열도 양호하며 상하악 전치의 치축은 거의 정상값을 갖고 있지만 상악과 하악이 전후방적으로 두개에 대하여 전방으로 돌출되어 있는 양악성 전돌(bimaxillary protrusion)에서 효과적으로 시행될 수 있다. 또한 상악의 전돌로 인한 골격성 II급 부정교합에서 상악골 전방분절술이 단독으로 시행될 수 있는데, 이때는 LeFort I 과 달리 기도가 유지되며 수술량이 더 많은 경우에도 시행 가능하다는 것이 특징이다. 하악에서 후방이동을 위하여 전방분절술을 사용할 때에는, 특별히 하순 이와에 대한 고려가 필요한데, 술전에 하순이와의 형태가 뚜렷한 S 자형을 가진 경우보다는 하순이와의 형성이 미약한 증례를 치료하는데 효과적으로 시행될 수 있다. 이 수술방법은 구치부 교합이 유지되며, 술후 안정성이 높고 후방이동량 또한 쉽게 조절할수 있는 장점이 있지만 수술법이 까다롭고 절단면에 인접한 치아가 손상될 가능성이 높은점등의 단점이 있으므로 적절한 증례를 선택하여 시행되어야 하겠다.

T-9

**TTBA를 이용한 성장기 III급 부정교합 환자의 장기 관찰 치험례**

테이블

정득룡, 오수환, 윤성원 / 이대목동병원 치과 교정과

일반적으로 사용되는 가철식 장치에는 구내 장치 및 구외 장치가 있으며, 또는 두 장치를 병용할 수 있다. 구내