

Diagnostyka choroby okluzyjnej – klucz do świadomego leczenia

Brak rozpoznania schorzenia okluzyjnego prowadzi do niepowodzeń i komplikacji leczenia zachowawczego, protetycznego i ortodontycznego, często z silnymi objawami bólowymi



źródło: archiwum prywatne

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

Zwykle pacjent zgłasza się do gabinetu z trzech powodów: 1. ma dolegliwości i liczy na pomoc dentysty, 2. chce poprawić estetykę swoich zębów, 3. przychodzi na badanie kontrolne, mając świadomość, że regularna kontrola uchroni go przed poważniejszymi konsekwencjami procesów patologicznych w jamie ustnej.

Obserwacja

U tych pierwszych najczęstszą przyczyną dolegliwości są bakterie lub problemy okluzyjne. Niestety, pacjenci, u których przyczyną dolegliwości są bakterie, niemiernie rzadko lub wręcz nigdy nie są badani pod kątem prawidłowości okluzyjnej. Jeżeli już, to procesy destrukcji narządu żucia wywołane problemami okluzyjnymi nie są diagnozowane, wykrywane i leczone. Dlatego też badanie pod kątem problemów okluzyjnych powinno być obowiązkowe nawet wtedy, gdy problem pacjenta, który zgłasza się do naszego gabinetu, jest typowo bakteryjny. Oczywiście, jedynym wytłumaczeniem dla zaniechania takiego badania jest brak możliwości jego wykonania, np. z przyczyn bólowych. Jednak nawet wtedy badanie to powinno być tylko odroczone do czasu ustąpienia czynników je uniemożliwiających, a nie zaniechane.

Pacjenci zgłaszający się z powodów estetycznych również wymagają takiego badania. Jak już wspomniałem w poprzednim artykule (MTS 11/2011, s. 8 – przyp. red.), wszelkie prace protetyczne wykonane u pacjenta bez prawidłowej kontroli okluzyjnej będą prowadziły do wystąpienia lub pogłębienia dyskomfortu pacjenta i uszkodzeń tychże prac.

Pacjenci świadomi, zgłaszający się na rutynową kontrolę, liczą, że ich dentysta sprawdzi, wykryje i wyleczy wszelkie patologie z zakresu narządu żucia. W większości

przypadków jednak kontrola ogranicza się do badania w kierunku próchnicy i ewentualnie problemów periodontologicznych. A choroby przyzębia często występują w powiązaniu z chorobą okluzyjną.

Pacjenci bardzo często pytają mnie, dlaczego nikt wcześniej nie poinformował ich, że mają problemy z zakresu okluzyjnej. Często też zdarza się, że patologie okluzyjnej są rozpoznawane mylnie jako choroby stawów skroniowo-żuchwowych. Przecież już proste badanie osłuchowe stawów skroniowo-żuchwowych może dowiedzieć, że żadne procesy patologiczne w stawach się nie toczą lub są znikome i łatwo uleczalne.

Badanie wstępne

Rozpoczynając badanie, powinniśmy zacząć od wywiadu. Pomijam tutaj wywiad ogólnomedyczny. Wywiad dotyczący okluzyjnej powinien zawierać pytania o:

- ▶ nadwrażliwość zębów,
- ▶ bóle głowy,
- ▶ zaciskanie i zgrzytanie nocne lub dzienne,
- ▶ nawyki – jak żucie gumy czy gryzienie przedmiotów (np. ołówków),
- ▶ choroby z zakresu układu szkieletowego.

W przypadku **bólow głowy** wskazana jest konsultacja neurologiczna, z tym że pacjenci z silnymi objawami bólowymi zwykle trafiają do nas już po niej. Czasami zalecana jest również konsultacja laryngologiczna. I tutaj przychodzi nam z nieocenioną pomocą badanie tomograficzne. Na

objawem przeciążeń zgrzyzowych i stosowanie past na nadwrażliwe zęby jest całkowicie bezcelowe. Nadwrażliwości ustępują do kilku dni po wyrównaniu zgryzu.

Zaciskanie lub zgrzytanie nocne jest powodem niszczenia zębów i tkanek podpierających. To fakt. Pacjent nie ma wpływu na to, ponieważ dzieje się to poza jego świadomością. Należy tutaj rozgraniczyć powody zaciskania czy zgrzytania. Jeśli powodem są przeszkody zgrzyzowe, to mówimy o parafunkcjach, jeśli natomiast pomimo wyrównania zgryzu zgrzytanie lub zaciskanie nie ustępuje, mamy do czynienia z bruksizmem.

Niektórzy badacze te dwa zjawiska opisują odwrotnie. Czytając więc prace na ich temat, zwróćmy uwagę na rozumienie definicji przez autora, żeby nie wyciągnąć błędnych wniosków. Być może dlatego wielokrotnie dochodzi do mylenia tych pojęć przez dentystów przy stawianiu diagnozy. Definicje parafunkcji i bruksizmu podane powyżej są autorstwa Petera Dawsona.

Badanie właściwe – „rękoczyn Dawsona”

Badając pacjenta, szukamy obolałych mięśni i ich przyczepów. Dotyczy to mięśni: żwaczy, mostkowo-obojęzyczkowo-sutkowych, skroniowych, nadgnykowych, podgnykowych i podpotylicznych. Następnie badamy możliwość obciążenia stawów skroniowo-żuchwowych. Robimy to za pomocą „rękoczynu

kontrola kontaktów między zębami szczęki i żuchwy, nie jest możliwa, ponieważ ze względu na napięcia struktur możemy nie znaleźć kontaktów we właściwych miejscach. Pacjent wymaga wtedy deprogramowania mięśni i bardziej szczegółowego badania, aby zróznicować, czy proces jest wewnątrz- czy zewnątrzstawowy.

