



26-28 мая 2017 года

Диагностика и лечение дисфункции ВНЧС. 13–15 модули

Патология ВНЧС является сложным комплексом патологических процессов, которые, в свою очередь, могут быть составной частью различных кранио-фациальных нарушений, с которыми мы ежедневно сталкиваемся в повседневной практике.

Часто мы встречаемся с необъяснимыми болями в области зубов, лица, головы и шеи. Или после небольшого терапевтического лечения у пациента развиваются симптомы ДВНЧС. Или в результате ортодонтического перемещения зубов появился щелчок в суставах. Понимание комплекса патологии, связанного с областью головы и шеи, в значительной степени предопределяет успех диагностики и лечения пациента.

Директор программы: Константин РОНКИН, DMD, MСCМО, LVIF, FIACA

13 модуль. Этот модуль программы изучения дисфункции ВНЧС посвящен вопросам диагностики кранио-фациальных проблем, как предпосылки проведения лечебных и профилактических процедур.

Обсуждаемые темы:

- Этиология и патогенез кранио-фациальных нарушений. Диагностика и дифференциальная диагностика кранио-фациальной патологии
- Анатомо-физиологические предпосылки возникновения патологии ВНЧС. Роль окклюзии в дисфункции ВНЧС,
- Дифференциальная диагностика болевого синдрома шеи, головы, лица. Протокол клинического обследования при дисфункции ВНЧС,
- Пальпация мышц и отдаленная боль,
- Рентгенологическое обследование при заболеваниях ВНЧС,
- Биометрические методы обследования и их расшифровка при патологии ВНЧС,
- Нейромышечная окклюзия в современной реставрационной стоматологии при лечении пациентов с дисфункцией ВНЧС.

Практические навыки позволят освоить:

- Методики клинического обследования пациентов с дисфункцией ВНЧС или с кранио-фациальными болями,
- Расшифровку рентгенологических снимков, применяемых при дисфункции ВНЧС: рентгенография сустава, телерентгенография,
- Методику пальпации сустава, мышц головы и шеи с целью дифференциальной диагностики,
- Приемы клинической диагностики, позволяющие частично заменить биометрические методы обследования.

14-15 модули. Этот мастер-класс, состоящий из двух модулей, посвящен вопросам лечения пациентов с дисфункцией ВНЧС. Детальная дифференциальная диагностика, основанная на симптоматике и истории заболевания, а также на результатах клинического, рентгенологического и биометрического обследований, позволит определить индивидуальный протокол лечения пациента в зависимости от вида патологии.

Сложный комплекс кранио-фациального синдрома требует комплексного мультидисциплинарного подхода к его лечению. Лечебные мероприятия могут включать в себя медикаментозное лечение, физиотерапию, остеопатию, массаж, нормализацию окклюзии, психотерапию, хирургию и т.д. Лечение может быть неотложным (в случае острого состояния) или отсроченным. И, наконец, не все случаи дисфункции суставов требуют вмешательства.

Разобраться в многообразии методов лечения патологии и в тактике реставрационного или ортодонтического лечения пациентов с дисфункцией ВНЧС поможет этот мастер-класс.

Обсуждаемые темы:

- Протокол и методы лечения пациентов с патологией ВНЧС,
- Особенности реконструкции зубов и ортодонтического лечения у пациентов с патологией ВНЧС, особенности подготовки к протезированию и ортодонтическому лечению,
- Использование различных видов окклюзионных аппаратов (сплнт, ортотик, аквалайзер и др.) при определенных видах патологии,
- Отличие ортотика в первой и второй фазе лечения,
- Достижение стабильной окклюзии у пациентов с патологией ВНЧС,
- Пришлифовка ортотика в процессе лечения пациентов с патологией ВНЧС,
- Медикаментозное лечение патологии ВНЧС,
- Физиотерапевтическое лечение патологии ВНЧС,
- Сочетание остеопатического и стоматологического лечения пациентов с патологией ВНЧС. Лечение патологии ВНЧС при черепно-лицевых травмах.



