

TMJ a skeletální kotvení

Dr. Domingo Martin

Dnešní výzkum téměř úplně přehlíží okluzi jako etiologický faktor TMD, jak však filozof Karl Popper ve svém díle „Znalosti a tvarování reality“ říká: „Vědecké poznání považuji za nejlepší a nejdůležitější druh poznání, které máme. Zdaleka ho nepovažuji za jediné“. Jako lékař s Popperem naprosto souhlasím. Poté, co posledních 25 let léčím pacienty s TMD s vysokou mírou úspěšnosti, nechápu, jak může literatura dospět k tomuto závěru a zařadit okluzi u TMD mezi méně významné faktory.

Možná odpověď existuje. V nedávno publikovaném článku Dr. Okeson uvedl následující ohledně literatury a studií týkajících se TMD a okluze: „Literatura považuje vztah mezi okluzními faktory a TMD za minoritní. Je však třeba poznamenat, že tyto studie uvádějí statické vztahy mezi zuby a také kontaktní vzor zubů během různých excentrických pohybů. Toto představuje tradiční přístup k hodnocení okluze. Možná, že tyto statické vztahy mohou poskytnout pouze omezený vhled do role okluze a TMD.“ Když si tedy přečteme, co říká Dr. Okeson, můžeme nyní začít uvažovat o tom, že možná nějaký vztah existuje, a pokud se zastavíte a popřemýšlíte o tom bez předsudků a s otevřenou myslí, je těžké si představit specializaci, která by rutinně a významně měnila okluzní stav pacienta a neměla by silný vliv na žvýkací struktury a jejich funkce. Dr. Jeff Okeson uvádí následující zjištění: „Představa, že ortodontická léčba nemá nic společného s TMD, je jako tvrzení, že jakékoli posunutí zubů neovlivní to, jak chrup pacienta funguje. Rozhodně to neplatí v protetice!!!

Jako ortodontisté musíme dosáhnout muskuloskeletálně stabilní polohy a vyhnout se zadním interferencím, které mohou vést k TMD. Od Pullingera a Seligmana víme, že existují dva faktory, které rozhodnou o tom, zda se vyvine intrakapsulární porucha: stupeň ortopedické nestability a velikost zátěže. S narůstajícím nesouladem mezi muskuloskeletálně stabilním postavením kondylů a maximální interkuspací zubů však existuje riziko přetížení a tím se zvyšují intrakapsulární poruchy. Když to vezmeme v úvahu, máme nyní základ pro léčbu pacientů s TMD a naším prvním cílem by mělo být získání ortopedické stability celého systému. Ve své prezentaci ukážu vztah mezi TMD a okluzí a jak může skeletální kotvení pomoci získat ortopedickou a zároveň asymptomatickou stabilitu pacientů.

Diagnostika a plánování léčby podle FACE: Význam ortopedické stability od rovnátek po neviditelná rovnátka (alignery)

Dr. Domingo Martin

Filozofii ortodontické léčby FACE lze nejlépe popsat jako „ortodoncie orientovaná na cíl“. Naše cíle jsou komplexní, každému cíli přikládáme důležitost, a proto musíme diagnostikovat všechny naše cíle, abychom jich na konci léčby dosáhli. Základem všech našich cílů je však stabilní postavení kondylů a opakovaný a správný oblouk uzavření u pacienta. S tímto vědomím musíme vždy začít s plánem léčby, který zná postavení a zdraví kondylů. Ve filozofii FACE vždy hovoříme o pravidlech 1,2,3 a 4 a zdůrazňujeme důležitost jejich dodržování. To znamená, že číslo 1 jsou kondylly (postavení a zdraví), číslo 2 jsou zadní zuby, číslo tři přední zuby a číslem 4 estetika obličeje a zubů, vždy v tomto pořadí. Estetika by měla být výsledkem funkce a funkce by měla být naším cílem číslo jedna. Funkce přináší stabilitu, dlouhověkost, zdraví parodontu a ortopedickou stabilitu. V této přednášce vysvětlím na mnoha případech filozofii ošetření FACE.