



Maciej Marcinowski

### *DNI OKLUZJI, 9-10 listopada 2018, Warszawa. dr n.med. Maciej Marcinowski*



Okluzja to niewątpliwie gorący temat ostatnich lat. Jedni od zawsze o niej słyszeli, ale bali się zapytać o więcej. Inni od lat w niej siedzą „po uszy” i jest to dla nich chleb powszedni. Zarówno tych pierwszych jak i drugich miał połączyć event Dni Okluzji. Do udziału w nim zaproszono znane autorytety światowe oraz polskich orędowników wiedzy o zgryzie.

Wnętrza hotelu International, w którym odbywała się konferencja, zapewniały należyty prestiż i bliszczy temu wydarzeniu. Pierwsi uczestnicy przybyli już przed 8 rano wraz z lądowaniem porannych rejsów do Stolicy, by wziąć udział w dodatkowej sesji specjalnej prowadzonej przez ikonę ortodontyki dra Domingo Martina z Hiszpanii oraz dra Salvadora Congosta z Niemiec.



Dr Domingo wspominał z przekorą na początku wykładu, że to co przedstawi, nie będzie „evidence based medicine”, a kliniczną wiedzą popartą 50 tysiącami wyleczonych pacjentów.

Dodał także, że przy leczeniu 90 % swoich pacjentów współpracuje z protetykiem, bo ważne jest, żeby mieć tę samą filozofię pracy oraz wspólny plan. Dr Domingo stara się uzyskać stabilną pozycję stawową. Wspominał w swoim wykładzie prekursora nowoczesnej ortodontyki, dra Rotha, który był w pewnym okresie swojej pracy tak sfrustrowany ortodontją, że zapragnął zostać protetykiem. W tym celu dr Roth wziął udział we wszystkich kursach gnatologicznych, jakie w tamtym czasie były dostępne. Po ich ukończeniu stwierdził, że jednak nadal chce być ortodontą. Miał jednak plan, by szerzyć nabytą wiedzę wśród ortodontów. Nie spotkało się to niestety z dobrym przyjęciem środowiska. Warto zaznaczyć, że poprzez wieloletnią manipulację, polegającą na wprowadzaniu żuchwy do tylnej pozycji, kciuk dr Rotha, stał się wygięty pod kątem 90 %.

Dr Domingo mówiąc o swojej pracy zaznaczył, że kiedy kończy dane leczenie, artykuuje modele w artykulatorze i wtedy się przekonuje, że nie jest tak łatwo uzyskać idealne wyniki leczenia. Musimy mieć dobrego protetyka, bo często istnieje potrzeba odbudowania startych zębów w przednim odcinku.

Wg dra Martina, nie powinniśmy szukać centralnej relacji, bo ona nie istnieje. To sformułowanie tylko nam komplikuje życie.





Pozycja, którą powinniśmy osiągnąć to powtarzalna pozycja. Bardzo często przeszkadza nam pamięć mięśniowa i to ją musimy zmienić, ale może to być nieskuteczne. Dr Domingo proponuje, aby pacjent żuł gumę i trenował mięśnie, by działały prawidłowo. Mówca wprowadził stwierdzenie „klasa 1. kłykcia” i wg niego ignorancją anatomii jest otwieranie zgryzu szynami. Jest też problem z definicją okluzji, bo ta, która funkcjonuje w obiegu, jest bezużyteczna. Klasa pierwsza Angle’a jest ideałem i musimy do niej dążyć, ale ortodonta robią dziwne rzeczy, żeby dojść do klasy I oraz



Wykładowca wspominał o swoim przykładzie, kiedy mówiono mu, że jest bruksistą. Ścierał zęby do czasu, kiedy 13 lat temu dr Salvador Congost odbudował zgryz dr Domingo w pozycji kłykciowej. Z przymrużeniem oka, wykładowca przywołał fakt, że inni lekarze twierdzili, że jego bruksizm wynika z tego, że śpi 5 h na dobę oraz że ma tę samą żonę od wielu lat. Dr Domingo nadal ma tę samą żonę, a rodzina powiększyła się o kolejną dwójkę dzieci. Mimo tego, już nie zgrzyta i dziękuje Bogu, że się okazało, że nie jest bruksistą.



bardzo często pokazują modele bez zawierakowania, bez pokazania twarzy, kłykci i wzajemnej relacji szczęki do żuchwy. Smutną konkluzją jest to, że cała stomatologia, to w większości przypadków retreatment. Dr Martin zawsze ciężko przeżywa sytuacje, kiedy przychodzi do niego pacjent po 3 latach leczenia ortodontycznego i wymaga ponownego leczenia. Ma jednak nadzieję, że coraz więcej lekarzy będzie zwracało uwagę na okluzję. Dzięki temu osiągną lepsze i bardziej stabilne wyniki.

