



źródło: archiwum prywatne

Lek. dent. Przemysław Marciniowski, Centrum Implantologii i Stomatologii Estetycznej „Twój Dentysta” w Poznaniu, absolwent Dawson Academy (USA)

Okluzja jako podstawa współpracy pomiędzy gabinetem a laboratorium

Nikt nie buduje domu bez projektu. Rekonstrukcja uzębienia jest przynajmniej tak samo skomplikowanym procesem, a wielu dentystów nadal nie projektuje przyszłego uzębienia pacjentów

Jakże często zdarza się, że współpraca pomiędzy gabinetem i laboratorium napotyka przeszkody i tarcia podczas protetycznego leczenia pacjentów. Powodem tego jest niepasujące uzupełnienie zlecone przez dentystę technikowi. Uzupełnienia bywają nieakceptowalne z powodów estetycznych lub czysto klinicznych. Najczęściej uzupełnienia nie pasują w zgryzie. W odcinku przednim często okazuje się, że przymiarka z surową porcelaną zupełnie nie odpowiada wyobrażeniom pacjenta o jego przyszłych zębach. Czy jest to błędne koło, z którego nie ma wyjścia, czy też są metody, które pozwalają na utrzymanie kontroli nad okluzją i estetyką uzupełnień?

Z pewnością pierwszym problemem, który leży u podłoża takiego stanu rzeczy, jest zbyt mała ilość informacji, która dociera do laboratorium w momencie zlecenia wykonania uzupełnienia. Po pierwsze, nadal rzadkością jest zaplanowanie pracy protetycznej przed przystąpieniem do jej wykonania. Protokół w tym zakresie obejmuje wykonanie planowania leczenia na modelach pacjenta. Takie modele, wykonane z bardzo twardego gipsu czwartej klasy, powinny zostać oprawione w artykulator przy użyciu łuku twarzowego. Rejestracja zwarcia w takim przypadku powinna nastąpić

w centralnej relacji. Tylko wtedy technik w laboratorium będzie miał do czynienia z kopią autentycznej sytuacji, jaka występuje w ustach pacjenta. Trzeba pamiętać, że planowanie na modelach, czyli *wax-up*, jest tylko naszym domysłem, jak powinno wyglądać uzębienie pacjenta po leczeniu. Jest to także doskonała wizualizacja dla pacjenta. Niejednokrotnie można na podstawie takiego *wax-upu* wykonać przymiarkę bez preparacji w ustach pacjenta. Zdarza się, że już na tym etapie okazuje się, że pacjent nie akceptuje swojego przyszłego wyglądu. Unikamy wtedy rozczarowań pacjentów po tym, gdy zmiany w jamie ustnej będą już nieodwracalne. Częściej jednak taka przymiarka bardziej motywuje pacjenta do leczenia.

Model współpracy

Po wykonaniu planowania przystępujemy do wykonania pracy

złożenie modelu górnego z dolnym to okluzja, a okluzja ma decydujący wpływ na trwałość uzupełnienia protetycznego. To dentysta decyduje, czy u danego pacjenta pracuje w zgryzie nawykowym czy też w centralnej relacji i po jego stronie leży odpowiedzialność za tę decyzję. Pamiętajmy, że nie znamy norm dla zgryzu nawykowego pacjenta X czy Y. Kontrolę daje nam wyłącznie praca w centralnej relacji. Jeżeli więc decydujemy się na pracę w zgryzie nawykowym u danego pacjenta, musimy być świadomi zagrożeń, jakie się za tym kryją.

Popularne kęsy silikonowe czy woskowe są bardzo często chwilową i przypadkową relacją pomiędzy szczęką a żuchwą. Zauważmy, że wiele modeli pacjentów składanych w rękach nie da się stabilnie złożyć. Można zawsze wykonać mikroruchy, huśtając modele względem siebie. Powodem tego są najczęściej przedwczesne kontakty,

na zekwilibrowanie modeli pacjenta w artykulacji i wykonanie uzupełnienia o prawidłowej wysokości. W przypadku pobrania kęsa w maksymalnym zaguzkowaniu, nawet jeśli jest on maksymalnie twardy, u pacjenta niezekwilibrowanego, dentysta praktycznie uniemożliwia technikowi wykonanie uzupełnienia o prawidłowej wysokości. Ze względu na możliwość różnego ustawienia modeli względem siebie w zwarciu jest mało prawdopodobne, że trafimy akurat w ustawienie nawykowe pacjenta.

