



Окклюзионный мастер-курс является базовым для любого специалиста. После прохождения курса Вы будете знать, как провести лечение, результатом которого будет: идеальная эстетика, стабильная окклюзия, нормальная работа ВНЧС, достаточное носовое дыхание, здоровый сон и стабильная postura. Наша цель научить Вас не просто полечить пациента, а вылечить его, и чтобы этот процесс был взаимовыгодным и приятным для доктора и пациента!

Директор программы: Константин Ронкин, DMD, LVIF, MICCМО, FIACA, Президент Бостонского Института Эстетической Медицины (БИЭМ) и двух его клиник в Бостоне и в Москве, Президент российской секции Международного колледжа краниомандибулярной ортопедии (ICCМО).

ОККЛЮЗИОННЫЙ МАСТЕР-КУРС (12 модулей) «Современная концепция функциональной окклюзии»

1. Диагностика окклюзионных нарушений, их профилактика и принципы лечения в клинике терапевтической, ортопедической стоматологии и ортодонтии
2. Функциональная окклюзия в эстетической стоматологии
3. Лечение окклюзионных нарушений с использованием ортотика
4. Индивидуальная шлифовка зубов в клинической стоматологии и ортодонтии
- 5-7. Биометрическая диагностика окклюзионной дисгармонии
8. Практическое использование биометрической диагностики в комплексной реабилитации пациентов с краниомандибулярной дисфункцией
9. Рентгенографическое обследование в стоматологии
10. Использование телерентгенографии в клинике ортопедической стоматологии и ортодонтии. Анализ по методу Сусони.
11. Сочетание методов остеопатического и стоматологического лечения пациентов с окклюзионными нарушениями, патологией ВНЧС и ночным апноэ
12. Кранио-постуральная кинезиотерапия в стоматологии



Старт программы – 21-24 февраля 2017 г.

Отзывы участников курса

Виталий Пынтя

«Очень познавательный и нужный курс с точки зрения научно-практической стоматологии, знания, которые нужно внедрять в повседневную практику!»

Мустаев А.В.

«...Было очень интересно. Огромная благодарность Константину Ронкину и всему коллективу за профессиональное изложение материала. Будем продолжать по новой технологии обучаться и работать»

Каграманова Ирина

«Курс удивительный. Очень грамотные, позитивные лекторы. Получила много значимой информации. Этот курс перевернул все мое представление о стоматологии. Спасибо за приобретенные знания»

Влияние окклюзионных паттернов на организм человека

Усманова Ш.Ш.,
врач-стоматолог высшей категории,
доктор остеопатии (Д.О.),
Бостонский институт
эстетической медицины

На сегодняшний день считается, что бруксизм является одним из симптомов окклюзионных нарушений, ДВНЧС, ночного апноэ. По мере накопления научных данных теории бруксизма претерпели значительные изменения. Так, например, при оценке ночного бруксизма важными факторами являются скрежет зубами, гипертонус жевательной мускулатуры и учащение сердечных сокращений.

Теорий возникновения бруксизма много, и все они выдвигают свои этиологические причины. Каждая из теорий имеет свое рациональное зерно, которое мы можем использовать при диагностике и лечении пациентов. Однако, подавляющее число исследователей сходится во мнении, что основными причинами возникновения бруксизма являются нарушения окклюзии и дыхания. Стресс и другие причины во многих случаях являются усугубляющими факторами.

Исследование, проведенное в Бостонском институте эстетической медицины, показало, что из 74 пациентов с ДВНЧС, страдавших бруксизмом и клэнчем, после проведенного нейромышечного лечения по устранению окклюзионных проблем у 70% был полностью устранен бруксизм. Эти результаты еще раз подтверждают связь бруксизма с нарушениями окклюзии. Данная статья представляет собой взгляд на проблему, связанную с бруксизмом с точки зрения остеопатии, и приоткрывает еще одну страницу в понимании этого феномена.

