

Бостонский Институт Эстетической Медицины

с 1994



Константин Ронкин,
DMD, LVIF, MISCMO, FIAPA,
президент Бостонского Института
Эстетической Медицины (БИЭМ)
и трех его клиник в Бостоне,
Москве и Санкт-Петербурге,
президент российской секции
Международного колледжа
краниомандибулярной ортопедии
(ICSMO).



Алена Ольховикова,
диплом американской школы
бизнеса MGE, Вице-президент
Бостонского Института
Эстетической Медицины.
Диплом американской школы
бизнеса MGE. Большой опыт
в стратегическом развитии
компаний, финансовом планиро-
вании и работы в сфере между-
народной деятельности.



Андрей Круглов,
Член правления управляющей
компаний холдинга Вгабта (Рига).
Главный консультант консалтин-
говой группы Биз-Эксперт (Москва).
Сертифицированный и лицензиро-
ванный консультант/тренер
по управлению предприятием
и персоналом.

Отзывы участников курса:

Хасиева Мадина

«Интересный курс с доступным изложением,
с харизматичными, энергичными лекторами...
курс не только оправдал все ожидания, но и весьма
удивил. Весь материал усвоенный на лекциях можно
применять не только в профессиональной деятель-
ности, но и в личной жизни»

Чаплыгина Ирина

«Отличная структура, консолидация, этапность
донесения информации. Всегда классно получить
новый опыт, поучиться у тех, кто достиг успеха
в определенной деятельности. Здорово! Полезно!
Важно! Нужно и качественно!»

Влад Аветов

«Этот курс дает конкретные инструменты,
позволяет взглянуть на свою практику под новым
углом и я уверен, что применение этих знаний
в будущем позволит получить значительно лучшие
результаты нежели те, что есть у меня сейчас.
И конечно же, я рекомендую эту школу»

Международный центр постдипломного обучения врачей

Программа бизнес-обучения для стоматологов

Одной из важных составляющих успеха любого стоматологического бизнеса является оптимизация продаж. Поэтому этот курс специально подготовлен не только для владельцев стоматологических клиник, директоров, главных врачей, а также для докторов, занимающихся клиническим приемом, и сотрудников стоматологических клиник всех категорий.

Мы все учились в стоматологических ВУЗах и, безусловно, хорошо умеем делать свою работу стоматолога. Но мало кто из нас получал бизнес образование и учился управлению, продажам, маркетингу. Сегодняшние реалии диктуют нам свои условия и без специальных знаний уже невозможно сохранять и преумножать процветание клиники. Ежедневно мы сталкиваемся с проблемами, решение которых дается все труднее или не дается совсем, часто по причине отсутствия необходимых знаний. Задача этого курса – ответить на самые важные ваши вопросы и дать вам в руки реальные инструменты работы, которые вы сможете применять уже завтра в своей практике.

Секреты успеха стоматологической клиники

- Как создать команду, эффективно работающую на результат?
- Как избежать стресса при общении с пациентом?
- Как научиться достигать полного взаимопонимания с пациентами и сотрудниками?
- Найм персонала – как нанять «правильных» сотрудников?

Эффективные продажи в стоматологии

- Как увеличить продажи и получать доход в кризис?
- Работа с возражениями – успешная продажа плана лечения.
- 4 шага к успешному закрытию плана лечения.

Управление клиникой на основе статистик

- Как управлять предприятием на расстоянии?
- Как мгновенно вычислять неэффективных сотрудников?
- Как контролировать платёжеспособность, не вникая в бухгалтерию?

Маркетинг в стоматологии

- Как привлечь достаточное количество новых пациентов?
- «Золотая семерка» – 7 правил печатной рекламы.
- Внешний и внутренний маркетинг – что и как работает на вас?
- Ваша команда – один из лучших маркетинговых инструментов.
- Как на 100% узнать, что интересует именно ваших пациентов и как их привлечь?
- 5 правил эффективной рекламы

Основы организации стоматологического бизнеса

- Как перестать делать работу за подчинённых и не раздувать штат?
- Как управлять бизнесом, не позволяя бизнесу управлять вами?
- Как снизить зависимость от сотрудников и их характеров?

Старт программы – 27 октября 2016 г.