17 Мая 2017 года

Введение в физиологическую окклюзию

Левон Снегирев, FICCMO, ведущий специалист БИЭМ, врач стоматолог-ортопед, ортодонт

Данная лекция знакомит с принципами современной функциональной нейромышечной окклюзии. Во время лекции будут рассмотрены основные аспекты оптимальной окклюзии и ее нарушений. Также будут представлены примеры клинического применения методов диагностики окклюзионных нарушений и принципы их лечения. Демонстрационная часть лекции покажет клиническое использование объективных методов биометрической диагностики состояния зубочелюстной системы.

Среди рассматриваемых вопросов:

- Окклюзионные нарушения – норма или патология,
- Этиология окклюзионных нарушений – ключ к пониманию принципов лечения,
- Признаки оптимальной окклюзии – основной критерий в нормализации окклюзии у пациентов,
- Принципы нейромышечного лечения окклюзионных нарушений, ДВНЧС.

МОСКВА

Мичуринский пр-т, д. 7, корп. 1
www.bostoninst.ru

КОНТАКТ

Дмитрий Гордеев: +7 926 747-91-18 | gordeev@bostoninst.ru
Елена Радаева: +7 495 514-35-17 | radaeva@bostoninst.ru

Влияние грудного вскармливания на развитие стоматогнатической системы

Усманова Ш.Ш.,
 остеопат, врач стоматолог-терапевт
 высшей категории
 Бостонский институт
 эстетической медицины
 (Москва)

Порой новое – это хорошо забытое старое. Как нельзя лучше эта фраза подходит к ситуации, которая преследует нас при лечении патологии прикуса, ДВНЧС. Я помню, как в восьмидесятих годах профессор Ф. Я. Хорошилкина учила нас, начинающих ортодонтот, правильно «вскармливать грудью», в буквальном смысле. Сейчас это прочно забытая тема. Во всяком случае, мое общение с педиатрами, детскими стоматологами и ортодонтами подтверждает этот факт.

Вы скажете, что все давно известно? Ни к чему тратить время на это? Не цифровая же стоматология... Я надеюсь, что предлагаемая статья резко изменит ваше отношение к этому вопросу. Неправильное вскармливание – одна из трех основных причин, приводящих к патологии прикуса, ДВНЧС и ночному апноэ. Знать досконально все детали по этому вопросу – святая обязанность доктора любой специальности, который так или иначе связан с профилактикой и лечением неправильного прикуса, ДВНЧС и ночного апноэ. Знать настолько, чтобы использование этих знаний в повседневной практике было обыденным делом.

Константин Ронкин, DMD, FIAPA, MICCМО, LVIF

Развитие черепа человека тесно связано с состоянием его дыхательной и пищеварительной систем. В свою очередь, полноценное физиологическое функционирование этих систем тесно связано с кинетикой и положением верхней и нижней челюстей. Анатомия дыхательно-пищеварительного тракта младенца отличается от соответствующей анатомии взрослого человека.

У взрослого человека глотка присоединяется к основанию черепа и спускается перед телами позвонков. Спереди она сливается с носовыми ходами и ротовой полостью. На уровне шеи у глотки взрослого человека нет передней стенки, она сообщается с гортанью. Говоря о физиологии его дыхания и глотания следует отметить следующее: когда он дышит – он не глотает, а когда глотает, то автоматически задерживает дыхание.

У младенца, как и у взрослого, глотка также присоединяется к основанию черепа и опускается спереди от

тел позвонков, перед глоткой находится гортань. Она расположена в высоком положении. Её верхняя граница представлена подъязычной костью, которая находится напротив С1 у младенца, а у взрослого – на уровне С3-С4. Надгортанник находится в прямом контакте с малоразвитым нёбом. Ротоглотки нет. Гортань «заклинена» в носоглотке. При глотании гортань поднимается в носоглотке. Это позволяет глотать одновременно с дыханием.

