



Wyniki testów dotyczących skuteczności używania aparatu wewnątrzustnego ORA opracowanego przez Dr Bogumiłę Sobczak



Testy zostały wykonane przez Profesora **Jean Ginisty** oraz studentów DCO 3 Fakultetu Chirurgii Dentystycznej na Uniwersytecie - PARIS V

Celem badań było sprawdzenie w jakim stopniu aparat wewnątrzustny ORA wpływa na:

- **korekcję zaburzeń mięśniowo-szkieletowych** przy pomocy elastycznych poduszczek, połączonych ramionami schodzącymi się w uchwyt umożliwiający regulację rozstawienia poduszczek,
- **korekcję zaburzeń poszczególnych segmentów postawy** oraz na układ współczulny

Jako punkt wyjścia przyjmujemy tezę będącą wynikiem prac badawczych M.Clausade i B. Darrailans, która stwierdza jednoznacznie, że istnieje ścisła zależność pomiędzy układem stomatognatycznym a narządem ruchu wpływająca aktywnie na napięcie mięśniowe decydujące o utrzymaniu postawy.

Wzajemne zależności czaszkowo-żuchwowe- krzyżowe oraz interakcje napięć ścięgno-mięśniowych, przekazywanych za pośrednictwem bodźca neuromięśniowego są dziś powszechnie uznawane w świecie naukowym.

Ponadto szkoła amerykańska, laboratoria włoskie i francuskie uznały wpływ okluzji zębowej na postawę, równowagę i siłę mięśni. Wielu sportowców, między innymi Karl LEWIS znajdując praktyczne zastosowanie tej tezy, poprawiło istotnie swoje wyniki sportowe

Dlatego naszym zdaniem używanie aparatu wewnątrzustnego, przeznaczonego do zrównoważenia okluzji poprawi funkcjonowanie łańcuchów mięśniowych, których przyczepy rozpoczynają się na żuchwie, kości gnykowej i segmencie szyjnym.

Wynalazca aparatu wewnątrzustnego dr Bogumiła Sobczak w artykule opublikowanym w >Kinezyterapii Naukowej¹ < opiera się na wnioskach zawartych w jej pracy doktorskiej zatytułowanej „Wpływ fizjoterapii na stan czynnościowy stawów skroniowo-żuchwowych, kręgosłupa i kończyn”.

Dr Bogumiła Sobczak wskazuje na wyraźne połączenia mechaniczne występujące między stawami skroniowo-żuchwowymi, systemem kostno-stawowym i ich wzajemne zależności. Stwierdza, że stosowanie aparatu wewnątrzustnego w połączeniu z kilkoma/trzema zaleconymi ćwiczeniami poprawia funkcjonowanie narządu ruchu.

W celu potwierdzenia tej tezy przeprowadziliśmy testy w pozycji leżącej i stojącej.

Osoby uczestniczące w teście reprezentowały różne stany patologiczne które podzieliliśmy na następujące grupy:

¹ Kinésithérapie scientifique Nr 433, maj 2004

- -grupę z zaburzeniami jednostronnymi, przedstawiające zaburzenia pierwotne(początkowe) wyłącznie okluzyjne. W tej grupie zaobserwowano somatyzacje jednostronne, które mogą dotyczyć wszystkich części ciała. Przyczynę tę określamy jako zaburzenie zstępujące i test pionu Barra wykazuje nierówne położenie łopatek.
- grupę o zaburzeniach nie związanych z okluzją, zaburzeniach odległych, wywołujących interakcje na moduły regulacji obwodowej. Zaburzenia te zostaną określone jako wstępujące, usytuowane na wysokości stop, kolan czy miednicy.
- grupę o zaburzeniach mieszanych, gdzie występują 2 typy zaburzeń, powodujących sytuację gdzie brakowi równowagi okluzyjnej towarzyszy zaburzenie wstępujące w module regulacji obwodowej. Test Barra wykazuje brak liniowości łopatek i miednicy.

W przypadku pierwszych zaburzeń, czyli okluzyjnych układ stomatognatyczny jest przyczyną wywołującą czy stymulującą zaburzenie.

Jeżeli przyjmujemy pierwszą hipotezę, że tylko system stomatognatyczny został zaburzony, w kontekście postawy pozostającej w równowadze, zaburzenie to doprowadzi system stomatognatyczny do zaburzenia czynnościowego, pogłębieniu dysfunkcji może towarzyszyć ból.

Podszeczki okluzyjne aparatu wewnątrzustnego wpłyną radykalnie na ten stan.

Przy występowaniu patologii zstępującej dysfunkcja postawy jest ewidentna. W przypadku poprawy tylko częściowej prowadzonego testu, należy zakładać patologię mieszaną.