Шилоподъязычный синдром: редкий клинический случай с выраженной симптоматикой

Константин Ронкин,
DMD, MISCMO, LVIF, FIAPA,
Бостонский институт
эстетической медицины

Шилоподъязычный синдром (Eagle's syndrome) характеризуется симптомами, схожими с клиническими проявлениями различных неврологических и стоматологических заболеваний краниомандибулярной области, включая дисфункцию височно-нижнечелюстного сустава. Данная статья описывает редкий случай и васкулярную форму шилоподъязычного синдрома с выраженными клиническими проявлениями. Диагностический процесс включал в себя детализированный сбор анамнеза, подробный клинический осмотр и анализ конусно-лучевой рентгенографии.

Введение

Впервые шилоподъязычный синдром был описан отоларингологом Watt W. Eagle^{1,2} в 1937 году и поэтому назван его именем. Согласно его анализу существует более 200 случаев шилоподъязычного синдрома, нормальная длина шиловидного отростка варьируется от 2 до 3 см.³ Даже небольшая девиация шиловидного отростка медиально может вызывать значительные симптомы и атипичную боль в области лица.⁴ Подавляющее большинство пациентов с удлинённым шиловидным отростком не имеют симптомов. Согласно Eagle различают 2 группы шилоподъязычного синдрома, в зависимости от симптомов: классический и васкулярный. – При классическом типе шилоподъязычного синдрома пациент испытывает ощущение инородного тела в горле¹⁰, тупые, тянущие боли в горле, боли при глотании¹¹, боли в языке. При этом пальпаторно может обнаруживаться атипичное плотное образование в области миндалины.¹²

При васкулярной форме пациенты отмечают боль вдоль наружной и внутренней сонной артерии, боли в области лица и шеи, головокружение, предобморочное состояние, обмороки, ограничение подвижности шеи.^{8,13,14}

Эпидемиология

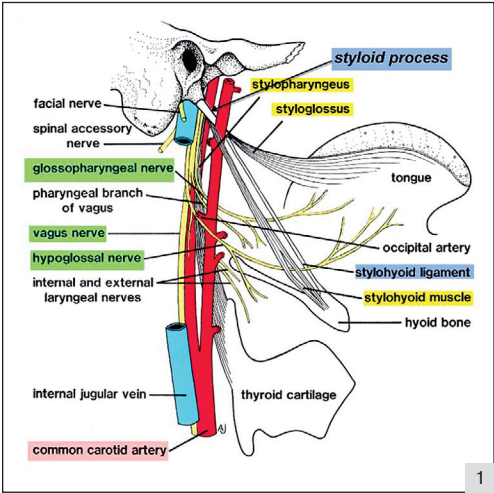
Согласно данным анализа 1771 панорамных рентгенограмм 18,2 процента пациентов имели удлиненные шиловидные отростки в результате кальцификации шиловидно-подъязычного комплекса.⁵

Но только от 1 до 5% имели симптомы.⁶ Еще одно исследование, включавшее анализ более 2000 рентгенограмм показало, что наиболее часто синдром встречается в возрастной группе от 50 до 59 лет, и у женщин чаще, чем у мужчин.⁷

Анатомия

Шиловидный отросток отходит от височной кости кпереди от шило-сосцевидного отверстия и располагается между внутренней и наружной сонной артерией лате-

Даже небольшая девиация шиловидного отростка медиально может вызывать значительные симптомы и атипичную боль в области лица. При классическом типе шилоподъязычного синдрома пациент испытывает ощущение инородного тела в горле, тупые, тянущие боли в горле, боли при глотании, боли в языке. При васкулярной форме пациенты отмечают боль вдоль наружной и внутренней сонной артерии, боли в области лица и шеи, головокружение, предобморочное состояние, обмороки, ограничение подвижности шеи.



