

Орто-кранио-окклюзионное программирование как способ взаимодействия остеопата и стоматолога



А. Галеев,
врач стоматолог-ортопед, FICCMO
«Семейный стоматологический
центр Диалдент» (г. Москва)



В. Быстров,
врач-остеопат
«Семейный стоматологический
центр Диалдент» (г. Москва)

На вопросы Dental Market отвечают авторы орто-кранио-окклюзионной методики.

Как родилась идея создания данной – сложно произносимой – методики?

Головные боли, онемение пальцев, головокружение, нарушение сна и т.п. – подобные жалобы не совсем вписываются в стоматологический прием. Но именно они часто появляются после тотального протезирования зубов или после ортодонтического лечения. Стоит лишь «погуглить», и обязательно найдется причина этих проблем, и все чаще и чаще именно стоматолог оказывается «крайним».

Сейчас почти нет стоматологических клиник, где бы не проповедовалось комплексное лечение. И вот уже остеопаты и кинезиологи не просто посматривают в нашу сторону, а активно принимают участие в лечебном процессе. Два года назад мне посчастливилось попасть на мастер-класс **Ландузи Ж.-М.** (Lan-douzy J-M D.O., Франция) по лече-

нию дисфункции ВНЧС в рамках остеопатического конгресса в Санкт-Петербурге.

Представьте, сидят человек двести остеопатов, среди них стоматологов очень мало. А он начинает свою лекцию со слов: «Учите стоматологический язык. Знайте термины для лучшего контакта с дантистом!» Не знаю, как всем, а мне было очень приятно.

Еще один «взрыв сознания» произошел благодаря Бостонскому Инсти-

туту Эстетической Медицины, и лично Константину Ронкину, когда он познакомил нас (19 человек) с **Джералдом Смитом** (Gerald H. Smith США).

Было очень много интересного, но одно его утверждение: «Человек стоит на двух фундаментах – стопы и верхнечелюстная кость» абсолютно совпало с моим опытом работы последних 8 лет. И стало более понятно, почему стоматолог должен учитывать это обстоятельство на лю-

Функциональная мышечная организация тела человека такова, что в зоне окклюзии скорее всего происходит «замыкание» всех силовых линий тела, тем самым увеличивается его устойчивость.

Повышение тонуса жевательных мышц может являться реакцией компенсации (адаптации) на функциональный дисбаланс в системе равновесия и устойчивости. Соответственно, изменение окклюзии приводит к изменению этой глобальной функциональной особенности.

бых этапах стоматологического вмешательства. Да, учить остеопатический язык! Знать термины для лучшего контакта с остеопатом.

Вот одно наблюдение. Чему бы мы (стоматологи) ни учились, каким бы оборудованием ни пользовались, какими бы методиками ни владели – мы всегда вынуждены заканчивать лечение контактами зубов пациента. *Неминуемо «упираемся» в окклюзию.* А от качества этих контактов во многом зависит состояние и функционирование одного из фундаментов опоры человеческого организма.

Окклюзия – это больше чем «просто смыкание зубов» ?

Исходя из теории двух точек опор надо понимать, что мы (люди) постоянно должны поддерживать равновесие в пространстве, чтобы не упасть и продолжать двигаться вперед. Ибо «*Движение – жизнь!*» Механизм удержания равновесия – один из самых энергозатратных. Энергетический дисбаланс – первый «кирпич» дисфункции. При этом, человеческий организм постоянно испытывает атмосферное и гравитационное давление, усиленное вращением Земли. Правда, многие ученые говорят о том, что гравитация на Земле снижает свои показатели, и именно поэтому в среднем рост человека за последние сотни тысяч лет увеличился. Тело человека не находится в состоянии статики. Оно постоянно колеблется вокруг оси. И существуют «датчики», которые «говорят» системе равновесия о ее состоянии. Одними из главных являются стопа и прикус человека. Это две точки в пространстве, которые мы (люди) можем и должны фиксировать. Недаром стискивание зубов есть проявления работы тела человека со стрессом (антистрессовый механизм).