Konstantin Ronkin (DMD, LVIF, MICCМО, FIAPA)

В настоящее время, в эпоху стремительного ритма жизни и постоянного стресса, проблема бруксизма становится все более актуальной. Головные боли, синдром хронической усталости, проблемы позвоночника – это далеко не полный перечень возникающих осложнений.

Бруксизм не является болезнью, это состояние указывает на повышение интенсивности и частоты контактов зубов относительно физиологических показателей. Бруксизмом называют дневную и ночную парافункциональную жевательную активность. Выделяют две его формы: в состоянии бодрствования и во время сна.

• По определению Национального колледжа окклюзодонтологии [1], бруксизм представляет собой особенность поведения, характеризую-

щуюся непроизвольной, постоянной (стискивание зубов) или ритмической (скрежетание зубами) двигательной активностью жевательных мышц.

• По определению Розенцвейга, бруксизм характеризуется непроизвольными неосознанными сокращениями жевательной мускулатуры при

отсутствии необходимости пережевывания пищи [2].

• Американская академия психиатрии считает бруксизм нарушением поведения.

• Американская академия челюстно-лицевой боли относит бруксизм к черепно-нижнечелюстным дисфункциям [3].

К парасомниям относят кошмарные сновидения, энурез, сомнабулию, сногворение и бруксизм. По мнению Т. Kato «ночной бруксизм представляет собой нарушения сна, характеризующиеся парافункциональной активностью жевательной мускулатуры, которая выражается стискиванием зубов и/или скрежетанием зубами»

• Американская академия медицины сна относит бруксизм к нарушению сна (парасомнии) со стереотипными ритмическими движениями нижней челюсти с сохранением окклюзионных контактов зубов.

К парасомниям относят кошмарные сновидения, энурез, сомнабулию, сногворение и бруксизм. По мнению Т. Като «ночной бруксизм представляет собой нарушения сна, характеризующиеся парафункциональной активностью жевательной мускулатуры, которая выражается стискиванием зубов и (или) скрежетанием зубами» [4]. Като разделяет бруксизм на первичный (идиопатический) и вторичный (ятрогенный):

- К первичной форме относят стискивание зубов в дневное время и ночной бруксизм при отсутствии соматической этиологии.
- Вторичный бруксизм является нейробиологической или психологической аномалией, вызванной нарушением сна или приемом лекарственных препаратов.

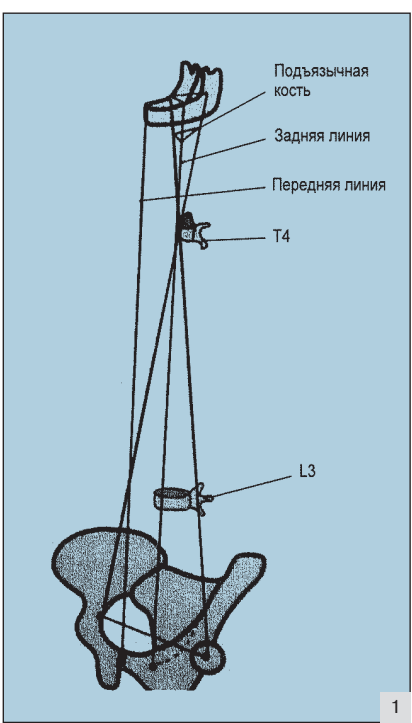
Современные представления о данном состоянии в большей степени учитывают аспекты поведения и знания в области расстройства сна [5-7].

В настоящее время мнения специалистов о бруксизме сильно отличаются. Этиология бруксизма точно не установлена, однако его полиэтиологическая природа не вызывает сомнений.

