

I. Co ma wspólnego terapia CranioSacralna / terapia czaszkowo-krzyżowa z leczeniem dentystycznym i ortodontycznym.

Anatomia dentystyczna ma znaczący wpływ na całościowe zdrowie pacjenta. Wady zgryzu, dysfunkcje stawów skroniowo-żuchwowych itp., mogą sięgać w swojej etiologii daleko poza układ żucia / układ stomatognatyczny. Pacjenci często zgłaszają swoim lekarzom wiele „nie dentystycznych” objawów, które towarzyszą leczeniu ich dentystycznych zaburzeń.

Współpraca terapeuty CranioSacralnego i lekarza dentysty /ortodonta umożliwia efektywną terapię objawów towarzyszących leczeniu dentystycznemu /ortodontycznemu, opartą na leczeniu źródłowej przyczyny, która często jest pomijana przez lekarzy innych specjalizacji.

Dentystyka, system CranioSacralny oraz wszystkie inne funkcjonalne systemy ciała oddziałują na siebie wzajemnie i są od siebie zależne. Jakikolwiek zmiany w anatomii układu dentystycznego będą miały znaczący wpływ na system CranioSacralny oraz inne funkcjonalne systemy ciała. Podobnie, jakiegokolwiek dysfunkcje systemu CranioSacralnego lub korekcję tych dysfunkcji, będą oddziaływać na fizjologię, anatomię i funkcję układu dentystycznego oraz inne funkcjonalne systemy ciała.

Zjawisko wzajemnego oddziaływania na siebie tkanek funkcjonuje w całym ciele człowieka, dotyczy naszej anatomii oraz funkcji. Jest tak rozległe, że trudno jest wyobrazić sobie jakąkolwiek część ciała, która nie jest zależna od innej.

Podczas leczenia ortodontycznego pacjenci często zgłaszają pojawianie się wielu nowych „ubocznych” objawów leczenia, takich jak : bóle czaszki, zaburzenia czucia, bóle stawów skroniowo-żuchwowych i ich okolic, spadek poziomu energii i wiele innych. Te objawy mogą występować wtórnie z powodu zastosowanego leczenia ortodontycznego.

Już samo założenie aparatu ortodontycznego może na zasadzie podobnej do mechanizmu zapadkowego prowadzić do ustawienia struktur czaszkowych w zaburzone, patologiczne wzorce napięciowe, będące bezpośrednią przyczyną pojawiania się wielu nieprzyjemnych, wtórnych dolegliwości.

W poprzednim artykule pt. „Terapia CranioSacralna (terapia manualna) w stomatologii i ortodoncji. Część III : zastosowanie Terapii CranioSacralnej w wybranych problemach ortodontycznych” przytoczyliśmy słowa dr Rakowskiego, które również opisują zjawisko wpływu leczenia ortodontycznego na powstawanie dysfunkcji napięciowych zespołu żuchwowo-gnykowo-czaszkowego.

Włączenie zabiegów terapii CranioSacralnej do już trwającego leczenia ortodontycznego, poprzez zrównoważenie napięć membran oponowych oraz normalizację ustawienia struktur kostnych czaszki, pozwala skutecznie leczyć powstałe patologiczne wzorce skrętne tkanek oraz zapobiega powstawaniu napięć membran oponowych, które mogą tworzyć się na skutek zwiększonego ciśnienia wywieranego przez poruszające się zęby.

Powyższe procedury lecznicze umożliwiają wyeliminowanie ubocznych objawów leczenia ortodontycznego. Bardzo korzystne jest również zastosowanie terapii CranioSacralnej po zakończonym leczeniu ortodontycznym, gdy urządzenia ortodontyczne zostaną usunięte, w celu zapewnienia równowagi kościom czaszki i membranom oponowym.

II. Jakie są objawy wtórne leczenia ortodontycznego (innymi słowy, jakie mogą być "skutki uboczne" leczenia ortodontycznego).

Poniżej przedstawiamy wybrane, często spotykane objawy wtórne leczenia ortodontycznego (skutki uboczne), w zależności od rodzaju tkanki dotkniętej dysfunkcją.

1. Kość klinowa.

Kość klinowa odgrywa kluczową rolę dla harmonijnego i rytmicznego ruchu czaszki. Jej wyjątkowa i złożona anatomia sprawiają, że posiada połączenia stawowe z niemal każdą inną kością w czaszce, m.in. z kością potyliczną, lemieszem, kością sitową, czołową, ciemieniowymi, skroniowymi, jarzmowymi, podniebiennymi oraz szczęką.

