

# Lockere Muskeln und ausgeglichener Biss

*Mit der Myozentrik existiert ein elegantes Verfahren zur Behandlung von craniomandibulären Dysfunktionen. Im Unterschied zur klassischen Gnathologie, die die Bissposition aus der Biomechanik der Kiefergelenke abzuleiten sucht, versucht die Myozentrik mit TENS die chronisch verspannte Muskulatur zu lockern und die Gewöhnung an eine bestimmte Kontaktsituation zwischen den Zähnen aufzulösen, bevor eine muskulär möglichst ausgeglichene Bisslage ermittelt wird.*

| Rainer Schöttl, D.D.S. (USA)

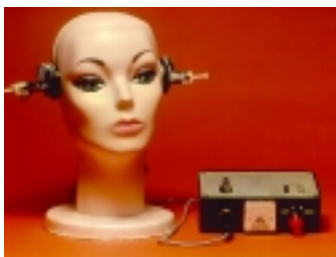


Abb. 1: 1967 wurde vom Urheber der Myozentrik, Dr. Bernard Jankelson, das erste spezifisch hierfür konzipierte TENS-Gerät vorgestellt: Der Myo-Monitor Modell J1.

## info:

### veranstaltungs-tipp:

Am 15. Mai findet im Renaissance Hotel Leipzig ein Symposium mit dem Titel „Orofaziales Syndrom“ statt. Rainer Schöttl D.D.S. (USA) gehört zu den Referenten des von der Oemus Media AG veranstalteten Symposiums. Er wird sich in seinen Vorträgen der Craniomandibulären Dysfunktion (CMD) sowie deren Behandlung widmen. Nähere Informationen zu diesem Symposium gibt es bei der



Oemus Media AG  
Tel.: 03 41/4 84 74-3 09.

Für die Anfertigung von Zahnersatz ist die Einstellung von Zahnmodellen in einem Artikulator erforderlich. Während hierfür das Modell des Oberkiefers mit Bezug zum Schädel übertragen wird, bieten sich dem Zahnarzt eine begrenzte Anzahl von Möglichkeiten der Zuordnung des Unterkiefermodells an. Hierbei stehen meist technische und logistische Belange im Vordergrund: Der Zahnarzt möchte bei späteren Modelleinstellungen gerne wieder zur gleichen Modellrelation kommen können, etc. Aus diesem Grunde sind meist Verfahren üblich, bei denen der Zahnarzt den Unterkiefer des Patienten in eine Grenzposition manipuliert, die vermeintlich jeder Zeit wieder auffindbar ist, um das für die Modelleinstellung nötige Bissregistrator zu erstellen. Gerade beim CMD-Patienten (CMD = Craniomandibular Dysfunktion), bei dem häufig geschädigte und pathologisch veränderte Kiefergelenke vorliegen, bergen solche Manipulationsversuche jedoch nicht unerhebliche Gefahren: Beim Versuch, den Unterkiefer des Patienten z. B. in die rückwärtige Grenzstellung zu manipulieren, kann das Gelenk bzw. der Bandapparat oder auch das Weichgewebe auf einer Seite resilienter sein als auf der anderen Seite. Hierdurch würde unweigerlich bei der Manipulation nach retrah auch eine Abweichung des Unterkiefers hin zur nachgiebigeren Seite hin entstehen, vom Behandler unbeabsichtigt und womöglich auch unbemerkt. Die Kiefer-

mitten kämen nicht mehr übereinander zu liegen, eine dentale Neuversorgung wäre zwangsweise wenig physiologisch und stünde in keiner guten Harmonie zur Muskulatur. All die moderne Technik, die heute zum Zahnersatz eingesetzt wird, hilft jedoch nichts, wenn der Patient gezwungen ist, all seine Kieferbewegungen auf eine unphysiologische Bissposition hin auszurichten, auch wenn dies meist automatisch und völlig unbewusst geschieht.

### Steuerung für Bewegungssystem

Gerade die zahnärztliche Prothetik arbeitet in einem besonders anspruchsvollen Bewegungssystem, denn nirgendwo sonst im Körper existiert eine hartgeweblich präzise definierte und eng verschlüsselte Zielposition für ein Körperteil, wie dies bei der Okklusion der Zähne für den Unterkiefer der Fall ist. Hierfür ist eine extrem aufwändige sensorische, motorische und propriozeptive Steuerung erforderlich, was auch schon die schiere Größe des N. trigeminus vermuten lässt. Hinzu kommt, dass der Unterkiefer des Menschen letzten Endes zwischen dem beweglichen Kraniaum und dem Torso bewegt wird. Nach Prof. Neuhuber entscheidet die Aktivität der Nackenmuskulatur, ob eine Anspannung der hyoidalen Muskulatur zu einer Mundöffnung führt, dann nämlich, wenn die Nackenmuskulatur das Kraniaum gleichzeitig stabilisiert, oder zu einer Beugung des Kopfes, wenn die Elevatoren