W przypadku pojedynczych uzupełnień najczęściej jest dosyć łatwo poradzić sobie ze zbyt wysokim uzupełnieniem. Bardziej rozległa odbudowa będzie już dużo trudniejsza do dopasowania w zgryzie. Zdolności adaptacyjne pacjenta najczęściej niwelują błąd. Problem zbyt wysokiego uzupełnienia daje jednak o sobie znać powoli, z czasem, prowadząc do wycierania zębów własnych pacjenta, recesji dziąseł, zaników kości. Czasami manifestuje się to odpryskami porcelany z uzupełnienia.

Szukanie winnych

W laboratoriach technicy współpracują z różnymi lekarzami. Jedni lekarze nie zwracają uwagi na kwestie okluzyjne, inni pracują

wykonywania prac w centralnej relacji. Innym aspektem sprawy jest to, że zlecenie przy pracy w centralnej relacji jest bardzo szczegółowe, co sprawia nieraz wiele kłopotu technikowi, ale także dentysta musi poświęcić więcej czasu na opracowanie zlecenia.

Tutaj dochodzimy do kwestii niepasujących uzupełnień protetycznych. Technik obwinia dentystę za „zły zgryz”, a dentysta technika za „niedokładną pracę”. Najczęściej jednak wina jest obopólna, ale zaczyna się od ilości i jakości informacji, które otrzymuje technik wraz ze zleceniem protetycznym. Można powiedzieć, „**jaką jakość informacji wstępnych, taką jakość pracy końcowej**”. Ponad tym wszystkim jest komfort i zdrowie pacjenta, a także trwałość uzupełnień protetycznych, o czym ani technik, ani dentysta nie powinni zapominać.

Okluzja, lekarzu!

Podsumowując, możemy powiedzieć, że tylko odpowiednia ilość informacji, jak również jej jakość pozwolą technikowi wykonać prawidłowe uzupełnienie protetyczne. Z drugiej strony, prawidłowe wykonanie uzupełnienia przez technika wymaga zrozumienia zasad okluzji przez niego samego i trzymania się sztywnych reguł

MEDICAL TRIBUNE www.podyplomie.pl

Dyrektor ds. wydawniczych:
Andrzej Balcerzak

Redaktor naczelna:
Iwona Konarska
redakcja@medical-tribune.pl

Zespół:
lek. dent. Barbara Chmielewska (redaktor merytoryczna), Dariusz J. Michalski (sekretarz redakcji), Łukasz Sowa (redaktor prowadzący – l.sowa@medical-tribune.pl)

Współpracownicy:
lek. dent. Tomasz Fatkowski (Warszawa), Alicja Giedroyc, lek. dent. Wojciech Koźuch (Kraków), lek. dent. Barbara Ryba (Kraków), lek. dent. Bartosz Stańczyk (Warszawa), Mirosław Stańczyk

Korekta:
Marek Kowalik, Anna Żółkiewska

Wydawca:
Medical Tribune Polska Sp. z o.o.
00-465 Warszawa, ul. 29 Listopada 10
tel. 22 444 24 00, faks 22 832 10 77

Dyrektor sprzedaży i marketingu:
Iwona Witek

Dział sprzedaży prenumerat:
Grzegorz Garbarczyk – kierownik sprzedaży

Dział reklamy:
Anna Chreptowicz – kierownik działu reklamy, Anna Powierża – kierownik zespołu, Piotr Górnicki, Mariola Damięcka, tel. 22 444 24 00, faks 22 832 10 77

Informacje w sprawie prenumeraty:
Weronika Stępnik – kierownik produktu prenumerata@medical-tribune.pl
tel. 22 444 24 00
[bezpłatna infolinia 0 800 12 02 93](tel:224442400)

Dział ogłoszeń drobnych:
Piotr Górnicki, tel. 22 444 24 00, faks 22 832 10 77

Kierownik dystrybucji i baz danych:
Anita Golaszewska

Kierownik ds. produkcji:
Lena Golaszewska

Projekt layoutu:
Tomasz Wągrocki, Anna Bojanowicz

Skład i łamanie: Marian Śniadowski

Druk: Drukarnia Prasowa SA, al. Piłsudskiego 82, 92-202 Łódź
© Copyright Medical Tribune Polska

Mianownictwo farmakologiczne w oparciu o
LEKI WSPÓŁCZESNEJ TERAPII

protetycznej. I tu pojawiają się główne problemy wpływające na obniżenie jakości prac protetycznych. Oszczędzanie masy wyciskowej poprzez wykonywanie połowkowych wycisków jest złudne. Jednorazowa łyżka połowkowa też kosztuje, a z pewnością dentysta będzie musiał poświęcić więcej czasu na dopasowanie takiej pracy w ustach. Taki wycisk nie daje żadnych informacji o okluzji i nie jest możliwa kontrola artykulacji, zatem technik nie może wykonać precyzyjnej pracy.