W dalszej części wykładu został pokazany przykład idealnej I klasy. W centralnej relacji był jednak kłykiec poza stawem - wysunięty do przodu. Doktor pokazał przykład 15-letniej dziewczyny, która jest w I klasie, ale ma już starte zęby. Niektórzy rodzice obwiniają doktora, że otwiera zgryz szynami, a tak naprawdę wprowadza do stawu kłykiec. To co widzisz w jamie ustnej, to często część prawdy. To, co widzisz patrząc na kłykiec, ma największe znaczenie w planowaniu leczenia.

Większość ortodontów nie zakłada zamków na 2 trzonowca i przez to tracą orientację i otwierają zgryzy. Zęby usytuowały kłykiec w pozycji w indywidualnej pozycji, ale z kolei mózg, chce żebyś jadł. Przez to powstają napięcia w stawie, bo żuchwa jest wysuwana.

Kolejnym wykładowcą przedpołudniowej sesji specjalnej był Dr Salvador Congost z Kinsau w Niemczech. Rozpoczął swój wykład mówiąc o przedwczesnych kontaktach międzyzębowych. Te na przodzie są znacznie gorsze niż na tyle, bo mięśnie muszą wykonać dużo pracy, by ich uniknąć. Jednak ceną takich uników są zaniki kostne i bolące mięśnie. Wspomniał także o grupie pacjentów tzw. „chop-choppers”, gdzie w czasie żucia nie występują właściwie ruchy boczne oraz w trakcie ruchów używa się niewielkiej liczby mięśni. Dlatego powinniśmy badać mięśnie i sprawdzać, czy pracują tylko te, które powinny. Warto nadmienić sytuację adaptacji tkanek, która jest następstwem uniknięcia dysfunkcji mięśni antagonistów.

Dr Congost omówił leczenie pacjentki, która miała duży problem po wykonaniu koron protetycznych. Poprawa nastąpiła dopiero po kilku miesiącach leczenia szynami. Po tym okresie nastąpiło dopiero wstępne leczenie ortodontyczne.

Następnie wykładowca pokazał, jak dopasować szyny i ukształtować zęby z użyciem 10 mikronowej kalki. Dr uważa, że z CAD-CAM, nie da się odtworzyć prawidłowych powierzchni żujących. Omówił też technikę polegającą na wklejaniu koron tymczasowych na cement stały, w celu uzyskania stabilnej pozycji stawowej, a potem pokazał ponowne wyciski z rozcięciem tymczasowych koron. Kluczowe jest zrozumienie faktu, że jeśli ustabilizujemy pozycję stawową, to zmienia się rysy twarzy i ekspresja zębów. Dr Salvador bardzo często stosuje rozwiązania tymczasowe na okres od 6 miesięcy do nawet 2 lat. Właśnie tak powinniśmy przeprowadzać całkowite rekonstrukcje, przechodząc z bezzębnej szczęki na mosty na implantach.

Dr Domingo kontynuował swoje wystąpienie przypominając ważne zdanie, że jako ludzie „jesteśmy tygrysem, a nie krową”, jeśli chodzi o model żucia. Musimy bardzo uważać, jak jemy z nowymi zębami. Najbezpieczniej jest z tego powodu przeprowadzić pacjenta na szynach lub na protezach tymczasowych i potem robić rozwiązania ostateczne. Zawsze możemy zmodyfikować szynę w ustach, używając np. płynnego kompozytu. Każdy pacjent jest

inny i zawsze musimy osiągać indywidualną, idealną wysokość pionową. Recydywy wad ortodontycznych, często biorą się z braku prawidłowego „arc of closure”.

Kiedy nie jesteśmy w stanie osiągnąć stabilnej pozycji stawowej, to pacjent musi nosić szyny.

Powinniśmy augmentować tkanki miękkie, jeśli chcemy wychylać zęby. To powinno zapewnić utrzymanie kości na stabilnej pozycji.

Dr Domingo często obserwuje odklejanie się stałych reteinerów i ich wyginanie się, jednak pacjenci muszą przyjąć do wiadomości, że zęby będą ulegały niewielkim przemieszczeniom przez lata po zakończonym leczeniu. Stała retencja stabilizuje według wykładowcy zgryz, ale jest wbrew fizjologii. W ciągu najbliższych 2-3 lat nie będzie już stosowana stała retencja.

Dr Martin oczekuje tego, że protetyk określi, co ma zrobić ortodonta, a nie odwrotnie.

