

# Совместное лечение стоматологического пациента врачом-стоматологом и остеопатом

**Ш.Усманова**, врач-osteопат

**К.Ронкин**, DMD, LVIF

Бостонский институт эстетической и функциональной стоматологии

Остеопатическая практика включает в себя профилактические, диагностические и лечебные мероприятия, направленные на восстановление гармонии, функций и структуры человеческого организма. С остеопатической точки зрения, функция и структура (форма) взаимосвязаны и оказывают влияние друг на друга как в условиях здоровья, так и в условиях болезни. Тело человека является единым целым организмом и имеет собственные механизмы самозащиты и регулировки. Поэтому нельзя рассматривать стоматологические проблемы вне организма. Приступая к лечению проблем полости рта, нужно учитывать состояние опорно-двигательного аппарата, в частности, позвоночника (особенно его шейного отдела) и тонус и гармонию работы мышц.

**Остеопат.** Оклюзионная плоскость и плоскости второго и третьего шейного позвонков должны быть параллельны друг другу (рис. 1). Отклонения в одной из плоскостей неизменно приведут к отклонениям в другой плоскости.

Аномалии прикуса и приобретенные нарушения окклюзии приводят к ответным нарушениям в шейном отделе позвоночника и спазму мышц задней группы шеи. Длительный спазм приводит к структурным изменениям в мышце, укорачивая ее, и она теряет свою способность сокращаться и расслабляться. Длительный спазм задней группы мышц шеи приведет к спазму жевательной и мимической мускулатуры, так как для организма в целом спазм с одной стороны является негармоничным процессом, который адаптационно приводит к спазму противовесную сторону.

Занимаясь исправлением нарушений прикуса, необходимо учитывать состояние жевательной мускулатуры и, при наличии патологии, проводить лечебные мероприятия. Но, учитывая вышесказанное, мы

понимаем, что без коррекции шейного отдела добиться стабильного результата в создании баланса жевательной мускулатуры нереально, а это значит, что стоматолог будет работать в патологической окклюзии, что непременно вызовет либо рецидив заболевания, либо срыв адаптации и появление болевого синдрома. Жевательные мышцы входят в состав антигравитационных мышц тела и оказывают влияние на его положение в пространстве. При их патологии изменяется как положение нижней челюсти в пространстве черепа, так и положение головы на шее и осанка в целом (рис. 2). Плоскость, проходящая через ВНЧС, проходит через атланто-окципитальное сочленение (сустав, соединяющий затылочную кость черепа и первый позвонок). При нарушении положении головы происходят изменения в атланто-окципи-

тальном сочленении и, соответственно, в ВНЧС. На начальных этапах эти изменения являются адаптацией, но со временем приводят к структурным нарушениям, приводящим к артрозам, артритам и т.д.

**Стоматолог.** На протяжении минувших десятилетий взаимосвязь шейного отдела позвоночника с положением нижней челюсти и окклюзией была неоднократно продемонстрирована в экспериментальных и клинических исследованиях.



Рис. 1. Оклюзионная плоскость и плоскости 2 и 3 шейного позвонков должны быть параллельны друг другу.

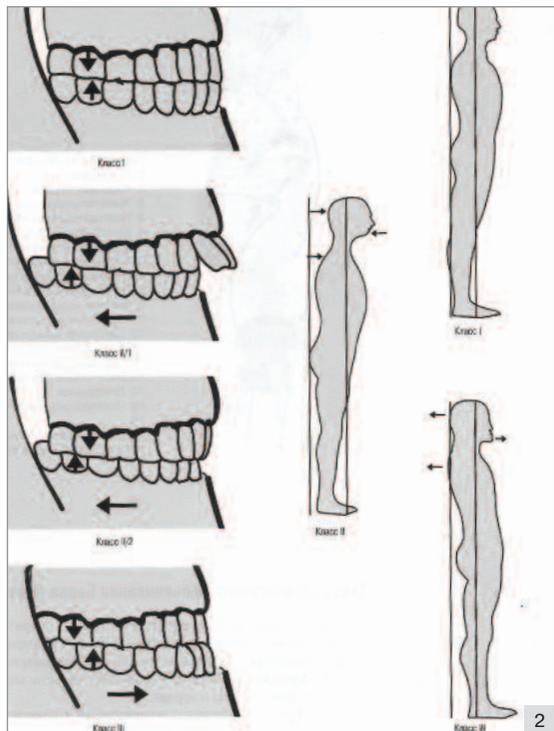


Рис. 2. Положение нижней челюсти оказывает влияние на постурологический статус (вертикальное положение тела в пространстве).



