



źródło: archiwum prywatne

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

W USA przeprowadzono badania, które dowodzą, że czterech na pięciu dentyków ulega tzw. wypaleniu zawodowemu po ok. 15-20 latach pracy. W wielu wypadkach wynika to z nawarstwiania się niepowodzeń w leczeniu pacjentów, a ich przyczyną są najczęściej komplikacje związane z przeciążeniami narządu żucia. Jakże często mamy do czynienia z pękającymi uzupełnieniami protetycznymi, nadwrażliwością zębów po wypełnieniu czy wręcz utratą zęba po długim leczeniu kanałowym, często powiązanym z leczeniem perio.

Niedostrzegane początki

Szczególnym testem na prawidłowość okluzji są rozległe uzupełnienia na implantach. Właśnie z braku umiejętności opanowania okluzji, jej zaplanowania i prawidłowego uwzględnienia wszystkich czynników, dentyści obawiają się wykonywania uzupełnień pełnoceramicznych jednocześnie w szczęcie i żuchwie (u tego samego pacjenta naturalnie). Faktycznie, tego typu uzupełnienia są bezwzględnie testem prawidłowości wykonania aspektów okluzyjnych.

Z drugiej strony, niemal nikt nie bada młodych dorosłych w wieku dwudziestu, dwudziestu kilku lat mających wszystkie własne stałe zęby. A w tej właśnie grupie można już wykryć oznaki tzw. choroby okluzyjnej. Są one wtedy jeszcze niezbyt ewidentne i często zupełnie niekojarzone z jakąkolwiek patologią.

Wracając do terminu „choroby okluzyjnej” – jest to niszczenie zębów i struktur podpierających na skutek przeciążeń zgryzowych. Według tej teorii cztery główne czynniki muszą być spełnione dla prawidłowej okluzji:

1. Stabilny, zdrowy i prawidłowo funkcjonujący staw skroniowo-żuchwowy

Tylko prawidłowo funkcjonujący staw skroniowo-żuchwowy z nieuszkodzonym i prawidłowo umieszczonym krążkiem stawowym zapewnia stabilność zgryzu. Oczywiście, wszelkie zaburzenia czy niestabilności dotyczące budowy powierzchni stawowych czy krążka będą wpływały na kontakty

okluzyjne. Także na zmienianie się ich w czasie. Podczas maksymalnego zaguzkowania zębów kompleksy głowa stawowa – krążek po obu stronach muszą pozostawać w dołach stawowych, czyli w centralnej relacji.

2. Spokojna i harmonijnie funkcjonująca mięśniówka układu narządu żucia

Mięśnie narządu żucia człowieka potrafią wytworzyć niebywały nacisk pomiędzy zębami, kiedy nie ma między nimi pokarmu, i najczęściej wtedy, kiedy nasza świadomość jest wyłączona. Dlatego

też większość destrukcji w obrębie zębów i przyzębia dzieje się w nocy. Rano pacjenci odczuwają reperkusje nocnego działania swoich mięśni. Ból głowy, zesztynniałe mięśnie żwacze lub skroniowe, czy nawet podpotyliczne.

3. Prawidłowy i stabilny kontakt pomiędzy przednimi zębami lub system zastępujący to podparcie

Peter Dawson utrzymuje, że tylko stabilne i pewne podparcie na przednich zębach jest gwarancją stabilności zgryzu. Co w takim razie z pacjentami którzy nie mają tego kontaktu i przerykają w sposób „niemowlecy”, czyli wstawiając język pomiędzy przednie zęby? Właśnie ten język układany ok. 2000 razy w ciągu doby pomiędzy przednimi zębami stabilizuje i zastępuje przednie podparcie zębów. Język jest silnym mięśniem i wraz z mięśniami policzków i mięśniem okrężnym ust determinuje pozycję zębów w jamie ustnej.

4. Prawidłowe i harmonijne kontakty w odcinkach bocznych

Prawidłowe kontakty to kontakty wyłącznie na guzkach pracujących zębów bocznych i natychmiastowe rozkontaktowanie zębów bocznych przy ruchach artykulacyjnych.

Kluczowe rozpoznanie

Oczywiście, jest jeszcze wiele innych uwarunkowań będących rozwinięciem czterech powyższych punktów. Podstawową kwestią jest tutaj wstępne badanie pacjenta pojawiającego się

w gabinecie. Podzielono pacjentów na trzy grupy:

► **Zdrowi** – zwykle zgłaszają się do kontroli, mając świadomość ich konieczności. Nie mają objawów. U nich badanie nie wykazuje nieprawidłowości;

► **Skompensowani** – nie mają subiektywnych objawów, ale stwierdza się u nich patologie w badaniu;

► **Chorzy** – zgłaszają się z powodu subiektywnych objawów.

Najczęściej mamy problem z zakwalifikowaniem pacjentów do pierwszej i drugiej grupy. Chorzy

Choroba okluzyjna

Z angielskiego *occlusal disease* – jest to termin wprowadzony przez amerykańskiego dentyzę i badacza Petera Dawsona, który sam mówi o sobie, że jego największym hobby jest stomatologia. Peter Dawson poświęcił ok. 30 lat swojej pracy zawodowej zgłębieniu tajemnic okluzji, co zaowocowało kompleksowym i pełnym opracowaniem tego zagadnienia.

z grupy trzeciej są łatwo rozpoznawalni i raczej nikt nie ma wątpliwości, że wymagają pomocy. Problem z pacjentami z grupy pierwszej i drugiej polega na tym, że tylko od naszego badania zależy, czy potraktujemy ich jako zdrowych, czy jako chorych, ale skompensowanych – czyli bezobjawowych. Przyczyną pomyłek jest najczęściej brak albo nieumiejętność przeprowadzenia prawidłowego badania. Termin „choroba okluzyjna” w zasadzie nie istnieje w nomenklaturze dentystrycznej. Nie ma także synonimów o zbliżonym znaczeniu. A **choroba okluzyjna jest**

najczęstszą przyczyną utraty zębów, nadmiernego ich ścierania, błędnej diagnozy czy utraty struktur podpierających zęby.