Niektóre plany leczenia, rozpoczynają się od zabiegów polegających na odbudowaniu wszystkich zębów do kształtów anatomicznych. W innych natomiast sytuacjach, nie dotyka się w ogóle wiertłem zębów. Brak rekonstrukcji zębów przed leczeniem, może sprawić, że cel leczenia będzie trudny do osiągnięcia lub mało przewidywalny. Prelegent zawsze robi wyciski przed zdjęciem aparatu, żeby sprawdzić, jak blisko jest zaplanowanej pozycji i stosuje zasadę, by 3-4 mm brzegów siecznych było widocznych przy swobodnie otwartych wargach. Taki wygląd odmładza wizerunek. Protetyk to osoba, która zawsze kończy leczenie i doprowadza do pożądanego efektu estetycznego.

Drugi dzień konferencji otworzył profesor Jan Pietruski, omawiając prowadzenie leczenia w stabilnej okluzji oraz ortopedycznej pozycji stawu skroniowo-żuchwowego.

Na początku swojego wykładu poddał do dyskusji leczenie w maksymalnym zaguzkowaniu bez analizy modeli. Bardzo często może to generować przyszłe problemy TMD. Profesor przytoczył informacje, z których wynikało, że grupa autorów w latach 90-tych udowodniła, że nie ma zależności pomiędzy leczeniem ortodontycznym, a zaburzeniami okluzji. Z drugiej jednak strony, wiele badań, w tym tych najnowszych, pokazuje, że przedwczesne kontakty będą wywoływały zaburzenia okluzyjne. Często nie wiemy czy problem w stawie doprowadził do zmian w okluzji, czy też nieprawidłowa okluzja doprowadziła do zmian w stawie. Niezależnie jednak od przyczyny, na samym początku muszą być usunięte dolegliwości bólowe. Rozpoczynając leczenie powinniśmy na początku ocenić rokowanie, co do stabilności leczenia. Powszechną manifestacją zmian TMD jest zgryz otwarty. Jednostronna resorpcja kłykcia, z kolei wywołuje brak kontaktu po jednej stronie. Tylko



u kilkunastu procent pacjentów centralna relacja równa się okluzji centralnej oraz maksymalnego zaguzkowaniu. Wszystko, co montujemy pacjentowi w jamie ustnej będzie zawsze protezą i jest zawsze gorsze od własnego zęba. Rozbieżność powyżej 2 mm pomiędzy centralną relacją i maksymalnym zaguzkowaniem, powinna nas skłaniać do podjęcia działań w celu znalezienia stabilnej relacji centralnej. Jest na to wiele sposobów. Zanim przeanalizujemy staw skroniowo-żuchwowy możemy przeanalizować np. staw kolanowy. Staw skroniowo-żuchwowy jest wypukły. Profesor pokazał przykład 2 beczek postawionych na sobie. Jeśli pacjenta dotknęły procesy destrukcyjne w obrębie stawu, krążek stawowy nie jest obecny, to mówimy o zaadaptowanej centralnej okluzji.

Kolejnym wykładowcą był dr Tadas Korzinskas. Przedstawił na początek swoich nauczycieli m. in. dra Rauscha, który praktykuje w Niemczech w Kłajpedzie. Dr Korzinskas urodził się na Litwie. Podczas prezentacji zostały wspomniane teorie Gerbera dotyczące zbalansowanej okluzji. W USA z kolei powstawały teorie Payne i Lundeen oraz teoria PK Thomas, wedle której uzyskuje się 128 punktów kontaktu na zębach. Pojawiały się teorie, w których pacjent zębami przeciwstawnym kształtował powierzchnie żującą w przypadku pełnołukowych rekonstrukcji, gdy wszystkie zęby są preparowane albo, gdy w przeciwstawnym łuku są patologiczne starcia zębów. Kolejną omówioną teorią była teoria Biomechaniczna Heinz Polz oraz Biodynamiczny wax up wg dra Slawiczka. Według dra Tadasa oznakami dobrze funkcjonującej okluzji jest m.in. dobra wydajność żucia.

Doktor pokazał jak wiele błędów może przynieść błędna rejestracja łukiem twarzowym oraz nieprawidłowe zamontowanie w artykulatorze. To generuje konieczność korekt uzupełnień w okluzji i artykulacji oraz odpryski porcelany. Istotne jest także indywidualne ustalenie wartości kąta Beneta. To wszystko pozwala prawidłowo zaplanować rozkontaktowywanie guzków.

Solidna dawka wiedzy zapewne wystarczy na niedługo. Wszyscy zapewne już dziś odliczają dni do kolejnego tego typu wydarzenia.

Nie istnieje jednak okluzyjna droga do celu. Nie istnieje tylko jedna doktryna, która działa.

Najlepszą drogą okazuje się poznanie wielu teorii oraz używanie klinicznie tej, która najlepiej działa w naszych rękach, dając stabilne efekty leczenia naszym pacjentom.

Z pozdrowieniami nie tylko dla fanów CR, ale także CR7!

Wasz latający reporter.

dr n.med. Maciej Marcinowski