Wszelkie dysfunkcje kości klinowej bardzo silnie oddziałują na funkcjonowanie systemu CranioSacralnego. Leczenie dentystyczne i ortodontyczne również może być powodem dysfunkcji kości klinowej oraz pozostałych struktur kostnych i łącznotkankowych czaski, które stanowią patogenezę charakterystycznych objawów wtórnych.

a) kość klinowa i kość potyliczna. Wzajemne relacje oraz dysfunkcje :

Kość klinowa łączy się z kością potyliczną. Jest to tzw. połączenie podstawno-klinowe (z ang. *sphenobasiliar junction*). Zaburzenia anatomii oraz funkcji połączenia podstawno-klinowego mogą powodować bardzo różnorodne objawy kliniczne :

- chroniczne bóle głowy
- nawracające bóle głowy (w tym migrenowe bóle głowy)
- zapalenie zatok
- bóle dolnej części pleców
- obsesje i natręctwa
- zaburzenia ruchów gałki ocznej
- problemy z nauką
- różnorodne ciężkie kliniczne dysfunkcje: zaburzenia osobowości a nawet tzw. endogenne depresje

Dr Upledger w książce pt. „CranioSacral Therapy” nawiązuje do szczególnej roli jaką odgrywa prawidłowa ruchomość kości potylicznej w zachowaniu równowagi systemu CranioSacralnego. Efekty zaburzenia ruchomości kości potylicznej na system membran oponowych są ogromne. Kość potyliczna zapewnia bardzo solidne miejsce przyczepu dla tylnej krawędzi namiotu mózdzku, tylnej części sierpu mózgu oraz tylnych i dolnych części sierpu mózdzku. Z tego powodu kość potyliczna musi wywierać bardzo silny wpływ na zatokę żylną strzałkową, zatoki poprzeczne, miejsce zbiegu zatok, zatoki tylnej strzałkowej. W związku z tym dysfunkcja kości potylicznej może zaburzać prawidłową funkcję zatok żylnych. Zagęszczenie płynów w systemie zatok żylnych wpływa na system reabsorpcji (kosmki pajęczynówki), który zlokalizowany jest głównie w zatoce strzałkowej.

Bardzo solidny przyczep membran oponowych do otwory wielkiego kości potylicznej również ma ogromny wpływ na funkcję akomodacyjną oraz ruchomość rdzeniowego worka oponowego.

b) kość klinowa i podniebienie twarde. Wzajemne relacje oraz dysfunkcje :

Kość klinowa znajduje się w bezpośrednim kontakcie z podniebieniem twardym (poprzez wyrostki skrzydłowe, które opierają się na kościach podniebiennych) oraz z prawą i lewą kością szczęki. Sytuacja gdy kość klinowa z jakiegokolwiek powodu znajduje się w nieprawidłowym ustawieniu będzie w sposób bezpośredni powodować zmianę ustawienia i funkcji podniebienia twardego. To z kolei będzie miało negatywny wpływ na ustawienie górnych zębów, zgryz pacjenta oraz funkcję stawów skroniowo-żuchwowych.

Pomiędzy wyrostkami skrzydłowatymi kości klinowej oraz kośćmi podniebienia znajduje się zwój skrzydłowo-podniebienny (łac. ganglion pterygopalatinum) inaczej nazywany zwojem Meckela. Zwój skrzydłowo-podniebienny jest częścią systemu powięziowego. Znajduje się w dole skrzydłowo-podniebiennym tuż poniżej nerwu szczękowego. Jest trójkątną strukturą o długości około 5 mm. Prowadzi przywspółczulne włókna ruchowo-wydzielnicze, zaopatruje gruczoły łzowe, błonę śluzową nosa i podniebienia, zatoki oraz nosogardziel.

Relacje anatomiczne struktur kostnych, które tworzą granicę dołu skrzydłowo-podniebiennego mają wpływ na jego prawidłową funkcję, są to : od strony górnej - trzon kości klinowej oraz wyrostek oczodołowy kości podniebiennej, od strony przyśrodkowej - wyrostek pionowy kości podniebiennej, od strony tylnej - wyrostki skrzydłowe kości klinowej oraz od strony przedniej - szczęka.

Uwrażliwienie (obniżenie progu pobudliwości) zwoju skrzydłowo-podniebiennego może być wynikiem m.in. nieprawidłowego ciśnienia, które jest wywierane na ten zwój przez wymienione powyżej struktury kostne czyli również przez kość klinową i podniebienie twarde.