Рис. 3. а) Структура позвоночника до эксперимента. б). Искривление позвоночника через неделю после изготовления завышающей композитной реставрации на первом моляре.



Рис. 4. Конгруэнтность мышечка атланта-окципитального сочленения и суставного отростка ВНЧС определена путем сопоставления отиска суставных поверхностей.



Рис. 5. Пациент с "передним положением головы": шея смещена вперед, голова запрокинута назад.

Так, в 2005 году доктор D'Attilio с группой соавторов в экспериментальной работе на крысах показал прямую зависимость состояния позвоночника от окклюзии.<sup>1</sup> Авторы раскрыли механизм искривления позвоночника, который был связан с ротацией первого шейного позвонка в ответ на нарушение окклюзии (рис. 3). Работы доктора Норма Томаса объясняют эту зависимость с точки зрения анатомии и физиологии. В его статье, опубликованной в LVI Vision в 2009 году, была продемонстрирована конгруэнтность суставных поверхностей мышечковых отростков ВНЧС и атланта-окципитального сочленения<sup>2</sup> (рис. 4). Было показано, что при смещении (сублаксации) черепа вперед в атланта-окципитальном сочленении, в ВНЧС происходит перемещение суставной головки от латерального полюса к медиальному. Так или иначе, любые соотношения верхней и нижней челюстей связаны с положением шейного отдела позвоночника и головы относительно шеи. Любые смещения (подвывихи) в атланта-окципитальном сочленении

ведут за собой смещение суставной головки ВНЧС, и наоборот. Согласно работам доктора R. Cailliet, вес головы в среднем составляет 4–5 кг.<sup>3</sup> При правильной осанке, когда центр наружного слухового прохода находится на одной линии с центром плеча (+2 мм), нагрузка на позвоночник составляет 4–5 кг. При переднем положении головы, на каждые 2,5 см смещения головы вперед, нагрузка на позвоночник увеличивается на 5 кг (рис. 5). Это объясняет гипертонус и спазм мышц шеи и плечевого пояса. На боковой телерентгенографии головы часто можно видеть отсутствие шейного лордоза, дегенеративные изменения в позвоночнике, сокращение просвета дыхательных путей и т.д. (рис. 6).

**Остеопат.** В организме существуют симметрично расположенные точки, при соединении которых получают параллельные линии, что отражает нормальное состояние опорно-двигательного аппарата. Основные линии проходят через зрачки, окклюзию, лопатки, гребни подвздошных костей, колени, лодыжки

(рис. 7). Нарушение параллельности хотя бы одной линии приводит к нарушениям в других линиях, что может свидетельствовать о нейромышечном дисбалансе. Вот почему нарушения параллельности окклюзионной плоскости могут вызывать боли в области спины, коленей, голеней и т.д. Нарушение окклюзии в результате стираемости зубов, неадекватного стоматологического лечения или протезирования оказывает большое влияние на состояние костно-мембранозной структуры черепа и работы нейроглии. Кости черепа соединены между собой подвижно, т.е. черепные швы представляют собой «суставы». В своей работе "О повреждениях головы", которая вышла в 400 году до нашей эры, Гиппократ описал строение черепа и черепных швов. Еще тогда он признал, что кости черепа не спаяны друг с другом а соединены подвижно. Главным «суставом» является *сфено-базиллярный синхондроз* – СБС (сочленение, соединяющее клиновидную и затылочную кости), обеспечивающий связь с основанием черепа, которое стома-

тологи принимают за точку отсчета и считают неподвижным. Сюда же к основанию черепа направляется вектор сил от жевательных зубов. При суперконтакте с одной стороны, вектор силы будет больше, что скажется на работе сфено-базиллярного синхондроза, вызывая его различные патологические состояния, исправить которые без остеопатической коррекции невозможно. Состояние СБС и его правильная работа напрямую оказывают влияние на функционирование нейроглии и всей нервной системы, циркуляцию спинномозговой жидкости и работу организма в целом.