Теперь мы знаем, что существует прямая анатомо-функциональная зависимость позиции нижней челюсти и первого шейного позвонка (C1) (Thomas 2009, Smith 1983). А механизм глотания слюны в относительной норме предполагает легкое смыкание зубов (J-M Landuzy). Глотаем слюну мы от трех до пяти тысяч раз

в день. Вопрос: *не является ли глотание слюны механизмом контроля позиции C1?* Не пытается ли автономная нервная система таким образом получить информацию о позиции C1 от трех до пяти тысяч раз в день? Ведь именно к C1 сходятся весь информационный поток от постуральной, висцеральной и краниосакральной систем. В Северной Америке есть ассоциация, в которую входят врачи хиропракты и занимаются они только C1 (NUCCA – National Upper Cervical Chiropractic Association).

Значит, врач-стоматолог через изменение позиции нижней челюсти и функции языка может и меняет позицию C1 – а, следовательно, меняет «файловую систему» равновесия. Во многом связь глотательного рефлекса слюны и позиции C1 – гипотеза и не имеет сегодня точной научно-доказанной аргументации. Но практический опыт совместной работы с остеопатом указывает на то, что эта связь существует. Как только стоматолог или остеопат нормализует функцию языка, возникают хорошие условия для декомпрессии в области C1 со всеми вытекающими из этого обстоятельствами. Но об этом лучше спросить у остеопата.

пряжения в СБС, она указывает на возможность вызывания напряжения при помощи движения глаз или языка: «Для того, чтобы вызвать верхнее вертикальное напряжение, попросите больного опустить глаза и посмотреть на ноги, или же *попросите его достать языком кончика подбородка.* Для получения нижнего вертикального напряжения больной должен закатить глаза под закрытыми веками кверху или же *попытаться достать языком кончик носа.* Чтобы вызвать правостороннее боковое напряжение, попросите больного посмотреть влево или *попытаться дотянуться языком до левого уха...* («Анатомические основы остеопатии»). Это обусловлено тем, что фиброзная оболочка глотки прикрепляется к глоточному бугорку, выступу на середине нижней (наружной) поверхности базилярной части затылочной кости, и максимальное напряжение языка в крайних его положениях оказывает влияние на затылочную кость.

Жан-Пьер Амиг (Франция) говорил об основной роли мышц языка (их 17) в поддержании равновесия нижней челюсти и подъязычной кости: «... он (язык)... является лучшим инструментом, помогающим остеопату

Функциональные мышечные цепи по Л.Бюске имеют свое начало в зоне стопы, а заканчиваются: цепь сгибания – на нижней челюсти, височной кости; цепь разгибания – на мозговом черепе, затылочной кости; цепь статики – на лицевом черепе, решетчатой кости; цепь скручивания – на нижней челюсти, височной кости.

Видна цепочка связей между позицией нижней челюсти, функцией языка и позицией первого шейного позвонка. Насколько в этой связке важна функция языка?

Остеопат Виола Фрайман (США) указывала на влияние положения языка на сфено-базилярный синхондроз (СБС). В той части своей работы, в которой описывается на-

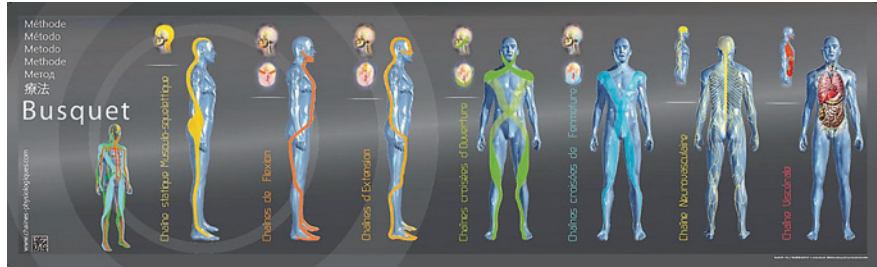
ту и стоматологу работать с поперечным пространством верхней челюсти». Также указывал на обширные взаимосвязи языка через систему фасций, апоневрозов и мышечных цепей с нижележащими анатомическими структурами (дорсальным апоневрозом, грудно-брюшным апоневрозом, апоневрозом верхних конечностей, окологлоточной фас-