Taka sytuacja może powodować zapalenie błony śluzowej nosa, przewlekły katar i wyciek z nosa jak również zwiększać u pacjenta podatność na alergie poprzez nadwrażliwość błon śluzowych zaopatrywanych przez zwój klinowo-podniebienny.

Zwój skrzydłowo-podniebienny jest unerwiony czuciowo przez gałąź szczękową nerwu trójdzielnego. Z tego względu zwój skrzydłowo-podniebienny odgrywa bardzo ważną rolę etiopatogenezie migrenowych bólów głowy .

Wszelkie nieprawidłowości w anatomii podniebienia twardego będą również dogłębnie oddziaływać na kość klinową. Te zależności wskazują jak ważna jest normalizacja ustawienia struktur czaszkowych wykorzystując możliwości, które oferują wspólnie terapia CranioSacralna oraz leczenie dentystryczne / ortodontyczne.

c) kość klinowa a funkcja przysadki mózgowej.

Bezpośrednio na kości klinowej w zagłębieniu nazywanym „siodłem tureckim” znajduje się przysadka mózgowa. Jest to gruczoł dokrewny którego funkcją jest produkcja i wydzielanie hormonów. Przysadka mózgowa wywiera dogłębny wpływ na układ hormonalny a przez to w sposób bezpośredni oddziałuje na fizjologię i zdrowie ciała.

W przypadku dysfunkcji kości klinowej funkcja przysadki mózgowej oraz zależnych od jej wpływów fizjologicznych systemów ciała mogą zostać zaburzone. Prawidłowa funkcja przysadki mózgowej jest ściśle zależna od prawidłowego ustawienia struktur kostnych czaszki.

Prawidłowa funkcja przysadki mózgowej jest uzależniona również od temperatury „otoczenia”, w którym się znajduje. Ciało pomaga chłodzić przysadkę mózgową m.in. na drodze delikatnego i subtelnego ruchu kołysania, który zapewnia rytm CranioSacralny. Ten ruch kołysania (fleksja i ekstensja rytmu CranioSacralnego) pomaga wypompować gorącą krew od przysadki. Jakikolwiek przemieszczenie kości czaszki, które skutkuje zaburzeniem rytmu CranioSacralnego w rejonie połączenia podstawno-klinowego może powodować ogrzanie przysadki mózgowej poza jej optymalny fizjologiczny zakres. Nawet nieznacznie zwiększona temperatura przysadki mózgowej będzie wpływała na zaburzenia jej funkcji.

d) Kość klinowa i stawy skroniowo-żuchwowe.

Zależności pomiędzy równowagą systemu CranioSacralnego i funkcją stawów skroniowo-żuchwowych zostaną szczegółowo przedstawione w kolejnych artykułach.

Szczególnie interesująca jest rola stawów skroniowo-żuchwowych w etiopatogenezie bólów czaszkowych, zaburzeń czucia, emocjach oraz równowadze autonomicznego układu nerwowego. Zaburzenia stawów skroniowo-żuchwowych są jedną z głównych przyczyn bólów głowy. Złożoność anatomii stawów skroniowo-żuchwowych, wiele powiązanych struktur oraz zaopatrzenie czuciowe nerwu trójdzielnego powodują, że każda dysfunkcja tych stawów może być powodem bólu w rejonie praktycznie całej głowy.

Stawy skroniowo-żuchwowe są bezpośrednio i wzajemnie zależne od kości klinowej m.in. z powodu anatomii i funkcji mięśni skrzydłowych bocznych. Łączą one stawy skroniowo-żuchwowe z wyrostkiem skrzydłowym kości klinowej. Mięśnie skrzydłowe boczne w sposób bezpośredni wpływają na ruchomość żuchwy oraz krążka stawowego stawów skroniowo-żuchwowych. Jednak podwyższone napięcie spoczynkowe mięśni skrzydłowych bocznych oddziałuje nie tylko na anatomie i funkcję stawów skroniowo-żuchwowych ale również m.in. poprzez „pociąganie” wyrostka skrzydłowego może zaburzać prawidłowe ustawienie oraz funkcję i ruchomość kości klinowej.

e) kość klinowa i prawidłowe widzenie.