Jeśli natomiast możemy obciążyć stawy skroniowo-żuchwowe bez napięcia czy bólu w okolicy stawów, to możemy sprawdzić miejsca przedwczesnych kontaktów. Następnym etapem jest kontrola artykulacji. Szukamy wtedy przeszkód w obrębie zębów bocznych. Z obserwacji klinicznych wygląda na to, że najbardziej destrukcyjne działanie na stawy skroniowo-żuchwowe, zęby i przyzębie mają kontakty na bocznych zębach po stronie balansującej. Te kontakty niemal zawsze występują także u pacjentów z bólami głowy.

Ekwilibracja bez tajemnic

Jeśli teraz zamierzamy skorygować zgryz pacjenta w zakresie okluzyjnej i artykulacji, należy wykonać modele gipsowe i oprawić je w artykulator. Jest to bardzo ważny punkt badania, który różni sposób badania przedstawiany przez Dawsona od innych. Na oprawionych w artykulator modelach wyrównujemy zgryz, starając się doprowadzić do równych i prawidłowych kontaktów na zębach i prowadzenia kłowego. Jest to test, czy takie postępowanie w ustach pacjenta doprowadzi do zamierzonego celu. Zdarza się przynajmniej kilku pacjentów na rok, u których wyrównanie zgryzu przez doszlifowanie nie jest z jakichś powodów możliwe lub nie prowadzi do wyrównania zgryzu. Próby doszlifowania u nich bezpośrednio w ustach skończyłyby się poniszczeniem zębów bez doprowadzenia do wyrównania zgryzu lub tzw. częściową ekwilibracją. Ekwilibracja to nic innego jak wyrównanie zgryzu prowadzące do stabilnych, równych kontaktów między zębami żuchwy i szczęki.

Jeśli test przeprowadzony na modelach pacjenta prowadzi do zamierzonego efektu – czyli do wyrównania zgryzu – wtedy możemy wykonać ekwilibrację w ustach pacjenta. Ekwilibracja u niemal wszystkich odczuwana jest natychmiast po zabiegu jako bardziej komfortowy układ szczęk z większym „luzem” w zgryzie i mniejszym napięciem mięśni. Niemal wszyscy pacjenci odczuwają różnicę natychmiast. Tylko pacjenci mało wrażliwi z niewielkimi korektami poczuwają niewielką różnicę.

Po ekwilibracji możemy przystąpić do wykonywania wszelkich



foto: style-photographs/istockphoto.com

Artykulator.

CT dokładnie widać ewentualny płyn w zatokach, pogrubiałą śluzówkę, torbiele, a także drożność przewodów nosowych.

Niestety, bardzo często **nadwrażliwość zębów** jest odczytywana jako problem sam w sobie, a nie jako objaw głębszej patologii. Osobiście zalecam pasty na nadwrażliwe zęby wyłącznie pacjentom noszącym tymczasowe uzupełnienia protetyczne, mającym oszlifowane zęby. Nadwrażliwość zębów jest typowym

Dawsona”. Polega on na oburęcznym nacisku na żuchwę w górę jednoczesnym ruchem rotacyjnym. Bardzo podobnie fizykoterapeuci badają możliwość obciążenia stawów skroniowo-żuchwowych.

Jeśli jeden ze stawów reaguje napięciem lub bólem, mamy do czynienia z procesem patologicznym, który toczy się w stawie lub jego najbliższej okolicy. Niemożliwe jest wtedy precyzyjne zarejestrowanie centralnej okluzyjnej. Następnym etapem badania, jakim jest

Warto pamiętać

Nawet u pacjentów, u których stwierdzamy, że centralna relacja nie jest tożsama z maksymalnym zaguzkowaniem, ale nie występują oznaki niszczenia zębów czy przyzębia i pacjent nie zgłasza dolegliwości w postaci bólów głowy czy napięć mięśni twarzy, wykonanie jednego małego wypełnienia bez ekwilibracji jest w stanie zaburzyć stabilizację narządu żucia i wywołać objawy.

Pierwszym powikłaniem będzie nadwrażliwość na temperaturę i ból podczas jedzenia.

Pamiętajmy więc o tym, że praca w niewygodnym zgryzie, który nie jest w centralnej relacji, niesie za sobą zawsze ryzyko powikłań.

Prawidłowa diagnostyka w wielu przypadkach uchroni nas i pacjenta przed niepotrzebnymi dolegliwościami i dodatkowymi wizytami.

wypełnień i uzupełnień w ustach pacjenta, ciągle kontrolując, czy nasza praca nie zaburza centralnej relacji. Wiele osób pyta, czy ekwilibrację wystarczy wykonać raz na całe życie. Zwykle to nie wystarczy. U większości pacjentów po kilku miesiącach stwierdzamy przeszkody w okluzyjnej czy artykulacji. Nie są one duże, nie wymagają ponownej kontroli na modelach. Należy przeprowadzić ekwilibrację, która zwykle zajmuje kilka minut. Komfort pacjenta poprawia się, a my możemy być spokojni o nasze wypełnienia i uzupełnienia. ■

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 Falkowski (Warszawa), Alicja Giedroyc, lek. dent. Wojciech Kożuch (Kraków), Barbara Ryba, 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 Powierza – kierownik zespołu, Piotr Górnicki, Mariola Damińska, 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

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