цией, внутригрудной фасцией, перикардом, диафрагмой и плеврой, брюшными фасциями, брюшиной и промежностью, с ключицами и грудной через мышечную цепь сгибания, с лопаткой, с височной и затылочными костями, с шейным отделом позвоночника особенно с тремя первыми позвонками. «Язык связан с позой тела: положение языка оказывает влияние на поструральное равновесие человека. Положение языка оказывает влияние на дыхание... Перечисленные связи языка с различными фасциями соединяют его посредством шейно-висцерального тракта с внутренними органами и тазом» («Зубочелюстная система. Стоматологическая концепция. Остеопатическая концепция», 2004).

В своей практической работе мы постоянно сталкиваемся с двусторонним или односторонним напряжением корня языка часто в совокупности с изменением положения нижней челюсти, височных костей и ограничениями подвижности или изменением положения первых трех шейных позвонков (обычно С1 и С2). Также часто наблюдаем напряжения в висцеральной системе и тазовых сочленениях. Остеопатическая работа с языком позволяет через него воздействовать на апоневрозы полости рта и глотки, проводить освобождение компримированных тканей основания черепа, лицевого скелета, шейного отдела позвоночника и входа в грудную клетку. В итоге это создает условия к более качественной работе врача-стоматолога.

Но каким образом происходит связь между прикусом и равновесием человека?

Одна из фундаментальных задач тела человека – функционирование в вертикальном положении. Это возможно только с обеспечением равновесия, желательного в экономном режиме и с ощущением комфорта. Равновесие – процесс динамической стабилизации положения тела относительно вектора гравитации. Пока остается открытым вопрос, как происходит стабилизация и функцио-



нирование тела вертикально стоящего человека. Французский остеопат **Леопольд Бюске** (Leopold Busquet) предложил концепцию мышечных функциональных цепей, обосновал распространение организующих сил тела через них, а также обратил внимание на глубинное влияние внутренних органов на деформацию костного каркаса (1992) в отличие от **Томаса В. Майерса**, который предложил концепцию на основе фасциальных соединений (2001).

Тело человека – многозвенная гибкая биологическая система, звенья которой совершают перемещения друг относительно друга при дыхании, сердечных сокращениях, в процессе реализации краниосакрального и других биологических ритмов, находящаяся в состоянии напряженной целостности (tensegrity).

Проводя анализ цепей статики, сгибания, разгибания и скручивания, мы видим их объединяющую орга-

низацию в зоне стоп, а также на уровне черепа, активно включая в себя передние и задние мышечные группы шеи, жевательные мышцы, апоневрозы полости рта и глотки, апоневрозы шеи. Функциональные мышечные цепи по Л.Бюске имеют начало в зоне стопы, а заканчиваются:

цепь сгибания – на нижней челюсти, височной кости;

цепь разгибания – на мозговом черепе, затылочной кости;

цепь статики – на лицевом черепе, решетчатой кости;

цепь скручивания – на нижней челюсти, височной кости.

Функциональная мышечная организация нашего тела такова, что в зоне окклюзии скорее всего происходит «замыкание» всех силовых линий нашего тела, тем самым увеличивается его устойчивость.

Расскажите немного о собственно методике...

Показание к ее применению: профилактика и лечение КМД (краниомандибулярной дисфункции). Является первым этапом лечения и длится до устранения жалоб пациента. Обязательное условие – зубы не обработаны. В моей практике основой методики является нейромышечная концепция.

Орто-Кранио-Окклюзионная (ОКО) методика включает в себя два основных этапа:

1. ОКО-тестирование (экспресс-методика). В диагностический и лечебный процесс нами включен тест глобального остеопатического прослушивания (тестирования). Он заключается в том, что пациент стоит, находясь в удобной, расслабленной позе и выполняет команды врача, производя последовательно закрытие-открытие глаз, смыкание-размыкание зубов, включая смыкание зубов на миобайте и во время шлифовки ортотика. Врач-osteopat, положив свою руку на свод головы пациента, прослушивает весь объем тканей находящихся под ладонью, улавливая колебание тела относительно срединной вертикали, отмечая максимальный вектор колебания тела пациента и глобальные зоны напряжения, ограниче-



ния подвижности. Время прослушивания не должно превышать 3-4 секунды. По результатам тестирования дается заключение о локализации напряжений в системах тела человека (краниальной, висцеральной, поструральной, зубочелюстной), а также влиянии окклюзии на зоны выявленных напряжений.