Молоко, как и любая жидкость, принимает форму сосуда. Молоко течёт по боковым желобам, которые находятся вне гортани – сбоку от неё, затем оно попадает в пищевод и желудок. Когда ребёнок дышит, воздух проникает в носовые ходы, достигает носоглотки и проходит прямо в гортань. Именно поэтому, когда у грудного ребёнка насморк, он очень страдает, потому что ему трудно дышать ртом. В настоящее время мы не знаем точного механизма, но из-

При рождении ребёнка нижняя челюсть занимает дистальное положение. Соотношение верхней и нижней челюстей выравнивается к концу первого года жизни – при условии грудного вскармливания, которое обеспечивает правильное положение языка в покое и при его функции.

В случае отсутствия грудного вскармливания нижняя челюсть будет занимать более дистальное положение, а верхняя челюсть будет недостаточна развита и сужена.

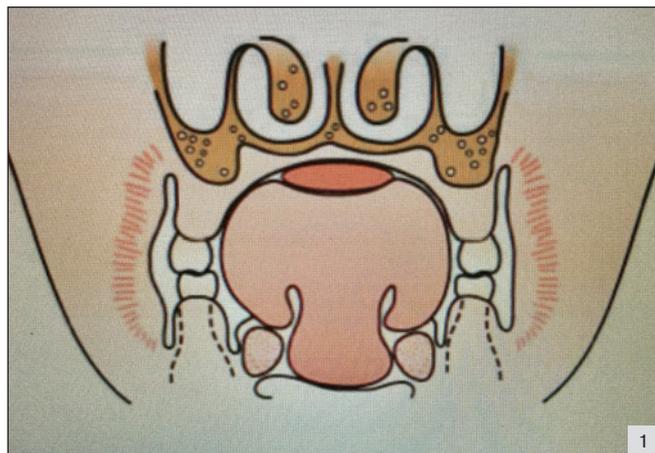


Рис. 1. Положение соска матери в полости рта младенца

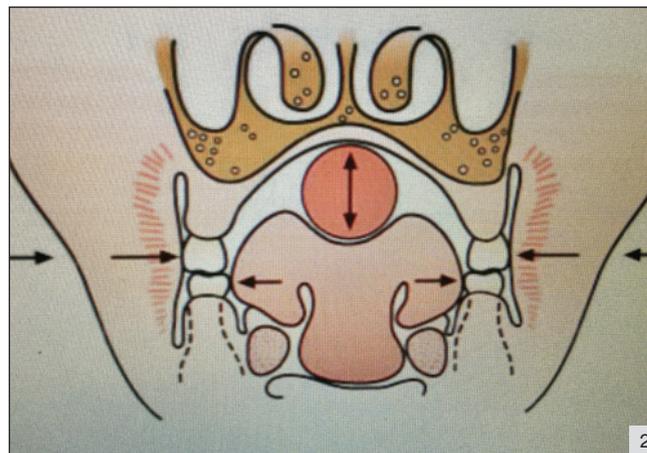


Рис. 2. Положение соски бутылочки в полости рта младенца

вестно: для того, чтобы опустить надгортанник, ребёнок должен сделать определённые усилия. Это позволяет открыть проход для воздуха, чтобы он проникал в гортань, даже когда нос заложен. Согласно статьям профессора Талманта (англ. Talmant J.) эта анатомия является идеальной, то есть полностью приспособленной к потребностям питания грудного ребёнка.

Сначала при вдохе в цилиндре присутствует отрицательное давление. Если стенки этого цилиндра гибкие, они окажутся вдавленными. Эластичный цилиндр определённого размера деформируется и становится настолько меньше, насколько его высота меньше по сравнению с диаметром окружности. Поэтому он механически более стабилен, пока его высота не является по размеру больше диаметра окружности.

Отсутствие ротоглотки у младенца уменьшает высоту глотки, это позволяет сопротивляться механическим последствиям снижения давления при вдохе. Таким образом, при снижении давления стенка не западает.