По мнению профессора Рудольфа Славичека, сжатие зубов является защитным механизмом при стрессе у человека, как бы «выпускным клапаном стресса». Пятая пара череп-

но-мозговых нервов – тройничный нерв имеет связь с ретикулярной формацией лимбической системы, которая отвечает за наше отношение к опасности (одна из функций): стиснув зубы, человек мобилизуется и принимает решение сражаться с опасностью или бежать от неё и т.д. При длительном стрессе изменения в жевательной мускулатуре становятся значительными, вызывая парафункции. Паттерны жевательной мускулатуры нарушают зону физиологии покоя, значительно сокращая ее, вызывая постоянный контакт зубов верхней и нижней челюсти – бруксизм. Образуется замкнутый круг: стресс вызвал дисфункцию жевательной мускулатуры, которая в свою очередь держит человека в состоянии стресса. Бруксизм представляет собой пример соматической реализации психологического стресса и участвует в возникновении парафункций.

Следующая теория возникновения бруксизма – окклюзионная. Долгое время считалось, что ведущую роль в возникновении данного состояния играют окклюзионные препятствия. В эксперименте с созданием искусственных окклюзионных препятствий Rugh и соавторы доказали, что в этиологии бруксизма нарушения окклюзии играют второстепенную роль, а коррекция окклюзии не приводит к устранению парафункциональной активности (информации об остеопатической коррекции адаптационных паттернов тела и холистическом подходе к решению данной проблемы в ходе экс-



перимента не обнаружено – прим. автора).

Нарушение целостности зубного ряда, неадекватное стоматологическое лечение, нарушение окклюзионной плоскости приводят к неправильному положению нижней челюсти и языка, нарушая гармоничные контакты окклюзионных поверхностей зубов, что вызывает расстройства проприоцептивной чувствительности пародонта и желание пациента стиснуть зубы сильнее. Такое состояние неизбежно приводит к паттернам черепа, СБС, ВНЧС, шейного отдела и всего позвоночника. Остеопатия рассматривает организм человека как единое целое, а роли ВНЧС отводится особое место (далее в тексте при использовании термина ВНЧС помним об окклюзионной плоскости, так как гармоничное функционирование одного без другого невозможно). Смит, Хруби и Блад говорят о тесной связи ВНЧС и множественных расстройствах, оказывающих влияние на весь организм. Э.Т. Стилл, У.Г. Сатерленд, Г. Марун, Г.Г. Фрайетт и В. Фрайман описывают возможные причины, диагностические и лечеб-

Нарушение фасеток клыков верхней челюсти вызывает изменения в атлanto-окципитальных суставах. Множественные нарушения фасеток зубов вызывают изменения СБС – главного сустава организма, от функции которого зависит функция нейроглии, продукция и миграция цереброспинальной жидкости.

ные методы работы с проблемами ВНЧС. ВНЧС располагается в теле таким образом, что на него оказывают влияние паттерны всех систем организма. Существует тесная взаимосвязь между поатурой и структурой и функцией ВНЧС. Д.М. Литтлджон показал связь лонного симфиза и симфиза нижней челюсти через линию тяжести, а также показал наличие в организме функциональных треугольников, создающих взаимосвязь между ВНЧС и другими структурами тела (рис. 1). Треугольники создают опору для позвоночника и внутренних органов. В верхний треугольник входят суставные структуры, связанные с большим затылочным отверстием, обеспечивающим основу для черепа, и имеющие точку равновесия в Т-4. Эффекты ротации черепа ощущаются намного ниже, вплоть до Т-4. Любой дисбаланс небной кости и ее мышц влияет на функцию верхнего треугольника. Нижний треугольник помогает обслуживать функцию органов брюшной полости за счет передачи ритмической активности грудной клетки. Для сохранения нормального напряжения в брюшной полости необходимо нормальное положение таза (основание нижнего треугольника).

По данным Шоттла и Бройха, на основании исследований Хаберфельнера, Банеманна, Рокабада и Трюнфельса можно найти следующие ассоциации между функциональными единицами:

- Ретрогнатия (заднее положение нижней челюсти) и антефлексия головы (70% по Рокабадо).
- ВНЧС и затылочно-атлanto-осевые суставы: перекрестный прикус и поднятые плечи.

