



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! Для тех из вас, кто захочет более детально изучить проблему окклюзии и получить практические навыки диагностики и лечения дисфункции ВНЧС и ночного апноэ, мы предлагаем дополнительные программы.

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 пришлифовка зубов в клинической стоматологии и ортодонтии
- 5-7. Биометрическая диагностика окклюзионной дисгармонии
- 7а. Практическое использование биометрической диагностики в комплексной реабилитации пациентов с кранио-мандибулярной дисфункцией.
8. Рентгенографическое обследование в стоматологии
- 8а. Использование телерентгенографии в клинике ортопедической стоматологии и ортодонтии. Анализ по методу Сусони.
9. Сочетание методов остеопатического и стоматологического лечения пациентов с окклюзионными нарушениями, патологией ВНЧС и ночным апноэ
10. Кранио-постуральная кинезиотерапия в стоматологии



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

Старт программы – 7 НОЯБРЯ 2015 г.

МОСКВА

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

КОНТАКТ

Дмитрий Гордеев: +7 926 747-91-18 | gordeev@bostoninst.ru
Любовь Татевосян: +7 495 514-35-17 | tatevosyan@bostoninst.ru

Использование техники легких проволок ALF при лечении пациентов с синдромом обструктивного ночного апноэ

Константин Ронкин,
DMD, MICCSMO, LVIF, FIARA
Бостонский институт
эстетической стоматологии

Скелетное расширение верхней челюсти, уплощение высокого неба является важной составной частью в комплексном лечении взрослых пациентов с нарушениями прикуса и обструктивным ночным апноэ. Несмотря на бытующее мнение о том, что у взрослых расширение верхней челюсти происходит только за счет щечного наклона зубных рядов, обсуждаемый в этой статье клинический случай демонстрирует возможность использования техники легких проволок для скелетного расширения верхней челюсти. Эффективность, безболезненность, возможность поддерживать хорошую гигиену полости рта и отсутствие нарушения эстетики делают ALF одним из наиболее приемлемых методов лечения у взрослых.

Согласно исследованиям Morgan, et al, 2011¹ среди стоматологических пациентов 33% мужчин и 6% женщин находятся в группе риска по обструктивному ночному апноэ. К основным причинам, приводящим к обструктивному ночному апноэ относятся:

- дистальное положение нижней челюсти,
- сужение верхней челюсти вследствие нарушения прикуса, скелетного недоразвития или неадекватного ортодонтического лечения с удалением премоляров.²

Кроме того, макроглоссия и повышенный вес также играют роль в развитии апноэ.

Все эти причины приводят к анатомическому сокращению дыхательных путей и ограничению места для языка. Хроническое воспаление в раннем детском возрасте в результате аллергической реакции приводит к гипертрофии лимфоидной ткани в носоглотке в виде увеличения объе-

ма аденоидной ткани и небных миндалин.

В норме, начиная с пятилетнего возраста, аденоиды и миндалины начинают атрофироваться и к периоду полового созревания полностью исчезают. Однако, при сохранении воспалительной аллергической реакции миндалины и аденоиды остаются увеличенными, занимая часть полости рта и сужая дыхательные пути.

В исследовании, проведенном Galvez & Methenino (J of Pedo 13(2): 113-

140, 1989),³ на более, чем 1000 детей с сужением дыхательных путей, средний возраст которых составил 8 лет, продемонстрировано, что:

- 85% детей с нарушением смыкания губ имели готическое небо,
- 65% детей с мезиальным прикусом имели готическое небо,
- 79% детей с перекрестным прикусом имели готическое небо,
- 80% детей с аллергией имели готическое небо.

Наличие высокого готического неба, которое является дном носовой

Развитие верхней челюсти в раннем детском возрасте и расширение апикального базиса у взрослых являются неотъемлемой частью комплексной профилактики и лечения обструктивного ночного апноэ.

Удаление зубов с целью получения места при ортодонтическом лечении должно быть ограничено и использоваться только при абсолютной макродонтии.