Kość klinowa jest jedną z głównych składowych anatomicznych oczodołu. Jej dysfunkcje mogą być powodem zaburzenia widzenia. Ostrość widzenia oraz ruchy gałek ocznych są bezpośrednio zależne od wpływu nerwów czaszkowych : okoruchowego (III) , bloczkowego (IV) oraz odwodzącego (VI), które pozostają w ścisłej relacji anatomicznej z kością klinowej m.in. przez wzgląd na swój przebieg w rejonie zatoki jamistej. Zatoki jamiste są umiejscowione obustronnie i przylegają do trzonu kości klinowej, są częścią większego systemu wewnątrzczaszkowych zatok żylnych, który drenażuje większość krwi z rejonu głowy i zapewnia rezerwuuar do którego płyn mózgowo-rdzeniowy jest resorbowany przez ziarnistości pajęczynówki.

Nerwy czaszkowe III, IV oraz VI są nerwami ruchowymi ,które prowadzą impulsy do mięśni poruszających gałką oczną. W swoim przebiegu w rejonie oczodołu oraz pomiędzy górną i dolną warstwą namiotu mózdzku są otoczone mankietami oponowymi i w związku z tym podatne na zmiany lub zaburzenia napięcia membran oponowych, pochodzące z jakichkolwiek źródeł i oddziałujące zwłaszcza na struktury namiotowe w rejonie ich wolnych brzegów oraz wyrostków klinowych przednich i tylnych kości klinowej. W związku z tym wszelkie zaburzenia napięcia membran oponowych w tym rejonie mogą zaburzać prawidłową funkcję ruchową gałki ocznej. Dysfunkcje ruchowe gałki ocznej mogą być korygowane poprzez normalizację napięć namiotu mózdzku.

Dysfunkcję napięciowe namiotu mózdzku są często identyfikowalne z kością potyliczną, kośćmi skroniowymi oraz górnym kręgosłupem szyjnym i / lub kompleksem grzyżowo-guzicznym. Kość klinowa jest również miejscem przyczepu mięśni poruszających gałką ocz2.

2. Stres.

Bardzo istotnym często pomijanym lub zapominanym aspektem niektórych procedur dentystycznych (zwłaszcza tych inwazyjnych lub naruszających ciągłość tkanki), który z pewnością można traktować jako konsekwencję leczenia, jest towarzyszący pacjentowi stres oraz inne czynniki emocjonalne.

Dr Peter A. Levine w książce pt. „Obudźcie tygrysa : Leczenie traumy” (tytuł oryg. „*Walking the tiger : Healing trauma*”) jako jeden z przykładów zdarzeń, mogących poprzedzić wystąpienie objawów tramy, podaje procedury medyczne oraz dentystyczne. Choć podany poniżej cytat odnosi się przede wszystkim do zabiegów operacyjnych, to na ogromną uwagę zasługuje sposób w jaki Dr Peter Levine opisuje reakcje ciała na tego rodzaju zabiegi na poziomie komórkowym : (...) *Wielu ludzi zaskakuje fakt, że pobyty w szpitalu i poddawanie się procedurom medycznym często mają traumatyczne skutki, niejednokrotnie długotrwałe i ciężkie. Spowodowane są one zazwyczaj długim unieruchomieniem (...)a zwłaszcza przebytymi zabiegami i operacjami. Choć człowiek wie że operacja jest niezbędna a w czasie operacji jest nieprzytomny, to fakt cięcia ciała, mięśni i kości jest postrzegany przez niego jako zagrażający życiu. Na poziomie komórkowym ciało odbiera to jako śmiertelnie niebezpieczne zranienie. Rozumowo możemy wierzyć w dobre skutki operacji ale nasze ciało na pierwotnym poziomie nie wierzy w nie. Gdy w grę wchodzi trauma, percepcja systemu nerwowego ma dużo większe znaczenie. Ten biologiczny fakt jest podstawową przyczyn, dla której zabiegi chirurgiczne często są powodem traumy.*

Poniższa prezentacja nie wyczerpuje całości zagadnienia

Autor : mgr Przemysław Wojtasik PT, CST-T

Data publikacji : 2012 rok

Wszelkie prawa zastrzeżone. Prawa autorskie tego tekstu należą do autora i/lub serwisu www.rehabilitacja-mw.pl Żadna część tego tekstu nie może być przedrukowywana, reprodukowana ani wykorzystywana w jakiegokolwiek formie, bez zgody właściciela praw autorskich. Wszelkie naruszenia praw autorskich podlegają sankcjom przewidzianym w kodeksie karnym i ustawie o prawie autorskim i prawach pokrewnych.