Podstawowa zasada okluzji 1

Utrzymuj zęby bez kontaktu!

Koncepcje okluzji rozwijano stopniowo metodą prób i błędów. Dekady temu prekursorzy tej dziedziny, tacy jak McCollum, Stuart i inni, stworzyli optymalne schematy okluzyjne w stomatologii [1]. Większość z nich przetrwała próbę czasu, choć ostatnio badania naukowe potwierdziły, że stosowanie tylko niektórych schematów okluzyjnych jest bezpieczne i zakończy się sukcesem [2]. W związku z tym zaproponowano inne schematy oraz koncepcje okluzyjne [3]. Każdy, kto próbuje poznać, zrozumieć czy nauczać jakiejkolwiek filozofii okluzji, musi w niej dostrzegać pewne elementy prowadzące do sukcesu. Dotyczy to zwłaszcza osób, które nie są skore do zmiany poglądów i wybranego przez siebie sposobu. Myślą one w następujący sposób: skoro przez lata objaśnianie tych samych metod leczenia kończyło się sukcesami osiąganymi zarówno przez nauczających okluzji, jak i przez ich studentów, to dlaczego należałoby coś zmieniać? Mnie jednakże bardziej interesuje to, co stanowi o powtarzalności sukcesu osiąganego niezależnie od przyjętej formy leczenia okluzji, tzw. filozofii okluzji. Po namyśle i dokładnym zapoznaniu się z literaturą doszedłem do wniosku, zakładając istnienie wspólnej cechy wszystkich filozofii okluzji, które kończą się sukcesem w leczeniu, że warunek minimum to sytuacja, w której zęby nigdy nie kontaktują się ze sobą. Jeżeli tak będzie zawsze, to co złego może się stać? Czy wtedy jedna filozofia okluzyjna może być lepsza od innej [4]? Gibbs i Lundeen dzięki swoim gruntownym i przełomowym badaniom nauczyli nas, że kontakt między zębami szczęki

Rycina 1. Aby leczenie zwarcia nie pozostawiło po sobie „dowodu winy" (ang. *smoking gun*), należy zachęcać pacjentów: „Utrzymujcie zęby bez kontaktu!"

i żuchwy jest raczej wyjątkiem niż regułą [5]. Zęby idealnie pasują do siebie w zwarciu jedynie podczas żucia (przez ułamek sekundy, gdy dochodzi do przegryzienia kęsa jedzenia i kontaktu pomiędzy zębami) oraz podczas połykania. Te kontakty międzyzębowe mogą się pojawiać tysiąckrotnie w ciągu dnia i kumulują się, dając całościowy czas kontaktu, który wynosi około 10-15 minut; czas, w którym dochodzi do większości kontaktów zmienia się w niewielkim stopniu. W związku z tym sukces okluzji i terapii okluzyjnej (szczególnie powiązany ze stomatologią odtwórczą i protetyką) jest, o ironio, optymalny, gdy pacjenci w ciągu dnia świadomie nie dopuszczają do kontaktu między zębami żuchwy i szczęki. Tym samym większość dyskusji, jeżeli nie wszystkie, na temat filozofii kontaktów pomiędzy zębami okazuje się niepotrzebna. Dlatego kwestia występowania kontaktów, bądź ich braku, pomiędzy zębami szczęki i żuchwy w ciągu dnia jest kluczowym elementem, decydującym o tym, czy terapia okluzyjna zakończy się powodzeniem. Ponadto, będąc centralnym, wspólnym punktem wyjścia dla planowania okluzji, doskonale wpasowuje się w każdą filozofię okluzji, którą się wybierze i według której się postępuje (rycina 1).

Jednocześnie należy zauważyć, że bruksizm nocny jest jednostką chorobową, w której bez udziału świadomości pacjentów dochodzi do wyolbrzy-

mionego kontaktu (pod względem liczby i siły) pomiędzy zębami górnego i dolnego łuku. W takich sytuacjach pacjentom potrzebna jest pomoc lekarzy, którzy dzięki wykonaniu twardych szyn akrylowych stwarzają warunki do rozklinowania zębów i ich ochrony w trakcie nieświadomego nawyku zaciskania / zgrzytania zębami. Należy je nosić w nocy w celu zapobiegania ścieraniu się zębów oraz uszkodzeniom prac protetycznych [6]. Pacjentom ze stwierdzonym bruksizmem, po zakończeniu rozległej terapii stomatologicznej, nie można zatem dać żadnej gwarancji na utrzymanie efektów leczenia, jeśli odmawiają noszenia twardej szyny akrylowej w nocy oraz powstrzymywania się od niefizjologicznego zaciskania zębów w ciągu dnia (ryciny 2 i 3) [7]. Zespoły stomatologiczne powinny w odtwarzaniu i zapewnianiu zdrowia jamy ustnej pacjentów pełnić rolę służebną, a nie rościć sobie prawo do ingerowania w to zdrowie, kierując się subiektywną oceną. Pozwala to na zbudowanie pomiędzy lekarzem a pacjentem relacji opierających się na zasadzie *win-win* – każdy wygrywa.