Jeśli już zostały pobrane **prawidłowe wyciski na pełnych łyżkach**, dobrej jakości masami wyciskowymi, powstanie pytanie, jak wykonane z nich modele ze sobą złożyć?

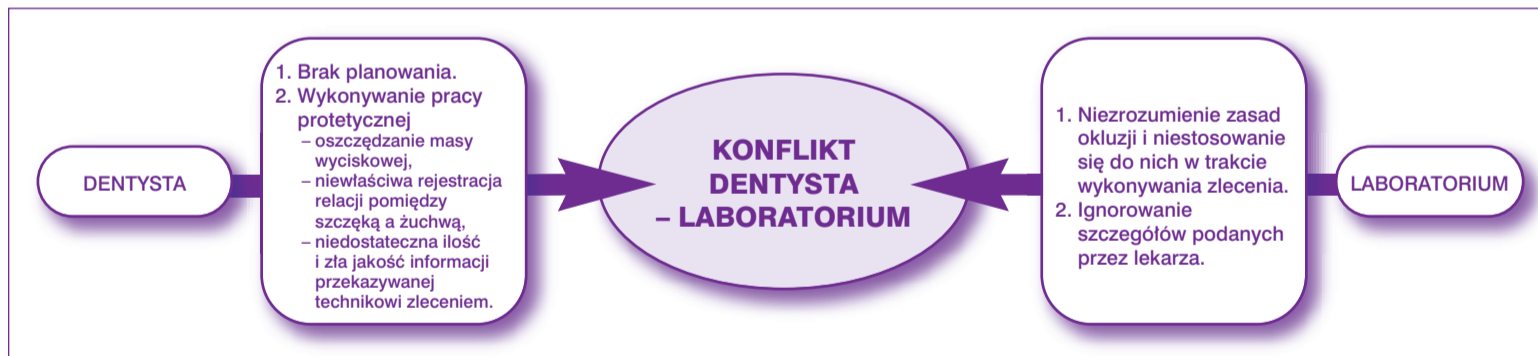
a czasami nieprecyzyjny model. Modele z wyrównanym zgryzem w centralnej relacji składają się pewnie i jednoznacznie.

Jeśli więc wyślemy modele z kęsem bez ekwilibracji – czyli wyrównania przedwczesnych kontaktów – technik nie będzie wiedział, jak je precyzyjnie złożyć do artykulatora. Do tego dojdzie elastyczność samej masy silikonowej i w efekcie modele zostaną oprawione w artykulator w przypadkowym układzie.

Dlatego **nawet gdy dentysta zdecydował, że u danego pacjenta pracuje w zgryzie nawykowym, powinien zarejestrować szczękę pacjenta łukiem twarzowym i pobrać rejestrat w centralnej relacji.** Daje wtedy możliwość technikowi

w centralnej relacji. Wywołuje to swego rodzaju zamieszanie, ponieważ technik, robiąc pracę dla dentysty pracującego w centralnej relacji, musi trzymać się reguł, których nawet choćby chciał, nie jest w stanie się trzymać, wykonując pracę dla dentysty niezwracającego uwagi na okluzję. W efekcie dochodzi do błędów w pracy w centralnej okluzji, ponieważ takie prace są wykonywane rzadko, czyli nie są nawykami. Jeśli z kolei nie są nawykami, to łatwo technikowi zapomnieć o ważnych szczegółach

okluzji i szczegółów zlecenia protetycznego przy wykonywaniu nawet niewielkich uzupełnień. Bardzo ważną rolę odgrywa znajomość anatomii zębów. W przypadku dentysty warto uzupełnić wiedzę z zakresu okluzji. Pozwoli to na uniknięcie nieporozumień we współpracy dentysty z laboratorium, ale także zaoszczędzi mnóstwo czasu spędzonego na poprawianiu swojej pracy. W efekcie da większe zadowolenie z pracy i więcej zadowolonych pacjentów. ■



A jaka jest wasza opinia na ten temat?
Czekamy na e-maile – wysyłajcie je na adres:
stomatologia@medical-tribune.pl