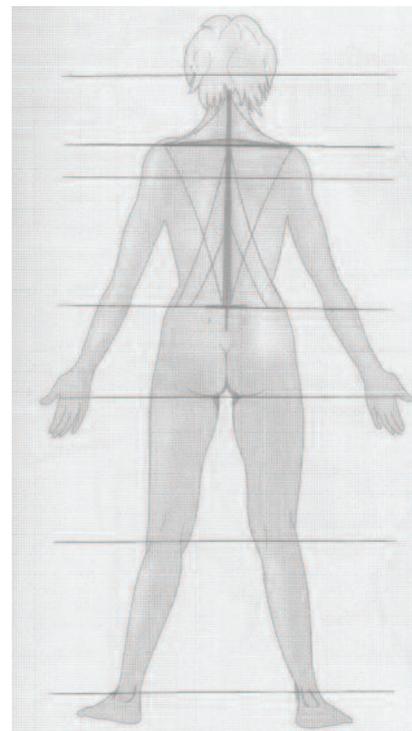
Остеопатическое лечение направлено на нормализацию опорно-двигательного аппарата. Остеопат с помощью мягкой коррекции устраняет ротацию шейных позвонков и восстанавливает гармоничную работу мышц. Мышечное волокно, как и любая ткань или орган в организме, обладает генетической памятью о правильном функционировании.

Длительный спазм или другие повреждения стирают эту память, и мышца запоминает патологическое положение или движение, что приводит к постоянным рецидивам. С помощью остеопатической коррекции происходит стирание патологической информации и восстановление генетической памяти. Мышцы посредством сухожилий прикрепляются к надкостнице. Спазмированное мышечное волокно тянет на себя кость, вызывая ее деформацию и ротацию. Устраняя спазм и восстанавливая генетическую память о правильном функционировании, возможно улучшить состояние, форму и положение костей. ВНЧС и жевательная мускулатура являются одним из датчиков постурологической системы, которая отвечает за



Рис. 6. Отсутствие лордоза шейного отдела позвоночника и наличие дегенеративных изменений шейных позвонков.

Рис 7. Линии, соединяющие симметричные точки на теле, должны быть параллельны друг другу.



вертикальное положение тела в пространстве. Нарушения в этой системе приводят к серьезным изменениям в организме. Стоматологическое лечение без устранения этих изменений значительно увеличивает шансы возникновения рецидива заболевания и поломок коронок, мостов и вкладок. Совместное лечение стоматолога и остеопата позволит добиться стойкого и профессионально грамотного результата.

**Стоматолог.** Очевидная связь состояния шейного отдела позвоночника, положения головы по отношению к телу и окклюзии еще раз подчеркивает важность комплексного подхода к диагностике и лечению окклюзионных нарушений, патологии ВНЧС и состояния ноч-

ного апноэ. Использование электростимуляции для расслабления мышц помогает правильно соотносить нижнюю челюсть относительно верхней при определении оптимальной окклюзии.

Современный нейромышечный протокол определения окклюзии наряду с расслаблением мышц головы и шеи предусматривает восстановление поясничного и шейного лордозов и расслабления мышц шейных позвонков.

Однако, наличие выраженных деформаций позвоночника и нарушений в области сфено-базиллярного синхондроза могут обуславливать смещение нейромышечной траектории движения нижней челюсти. Это приводит к удлинению срока лечения с ортофиком и объясняет часть неудач в лечении пациентов с патологией ВНЧС.

Поэтому комплексный многопрофильный подход в лечении пациентов с окклюзионными нарушениями является залогом успеха их лечения и должен быть взят на вооружение всеми стоматологами и остеопатами.

Литература:

1. Michele D'Attilio, DDS; Maria R. Filippi, MD; Beatrice Femminella, DDS; Felice Festa, MD, MS, DDS, PhD; Simona Tecco, DDS. The Influence of an Experimentally-Induced Malocclusion On Vertebral Alignment in Rats: A Controlled Pilot Study. *Cranio*, April 5, (23/2), 119-129.
2. Norman R Thomas, DDS, B.Sc, PhD, FRCD, MICCIMO; William G Dickerson, DDS, FAACD, FCID; Trystan D Thomas, BDS, BSc; Paul Davles, BDS; LVI. The Relationship Between the Upper Cervical Complex and the Temporomandibular Joint in TMD and Its Treatment Correction. *LVI Visions*, January 2009, 60-68.
3. Rene Cailliet. *Scoliosis: diagnosis and management*. F.A. Davis Co., 1975.