Ryciny 2 i 3. Szyna akrylowa twarda pokrywająca wszystkie zęby szczęki górnej, przeznaczona do ochrony zębów w nocy. Ochronę zębów w ciągu dnia uzyskuje się przez zobowiązywanie pacjenta do utrzymywania zębów bez kontaktu

Kiedy uczę kolegów o terapii okluzyjnej, zawsze rozpoczynam od podkreślenia, że ponad 50% czasu leczenia poświęcam na rozmowę z pacjentem w pokoju do konsultacji. Moje słowa zwykle spotykają się z niedowierzającymi spojrzeniami uczestników, którzy próbują zrozumieć, dokąd zmierza to seminarium. Dlaczego mówię o rozmowie z pacjentem, a nie o okluzji? Od samego początku chcę przekazać, jak olbrzymie znaczenie ma edukowanie pacjenta zamiast traktowania go jedynie jako obiektu leczenia. Pacjent musi zrozumieć elementarną filozofię stomatologii, że to on jest w głównej mierze odpowiedzialny za zdrowie swojej jamy ustnej. Jak jeszcze można mu zasugerować, na czym polega ta odpowiedzialność? Należy podkreślać, że w trakcie dnia powinien utrzymywać zęby osobno, natomiast nocą – nosić twardą szynę akrylową. Niestety, utrzymywanie zębów bez kontaktu wydaje się tak oczywiste i banalne, że nowicjusz albo zbyt pewny siebie lekarz zapomina o podaniu tego wskazania. Kiedy terapia kończy się niepowodzeniem spowodowanym np. przesilonym (nadmiernym) kontaktem pomiędzy zębami, wtedy pojawia się przebłysk (ang. *aha moment*), który przypomina podświadomie lekarzowi o Podstawowej zasadzie okluzji 1 – utrzymywaniu zębów bez kontaktu, którą usłyszał gdzieś na kursie lub ode mnie. Co więcej, gdy otrzymuję od kolegów prośby o konsultacje związane z rozwiązaniem problemów okluzji, okazuje się, że zasada „zęby osobno" jest prawie zawsze pomijana lub w niewłaściwy sposób przekazywana (wielu lekarzy nie zdaje sobie sprawy z Podstawowej zasady okluzji 1 i właśnie dlatego napisałem tę książkę). Edukacja pacjenta jest w związku z tym zawsze zalecana i najlepiej, jeżeli się ją rozpocznie jeszcze przed podjęciem terapii, ponieważ zawsze łatwiej wyjaśnić coś zawczasu, niż później się tłumaczyć. Spędzając czas na konsultacji, czujemy, że jest on wyjątkowo cenny, ponieważ nie tylko przyśpiesza proces leczenia, lecz także pośrednio określa role – kto jest odpowiedzialny za utrzymanie własnego zdrowia, a kto pomaga rozwiązać problem.

Zbudowanie solidnej, otwartej, pełnej szacunku relacji z pacjentem jest obowiązkiem, który każdy lekarz musi spełnić przed rozpoczęciem rozległego leczenia, czyli całkowitej rehabilitacji jamy ustnej. Działamy jako konsultanci uświadamiający naszym pacjentom podstawy profilaktyki i fizjologii w stomatologii, tj.: kwestie związane z higieną jamy ustnej, dietą, definiowaniem oraz leczeniem parafunkcji. Lekarz stomatolog ze swoim zespołem (technik, higienista, asystent, recepcjonista itd.) powinien precyzyj-

nie określać czas oraz zaangażowanie, które będzie wymagane od pacjenta przed leczeniem, w trakcie i po leczeniu, oraz wzmocnić przekaz, podkreślając, że opieka stomatologa to nieustająca podróż, a nie cel podróży, który osiąga się w pewnym momencie. Chcemy zaangażowanego, czynnie uczestniczącego w procesie leczenia pacjenta. Podstawą jest więc wypracowanie wraz z nim wspólnego podejścia do dbania o zdrowie i higienę jamy ustnej. Jeżeli pacjent będzie prawidłowo się odżywiał, jeżeli zadba o higienę oraz utrzyma swoje zęby bez kontaktu / będzie nosił szynę stomatologiczną w nocy (gdy źródłem problemów są nocne parafunkcje), to jego współpraca z lekarzem stomatologiem i całym zespołem ułoży się dobrze, a w konsekwencji wszyscy osiągną sukces. Skuteczna współpraca pomiędzy lekarzem, jego zespołem a pacjentem ulega zaburzeniu zwłaszcza wtedy, kiedy normą u pacjenta jest występowanie nadmiernego kontaktu pomiędzy zębami. Nie ma znaczenia, który specjalista staje w obliczu tego problemu, ponieważ wpływa on na każdą z dziedzin stomatologii, a głównymi tematami do dyskusji stają się: kontakt między zębami, rozkład i wielkość siły oraz stres. Im wcześniej lekarz zrozumie, zdiagnozuje i zaplanuje, jak prowadzić leczenie u pacjenta z realnym problemem parafunkcji, tym bardziej satysfakcjonujące będzie to leczenie.

Niezależnie od tego, czy stomatolog praktyk to ortodonta, endodonta, periodontolog, chirurg stomatologiczny, czy stomatolog zachowawczy, w sytuacji przedłużonego, nadmiernego kontaktu pomiędzy zębami (parafunkcji) powinien uwzględnić w planie leczenia przywrócenie stabilizacji mechanicznej oraz zrównoważonego nacisku, a także rozkład siły! W szczególności od razu można pomyśleć o zjawisku „pękniętego zęba”* (ang. *cracked tooth syndrome*) [8]. Jeżeli zatem pacjent świadomie lub nieświadomie nadmiernie wywiera nacisk na zęby, to przynajmniej próba kontroli sił nacisku przez zbalansowanie i najlepszą z możliwych dystrybucję sił okluzji na powierzchniach okluzyjnych zębów, spełniającą akceptowalne zawodowe standardy stomatologiczne, stworzy szansę, by nasza praca przetrwała.

* Termin powszechnie znany w stomatologii, oznacza pęknięcie korony albo korzenia zęba spowodowane wywieraniem na powierzchnie zgryzowe zębów zbyt dużej siły generowanej nadmiernie podczas żucia [przyp. tłum.]. Wszystkie przypisy pochodzą od tłumaczy.