При кормлении грудью сосание производит значительное механическое воздействие на различные дыхательные и пищеварительные анатомические структуры. Младенец захватывает в рот сосок и ареолу, захват груди получается достаточно широким, губы растягиваются и

располагаются на груди матери. Язык находится под соском и немного высунут вперёд, сосок просунут в глубину рта близко к стыку твёрдого и мягкого неба. Сосание начинается с движения кончика языка, который идёт вверх, и продолжается движением «покачивающей волны» спереди назад и сверху вниз.

Эта мощная мышечная динамика оказывает следующие действия: происходит расширение межребриных швов, насос мышечных тканей, идущих от мышц языка до мышц констрикторов глотки. В это время нижняя челюсть опускается, в результате чего внутри рта понижается давление, что создает приток молока. Молоко попадает в пищевод благодаря глотанию, скоординированному с движением языка. Соединение волнообразного движения языка и деятельности нижней челюсти, а затем и глотания вызывает следующие действия:

- насос мышечно-апоневротического прохода глотки,
 - на тканях черепа,
 - на уровне мембран (свод черепа),
 - на уровне хрящей (основание черепа),
 - на миофасциальном уровне.
- Язык состоит из 17 мышц, которые соединяют его:
- с нижней челюстью (подбородочно-язычная мышца),
 - с подъязычной костью (подъязычно-язычная, нижние язычные, верхние язычные мышцы),

- с височной костью (шило-язычная мышца),
- с мягким небом (небно-язычные мышцы),
- с миндалинами (миндалиноязычные мышцы),
- с мышечно-апоневротическим проходом глотки (глоточно-язычные мышцы).

Этот проход, где глотка присоединяется к основанию черепа, является началом висцеральной цепи (в организме существуют висцеральные, мышечные, постуральные цепи и т.д.). Верхнее присоединение этой цепи: базилярный отросток основания затылочной кости, кость и внутренние крылья крыловидных отростков клиновидной кости, сфено-каменистые желоба (сформированные височной костью и большими крыльями клиновидной кости). Эта висцеральная цепь связана с мышечной системой нижней челюсти и мышцами языка, которые, в свою очередь, продолжают мышцами лица и затылка.

Кормление грудью оказывает ослабляющее действие на все мембранные структуры черепа, а также на основание черепа и его мышечно-апоневротические присоединения. Вот почему можно сказать, что кормление грудью является для ребёнка этапом, физиологически продолжающим рождение. При этом важно, что сосок матери полностью подстраивается под ротовую полость ребенка.

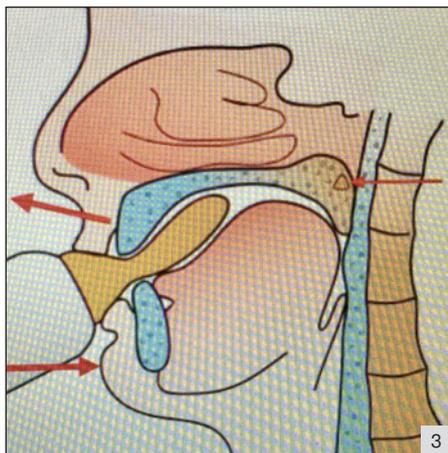


Рис. 3. Давление со стороны соски бутылочки

Механизм сосания из бутылочки

Другой, у соски нет такого анатомического сопротивления, как у груди, она не приспособляется к ротовой полости младенца. Ребёнок, сосущий соску, гораздо больше напрягает мышцы височно-нижнечелюстных суставов, щёчные мышцы заземляют соску между двумя деснами. При искусственном вскармливании язык своим положением подстраивается под форму соски бутылочки. Резиновая соска бутылочки вызывает перемещение премаксилы, зубов и верхней губы вперёд и вверх, удерживает нижнюю челюсть в дистальном положении, а язык – в нижнем и заднем положении. При таких условиях в кормлении принимают участие почти все жевательные и мимические мышцы, язык привыкает к нижнему положению, даже когда находится в состоянии покоя, что способствует сужению верхней челюсти и задержке развития средней трети лицевого скелета и основания черепа. Это изменяет пространство полости рта: с возрас-

Литература:

1. Амиг Ж.-П. Зубочелюстная система. - СПб.: "Невский ракурс", 2013. 240с.
2. Алледжер Джон Е. Краниосакральная терапия. - М.: Везь, 2010. 112 с.
3. Бюске-Вандерхейден, Мишель. Физиологические цепи. - М.: МИК, 2015. 303 с.
4. Камкин А., Каменский А. Фундаментальная и клиническая физиология. - М.: "Академия", 2004. 1073с.
5. Карлсон Дж.Е. Физиологическая окклюзия. - М.: Midwest Press, 2009. 218с.