рально от фарингальной стенки и кзади от тонзиллярной выемки 8 (рис. 1). К нему прикрепляются три мышцы и две связки: шилоподъязычная и шиломандибулярная связки, а также шилофаренгиальная и шилоязычная мышцы. Соответственно, эти мышцы иннервируются языкоглоточным, лицевым и подъязычным нервами. Внутренняя яремная вена, добавочный, подъязычный, блуждающий и языкоглоточный нервы располагаются медиально от шиловидного отростка. Анатомические взаимоотношения в этой области важны для понимания симптоматики и дифференциальной диагностики. В ли-

тературе описаны случаи невралгии языкоглоточного нерва, как результат удлиненного или сломанного шиловидного отростка.⁹

Клинический случай

Жалобы. 43-летняя пациентка обратилась в клинику Бостонского института эстетической медицины по поводу ДВНЧС с жалобами на боли в области верхней челюсти, лица и шеи слева. Она отмечала боли и дискомфорт при глотании и периодическое возникновение приступов ухудшения симптомов, сопровождаемых головокружением, тошнотой, потемнением в глазах, учащением пульса, затуманиванием сознания.

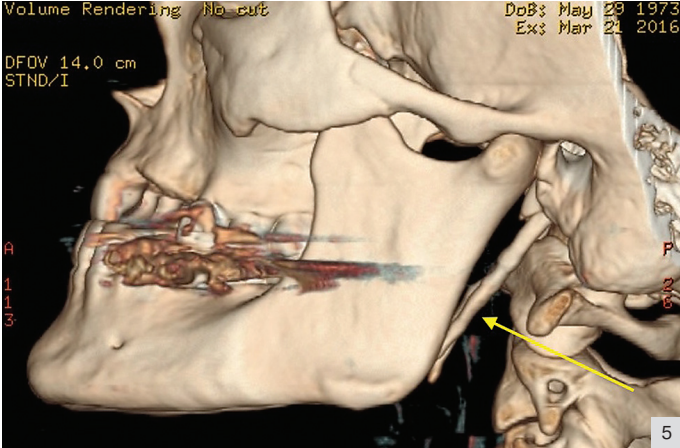
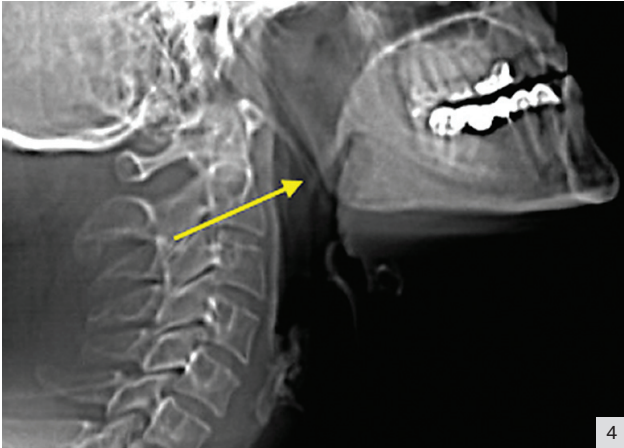
История заболевания. Пациентка впервые отметила появление симптомов примерно 2 года назад. Несколько раз обращалась к различным специалистам: стоматологам, невропатологам, ВНЧС специалистам, вертебрологу, психотерапевту. За этот период ей было проведено лечение по поводу невралгии тройничного нерва, мануальное лечение шейного отдела позвоночника, удалены два верхних моляра слева. Симптомы продолжали ухудшаться. Было рекомендовано ортодонтическое лечение и лечение ДВНЧС.

Анамнез. Во время сбора анамнеза, пациентка отмечала, что, как правило, боли появляются в области шеи слева и иррадиируют в область темени, виска, в область левого глаза и угла нижней челюсти слева (рис. 2). Боли провоцируются при поворотах головы, при чтении, когда голова наклонена, при неудобной позиции во время сна. Часто при приступах боли возникает предобморочное состояние, тошнота, сердцебиение, головокружение.

Пациентка самостоятельно пальпаторно обнаружила «вырост кости» в области небных миндалин слева. Пальпация этой области вызывала болезненность.

Клинический осмотр выявил ограничение вращения головы, асимметрию лица, недоразвитие верхней челюсти (рис. 3). Пальпация мышц шеи и головы была в пределах нормы, лимфатические узлы не увеличены. Внутриворотная пальпация выявила костное образование за стенкой глотки в области небной миндалины слева. Ощущалась легкая болезненность при пальпации.

Рентгенологическое обследование. Конусно-лучевая томография была проведена в предыдущей клинике за две недели до визита к нам. На рентгенограмме обнаруживается удлиненный шиловидный отросток справа и слева, длиной около 5,5 см (рис. 4).



