

## Rozdział 4

# Badanie wstępne pacjenta

*Eugene Santucci DDS, MA, BS*

*Noelle Santucci DDS, MA, BS*

Odpowiednie postępowanie z pierwszorazowym pacjentem zamierzającym podjąć leczenie estetyczne jest niezwykle ważne dla lekarza dentysty rozpoczynającego pracę w tej dziedzinie stomatologii. W dzisiejszych czasach pacjent, wobec którego planuje się terapię kosmetyczną, jest zorientowany w temacie i poszukuje lekarza z odpowiednimi umiejętnościami, reputacją oraz wiedzą, które będą niezbędne do osiągnięcia odpowiedniego rezultatu końcowego. Opracowanie efektywnego schematu przyjmowania pacjenta może wpłynąć pozytywnie na podniesienie prestiżu danej kliniki. W tym rozdziale zwrócono uwagę na schemat wstępnego postępowania z pacjentem, podkreślając pewne szczegółowe informacje, które muszą zostać uzyskane. Oprócz tego zaprezentowano kilka przykładów takiego postępowania, które lekarz klinicysta będzie mógł wykorzystać w celu udoskonalenia obecnie stosowanej techniki.

Planowanie leczenia estetycznego i rekonstrukcyjnego nie może być przypadkowe. Na jego odpowiednie przygotowanie lekarz stomatolog musi poświęcić pewną ilość czasu i energii. Przeprowadzenie pobieżnego badania wstępnego może wpłynąć na podjęcie błędnej decyzji. Gdy możliwy jest wybór kilku opcji leczniczych, ważne jest, aby mieć czas na przemyślenie i wybór najlepszej z nich.

Ogólnie mówiąc, pacjenci wymagający leczenia estetycznego powinni być umówieni na dwie oddzielne wizyty. Pierwsza z nich ma mieć charakter informacyjno-oceniający. Jej celem jest zapoznanie się z oczekiwaniami pacjenta oraz uzyskanie wszelkich niezbędnych informacji oraz zgromadzenia ewentualnej dokumentacji, a także przedyskutowanie z nim pewnych wstępnych obserwacji. Dane zebrane podczas tej wizyty będą pomocne w opracowywaniu różnych planów dalszego leczenia. Wszelkie opcje terapeutyczne powinny zostać szczegółowo omówione na drugim spotkaniu, czyli tzw. wizycie konsultacyjnej.

Zaplanowanie dodatkowej wizyty zapewni lekarzowi odpowiednią ilość czasu na przetworzenie zgromadzonych informacji i opracowanie kilku opcji terapeutycznych. Podczas spotkania konsultacyjnego należy szczegółowo omówić zarówno wszystkie możliwości dalszego postępowania, jak i koszty z nimi związane. Warto również przeznaczyć

pewną ilość czasu na udzielenie odpowiedzi na pytania i wątpliwości pacjenta, które mogły powstać pomiędzy wizytami albo w trakcie wizyty konsultacyjnej.

### Pierwsze wrażenie

Pierwsza rozmowa telefoniczna z pacjentem ma ogromne znaczenie, gdyż to na jej podstawie oceni on wstępnie personel pracujący w danym gabinecie. Potencjalny pacjent będzie zatem tworzył sobie opinię o gabinecie na podstawie sposobu, w jaki zostanie potraktowany. Mając to na uwadze, pracownicy powinni utwierdzić pacjenta w przekonaniu, że wybrał on odpowiednie miejsce do przeprowadzenia leczenia stomatologicznego.

Podczas pierwszej rozmowy telefonicznej recepcjonistka musi okazać zainteresowanie, tak aby potencjalny pacjent odczuł na 100%, że jest ona zaangażowana w jego problem. Nigdy nie może zachować się w sposób lekceważący. Warto więc wczuć się w sytuację danego pacjenta. Na wstępie powinno się od niego uzyskać kilka pożytecznych informacji:

1. Jakiego leczenia oczekuje?
2. Czy dzwoni w sytuacji awaryjnej?
3. Czy próbuje się umówić na wizytę w celu uzyskania opinii od innego lekarza?
4. Czy dzwoni w celu umówienia się na standardowe badanie stomatologiczne?

Recepcjonistka musi mieć w nawyku powtórzenie tego, co powiedział do niej potencjalny pacjent. Metoda tzw. aktywnego słuchania sprawi, że rozmówca poczuje, iż jego problem został zrozumiany. W dalszej części rozmowy recepcjonistka powinna uzyskać wszelkie właściwe informacje w sposób bardzo dokładny, lecz przy tym nienachalny. Omówienie kosztów leczenia najlepiej poruszyć w drugiej części rozmowy, aby pacjent miał przekonanie, że w tym gabinecie uwagę zwraca się przede wszystkim na stan zdrowia jamy ustnej, a nie na stan finansowy.

Inną pożyteczną umiejętnością podczas prowadzenia rozmowy telefonicznej jest częste zwracanie się do pacjenta

w sposób nieanonimowy. Recepcjonistka powinna powiadomić pacjenta o czasie trwania pierwszej wizyty oraz jasno określić jej przebieg. Oprócz tego byłoby dobrze, gdyby uzyskała od niego informacje na temat obecnego stanu zdrowia, leków, jakie zażywa, lub też wszelkich stanów, które mogą wpływać na postępowanie stomatologiczne. Niezwykle ważna jest także elastyczność godzin, w których pacjent może zostać przyjęty. Warto również zaproponować mu wypełnienie karty informacyjnej bezpośrednio przed wizytą lub też przysłać jej w formie mailowej.

Po ustaleniu terminu wizyty recepcjonistka powinna zapytać pacjenta, czy życzy sobie telefonicznego przypomnienia o dacie i godzinie spotkania. Oprócz tego warto, aby poinformowała go o lokalizacji gabinetu, a także o dostępności parkingu. Jeśli to możliwe, należy zachęcić pacjenta do odwiedzenia strony internetowej gabinetu, na której będzie mógł zapoznać się z wystrojem gabinetu, a także pełnym zakresem oferowanych usług.

Podsumowując, podczas pierwszego kontaktu z pacjentem nie należy postępować w sposób pobieżny, gdyż niezwykle ważne jest pierwsze odniesione przez niego wrażenie. Początkowo pacjent może nie rejestrować się na leczenie estetyczne, lecz na rutynową wizytę stomatologiczną, lub też zgłaszać się do gabinetu z bólem. Jeśli będzie zadowolony zarówno ze standardu gabinetu, jak i zatrudnionego w nim personelu, to jest prawdopodobne, że podejmie dalsze leczenie estetyczne oraz terapię rekonstrukcyjną.

## Pierwsza wizyta

Podczas pierwszej wizyty recepcjonistka powinna być przygotowana na to, aby imiennie przywitać pacjenta wchodzącego do gabinetu. Wygląd poczekalni jest bardzo ważny, świadczy bowiem o charakterze całej praktyki. Powinno to być miejsce czyste, schludne i zachęcające do przebywania. Recepcja zaprojektowana w sposób profesjonalny często wpływa pozytywnie na pierwsze wrażenie pacjenta. Pracownicy gabinetu powinni sami podejść do pacjenta i spytać, w jaki sposób mogą się do niego zwracać. Warto również, aby pomogli mu w wypełnieniu wszelkich niezbędnych dokumentów oraz ankiety z pytaniami, a także upewnili się, że wszystkie istotne formalności wstępne zostały dopełnione. Następnie powinni oni zaprowadzić pacjenta bezpośrednio do gabinetu. Nigdy nie należy pozostawiać pacjenta samego w recepcji. Jest to niezwykle ważne w przypadku pacjentów starszych oraz upośledzonych umysłowo. Należy pamiętać, że drobiazgi mogą wywołać trwałe wrażenie u pacjentów.

Zaleca się takie rozplanowanie gabinetu, aby wydzielić w nim odpowiednie miejsce, w którym możliwe będzie przeprowadzenie wstępnej rozmowy pomiędzy lekarzem a pacjentem. Umożliwi to zarówno lekarzowi, jak i pacjen-

towi konwersację w bezpiecznym i wydzielonym miejscu, dzięki czemu obydwie strony będą mogły swobodnie prowadzić rozmowę na temat przeszłości chorobowej ogólnomedycznej i stomatologicznej, a także obecnego stanu zdrowia pacjenta. Dyskusja na temat pracy zawodowej, hobby oraz zainteresowań są tematami ułatwiającymi szybsze porozumienie z pacjentem. Podczas rozmowy wstępnej, jeśli przewiduje się realizację rozległego planu leczenia, należy uprzedzić pacjenta o różnych elementach badania oraz możliwości dalszych konsultacji.

Ogólnie mówiąc, większość pacjentów swoje pierwsze wrażenie o danym gabinecie buduje na podstawie panującej w nim atmosfery w połączeniu z oceną profesjonalizmu personelu.

Należy zawsze mieć na uwadze, że pacjenci wyrabiają sobie opinię o personelu, sprzęcie, a także lekarzu w czasie pierwszej wizyty. Każdy krok w dalszym postępowaniu będzie okazją do stworzenia pozytywnego, długotrwałego i profesjonalnego kontaktu z nowym pacjentem. Jest to niezwykle ważne, zwłaszcza w przypadku pacjentów wymagających kompleksowej terapii estetycznej lub też leczenia rekonstrukcyjnego.

## Badanie stomatologiczne

### Ocena aparatu stomatognatycznego

Bardzo ważne jest przeprowadzenie szczegółowego badania stomatologicznego, składającego się zarówno z części zewnątrz-, jak i wewnątrzustnej. Badanie zewnątrzustne polega na ocenie aparatu stomatognatycznego, w skład którego wchodzi mięśnie, nerwy, kość, a także elementy symetryczne, włącznie z obserwacją ich wzajemnego funkcjonowania w kierunku harmonii lub dysfunkcji. Symetria twarzy, oś międzyżreniczna oraz układ warg w spoczynku i podczas pełnego uśmiechu nie są zazwyczaj brane pod uwagę podczas prowadzenia ogólnego badania stomatologicznego, jednak są niezwykle ważne w przypadkach leczenia estetycznego i rekonstrukcyjnego. Bardzo istotne jest także uzyskanie informacji na temat płynności ruchów żuchwy oraz ich zakresu oraz komfortu pacjenta podczas czynności żucia i spoczynku (ryc. od 4-1 do 4-3).

Podczas oceny ruchów żuchwy lekarz powinien być ustawiony za pacjentem. Pozycja „na godzinie dwunastej” umożliwi uchwycenie nawet najmniejszych odchyień od normy podczas otwierania i zamykania dolnej szczęki. Oprócz tego takie ustawienie zapewnia łatwy dostęp do zewnętrznych otworów słuchowych oraz pozwoli na delikatny ucisk chrząstek ograniczających je od przodu podczas otwierania i zamykania ust w celu stwierdzenia nieprawidłowości w stawie skroniowo-żuchwowym, wywołującej powstawanie objawów bólowych (ryc. 4-4 i 4-5).



Ryc. 4-1. Asymetria żuchwy.



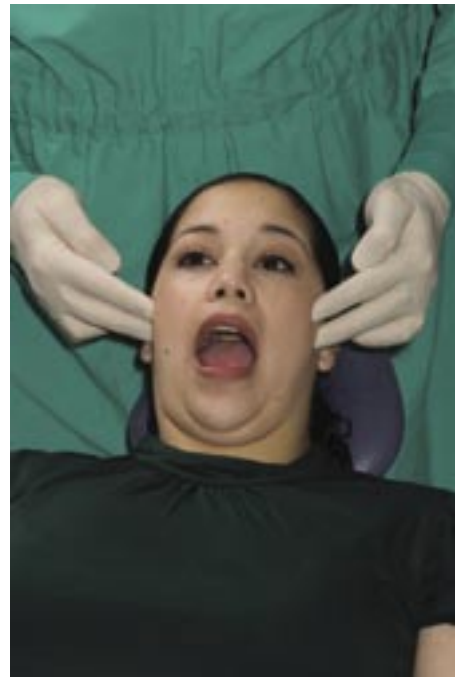
Ryc. 4-2. Obwisła warga.



Ryc. 4-3. Ocena osi poziomej i pionowej twarzy.



Ryc. 4-4. Widok z ustawienia lekarza „w pozycji godziny dwunastej”.



Ryc. 4-5. Badanie palpacyjne stawu skroniowo-żuchwowego.

Z ustawienia „w pozycji godziny dwunastej” możliwe jest także przeprowadzenie obustronnego badania stawów skroniowo-żuchwowych palpacyjnie, poprzez artkulację, a także diagnostykę synograficzną. Używając stetoskopu, zaleca się założenie na jego końce elementów w kształcie gruszki, aby zmniejszyć możliwość tworzenia fałszywie pozytywnych wyników, tak jak dzieje się to przy stosowaniu płaskich zakończeń (Wright 2005). Przeprowadzając badanie stawu skroniowo-żuchwowego, oprócz stwierdzenia jego stanu należy ocenić sposób oraz czas otwarcia i zamknięcia ust. Ważne jest również, czy dźwięk wywodzący się ze stawu występuje podczas wczesnej, środ-

kowej czy końcowej fazy ruchu otwierania i zamykania. Dźwięki słyszalne w ostatnim etapie otwarcia żuchwy lub podczas początkowego etapu zamykania wskazują na większą dysfunkcję stawu niż wtedy, gdy są one słyszalne na wczesnym etapie otwarcia i późnym etapie zamknięcia. Taka nieprawidłowość występująca w stawach powinna zostać uważnie rozważona w sytuacji, gdy planuje się wykonanie rozległej rekonstrukcji uzębienia. Dźwiękami pochodzącymi ze stawów skroniowo-żuchwowych mogą być kliknięcia, trzaski lub skrzypienie. Kliknięcia i trzaski są związane z przemieszczeniem krążka stawowego z lub bez ograniczenia jego ruchomości (Yatani i wsp. 1998). Dźwięki te są bardzo uporczywe dla pacjenta, a ponadto trudne do wyeliminowania. Terapia fizykalna w połączeniu z leczeniem ortodontycznym mogą zmniejszyć te objawy zaledwie u 33% przypadków (Okeson i Hayes 1986). Skrzypienie lub trzeszczenie wskazuje na zmiany degeneracyjne, które zaszły w strukturze stawu (Schiffman i wsp. 1989). Rekonstrukcja uzębienia może mieć niepewne lub niekorzystne rokowanie w przypadku występowania niestabilności w stawach skroniowo-żuchwowych. Dlatego też takie informacje muszą zostać przekazane pacjentowi jeszcze przed rozpoczęciem leczenia.

Dokonując oceny stawu skroniowo-żuchwowego, należy przeprowadzić z pacjentem wywiad na temat występowania spontanicznego bólu, bólu czynnościowego, wcześniejszego urazu, epizodu zablokowania stawu podczas otwarcia lub zamknięcia ust, a także rodzaju pomocy udzielonej w takim przypadku. Ważne jest także, czy pacjent ograniczał się do spożywania miękkiego pożywienia oraz świadomie rzadziej otwierał szeroko usta, aby uniknąć sytuacji blokady stawu. Uzyskane informacje będą wpływać na to, czy możliwe będzie wykonanie rozległej odbudowy uzębienia bez zapoczątkowania lub zaostrzenia istniejącego już problemu. Jeśli blokada stawu występuje przy pełnym otwarciu ust, pacjent może cierpieć na podwichnięcie stawu z powodu spłaszczenia grzbietu wyniosłości kostnej lub upośledzenia funkcji więzadeł. Jeśli blokada stawu ma miejsce podczas ograniczonego otwarcia ust, to pacjent może mieć przemieszczony doprzednio krążek stawowy, co będzie uniemożliwiać przemieszczenie żuchwy, lub też pacjent może uskarżać się na ostrą spastyczność mięśni odpowiedzialnych za odwodzenie żuchwy. W każdym z tych przypadków wypełnienie ankiety w formie wykazu czynności mających na celu ocenę stawu skroniowo-żuchwowego jest niezwykle pomocne w zdobyciu wszystkich właściwych informacji i należy traktować to jako nieodłączną część badania (ryc. 4-6).

Oceniając staw skroniowo-żuchwowy, należy sprawdzić w badaniu palpacyjnym następujące mięśnie:

1. Mięsień żwacz, część powierzchowna i głęboka.
2. Mięsień skroniowy, wszystkie trzy części: przednia, pośrednia, tylna.

3. Mięsień dwubrzuścowy.
4. Mięsień mostkowo-obojczykowo-sutkowy.
5. Mięsień skrzydłowy przyśrodkowy.
6. Mięsień płatowy głowy.
7. Fragment ścięgna m. skroniowego.

Podczas przeprowadzania badania palpacyjnego mięśnia żwacza lub skroniowego można zaobserwować oznaki ich hipertrofii lub wywołać ból (ryc. 4-7 i 4-8). Należy poprosić pacjenta o zaciśnięcie zębów, a następnie relaksację szczęk, co pozwoli zauważyć zwiększenie rozmiaru, wypukłości lub zwięzłości tych mięśni. Polecając pacjentowi położenie dłoni na tych mięśniach podczas zaciskania zębów, umożliwi się mu również poczucie zwiększenia rozmiaru i twardości podczas ich aktywacji (ryc. 4-9; Schindler i wsp. 2007). Należy spytać pacjenta o występowanie pewnych parafunkcji, takich jak: zaciskanie zębów, zgrzytanie nimi, zmęczenie mięśni po nocy, bóle głowy w okolicy mięśnia skroniowego lub występowanie migrenowych bólów głowy (ryc. 4-10). Jeśli pacjent odpowie pozytywnie na którekolwiek z tych pytań, wówczas należy uwzględnić to podczas badania wewnątrzustnego oraz badania tkanek twardych. Ból pojawiający się podczas dotyku tych mięśni może również sugerować niezębopochodną etiologię schorzenia, określaną jako nietypowy ból twarzy (Gotouda i wsp. 2005), skurcze mięśniowe lub niezdiagnozowane bóle migrenowe. Gdy ból pojawia się podczas badania tylnej części mięśnia skroniowego, wówczas należy podejrzewać, że pacjent przybiera nieświadomie cofniętą pozycję.

Jeżeli podczas badania palpacyjnego mięśnia dwubrzuścowego obserwuje się jego wrażliwość, to w pierwszej kolejności należy wykluczyć wszystkie czynniki wewnątrzustne mogące być tego przyczyną oraz spróbować wywołać i odtworzyć tor żuchwy, który jest przyczyną bólu (ryc. 4-11). Oprócz tego brzusiec tylny mięśnia dwubrzuścowego może być bardzo wrażliwy w sytuacji, gdy pacjent uskarżał się w ostatnim czasie na ograniczone otwieranie ust (Wright 2005). Tego rodzaju ból może być również skutkiem częstych prób szerszego otworzenia żuchwy. Dyskomfort podczas badania palpacyjnego mięśnia mostkowo-sutkowo-obojczykowego może pochodzić bezpośrednio od mięśnia, ale także od ucha czy okolicy stawu skroniowo-żuchwowego (ryc. 4-12).

Aby zbadać mięsień płatowy głowy, należy położyć dłoń powyżej i bardziej dotylnie od górnego przyczepu mięśnia mostkowo-sutkowo-obojczykowego, na podstawie czaszki (ryc. 4-13). Jeśli jeden lub obydwie z tych mięśni wykazują dodatnią odpowiedź na badanie palpacyjne, może to wskazywać na ból pochodzenia odkręgowego (Wright 2005). Warto wtedy rozważyć skierowanie pacjenta na szczegółową diagnostykę stawu skroniowo-żuchwowego w klinice ogólnej (Friction i Dall'Arancio 1994) jeszcze przed wykonaniem jakichkolwiek rozległych rekonstrukcji uzębienia (Rosenbaum i wsp. 1997).

**Formularz oceny okluzji oraz stawu skroniowo-żuchwowego**

Nazwisko pacjenta: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

**Badanie ogólne pacjenta:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Ocena okluzji i stawu skroniowo-żuchwowego:**

<p>RELACJA CENTRYCZNA (CR):                  Ustawienie: <input type="checkbox"/> łatwe <input type="checkbox"/> trudne <input type="checkbox"/> niemożliwe                  Dyskomfort w stawie skroniowo-żuchwowym na ucisk:  <input type="checkbox"/> nie występuje <input type="checkbox"/> obecny po stronie prawej <input type="checkbox"/> obecny po stronie lewej                  Pierwsze kontakty zębowe: _____ vs _____</p> <p>RELACJA CENTRYCZNA – CENTRALNA OKLUZJA (RÓZBIEZNOŚĆ):                  Poślizg pionowy _____ mm Poślizg doprzeczny _____ mm                  Poślizg boczny <input type="checkbox"/> prawy <input type="checkbox"/> lewy _____ mm</p> <p>CENTRALNA OKLUZJA (CO):                  Klasyfikacja kłowa (I, II, III) strona prawa _____ strona lewa _____                  Nagryz pionowy na prawym kle _____ mm                  Nagryz poziomy na prawym kle _____ mm                  Nagryz pionowy na lewym kle _____ mm                  Nagryz poziomy na lewym kle _____ mm                  Nagryz pionowy na siekaczu przyśrodkowym _____ mm                  Nagryz poziomy na siekaczu przyśrodkowym _____ mm                  Starcie zębów: <input type="checkbox"/> minimalne <input type="checkbox"/> umiarkowane <input type="checkbox"/> duże</p>	strona prawa												strona lewa											
	CR do CO	szczeka	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28						
	INTERFERENCJA	żuchwa	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38						
	POZYCJA	szczeka	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28						
	BOCZNA PRAWA	żuchwa	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38						
	POZYCJA	szczeka	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28						
	BOCZNA LEWA	żuchwa	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38						
	POZYCJA	szczeka	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28						
	PROTRUZYJNA	żuchwa	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38						
	<p>STAW SKRONIOWO-ZUCHWOWY:                  Maksymalne otwarcie _____ mm                  Odgłosy dźwiękowe podczas otwierania i zamykania ust: <input type="checkbox"/> nie występują <input type="checkbox"/> słyszalne po stronie prawej  <input type="checkbox"/> słyszalne po stronie lewej                  Odgłosy dźwiękowe podczas wysuwania żuchwy: <input type="checkbox"/> nie występują <input type="checkbox"/> słyszalne po stronie prawej  <input type="checkbox"/> słyszalne po stronie lewej                  Wcześniejsze leczenie stawu skroniowo-żuchwowego: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie                  Aktualnie występujący ból w stawie skroniowo-żuchwowym: <input type="checkbox"/> nie występuje <input type="checkbox"/> obecny po stronie prawej  <input type="checkbox"/> obecny po stronie lewej</p>																							

**Ocena mięśni wspomagających**

- |  |     |     |
|--|-----|-----|
| 1) Bolesność mięśnia żwacza na dotyk w spoczynku                           | TAK | NIE |
| 2) Bolesność części przedniej mięśnia skroniowego na dotyk w spoczynku     | TAK | NIE |
| 3) Bolesność mięśnia żwacza podczas zaciskania zębów                       | TAK | NIE |
| 4) Bolesność części przedniej mięśnia skroniowego podczas zaciskania zębów | TAK | NIE |
| 5) Bolesność mięśnia skrzydłowego przyśrodkowego na dotyk                  | TAK | NIE |

**Specyficzne objawy:**

\_\_\_\_\_

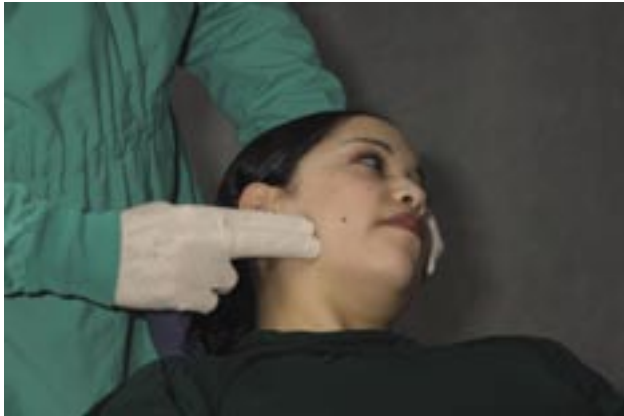
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ryc. 4-6. Formularz oceny mięśni wspomagających.

Oprócz tego należy wykonać wewnątrzustne badanie ścięgna mięśnia skrzydłowego w okolicy szyjki wyrostka dziobiastego żuchwy. Można to zrobić poprzez dotyk miejsca za drugimi zębami trzonowymi, powyżej części wstępującej gałęzi żuchwy w kierunku głowy wyrostka dziobiastego żuchwy (ryc. 4-14). Wielokrotne wewnątrzustne badanie palpacyjne tego miejsca jest bolesne, podczas gdy dotyk tego mięśnia zewnątrzustnie nie sprawia żadnego dyskomfortu. Przeprowadzając diagnostykę w tej

okolicy, warto również zwrócić uwagę na mięsień skrzydłowy boczny. Można go zbadać poprzez dotyk w okolicy miejsca aplikacji znieczulenia nerwu żębodołowego dolnego (ryc. 4-15). Badanie palpacyjne dolnej i górnej części mięśnia skrzydłowego bocznego ma ograniczone zastosowanie ze względu na brak możliwości jego bezpośredniego dotyku, co jest spowodowane położeniem anatomicznym. Aby w sposób pośredni dotknąć dolnego brzośca, należy uściśnąć tylną część wyrostka żębodołowego górnego



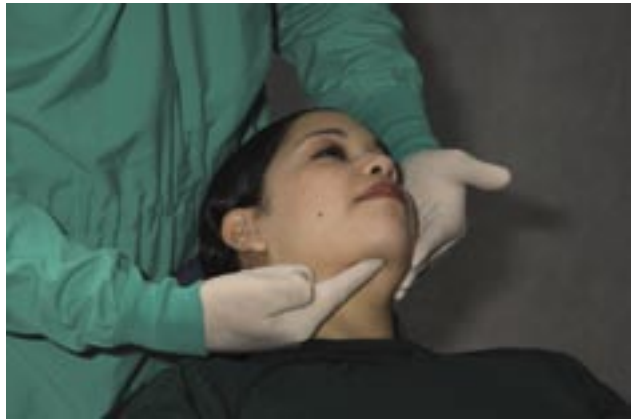
Ryc. 4-7. Badanie mięśnia żwacza w spoczynku.



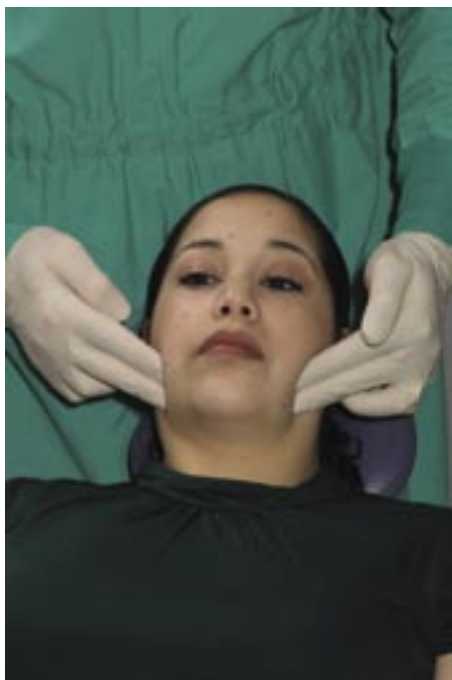
Ryc. 4-10. Badanie części przedniej mięśnia skroniowego podczas zwania zębów.



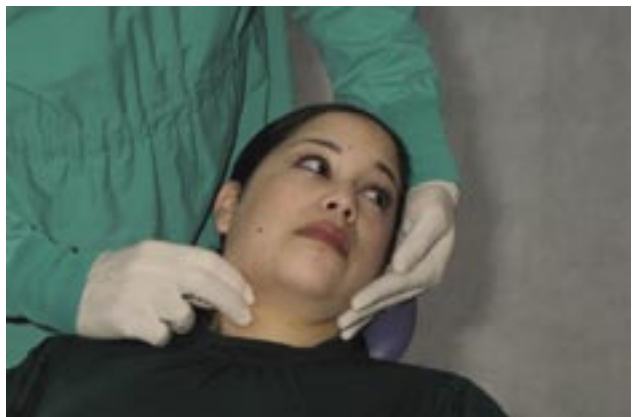
Ryc. 4-8. Badanie części przedniej mięśnia skroniowego w spoczynku.



Ryc. 4-11. Badanie brzośca przedniego mięśnia dwubrzuścowego.



Ryc. 4-9. Badanie mięśnia żwacza podczas zwania zębów.



Ryc. 4-12. Badanie mięśnia mostkowo-obończykowo-sutkowatego.



Ryc. 4-13. Badanie mięśnia płatowego głowy.

w okolicy wykonywanych iniekcji. Dysfunkcję tego mięśnia można zaobserwować u pacjenta podczas otwierania przez niego ust w przypadku zbaczania żuchwy na stronę przeciwną. Ogólnie mówiąc, mięśnie będące w dobrej kondycji zdrowotnej nie wywołują bólu podczas badania palpacyjnego (Okeson 2003). Jeśli w trakcie przeprowadzenia badania w licznych miejscach stwierdza się ewidentną wrażliwość bólową, wykonanie rozległej odbudowy uzębienia powinno zostać odroczone. Warto skupić się wówczas na szczegółowej ocenie stawu skroniowo-żuchwowego w następstwie przeprowadzenia koniecznych standardowych procedur stomatologicznych.

Badanie dotykowe tarczycy należy wykonać, gdy pojawia się podejrzenie jej stanu zapalnego (ryc. 4-16). Z kolei badanie palpacyjne tętnic szyjnych jest wskazane w przypadku przypuszczenia obecności stanów patologicznych w tych naczyniach (miejscowa lub oddalona reakcja bólowa) (ryc. 4-17; Wright 2005). Polecenie, aby pacjent



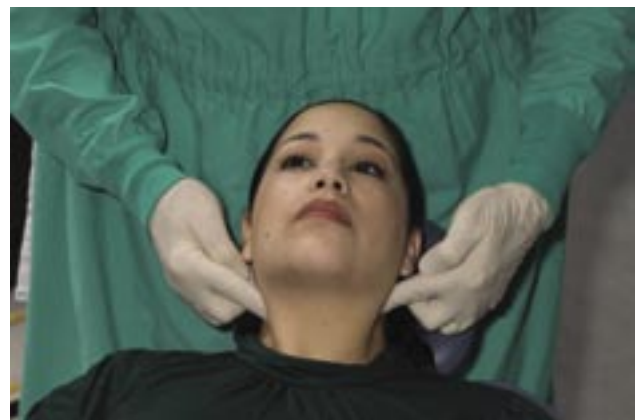
Ryc. 4-14. Wewnątrzustne badanie ścięgna mięśnia skroniowego.



Ryc. 4-16. Badanie tarczycy.



Ryc. 4-15. Badanie mięśnia skrzydłowego przysiódkowego.



Ryc. 4-17. Badanie tętnic szyjnych.

się uśmiechnął, zmrużył oczy oraz zmarszczył czoło, jest prostym sposobem uzyskania podstawowych informacji z zakresu neurologii, mianowicie patologii związanej z VII nerwem czaszkowym.

U starszych pacjentów wymagane jest przeprowadzenie badania palpacyjnego nabrzmiałych tętnic skroniowych, gdyż prawdopodobne jest wystąpienie stanów zapalnych tych naczyń, co może doprowadzić do uszkodzenia nerwu ocznego lub nawet ślepoty (ryc. 4-18). Bolesność dotykowa tej okolicy jest wskazaniem do wykonania biopsji i rozszerzenia dalszej diagnostyki.

Po przeprowadzeniu badania palpacyjnego wszystkich omówionych wcześniej struktur należy określić ruchomość żuchwy. U każdego z pacjentów warto dokonać pomiaru następujących parametrów:

1. Maksymalne otwarcie ust.
2. Maksymalne wychylenie żuchwy w stronę prawą.
3. Maksymalne wychylenie żuchwy w stronę lewą.
4. Maksymalne wysunięcie żuchwy.

Do wykonania tych pomiarów można wykorzystać wiele urządzeń, np. linijkę milimetrową, suwmiarkę czy specjalne narzędzie pomiarowe (ryc. 4-19). Standardowo wartości te należy określić na początku wizyty, a następnie upewnić się, czy ruchy żuchwy nie stanowią dla pacjenta dyskomfortu.

Maksymalne otwarcie żuchwy to inaczej międzysiekaczowy wymiar pionowy, wyznaczany od brzegu siecznego siekaczy górnych do brzegu siecznego siekaczy dolnych przy jak najszerszym otwarciu ust. Do otrzymanej wartości należy dodać w milimetrach wartość nagryzu pionowego zębów, jeśli przed otwarciem żuchwy widoczny jest zbyt głęboki nagryz. Jednakże w przypadku obecności zgryzu otwartego w celu uzyskania jak najbardziej idealnego pomiaru odległość między brzegami siecznymi jest odejmowana od wartości uzyskanej przy maksymalnym otwarciu ust (ryc. 4-20). Przeciętna wartość maksymalnego otwarcia



Ryc. 4-18. Wystająca tętnica skroniowa.



Ryc. 4-19. Różne urządzenia pomiarowe.



Ryc. 4-20. Zastosowanie urządzenia pomiarowego.

żuchwy mierzona pomiędzy brzegami siecznymi zębów przednich wynosi od 45 do 55 mm u mężczyzn, a u kobiet od 35 do 45 mm.

W bocznym wychyleniu żuchwy wartości prawidłowe wahają się w granicach od 10 do 15 mm, a podczas jej maksymalnego wychylenia od 8 do 14 mm (ryc. 4-21 i 4-22). Oprócz dokonania wskazanych pomiarów ważne jest zwrócenie uwagi, czy pacjent odczuwa jakiegokolwiek dolegliwości bólowe związane z wykonywanymi ruchami żuchwy. Warto także ocenić jakość tych ruchów pod względem płynności.

Ocena funkcjonowania języka, czynności połykania, a także przestrzeni pomiędzy płaszczynami zwarcia stanowi dodatkowe źródło informacji, dzięki któremu możliwe jest uchwycenie działania sił destrukcyjnych w jamie ustnej. Na przykład obecność przetrwałego infantylnego typu połykania może stanowić czynnik przyczynowy, współtworzący lub dodatkowy w przypadku istnienia zgryzu otwartego (ryc. 4-23). Boczne zbaczanie języka, zarówno jedno-, jak i obustronne, może przyczynić się do powstania zgryzu otwartego w odcinku tylnym uzębienia.





Ryc. 4-21. Pomiar boczego wychylenia żuchwy.



Ryc. 4-22. Pomiar maksymalnego wysunięcia żuchwy.



Ryc. 4-23. Efekt przetrwałego infantylnego typu połykania.

W takich przypadkach zaleca się skierowanie pacjenta do logopedy i ortodonta w celu wprowadzenia odpowiedniej terapii przed rozpoczęciem leczenia stomatologicznego, po to aby ułatwić skorygowanie istniejącej wady i zwiększyć stabilność przyszłej rekonstrukcji.

## Badanie wewnątrzustne

W przypadku pacjentów zakwalifikowanych do leczenia estetycznego badanie wewnątrzustne musi obejmować ocenę następujących elementów:

1. Choroby zębowe:
  - a) ocena próchnicy,
  - b) ocena tkanek przyzębia,
  - c) ocena tkanek przywierzchołkowych.
2. Tkanki miękkie.
3. Stan czynnościowy aparatu żucia.
4. Stan estetyczny.

### Próchnica

Zastosowanie standardowego schematu oceny wypełnień, ubytków próchnicowych oraz wykonanej odbudowy jest najprostszym sposobem przeprowadzenia pełnego i precyzyjnego badania. Zarówno lekarz, jak i asystentka mogą posłużyć się wcześniej opracowanym przemyślanym schematem, dzięki któremu we właściwym czasie zostaną uzyskane wszelkie niezbędne informacje.

Aby poprawnie ocenić uzębienie pod kątem obecności ubytków próchnicowych i nieprawidłowych wypełnień, zaleca się użycie strzykawki wodnej/powietrznej w celu usunięcia nadmiarów śliny i cząstek pokarmowych z zębów. Oprócz tego warto wykonać pojedyncze zdjęcia diagnostyczne, które będą pomocne w planowaniu leczenia, jak i w celach konsultacyjnych. Na tym etapie badania lekarz powinien poinformować pacjenta o ewentualnej potrzebie wykonania wypełnień pośrednich w przypadku obecności próchnicy pierwotnej lub wtórnej, złamanych guzków lub uszkodzenia istniejących wypełnień. Zastosowanie kamery wewnątrzustnej zaleca się do zobrazowania pacjentowi stanu jego jamy ustnej (ryc. 4-24 i 4-25).



Ryc. 4-24. Ocena wypełnienia w przypadku zęba mokrego.



Ryc. 4-25. Ocena wypełnienia w przypadku zęba suchego.



Ryc. 4-26. Wykalibrowany zgłębnik prosty oraz zgłębnik Naborsa.

### Tkanki przyzębia

Po przeprowadzeniu przeglądu uzębienia warto posłużyć się wcześniej opracowanym schematem również do oceny tkanek przyzębia. Za pomocą prostego kalibrowanego zgłębnika lub zgłębnika Naborsa można zdiagnozować obecność furkacji oraz stopień ich rozpiętości (ryc. 4-26). Zarówno oszacowana głębokość szczelin dziąsłowych, jak i uzyskane informacje dotyczące furkacji będą wskazywały obszary, które należy ocenić również na zdjęciu radiologicznym. Oprócz obliczenia głębokości istniejących kieszonek patologicznych badanie tkanek przyzębia powinno obejmować także ocenę ich kondycji, stopień krwawienia, utratę przyczepu nabłonkowego, obecność osadu i kamienia nazębnego oraz identyfikację miejsc recesji. Konieczne jest, aby u wszystkich pacjentów zakwalifikowanych do leczenia estetycznego wykonać dokładną diagnostykę tkanek przyzębia. Dzięki temu możliwe będzie wprowadzenie wstępnego leczenia periodontologicznego oraz łatwiejsze będzie opracowanie planu terapii podtrzymującej, której celem jest utrzymanie właściwego stanu uzębienia.

### Tkanki okołowierzchołkowe

Na badanie wewnątrzustne powinno składać się także badanie opukowe wszystkich zębów w kierunku ich osi podłużnej, a także poza nią (Okeson 1995). Jeśli historia medyczna pacjenta lub pewne objawy ujawnione podczas badania wskazują na możliwość istnienia patologii toczącej się w tkankach okołowierzchołkowych, należy wykonać testy termiczne lub badanie transiluminacyjne (ryc. 4-27; Wright i Gullickson 1996, Walton 1986).

W przypadku podejrzenia istnienia patologii przywierzchołkowej oprócz standardowych zdjęć radiologicznych warto wykonać dodatkowe, skierowane na podejrzaną okolice.

### Tkanki miękkie

Podczas tej fazy badania wewnątrzustnego należy za pomocą palców obydwóch dłoni ocenić palpacyjnie dno jamy ustnej. Wykonanie badań pomocniczych, takich jak np. połączenia rozcieńzonego roztworu kwasu octowego ze źródłem ciemnego światła, może być bardzo efektywne w wykrywaniu istnienia zmian komórkowych. Pacjent powinien zostać poinformowany o celowości tych czynności. Powinny one stać się standardowym postępowaniem podczas badania wewnątrzustnego (ryc. 4-28).

### Stan czynnościowy aparatu żucia

Blisko 90% pacjentów ma nieprawidłowy zgryz lub dysfunkcję stawu skroniowo-żuchwowego (McNeil 1997). Celem wstępnego badania jest wychwycenie tego typu zmian, co będzie pomocne w trakcie leczenia lub dalszych konsultacji specjalistycznych. Nierzadko wiele nawyków związanych z dysfunkcją uzębienia dość trudno zdiagnozować podczas standardowego badania, dlatego warto wykonać wyciski, na których podstawie zostaną odlane modele gipsowe. Zastosowanie częściowo nastawialnych artykulatorów współpracujących z łukiem twa-



Ryc. 4-27. Ocena obecności zmian przywierzchołkowych.



Ryc. 4-28. Oburęczne badanie dna jamy ustnej.



Ryc. 4-29. Zastosowanie specjalnego urządzenia służącego do rejestracji zwarcia.

rzowym i szablonem prowadzenia siecznego może pomóc właściwie zarejestrować istniejący stan zgryzu. Wykorzystanie odwzorowanego w relacji centrycznej zwarcia będzie pomocne w podjęciu decyzji, czy przysłać pracę należy zaprojektować względem relacji centrycznej czy okluzji centrycznej. Pojęcia te zostaną szerzej omówione w rozdziale 5. Okluzja może być zarejestrowana wewnątrzustnie w sposób manualny lub też dzięki specjalnie do tego celu przeznaczonym urządzeniom (ryc. 4-29). Porównanie początkowych kontaktów zwarciowych zębów w relacji centrycznej wewnątrzustnie z początkowymi kontaktami zarejestrowanymi na modelach gipsowych będzie służyło weryfikacji dokładności przeprowadzonej rejestracji. Większość pacjentów charakteryzuje się nieznacznym poślizgiem relacji centrycznej wobec zwarcia centrycznego. Lekarz powinien określić, czy to przesunięcie jest niekorzystne dla kondycji zdrowotnej uzębienia pacjenta oraz czy zęby przystosowały się odpowiednio do danej dysfunkcji. Taka informacja może wpływać na ostateczny plan leczenia. Dokonując analizy modeli diagnostycznych, warto zwrócić uwagę na styl żucia pacjenta, a mianowicie na to, czy ma on charakter ścierający czy też zaciskający. Oprócz tego ważne jest, aby lekarz określił rodzaj dyskluzji po obydwóch stronach łuku zębowego: czy występują kontakty grupowe, czy też pojedynczo na kłach.

Dokonując bardziej szczegółowej analizy prowadzenia kłowego można zauważyć obecność czynnościowego poziomego zachodzenia na siebie zębów, a także ich wpływ na zwanie w odcinku tylnym. W przypadku gdy nie są obecne bezpośrednie kontakty kłowe, jest to dowód na to, że żuchwa przesuwa się w bok, zanim kontakt kłowy zostanie uzyskany, lub gdy kły wspólnie biorą udział w zwarciu wraz z innymi zębami. Należy być świadomym, że taka grupa kontaktujących się zębów także może być odpowiedzialna za tworzenie destrukcyjnych kontaktów balansujących w odcinkach tylnych (ryc. 4-30). W takich przypad-



Ryc. 4-30. Zdjęcie uzębienia z zaznaczonymi kontaktami w miejscach pracujących.

kach na zębach tylnych często można zaobserwować ślady starcia ich powierzchni. Jeśli uzębienie pacjenta wykazuje pewne oznaki dysfunkcji, rozległe starcie powierzchni, obecność bólu objawowego lub nieefektywność żucia, można kły, które zachodzą na siebie czynnościowo, skorygować w taki sposób, aby uzyskać ich bezpośredni kontakt. Jeżeli celem leczenia jest całkowita rekonstrukcja uzębienia, bądź też odbudowa odcinka przedniego, czynnościowe zachodzenie poziome kłów może być skorygowane w taki sposób, aby było zgodne z nawykowym stylem żucia pacjenta (ryc. 4-31 i 4-32).

Jeśli rokowanie planowanego leczenia nie jest pewne oraz istnieją oznaki wskazujące na nieprawidłową funkcję czynnościową uzębienia, optymalnym rozwiązaniem będzie korekta zwarcia. Konieczne będzie wcześniejsze omówienie tego zabiegu z pacjentem.

Oprócz zarejestrowania wartości maksymalnego bocznego wychylenia żuchwy w stronę prawą i lewą oraz jej ruchu protruzyjnego warto także zaobserwować jakość



Ryc. 4-31. Bardzo duża wartość nagryzu poziomego na kle po stronie prawej.



Ryc. 4-32. Minimalna wartość nagryzu poziomego na kle po stronie lewej.

i płynność tych ruchów. Na przykład przeskakowanie żuchwy może wskazywać na działanie adaptacyjnych mechanizmów zabezpieczających występujących z powodów zębowych lub dysfunkcji nerwowo-mięśniowej. Te zagadnienia zostały szerzej omówione w rozdziałach 5, 7 i 9.

### **Ocena estetyki**

Celem tego podrozdziału nie jest przedstawienie fundamentów stomatologii estetycznej, gdyż zostały one opisane w innych rozdziałach tego podręcznika. Skupiono uwagę na ważnych informacjach, które muszą być uzyskane podczas badania wstępnego, tak aby możliwe było opracowanie dokładnego planu leczenia estetycznego. Wstępne badanie pod kątem terapii estetycznej powinno zostać nakierowane na uzyskanie pewnych danych odnoszących się do potrzeb pacjenta, jego życzeń oraz postzegania danej odbudowy pod kątem czynnościowym i estetycznym. Mając to na uwadze, konieczne staje się

zgrupowanie pewnych informacji w celu opracowania jednego lub kilku opcji dalszego planu leczenia istniejących defektów uzębienia oraz uzyskania pożądaných przez pacjenta końcowych rezultatów estetycznych.

Aby ułatwić opracowanie dokładnego planu leczenia estetycznego i zachowawczego, podczas wizyty wstępnej należy uzyskać kilka ważnych informacji. Zostaną one wykorzystane w dalszej diagnostyce i planowaniu terapii. W trakcie pierwszej wizyty warto wykonać takie czynności, jak:

1. Ocena zdjęcia radiologicznego całego uzębienia.
2. Wykonanie fotografii cyfrowych przed rozpoczęciem leczenia (omówione w rozdziale 3).
3. Zarejestrowanie zwarcia w układzie relacji centrycznej.
4. Pobranie wycisków masą polisiloksanową, dzięki czemu będzie możliwe wielokrotne odlewanie modeli gipsowych, w tym:
  - a) jeden komplet wstępny modeli przed rozpoczęciem jakiegokolwiek postępowania,
  - b) jeden komplet modeli, które zostaną ustawione w relacji centrycznej.
5. Zarejestrowanie punktów orientacyjnych twarzy (omówione w rozdziale 2).

### **Wizyta konsultacyjna**

Nawet w przypadku gdy w terapii stomatologicznej wykonano podstawowe czynności odtwórcze, należy wyznaczyć pacjentowi oddzielną wizytę konsultacyjną, na której lekarz przedstawi różne opcje przyszłej terapii estetycznej. Rozległy plan leczenia estetycznego i odtwórczego jest trudny do opracowania podczas krótkiego, wstępnego badania. Okres między dwoma kolejnymi wizytami pozwala lekarzowi na odlanie odpowiedniego szablonu oraz komputerowego projektu przyszłego uśmiechu, które będą bardzo pomocnymi narzędziami w planowanej terapii. Nawoskowany model w razie konieczności będzie mógł zostać użyty do ustalenia skorygowanego układu zwarcia. Podczas wizyty konsultacyjnej należy przedstawić pacjentowi różne opcje leczenia odtwórczego, z uwzględnieniem uzupełnień bezpośrednich, pośrednich, stałych i ruchomych protez częściowych, a także implantów. Dobrym przykładem jest rozważenie, czy licówki jako jedna z opcji terapeutycznych mogą zostać zastąpione wybielaniem lub metodą odtwórczą szkliva.

Wizyta konsultacyjna wraz z wydrukowanym planem leczenia, ustaleniem kosztorysu i określeniem potrzebnego czasu będą stanowić pewien szkielet całej terapii, a także jej celowość.

Taka metodologia wstępnego badania pacjenta powinna zachęcić lekarza do dokładnego zaplanowania leczenia,

z uwzględnieniem pewnych preferencji pacjenta, i dzięki temu wyeliminować zasadę często odnoszoną do stomatologii – „opracuj, a potem módl się za efekt”.

## Cytowane piśmiennictwo

- Fricton J.R., Dall'Arancio D. 1994. Myofascial pain of the head and neck: Controlled outcome study of an interdisciplinary pain program. *J Musculoske Pain* 2(2):81–99.
- Gotouda A., Yamaguchi T., Okada K., Matsuki T., Gotouda S., Inoue N. 2005. Influence of playing wind instruments on activity of masticatory muscles. *Clin Anat* 18(5):318–22.
- McNeil C. 1997. Management of temporomandibular disorders: Concepts and controversies. *J Pros Dent* 77:510–22.
- Okeson J.P., Hayes D.K. 1986. Long-term results of treatment for temporomandibular disorders: An evaluation by patients. *J Am Dent Assoc* 112(4):473–8.
- Okeson J.P. 1995. *Bell's Orofacial Pains*, 5<sup>th</sup> ed. Chicago: Quintessence.
- Okeson J.P. 2003. *Management of Temporomandibular Disorders and Occlusion*, 5<sup>th</sup> ed. St. Louis: CV Mosby.
- Rosenbaum R.S., Gross S.G., Pertes R.A., Ashman L.M., Kreisberg M.K. 1997. The scope of TMD/orofacial pain (head and neck pain management) in contemporary dental practice. Dental Practice Act Committee of the American Academy of Orofacial Pain. *J Orofac Pain* 11(1):78–83.
- Schiffman E., Anderson G., Fricton J., Burton K., Schellhas K. 1989. Diagnostic criteria for intraarticular T.M. disorders. *Community Dent Oral Epidemiol* 17(5):252–27.
- Schindler H.J., Rues S., Turp J.C., Schweizerhof K., Lenz J. 2007. Activity patterns of the masticatory muscles during feedback-controlled simulated clenching activities. *Cranio* 25(3):193–9.
- Walton R.E. 1986. Distribution of solutions with the periodontal ligament injection: Clinical, anatomical and histological evidence. *J Endod* 12:492–500.
- Wright E.F., Gullickson D.C. 1996. Dental pulpalgia contributing to bilateral preauricular pain and tinnitus. *J Orofac Pain* 10(2):166–8.
- Wright E.F. 2000. Patterns of referred craniofacial pain in TMD patients. *J Am Dent Assoc* 131(9):1307–15.
- Wright E.F. 2005. *Manual of Temporomandibular Disorders and Occlusion*, 1<sup>st</sup> ed. Ames, IA: Blackwell.
- Yatani H., Sonoyama W., Kuboki T., Matsuka Y., Orsini M.G., Yamashita A. 1998. The validity of clinical examination for diagnosing anterior disc displacement with reduction. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 85:647–53.

## Zalecane piśmiennictwo

- Austin D.G., Pertes R.A. 1995. Examination of the TMD patient. W: *Clinical Management of Temporomandibular Disorders and Orofacial Pain*, ed. Pertes RA, Gross SG, 148–49. Chicago: Quintessence.
- Bell W.E. 1989. *Orofacial Pains: Classification, Diagnosis, Management*, 4<sup>th</sup> ed. Chicago: Yearbook Medical Publishers.
- Bush F.M., Abbott F.M., Butler J.H., Harrington W.G. 1998. Oral orthotics: Design, indications, efficacy and care. W: *Clark's Clinical Dentistry*, vol. 2, ed. Hardin JF, chap. 39. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Dawson P.E. 2007. *Functional Occlusion: From TMJ to Smile Design*. St. Louis: Mosby/Elsevier.
- Dworkin S.F., LeResche L. 1992. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: Review, criteria, examinations and specifications, critique. *J Craniomandib Disord* 6(4):301–55.
- Magnusson T., Egermark I., Carlson G.E. 2000. A longitudinal epidemiologic study of signs and symptoms of temporomandibular disorders from 15 to 35 years of age. *J Orofac Pain* 14(4):310–9.
- Monaco A., Cattaneo R., Spadaro A., Giannoni M., DiMartino S., Gatto R. 2007. Visual input effect on EMG activity of masticatory and postural muscles in healthy and in myopic children. *J Oral Rehab* 34(9):645–51.
- Ribeiro R.F., Tallents R.H., Katzberg R.W., Murphy W.C., Moss M.E., Magalhaes A.C., Tavano O. 1997. The prevalence of disc displacement in symptomatic and asymptomatic volunteers aged 6 to 25 years. *J Orofac Pain* 11(1):37–47.
- Simons D.G., Travell J.G., Simons L.S. 1999. *Travell & Simons Myofascial Pain and Dysfunction: The Trigger Point Manual*, vol. 1, 2<sup>nd</sup> ed. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Stegenga B. 2001. Osteoarthritis of the temporomandibular joint organ and its relationship to disc displacement. *J Orofac Pain* 15(3):193–205.