Рис. 1.
Аппарат ALF
для верхней
и нижней
челюстей.

полости, как правило, приводит к искривлению носовой перегородки и затруднению носового дыхания. Пациенты с высоким готическим нёбом и суженной верхней челюстью имеют 90% вероятности развития ОАС.⁴ В связи с вышеизложенным, развитие верхней челюсти в раннем детском возрасте и расширение апикального базиса у взрослых являются неотъемлемой частью комплексной профилактики и лечения obstructивного ночного апноэ. Удаление зубов с целью получения места при ортодонтическом лечении должно быть ограничено и использоваться только при абсолютной макродентии. В этой связи,

раннее ортодонтическое лечение с целью развития костного скелета ребенка является важной составляющей профилактики нарушений прикуса, ДВНЧС и ночного апноэ. Расширение верхней челюсти у детей, как правило, не вызывает затруднений. С этой целью давно и успешно используются функциональные аппараты (аппарат Френкеля), трейнеры, съемные и несъемные экспандеры. Костное расширение верхней челюсти у взрослых, а также предупреждение рецидива после расширения представляют определенную трудность. Некоторые авторы считают, что расширение на верхней челюсти у взрослых достигается только

за счет зубного ряда, щечного наклона зубов.⁵ Использование техники легких проволочек (ALF) при ортодонтическом лечении взрослых и подростков с суженной верхней челюстью и высоким готическим нёбом позволяет успешно преодолеть трудности, связанные с расширением челюстей.⁶

ALF – техника легких проволочек
ALF был создан д-ром Darick Nordstrom в 1983 году, как аппарат, способный корректировать и балансировать кранио-стоматологический комплекс. Это несъемный проволочный аппарат, имеющий омега-петли, за счет которых производится его активация (рис. 1). Основным преимуществом ALF является его способность производить изменения в краниально-челюстной системе в трех измерениях. Он позволяет расширить верхнюю челюсть в области клыков, освободить премаксилу, скуловые кости, 14 краниальных костей, включая сочленение основной и затылочной костей (SBS).⁷ Приведенный ниже клинический случай иллюстрирует возможность использования ALF в качестве метода выбора с целью костного расширения верхней челюсти и нормализации ее положения в пространстве черепа.



Рис. 2а-с. Фотографии пациентки до лечения.

Клинический случай
Основная жалоба. Пациентка, 22 года, обратилась в клинику по направлению отоларинголога с жалобами на некрасивую улыбку и нарушение прикуса. Отоларинголог направил ее на консультацию к нам по поводу нарушения носового дыхания, сужения дыхательных путей и нарушения сна.
Анамнез. У пациентки с детства наблюдается нарушение носового дыхания, которое привело к деформации верхней и нижней челюстей и зубных рядов. На протяжении нескольких лет она применяла стероидные препараты в виде капель в нос, не достигая желаемого результата. В раннем детском возрасте была проведена тонзил- и аденоэктомия. За 4 недели до обращения к нам пациентка начала ортодонтическое лечение по месту жительства, в плане которого было удаление четырех премоляров с целью создания места и выравнивания зубов с использованием брекетов.

На первичной консультации были выявлены жалобы на щелчки в обоих ВНЧС, плохой сон, усталость и сонливость в течение дня, плохую память и трудности с поддержанием внимания и концентрации во время учебы.
Внешний осмотр выявил лицевые признаки, возникающие при хроническом нарушении носового дыхания: переднее положение головы, ротовой тип дыхания, слабая круго-

вая мышца рта, сужение наружных носовых проходов, недоразвитие переднего отдела ВЧ (рис. 2а-с).
Внутриротовой осмотр выявил резкое сужение верхней и нижней челюстей, высокое готическое нёбо, перекрестный прикус, скученное положение зубов. Фестончатый язык располагается на нижних зубах, глотание сопровождается фронтальным прокладыванием языка (рис. 3а-е).



Рис. 3а-е.
Внутриротовые
фотографии
до начала
лечения.



Рис. 4. Боковая ТРГ.

Рентгенологическое обследование.