Трехмерное изображение четко отображает удлинение шиловидного отростка за счет кальцификации шиломандибулярного лигамента (рис. 5).

Диагноз. Диагностика базировалась на жалобах пациентки, данных анамнеза, клинического осмотра, пальпации и рентгенологических признаках. Характерным являлось усиление симптоматики и провоцирование приступов боли с головокружением и предобморочным состоянием при движениях и наклонах головы, ощущение инородного тела в горле, боли при глотании. Чрезмерный шиловидный отросток слева определялся при пальпации, был болезненным.

Симптомы васкулярной формы шилоподъязычного синдрома связаны с механическим раздражением симпатических нервных окончаний в стенках наружной и внутренней сонных артерий, вызванным кончиком удлиненного шиловидного отростка или оссифицированного шиломандибулярного лигамента. Как результат, боль иррадиирует вдоль этих сосудов. При вовлечении наружной сонной артерии пациенты ощущают боль в области шеи при поворотах или наклонах головы, иррадиирующие в область глаз, ушей, угла нижней челюсти, мягкое небо и нос. При вовлечении внутренней сонной артерии у пациента

может развиваться головная боль и боль в горле.⁵ Дифференциальная диагностика должна проводиться с такими заболеваниями, как невралгия тройничного нерва, ДВНЧС, невралгия языкоглоточного нерва, мигренями, воспалительными процессами, связанными с зубами мудрости, опухолями, заболеваниями ушей.

Лечение. Традиционным лечением при васкулярной форме шилоподъязычного синдрома является хирургическое удаление гиперплазированного отростка и/или кальцифицированной связки.

Заключение

Диагностика стоматологических пациентов с болевыми синдромами краниомандибулярной области должна включать детальный анализ жалоб, истории заболевания, данных клинического осмотра, пальпации и рентгенологического обследования.

Для специалистов, вовлеченных в лечение пациентов с ДВНЧС и/или болевого синдрома краниомандибулярной области, знание синдромов, схожих по своим клиническим проявлениям с ДВНЧС, является обязательным и позволяет проводить правильную дифференциальную диагностику и выбирать наиболее эффективное лечение.

Литература

1. Eagle W.W. Elongated styloid processes: report of two cases. Arch Otolaryngol 1937; 25:584–587.
2. Eagle W.W. Elongated styloid process: further observations and a new syndrome. Arch Otolaryngol 1948; 47:630–640.
3. Eagle W.W. The symptoms, diagnosis and treatment of the elongated styloid process. Am Surg 1962; 28:1–5.
4. Breault M.R. Eagle's Syndrome: Review of the literature and implications in craniomandibular disorders.
5. Correll R.W., Jensen J.L. et al. Mineralization of the stylohyoid-stylomandibular ligament complex. Oral surg Oral med Oral path 1979; 48:286–291.
6. Langlais R.P., Miles D.A., Van Dis M.L. Elongated and mineralized stylohyoid ligament complex: A proposed classification and report of a case of Eagle's syndrome. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol 1986; 61:527–532.
7. Öztas B., Orhan K. Investigation of the incidence of stylohyoid ligament calcifications with panoramic radiographs. J Investig Clin Dent. 2012;3:30–5.
8. Gossman J.R., Tarsitano J.J. The styloid-stylohyoid syndrome. J Oral Surg 1977; 35:555–560.
9. Armo T.A. Diagnosis and treatment of styloid fracture. Oral Surg 1960; 13:1423–1424.
10. Woolery W.A. The diagnostic challenge of styloid elongation (Eagle's syndrome) J Am Osteopath Assoc. 1990;90:88–9. [PubMed]
11. Zohar Y., Strauss M., Laurian N. Elongated styloid process syndrome masquerading as pain of dental origin. J Maxillofac Surg. 1986;14:294–7.
12. Murthy P.S., Hazarika P., Mathai M., Kumar A., Kamath M.P. Elongated styloid process: An overview. Int J Oral Maxillofac Surg. 1990;19:230–1
13. Keur J.J., Campbell J.P., et al. The clinical significance of the elongated styloid process. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1986; 61:399–404.
14. Lavine M.H., Stoopack J.C., Jerrold T.L. Calcification of the stylohyoid ligament. Oral Surg Oral Med Oral Path 1968; 25:55–58.