I odwrotnie: jeżeli podszeczki nie zmieniają niczego, znaczy, że mamy do czynienia z zaburzeniem wstępującym. Działanie terapeutyczne, którego celem będzie poszukiwanie równowagi okluzji (np. poprzez szlifowanie zębów) mogą wpłynąć niekorzystnie na daną patologię.

W przypadku zaburzeń pochodzenia okluzyjnego, stwierdzono występowanie zaburzeń takich jak: silne i uporczywe bóle głowy, bolesne kurcze mięśni szyi, szumy i dzwonienie w uszach- tinnitus.

Plecy, kolano, system trawienny mogą również ulec zaburzeniom z pojawieniem się dolegliwości bólowych.

Wniosek natury ogólnej sformułujemy więc następująco: jeżeli zaburzenie jest zstępujące pochodzenia okluzyjnego, zostanie ono skompensowane przez stawy skroniowo-żuchwowe, następnie kość gnykową i segment szyjny na wysokości C1-C2-C3-C4.

W przypadku zaburzeń wstępujących są one kompensowane na wysokości C1 i powodują przodoustawienie żuchwy.

Wskazane jest ustalenie pochodzenia zaburzenia poprzedzone testem.

Błąd w diagnostyce i ograniczenie się do stosowania wyłącznie aparatu wewnątrzustnego mogą okazać się niewystarczające dla konkretnego pacjenta a po uregulowaniu dysfunkcji okluzyjnej, wymagają dalszej diagnostyki.

Tak na przykład skutek urazu kości ogonowej lub na wysokości lędźwi, napięcia mięśniowe przeniosą się w kierunku czaszki.

Utrzymujące się napięcia w obrębie czaszki zostaną przeniesione na łuki zębowe, co objawi się zaciskiem zębów. To z kolei pozwoli na uwolnienie napięć i ochronę struktury mózgowej.

Inną przyczyną mogącą spowodować zmiany w równowadze napięć mięśni twarzy jest szok emocjonalny. Żuchwa jest elementem układu kostno-mięśniowego pozwalającym na adaptację. Jej położenie odzwierciedla równowagę/stan postawy w wymiarze przednio –tylnym, system mięśniowy oddziałuje na nią i powoduje tarcie zębów doprowadzając do zgryzu urazowego.

Osoby o zgryzie klasy I i II,1 będą dotknięci tego typu zaburzeniem i przyjmą postawę z wychyleniem ku przodowi.

System szczękowy nie ma możliwości kompensacyjnych na wysokości stawów skroniowo-żuchwowych ani na wysokości C1-C3 ani na wysokości stawu szczytowo-potylicznego. To spowoduje nawyk postawy z odchyleniem ku tyłowi.

Osoby o zgryzie klasy III oraz klasy II,2 również będą podlegały tej zasadzie i przyjmowały postawę z odchyleniem ku tyłowi.

Taka stymulacja będzie powodowała następujące zaburzenia:

- uraz tylny w strefie lędźwiowej między L3 et L5
- zaburzenie poprzeczne stawu biodrowo-udowego czy stawu łopatkowo-ramiennego
- znaczne poprzeczne zaburzenia okluzji

Podczas testów klinicznych osoby uczestniczące w badaniach używały aparatu wewnątrzustny w wydłużonym okresie czasu z jednoczesnym przełykaniem śliny. Reprezentowały one zaburzenie zstępujące, które zostało wcześniej określone zgodnie z wyżej wymienionymi zasadami.

Zaobserwowano szczególnie zmiany ustawienia głowy w płaszczyźnie frankfurckiej i powierzchni zgryzowej dolnej łączącej punkt kontaktowy dolnych siekaczy przyśrodkowych z odśrodkowo policzkowymi guzkami dolnych trzonowców. W płaszczyźnie poprzecznej sprawdzono punkty zgryzowe kłów, czy pozostały w płaszczyźnie horyzontalnej, równoległej do linii ocznej.

Zastosowanie aparatu wewnątrzustnego w sposób bezpośredni przyczyniło się do uzyskania symetrii i równowagi postawy, równowagi czaszkowo-krzyżowo-żuchwowej. W tym przypadku powierzchnia zgryzowa przechodzi przez środek wyrostka zębatego między kręgami C1-C2. Jest to warunek podstawowy stabilności równowagi postawy.

Wniosek

Aparat ORA wykazuje realną skuteczność. Zestaw ćwiczeń towarzyszących, dla spotęgowania efektu wpływającego na równowagę, może być stosowany więcej niż raz dziennie w celu utrwalania i wzmocnienia terapii.

Paryż, 10/10/05

Profesor Jean .Ginisty