Ktoś może zapytać, czy w takim razie kwalifikowanie pacjentów do jednej z wymienionych grup ma jakiegokolwiek znaczenie praktyczne? Czy jest to może tylko akademicka dyskusja, niewiele mająca do czynienia z rzeczywistością?

Sądzę, że ma to podstawowe znaczenie dla prawidłowego prowadzenia pacjenta, a także dla komunikacji z nim. Otóż bardzo łatwo przeprowadzić go ze stanu skompensowanego w zrekompen-sowany – chorego z subiektywnymi objawami. Taka sytuacja ma miejsce często (choć nie zawsze) w przypadku zabiegów chirurgicznych. Zwykle chory czuje się gorzej dzień lub kilka dni po zabiegu niż przed zabiegiem. Pacjenci są na to przygotowani i w zdecydowanej większości rozumieją, że jest to stan normalny. Z kolei pacjent zwykle nie jest przygotowany na dyskomfort po np. wypełnieniu w zębie, wykonaniu korony protetycznej czy po leczeniu ortodontycznym. Wini wtedy dentyzę, który ostatni wykonywał zabieg. Przyszedł przecież do gabinetu bez dyskomfortu, miał tylko jakąś czarną plamkę na zębie, przebarwiony ząb czy krzywe zęby! Przyczyna dyskomfortu pacjenta może wtedy leżeć właśnie w nieprawidłowym badaniu i zakwalifikowaniu, ale może też leżeć w warunkach, jakie są u niego. Z tym że w ostatnim

przypadku prawidłowe badanie nasunie lekarzowi takie podejrzenie i może on zawczasu poinformować o tym pacjenta.

Wojna mięśni z zębami

Nasz mózg potrafi bardzo precyzyjnie ocenić sytuację zgryzową w jamie ustnej. Przez receptory i sieć nerwową będzie na nią odpowiednio reagował, próbując „naprawić” nieprawidłowości. Stąd biorą się np. nadwrażliwości po wypełnieniach wykonanych w nieprawidłowym kontakcie okluzyjnym.

W nocy mózg, sterując mięśniami, stara się usunąć przeszkodę z drogi. Używa do tego mięśni, które zamiast odpoczywać w nocy, ciężko pracują. Nadmierna aktywność mięśni może prowadzić do powstania różnych objawów: bólów głowy, nadwrażliwości zębów, bólów okolic stawów skroniowo-żuchwowych i innych. Generalnie zawsze chodzi o usunięcie przeszkód w zgryzie za pomocą mięśni, dlatego mówi się, że jest to wojna mięśni z zębami. I w tej wojnie zawsze wygrywają mięśnie. Ich reakcją na chorobę okluzyjną jest rozrost, wzmocnienie i często ból. Inaczej jest z zębami – ulegają starciu, rozchwianiu lub pękają. Po jakimś czasie nie wystarczy wyleczyć choroby okluzyjnej – trzeba zęby odtworzyć. W wypadku mięśni wyleczenie choroby okluzyjnej powoduje ich automatyczny powrót do równowagi. Oczywiście pod warunkiem, że w obrębie mięśni nie doszło do strukturalnych trwałych uszkodzeń (np. z powodu urazów). ■

Antyseptyka

Preparaty do dezynfekcji narzędzi, powierzchni, rąk

● Środki dezynfekcyjne muszą mieć „Karty charakterystyki preparatu”, które powinny być dostępne w każdym gabinecie stomatologicznym stosującym te preparaty. Nie wolno przechowywać stężonych preparatów w ogólnodostępnych miejscach gabinetu czy poczekalni, tylko w zamkniętych na klucz szafach. Preparaty dezynfekcyjne należy koncesjonować w oryginalnych, zamkniętych opakowaniach, w warunkach przechowywania określonych przez producenta w karcie charakterystyki.

● Roztwory użytkowe należy przygotowywać w wyznaczonym do tego celu pomieszczeniu/miejscu ze sprawnie działającą wentylacją.

● Osoby przygotowujące roztwory, bez względu na rodzaj substancji aktywnej zawartej w preparacie, powinny stosować sprzęt ochrony osobistej: rękawice, fartuch, okulary.

● Zaleca się stosowanie rękawic z tworzyw winylowych lub butadienowo-styrenowych. Rękawice z lateksu nie zawsze stanowią wystarczającą ochronę skóry przed działaniem substancji chemicznych, m.in. alkoholu izopropylowego, aldehydów. Należy chronić skórę przed działaniem substancji chemicznych, m.in. alkoholu izopropylowego, aldehydów. Należy chronić drogi oddechowe przy pracy z preparatami zawierającymi aldehydy lub substancje utleniające (aktywny tlen lub chlor).

● Naczynia zawierające użytkowe roztwory powinny być oznakowane

w następujący sposób: nazwa preparatu, stężenie, data przygotowania (w przypadku roztworów nietrwałych – również godzina przygotowania), dane identyfikacyjne osoby przygotowującej roztwór.

● Na każdy dzień przyjęć należy przygotować świeży roztwór środka dezynfekcyjnego. Przy dużym zanieczyszczeniu narzędzi materiałem biologicznym roztwór środka dezynfekcyjnego należy w ciągu dnia wymieniać na świeży. ■

Krystyna Brońska

konsultant województwa wielkopolskiego w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego