

Stomatologia, o jakiej nam się nie śniło

Współczesna stomatologia wykorzystuje metody cyfrowe, innowacyjne technologie materiałowe, medycynę regeneracyjną. Doświadczony specjalista potrafi naprawić wiele dziedzicznych lub nabytych schorzeń jamy ustnej.

Świadomość potrzeby leczenia tych patologii i istnienia możliwości terapii powinna służyć prewencji i prawidłowej diagnostyce, bowiem wiele schorzeń, m.in. gastrologicznych, reumatologicznych, ortopedycznych, neurologicznych, jest pochodną nierozwiązanych problemów stomatologicznych. Jest o tym przekonana dr n. med. Agnieszka Laskus, specjalista I st. stomatologii ogólnej i II st. periodontologii, były pracownik naukowy Instytutu Stomatologii AM w Warszawie — Zakładu Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia, Master of Science of Oral Implantology, ma międzynarodowy Certificate In Oral Implantology, nadany przez UM J.W. Goethego we Frankfurtie n. Menem, i krajowy certyfikat przyznany przez Ogólnopolskie Stowarzyszenie Implantologii Stomatologicznej. Poza leczeniem pacjentów dr Laskus zaangażowana jest w badania kliniczne i pracę dydaktyczną.

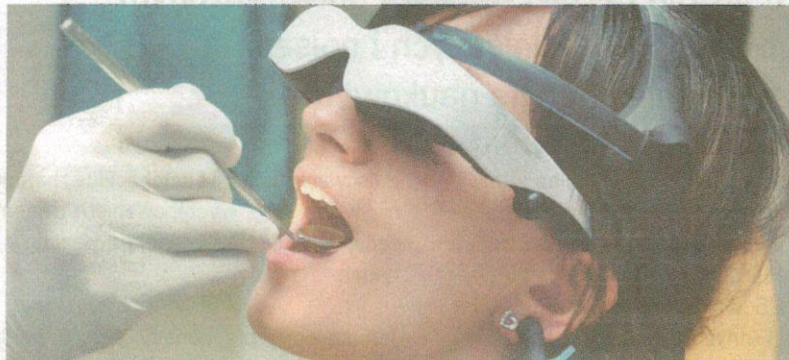
Na czym polega okluzja

„Leczenie protetyczne, ortodontyczne czy chirurgiczne dobrze jest rozpocząć jak najwcześniej. A każdy brak zęba w miarę możliwości od razu uzupełniać. Wady zgryzu, czyli nieprawidłowości w budowie łuków zębowych dotyczą sporej części populacji nie tylko w Polsce” — tłumaczy dr Laskus.

Wady zgryzu — podobnie jak inne czynniki, np. braki zębów, zmiany reumatyczne, wady uzupełnień protetycznych, niedopasowane wypełnienia zębów, nieprawidłowo wyznające się zęby mądrości, nieleczone choroby przyzębia — mogą prowadzić do zaburzeń okluzji. Okluzja to relacja pomiędzy zębami górnymi i dolnymi, jak również (wtórnie) prawidłowe ułożenie łuku zębów w stawie skroniowo-żuchwowym wraz z prawidłowym napięciem mięśni.

Choroba okluzyjna to destrukcyjne następstwo zaburzonej harmonii układu mięśniowo-stawowo-zębowego, objawiające się m.in. ścieraniem zębów, pękaniem lub obumarciem zębów, mobilnością i przesuwaniem zębów, zmianami w stawach skroniowo-żuchwowych, bólami głowy, zwiększonym napięciem mięśniowym w okolicach twarzy i szyi.

„Zaburzenia okluzji czasami wynikają np. z parafunkcji, takich jak gryzienie długopisu, paznokci, czy z bruksizmu (nocne zaciskanie zębów i zgryzanie)” — wyjaśnia specjalistka. „Zaciskacze” i „zgryzacze” budzą się zmeżeni z powodu bólów mięśniowo-stawowych. Powikłania takiego stanu rzeczy — patologiczną atrycję (zużycie zębów) — widać gołym okiem. Nadmierne starcie szkliwa i żębiny powoduje obniżenie wymiaru pionowego zęba, a w ślad za tym zanizone złączenie zębów: na twarzy pogłębiają się bruzdy wokół ust, skracają się odcinek między nosem a brodą. Obniżanie żębiny spod szkliwa i dalej mięszki powoduje



obumaranie zębów, inne pękają lub się kruszą. Wtórnie okluzja przeciąża ożębnią na skutek uderzania zębów o siebie. Ożębnią nadmiernie pracuje i albo obumiera, albo zęby stają się rozchwiane. Są bowiem „mądre” i uciekają przed każdym węzłem urazowym, przemieszczają się.

To dlatego pacjenci z zaburzeniami okluzji mają czasami zęby porożędzone we wszystkie strony — wypchnięte do przodu czy wachlarzowo rozchylane na boki. Rozchwiane siekacze, zęby przednie wysunięte do przodu, zęby dolne skrzywione na skutek dążenia do kontaktu z górnymi dają dziwny zgryz, a do tego dochodzą pęknięcia, obumarcia, rozchwiania, przemieszczenia. Kiedy zęby się przemieszczają, zmienia się płaszczyzna żgryzania, co przenosi się na mięśnie skroniowo-żuchwowe, powodując bóle mięśniowe i bóle stawu skroniowo-żuchwowego. Zaburzenia położenia głowy żuchwy mogą prowadzić np. do przemieszczenia lub zablokowania krążka stawowego, co wtórnie skutkuje np. bólem czy szczękocięskiem. Uścisk na staw skroniowo-żuchwy może powodować bóle promieniujące, podobne do neuralgii.

Korygowanie wad zgryzu u dorosłych

W leczeniu zaburzeń okluzji stosuje się deprogramację. Deprogramator to rodzaj nakładki na górną szczękę, pozwalającej ustawić zęby w prawidłowym położeniu, w którym odpoczywają głowy żuchwy w stawie skroniowo-żuchwowym, czyli w tzw. centralnej relacji. Po ustaleniu tej relacji prowadzona jest, w zależności od wskazań, dalsza terapia, np. leczenie ortodontyczne, protetyczne, ekwilibracja (korekta zgryzu przez zeszlifowanie) czy leczenie zachowawcze (pełna wymiana wypełnień). W niektórych przypadkach w celu osiągnięcia relacji centralnej wystarcza usunięcie wężła urazowego za pomocą podszlifowania zębów czy usunięcia np. nieprawidłowo wyrżniętych i ustawionych zębów mądrości.

„Pewne wady po uzyskaniu relacji centralnej da się od razu zrehabilito-

wać protetycznie czy implanto-protetycznie. Wady utrwalone koryguje się za pomocą chirurgii szczękowo-twarzowej, skomplikowanych operacji w połączeniu z leczeniem ortodontycznym — mówi dr Laskus. — U osób dorosłych za pomocą kompleksowego leczenia ortodontycznego nie tylko modelujemy układ wyrostków żębo-dolowych, w których osadzone są zęby (czyli to jak one stoją w łuku — prosto lub nie), lecz także staramy się wpłynąć na całość układu stomatognathicznego, dzięki czemu sprawimy, że zgryz jest poprawny, a napięcie mięśniowe w czasie i relacje kości szczęk optymalne. Łuki zębów stają się odpowiednio szerokie, zęby są proste, stoją w strefie neutralnej (sily, jakie w niej oddziałują, na zęby, równoważą się, dzięki czemu zęby nie zmieniają swojej pozycji), znikają napięcia mięśniowe”.

Aparat ortodontyczny w każdym wieku

W leczeniu ortodontycznym dorosłych stosuje się najczęściej aparaty stałe i aligerny (zdejmowalne, łatwe w utrzymaniu higieny przezroczyste nakładki). Ich zaletą jest o wiele krótszy czas leczenia w porównaniu do aparatów stałych. Wykonywane na zamówienie aligerny to najnowocześniejsza metoda leczenia prostych i złożonych wad zgryzu. Aligerny jest wymieniany u pacjenta co dwa tygodnie, tak aby zęby stopniowo przesuwały się we właściwe miejsce.

Powszechnie stosowane w ortodoncji nowoczesne techniki komputerowe pozwalają w dużym stopniu wyeliminować możliwość popełnienia błędów technicznych. Ale komputer to tylko narzędzie, sukces terapii zależy przede wszystkim od wiedzy lekarza i od dobrej współpracy pacjenta! Zaplanowanie i prawidłowe przeprowadzenie leczenia to szansa na ustawienie zębów we właściwym położeniu.

Uśmiech bez ubytków

„Niektórzy pacjenci uważają, że jak ubytki nie widać, można go nie

uzupełniać” — mówi dr Laskus. Tymczasem braki zębów wtórnie powodują szereg komplikacji ostatecznie odnoszących się do okluzji, np. przeciążenia siekaczy wynikają często z braku zębów trzonowych. Inny przykład to fenomen Godona (występujące w naturze zjawisko dążenia struktur do kontaktu). W przypadku braku dolnych zębów górne wysuwają się w dół, ku łuce po zębie przechylają się zęby sąsiednie, by ją zamknąć. Często zaburzenia zżarcia i problemy stawowe wywołują się z nieleczonej choroby przyzębia, wtórnych powikłań (pojawiających się, gdy zęby ulegają rozchwianiu albo patologicznemu przesunięciu), dotyczących więzadeł, działel i kości — tkanek „trzymających” zęby. Dlatego, niezależnie od postaci choroby przyzębia, wykonujemy badania diagnostyczne przed leczeniem i po jego rozpoczęciu. To warunek przejścia z fazy wstępnej do korekcyjnej czy do założenia aparatu ortodontycznego.

Niektóre zaawansowane zmiany przyzębia, nieustępujące po leczeniu wstępnym, wymagają zabiegów regeneracyjnych. W leczeniu implantologicznym, chirurgicznym (np. po resekcjach zębów, po usunięciu torbieli) chorób przyzębia używamy technik regeneracyjnych z zastosowaniem biomateriałów. Przykładowo uzupełniamy kość, by mogła przyjąć implant, poszerzamy wyrostek szczęki i żuchwy (na szerokość), odbudowujemy go czasami na wysokości, w szczecie podnosi my zatokę szczękową.

Komórki macierzyste w jamie ustnej

„Do tej pory inżynieria materiałowa bazowała (i nadal bazuje) na kościach autogennej i allogennej, na różnego rodzaju preparatach odzwierzęcych (ksengrafiach) i na preparatach syntetycznych (alloplastycznych) oraz na błonach zaparowych, zapobiegających wstępnemu nablónka i sprzyjających odwarstwowaniu się struktur” — wymienia dr Laskus. Obecnie do materiału kostnego czy kościostatepczego i membrany zaparowej często dodaje się czynniki

sprzyjające gojeniu tkanek: nablónka, tkanki łącznej itd., stymulujące działanie czynników odpowiadających za procesy naprawcze. Płytkowe czynniki wzrostu w formie różnych preparatów dodawanych do kości czy w postaci bion wkładanych pod płaty przyspieszają gojenie. Pozyskuje się je z krwi żyłnej pacjenta.

„Stosuje się też komórki macierzyste pobierane ze szpiku kostnego czy z krwi obwodowej pacjenta, a ostatnio z tkanki tłuszczowej. Mogą one wpływać na namnażanie się komórek kości czy tkanki łącznej i w ten sposób sprzyjać odbudowie struktur tkankowych. Inżynieria materiałowa pozwala na odtworzenie struktur tkankowych w ich dawnych proporcjach, ilości i składzie (regeneracja), a co za tym idzie na osiągnięcie stanu sprzed patologii (restitutio ad integrum)” — podkreśla specjalistka.

Wielki rozwój technik cyfrowych w stomatologii

Obecnie mamy do dyspozycji skanery intraoralne, które umożliwiają zeskanowanie szczęki i żuchwy, ocenę zżarcia, zlokalizowanie punktów urazowych do skorygowania, a także wysyłają te obrazy w postaci cyfrowej do laboratorium. „Drukarki 3D znacząco zmieniły pracę stomatologów i techników dentystycznych” — potwierdza dr Laskus. Znalazły zastosowanie zarówno w rehabilitacji protetycznej, jak i w wizualizacji na użytek pacjentów. Ortodonticy skany wewnątrzustne mogą nakładać na obraz uzyskany metodą tomografii komputerowej i w ten sposób planować optymalne umieszczenie implantów. Drukowane cyfrowo tzw. szablony chirurgiczne są zakładane w jamie ustnej pacjenta. Umożliwiają one precyzyjne, minimalnie inwazyjne wprowadzenie implantów w najprecyzyjnie protetycznie położeniu. Na podstawie skanów w laboratorium powstają drukowane modele 3D, dokładniejsze niż te z tradycyjnych wycisków, które służą do wykonania idealnie pasujących licówek, wkładów, nakładek czy koron protetycznych.

„Osiągnięcie prawidłowej okluzji, przywrócenie właściwych kontaktów międzyzębowych czy uzupełnienie istniejących braków w uzębieniu to zabiegi służące naszemu zdrowiu. Natomiast szlifowanie zdrowych zębów czy zakładanie pełnych ceramicznych koron jedynie dla czysto kosmetycznego efektu nie ma sensu. Każde oszlifowanie zęba, zrobienie licówki czy korony to rodzaj protezy! Bez medycznego uzasadnienia nie powinniśmy ingerować w zdrowie tkanek! Postęp techniczny w stomatologii jest wielki, ale to nadal lekarz jest nie zastąpiony w planowaniu właściwego kierunku leczenia” — podsumowuje specjalistka.

Ewa Biernacka