На ТРГ отмечается сужение дыхательных путей на уровне третьего шейного позвонка (6 мм), наличие аденоидной ткани, отсутствие лордоза в шейном отделе позвоночника и тенденция к кифозу на уровне 5-7 шейных позвонков (рис. 4).

Дополнительные методы обследования.

Проведенная ЛОР-врачом назальная эндоскопия подтвердила наличие гипертрофированной аденоидной ткани, выявила искривление носовой перегородки. Пациентке предложено хирургическое исправление искривленной перегородки и удаление аденоидов. От оперативного лечения она отказалась.

Диагноз и план лечения. В соответствии с поставленным диагнозом – перекрестный прикус, сужение верхней и нижней челюсти, скученное положение зубов, нарушение носового дыхания, обструктивное ночное апноэ(?) – составленный предварительный план лечения включал в себя:

- на первом этапе: проведение ортодонтического лечения с целью расширения верхней и нижней челюстей, уплощения неба и нормализации положения верхней челюсти в краниальном пространстве,
- на втором этапе: определение физиологического положения нижней челюсти с использованием ТЕНС и К7 нейромышечного метода, с последующим выравниванием зубных рядов и исправлением прикуса с помощью брекетов.

Для нормализации положения и функции языка была рекомендована миофациальная терапия.

В случае подтверждения диагноза обструктивного ночного апноэ легкой или средней тяжести, было рекомендовано проведение соответствующего лечения с использованием внутриротового аппарата для лечения ночного апноэ Micro2.

Лечение. Первая фаза. Для расширения челюстей была использована технология легких проволок. Аппарат ALF изготовлен на верхнюю и нижнюю челюсть (рис. 5). Активация аппаратов производилась в среднем каждые 6 недель, срок лечения составил 23 недели.

Промежуточные результаты лечения. В результате проведенного лечения произошло расширение ВЧ в области первых премоляров на 4 мм (рис. 6а-д). Внутриротовые фото после 23 недель лечения представлены на рис. 7а-с.

Пациентка отмечала значительное улучшение носового дыхания, что позволило ей сократить использование сосудосуживающих капель в

Рис. 5а-с. Внутриротовые фотографии пациентки с аппаратами ALF на верхней и нижней челюстях



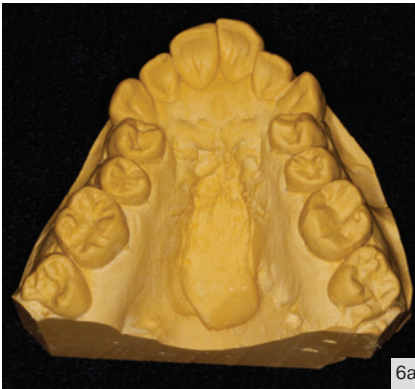
5а



5б



5с



6а

Рис. 6а-б. Состояние верхней челюсти до лечения. Трансверсальное измерение составляет 13,24 мм



6с

Рис. 6с-д. Состояние верхней челюсти после лечения. Трансверсальное измерение составляет 17,19 мм



6б



6д

нос более, чем в три раза. До начала лечения она использовала носовые капли каждый день, а по завершении этого этапа лечения – 2-3 раза в неделю. Пациентка стала лучше спать и меньше уставать днем.

Заключение

Лечение пациентов с сужением верхней челюсти и нарушением носового дыхания, прежде всего, должно быть направлено на расширение верхней челюсти за счет костных из-

менений, а не только зубных рядов. Подобное расширение важно не только с точки зрения лечения патологии прикуса, но, в первую очередь, для профилактики или лечения обструктивного ночного апноэ и нормализации носового дыхания.

Представленный клинический случай демонстрирует эффективность использования техники легких проволок (ALF) с целью расширения верхней челюсти и нормализации положения краниальных костей.

Список литературы, использованной в статье, находится в редакции

www.bostonist.ru



7а



7б



7с

Рис. 7а-с. Внутриротовые снимки пациентки после 23 недель лечения с помощью техники ALF