Для уточнения приоритетных соматических дисфункций, необходимо проводить полное остеопатическое обследование. Для применения врачом-стоматологом нами разработан экспресс метод тестирования, основанный на изменении равновесия в результате установки или пришлифовки ортотика.

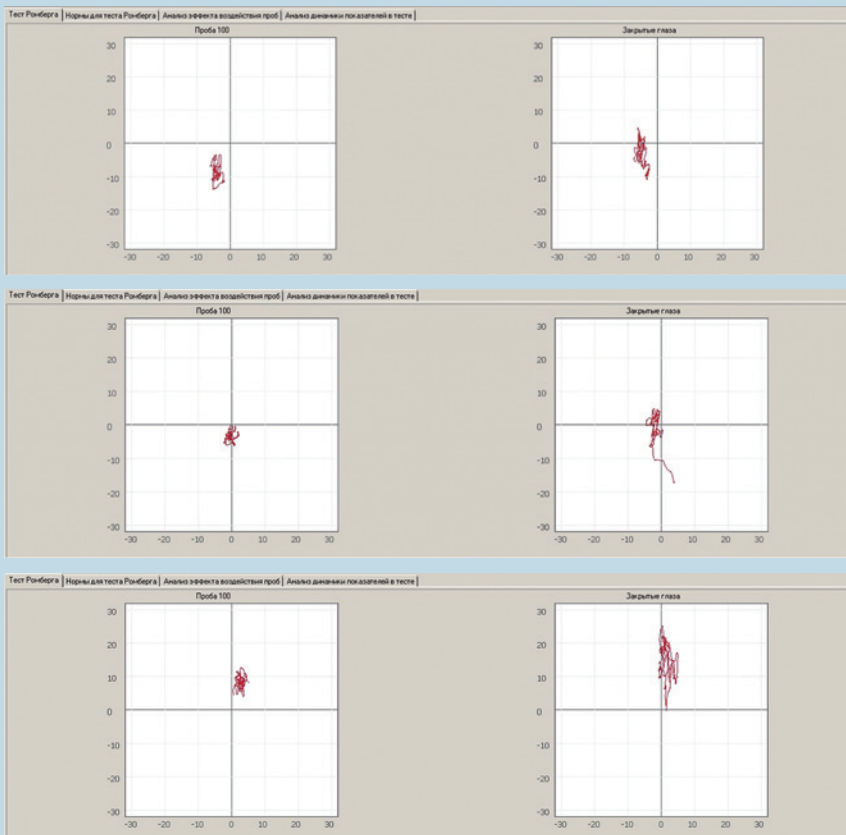
2.ОКО-программирование заключается в определении сбалансированной окклюзии с учетом изменения равновесного баланса тела человека. Все этапы – изготовление миобайта, изготовление и пришлифовка ортотика – проходят под кон-

тролем равновесия. Все методики избирательной пришлифовки зубов имеют целью создание качественного смыкания зубов. Наше предложение – выделить этот способ как локальное (или *окклюзионное*) программирование. В случае, когда пришлифовка жевательной поверхности происходит с целью устранения общесоматического дисбаланса равновесия, предлагаем этот способ пришлифовки – как *орто-кранио-окклюзионное программирование*. Также предлагаем выделить 2 способа коррекции: *ортостатический* – с фиксацией (в статике) С1 и *ортодинамический* – при движении (в динамике) С1. В рамках ортодинамического подхода мы используем Speech Test (модификация скана 6) при диагностике К7 Myotronics. А ортотик, который прошел положительное тестирование на равновесие, называется орто-кранио-окклюзионным (*ОКортотик*)

Существуют ли особенности использования метода на клиническом приеме?

