Podstawowa zasada okluzji 4

Niezmienna powtarzalność położenia

Szeroka opieka stomatologiczna, czy to stomatologia odtwórcza, ortodoncja, czy też chirurgia ortognatyczna, wymaga ustalenia punktu wyjścia bądź referencyjnego. Tradycyjnie punktem wyjścia lub referencyjnym jest relacja centralna (CR) [1]. Jednakże w *Glosariuszu terminów protetycznych* znajdziemy siedem różnych definicji CR. CR może się w takim przypadku stać **relacją niejasną** (ang. *confusing relation*). Niektórzy lekarze polecają ponadto inne punkty wyjścia, np. miocentryczne (ang. *myocentric*) [1, 2], co prowadzi nas tylko do **większej niejasności**. Co zatem powinien zrobić lekarz? Kto ma rację? Kto się myli? Tak naprawdę nie jest najważniejsze, gdzie znajduje się punkt wyjścia, ale czy jest on odtwarzalny oraz stały [3, 4]. Moim zdaniem CR jest **położeniem niezmiennie powtarzalnym** (ang. *consistently reproducible*) [5].

Kondycja stawu skroniowo-żuchwowego, a co za tym idzie – stabilność CR, musi być przy planowaniu terapii okluzyjnej stwierdzona już na samym początku. Brak zapalenia oraz dyskomfortu ze strony SSŻ to niezbędne czynniki, których występowanie można bez trudu zweryfikować badaniem klinicznym oraz testami, takimi jak: 1) delikatna palpacja torebki SSŻ, 2) delikatne umieszczenie palców w zewnętrznym kanale słuchowym przy biernej oraz aktywnej ocenie stanu SSŻ, 3) oburęczne obciążenie SSŻ zgodnie z techniką Dawsona, 4) testowanie wałeczkiem ligniny, ułożonym

po jednej stronie żującej pacjenta – mocne naciśnięcie na wałeczek powoduje obciążenie SSŻ po przeciwległej stronie [6, 7]. Pomimo odgłosów SSŻ, takich jak trzaski podczas przemieszczenia krążka stawowego z możliwością repozycji, które bywają niekomfortowe dla pacjentów, lekarz klinicysta może przy braku bólu oraz dysfunkcji uznać taką sytuację za stabilną, gdyż tkanki SSŻ mają zdolność do remodelingu oraz naprawy [8]. Mamy wtedy do czynienia z pojęciem tzw. zaadaptowanej relacji centralnej, w której dochodzi do wytworzenia się pseudokrążka (ang. *pseudodisc*) [9]. Podsumowując, kondycję SSŻ oraz otaczających go struktur można ocenić przez obciążanie stawu oraz wykorzystywanie innych metod, takich jak zaciskanie, testy oporowe w trakcie wykonywania ruchów czynnościowych, palpację mięśni itd. [6, 7]. Każdy pozytywny wynik tych testów wymusza niejako na klinicyście przeprowadzenie dalszej oceny oraz określenie, czy w SSŻ jest, czy nie ma procesu zapalnego lub dysfunkcji oraz jak powinien w związku z tym przebiegać proces leczenia lub czy jest potrzebne dodatkowe badanie (np. MRI – badanie techniką rezonansu magnetycznego). Kompleks głowa żuchwy–krążek stawowy w SSŻ będzie pozostawał stosunkowo stabilny tak długo, jak długo nasi pacjenci nie będą nadużywać własnego układu żucia oraz jeśli w przypadku nadużywania stworzą warunki do jego naprawy [8]. Generalnie więc całe główne leczenie stomatologiczne odbywa się przy położeniu głowy żuchwy w panewce stawowej z obecnością lub bez odgłosów w SSŻ, czyli w praktycznej i fizjologicznej pozycji, znanej jako CR [5]. Kiedy przeciwstawne łuki zębowe zwierają się w okluzji, a głowa żuchwy znajduje się w CR, to stan taki określa się jako okluzję centralną (ang. *Centric Occlusion* – CO), która w warunkach idealnych pokrywa się z maksymalnym zaguzkowaniem albo zgryzem nawykowym [1]. Co istotne, **niezmienność** oraz **powtarzalność położenia** są tym, czym jest CR, i dlatego cel nadrzędny dla lekarza to znalezienie niezmiennie powtarzalnego położenia przy zaakceptowanym VDO, w którym zęby mogą pracować, co czyni tę metodę relatywnie prostą oraz możliwą do realizacji. Uzyskuje się to dzięki współdziałaniu lekarza i pacjenta podczas wyznaczania tego położenia przez asystowanie lekarza, w formie biernej palpacji żuchwy, w trakcie wykonywania przez pacjenta ruchu przywodzenia żuchwy, a nie przez manipulację i wymuszanie przez lekarza położenia żuchwy pacjenta.