- Открытый прикус (в боковом отделе зубной дуги) и поза с искривленным тазом.
- Положение головы, шеи и речь.
- Ротовое дыхание (открытый прикус) лимфатические реакции и расстройства пищеварительного тракта.
- Двигательная функция языка и скелетных мышц (положение всего тела).
- Ухо, глаз и плоскости окклюзии (зубов) и позвоночника.
- ВНЧС и подъязычная кость.

Окклюзионная плоскость и ВНЧС являются одним из основных датчиков постурологической системы человека, их много, но основными являются:

- зрительный анализатор,
- окклюзия,
- стопы.

При нарушении одного датчика происходят нарушения и в других датчиках, что непременно окажет негативное влияние на весь организм в целом. Дисфункции ВНЧС могут оказывать влияние на функцию шейных позвонков и, наоборот, через шейные фасции на подъязычную кость. Окклюзионная плоскость и плоскости второго и третьего шейного позвонков – параллельны. Изменение одной плоскости приводит к адаптационным изменениям в другой плоскости, вызывая смещение, ротацию и сайбеддинг позвонков. Мы помним, что ко второму и третьему шейным позвонкам прикрепляется Твердая Мозговая Оболочка (ТМО), и нарушения пространственного расположения этих позвонков влекут за собой нарушения функции ТМО, вызывая паттерны черепа и позвоночника. Окклюзию зубов можно рассматривать как

сустав, и целостность суставных фасеток зубов (функциональная поверхность зубов) оказывает влияние на суставы черепа (швы черепа представляют собой суставы). Например, нарушение фасеток клыков верхней челюсти вызывает изменения в атлanto-окципитальных суставах. Множественные нарушения фасеток зубов вызывают изменения СБС – главного сустава организма, от функции которого зависит функция нейроглии, продукция и миграция цереброспинальной жидкости.

Первым свидетелем описанных выше процессов, как правило, становится стоматолог. На локальном уровне бруксизм приводит к нарушению естественного соотношения зубов, стираемости твердых тканей зубов, брукозу (выраженная деструкция зубов).

Как правило, эти изменения появляются не сразу, а по прошествии определенного времени в зависимости от возможностей организма. Адаптационные паттерны в теле успевают закрепиться, и самостоятельно организм справиться с ними не может.

Грамотный стоматолог привлечет врача-остеопата, который поможет, поработав с телом и устранив адаптационные паттерны, добиться хорошего результата.

Материал предоставлен
Бостонским Институтом
Эстетической Медицины

www.bostoninst.ru

Литература:

1. Collège National d’Occlusodontologie. Lexique. Paris: Quintessence International; 2001
2. Rozenzweig D. Algies et dysfonctionnements de l’appareil manducateur. Paris: Cdp; 1994
3. Okeson JP. orofacial Pain. Guidelines for Assessment, Diagnosis, and Management. Chicago, Berlin, London, Quintessence Publishing Co, Ins; 1996
4. (Kato T, Thie NM, Huynh N, Miyawaki S, Lavigne GJ, 2003. "Topical review: sleep bruxism and the role of peripheral sensory influences". Journal of Orofacial Pain.)
5. Lavigne GJ, Brousseau M, Montplaisir JY, Mayer P Douleurs et troubles du sommeil. In : Lund JP, 6d. Douleurs orofaciales. Paris: Quintessence International; 2004. p. 151-162.
6. Lavigne GJ, Goulet JP, Morisson F, Montplaisir JY. Le bruxisme, un vieux probleme vu sous une perspective nouvelle. Realites Cliniques. 1994; 5 (2): 199-207
7. Lavigne GJ, Montplaisir JY. Bruxism : epidemiology, diagnosis, pathophysiology and pharmacology. In : Friction JR, Dubner R, ed. orofacial Pain and Temporomandibular Disorders. New York : Raven Press ; 1995. p. 387-404