Для объективного контроля изменений, происходящих в теле человека во время лечения, нами применяется стабилметрическое исследование. «Стопы – точка контакта тела в гравитационном поле земли. Стабилометрия, стабิโลграфия, стабилόμεтрическое исследование – способ количественного исследования характеристик управления позой у человека на основе измерения координат центра давления в плоскости опоры, осуществляемый с помощью стабиллоплатформы» (Википедия). Тело человека в статике совершает колебания, они предопределены передним дисбалансом, являющимся следствием неравномерной центровки головы на шейном отделе позвоночника (2/3 спереди), что приводит к постоянному «падению» тела вперед и стимуляции мышечной це-

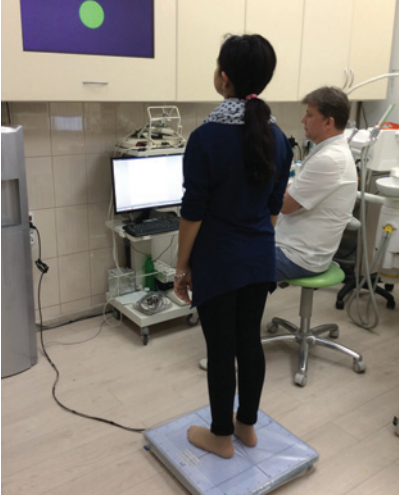
Пример стабилметрического исследования



Исходное положение пациента в свободной, удобной стойке центрированного на платформе по вертикали Барре, прикус разомкнут. Остеопатическая диагностика методом общего прослушивания выявила напряжение в зоне левой голени и направление смещения центра равновесия влево и назад. Подтверждение результатом стабิโลграммы (задний дисбаланс -8,51 мм, влево -4,11 мм).

Исходное положение то же. Пациент смыкает прикус (нейромышечный миобайт). Центр давления смещается в «нулевую» точку с незначительным задним дисбалансом (-3, 41 мм, влево -0,43 мм), уменьшается площадь эллипса. Мы считаем, что в данном случае сомкнутый прикус увеличивает устойчивость и приводит центр давления стоп (проекцию суммарного центра тяжести) к оптимальному положению.

Исходное положение то же. Прикус сомкнут, применены ортезы стоп. Центр давления стоп смещается вперед +8,49 мм и вправо +2,69 мм, что говорит о переводе тела в передний дисбаланс, тем самым обеспечивается оптимальное, устойчивое и безопасное положение тела в пространстве.



пи статики. «Передне-задние колебания управляются цепями сгибания-разгибания, вращательные колебания – скрещенными цепями» (L.Busquet). Эти колебания фиксируются стабилметрической системой, состоящей из платформы с вмонтированными датчиками дав-

ления и программой обработки полученных результатов. Результат фиксируется в виде изображения непрерывной кривой линии, создаваемой центром давления стоп. Изменения, происходящие в зоне окклюзии, также отражаются в изменениях стабилметрических показателей, таких как положение центра давления стоп относительно центра платформы и изменение рабочей площади опоры. При соблюдении пациентом условий «зубы разомкнуты и зубы сомкнуты» мы постоянно видим изменение показателя «площадь доверительного эллипса» (характеризует рабочую площадь опоры человека: увеличение площади говорит об ухудшении устойчивости, а уменьшение – об улучшении) в сторону его уменьшения при сомкнутых зубах. Также наблюдаем изменение положения центра давления стоп и смещение его в оптимальную центральную позицию после проведения нейромышечного исследования и получения миобайта.

И какой вывод вы делаете из всего сказанного?

Для нас вывод очевиден: окклюзия – это точка контакта стабилизирующих, уравнивающих сил. Сомкнутый прикус скорее всего «закрывает» функциональные мышечные цепи, усиливая цепь статики, проводя глобальное организующее, стабилизирующее воздействие на тело человека, увеличивая тем самым его устойчивость.

Повышение тонуса жевательных мышц может являться реакцией компенсации (адаптации) на функциональный дисбаланс в системе равновесия и устойчивости. Соответственно, изменение окклюзии приводит к изменению этой глобальной функциональной особенности.

www.bostoninst.ru