Od czasu do czasu nieunikniona staje się rehabilitacja pacjenta, u którego doszło do przesunięcia głów żuchwy do przodu w panewce stawowej

(tzw. doprzednie ułożenie głów żuchwy w SSŻ). Techniki rehabilitacyjne przy doprzednim ułożeniu głów żuchwy w SSŻ, kiedy przesunięte doprzednio w miejsce krążka stawowego tkanki zakrążkowe nie są w stanie znieść obciążenia generowanego podczas żucia, polegają na leczeniu pacjenta w tym doprzednim położeniu, ale z krążkiem umiejscowionym na głowie żuchwy (ang. *on the disc*). Podobna sytuacja występuje, gdy pacjent ma II klasę szkieletową, a chciałby, aby finalną zwarciową pozycję leczniczą przenieść bardziej do przodu (pacjent w szkieletowej klasie II, który chce przejść do klasy szkieletowej I) [10]. Niektórzy lekarze praktycy preferują w takich sytuacjach technikę miocentryczną (ang. *myocentric*) [2]. Najważniejsze nie jest tutaj jednak, czy coś jest dobre lub złe albo kto ma rację, a kto tkwi w błędzie, lecz to, jak niezmiennie powtarzalna i stabilna jest wzajemna relacja elementów składowych SSŻ, w szczególności przy zwartych zębach [3, 4]. Chcemy zatem **niezmiennie powtarzalnej** pozycji wyjściowej i, szczerze powiedziawszy, nie ma znaczenia, na jakiej pozycji wyjściowej lekarze pracują lub jakiej techniki używają – powinni tylko być pewni, że to, co robią, robią prawidłowo [5]. Lekarze praktycy muszą poświęcić czas na ćwiczenia, aby nauczyć się technik prowadzenia żuchwy przez bierne asystowanie palpacyjne żuchwie, zgodne z torem prowadzenia żuchwy. Przez technikę prowadzenia zgodnego z torem prowadzenia żuchwy rozumiem niewymuszone, delikatne prowadzenie żuchwy w taki sposób, żeby punkt lub znacznik referencyjny zaznaczony na czole pacjenta nie przemieszczał się. Nie powinno wtedy dochodzić do ruchu głową ani wygięcia szyi na kształt łuku. Nie należy manipulować, a jedynie prowadzić. Istota prowadzenia w stosunku do manipulacji zostanie bardziej szczegółowo omówiona w rozdziale 7 („Ekwilibracja zwarcia"). Poniższe informacje powinny was ucieszyć – na szczęście istnieje wiele placówek naukowych, w których można odbyć kurs podstawowych technik prowadzenia żuchwy, a kiedy opanuje się je do perfekcji (ang. *mastering*), przestają odstraszać (rycina 1).

Jednakże należy pamiętać, że wyuczone i stosowane techniki są tak skuteczne, jak lekarz je wykonujący, a co dobrze działa u jednego lekarza, może nie być już tak efektywne u drugiego (ryciny 2-5).

Początkowo powtarzanie wyuczonego sposobu leczenia jest dobre, ale w pewnym momencie należy dodać do niego kilka składników. Na przykład pacjenci, którzy mają duże, krzaczaste brody zmuszają nas do mo-

Rycina 1. Możliwości uczenia się i korzystania z doradztwa (mentoringu)

1. Dawson Center, info@DawsonCenter.com
2. FOCUS, seria: Ja Mogę, Ty Możesz, www.DrRacich.ca, mike@DrRacich.ca
3. Kois Center, info@koiscenter.com
4. Las Vegas Institute, info@lvilive.com
5. Newport Coast Oral Facial Institute, info@ncofi.org
6. NGA Seminars, www.guichetdental.com
7. Pankey Institute, info@pankey.org
8. Piper Education Research Center, info@pipererc.com
9. Spear Education, info@scottsdalecenter.com
10. The Nash Institute for Dental Learning, www.nashinstitute.com

Rycina 2. Prowadzenie bródkowe (jednoręczne)

Rycina 3. Prowadzenie oburęczne

dyfikacji wyuczonej do tej pory techniki po to, aby osiągnąć niezmienne prowadzenie żuchwy. Ta sytuacja dowodzi, że podstawy naukowe w stomatologii ulegają wzmocnieniu dzięki sztuce leczenia, która z kolei z czasem jest delikatnie modyfikowana przez doświadczenie, prowadząc lekarza do zdobycia mistrzowskich umiejętności.