том язык не может занять свое физиологическое положение, т.к. ему просто нет места на верхней челюсти, но и на нижней челюсти ему также нет места, и он начинает его искать, дистализуясь и поджимаясь, при этом тянет за собой нижнюю челюсть назад. Особенности строения ВНЧС таковы, что при дистализации нижняя челюсть ротируется по горизонтальной оси, формируя открытый прикус. Так как стартовая позиция языка изменена, то и его кинетика при жевании, глотании и речи будет нарушена.

Низкая позиция языка приводит к формированию *ротového типа дыхания*, так как при таком положении языка рот постоянно приоткрыт. При этом происходит снижение концентрации углекислого газа в крови и его чрезмерная эвакуация из организма. Это влечет за собой нарушение кислотно-щелочного равновесия и расстройство окислительно-восстановительных процессов, вызывает накопление недоокисленных продуктов метаболизма. Естественной реакцией организма на нарушение обмена веществ является развитие хронического стрессового состояния, что является угнетением всех органов и систем.

Носовой тип дыхания создаёт оптимальные условия для осуществления газообмена в альвеолах легких. Газообмен обусловлен разностью их концентрации по обе стороны мембраны, оптимальная разница 60 мм рт.ст., благодаря этому происходит диффузия кислорода в кровь. Очередной вдох воздуха происходит, когда падает парциальное давление углекислого газа в крови до 40-38 мм рт.ст (закон Дальтона 1801, 1803 гг.). При ротовом типе дыхания снижаются показатели парциального давления углекислого газа в крови до критических показателей, на которые дыхательный центр может не среагировать. В такой ситуации происходит усиление связи кислорода с гемоглобином, что затрудняет транспорт кислорода к клеткам, формируется хроническое кислородное голодание. В организме человека угле-

кислый газ образуется в мышцах – при физической нагрузке, и в клетках тканей – в процессе цикла Кребса; условия для резервирования достаточного количества углекислого газа в крови и легочной ткани – это носовой тип дыхания (эффект Нильса Бора). Нарушения физиологии дыхательного процесса являются причиной возникновения дисфункции лицевого краниума, развития зубочелюстных аномалий, задержки развития, ЛОР-патологий, храпа и ночного апноэ, что сильно ухудшает качество жизни человека.

При рождении ребёнка нижняя челюсть занимает дистальное положение. Эта анатомическая особенность новорождённого необходима для прохождения по родовым путям и обусловлена его типом питания. Соотношение верхней и нижней челюстей выравнивается к концу первого года жизни – при условии грудного вскармливания, которое обеспечивает правильное положение языка в покое и при его функции. В случае отсутствия грудного вскармливания нижняя челюсть будет занимать более дистальное положение, а верхняя будет недостаточна развита и сужена.

Для поддержания гомеостаза в стоматогнатической системе необходимо, чтобы соотношение челюстей между собой и их расположение относительно остальных костей черепа благоприятствовало гармоничному функционированию нейромышечной системы и краниосакрального механизма. СБС (сфено-базиллярный синхондроз) является главным ориентиром черепа, верхняя челюсть является основой стоматогнатической системы.

Кормление грудью обуславливает в долгосрочной перспективе морфологию рта и лица, предотвращает развитие зубочелюстных аномалий и ЛОР-патологий, краниальных дисфункций. Необходимо уважать выбор матери в отношении кормления соской или грудью, но надо осознавать физиологические различия и точно информировать родителей о последствиях.

www.bostoninst.ru