Podstawy narządu żucia w gabinecie logopedycznym

MÓW-MOVE
Gabinet logopedyczny – Krzysztof Bieniek

Czemu wybrałaś/eś ten kurs?

Plan prezentacji

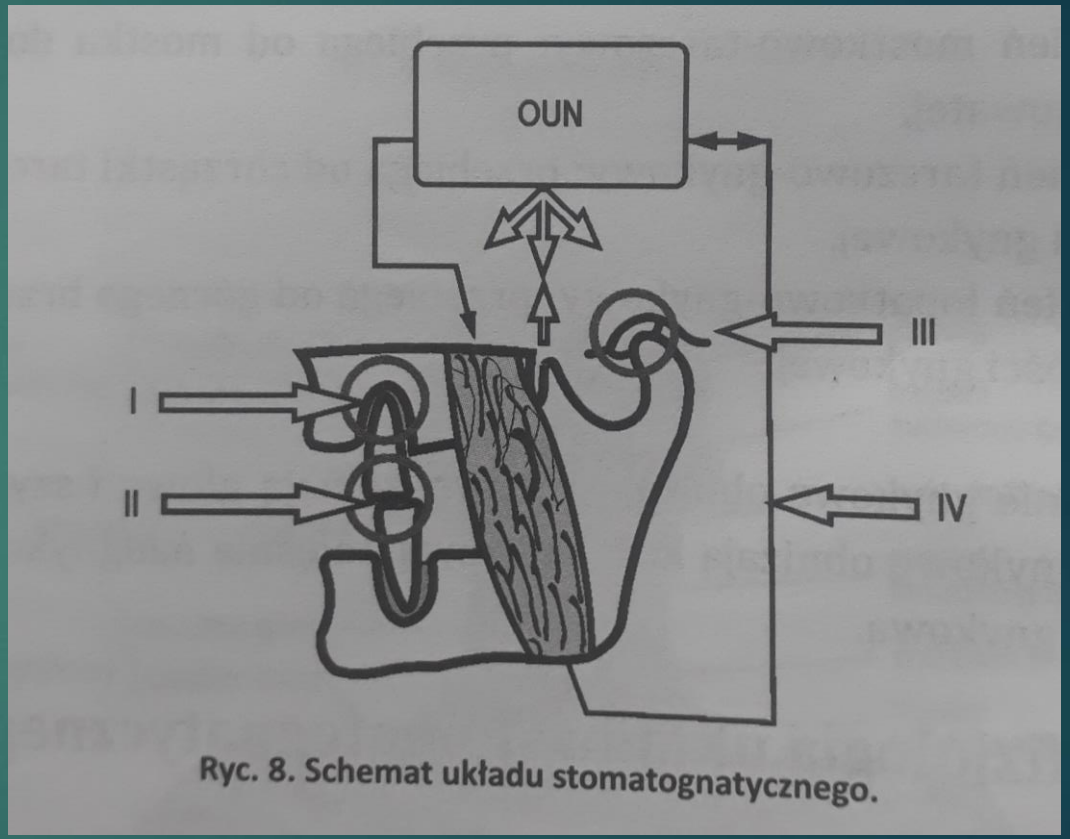
- Anatomia i fizjologia układu ruchowego narządu żucia
- Etiologia zaburzeń
- Objawy TMD
- Badanie
- Terapia i edukacja pacjenta

Badanie neurologiczne

- Czucie górnego, środkowego i dolnego piętra twarzy;
- Odruch rogówkowy i żuchwowy;
- Palpacja żwaczy, skroniowych i skrzydłowych przyśrodkowych;
- Testy izometryczne – depresja, elewacja, laterotruzja

Układ stomatognatyczny

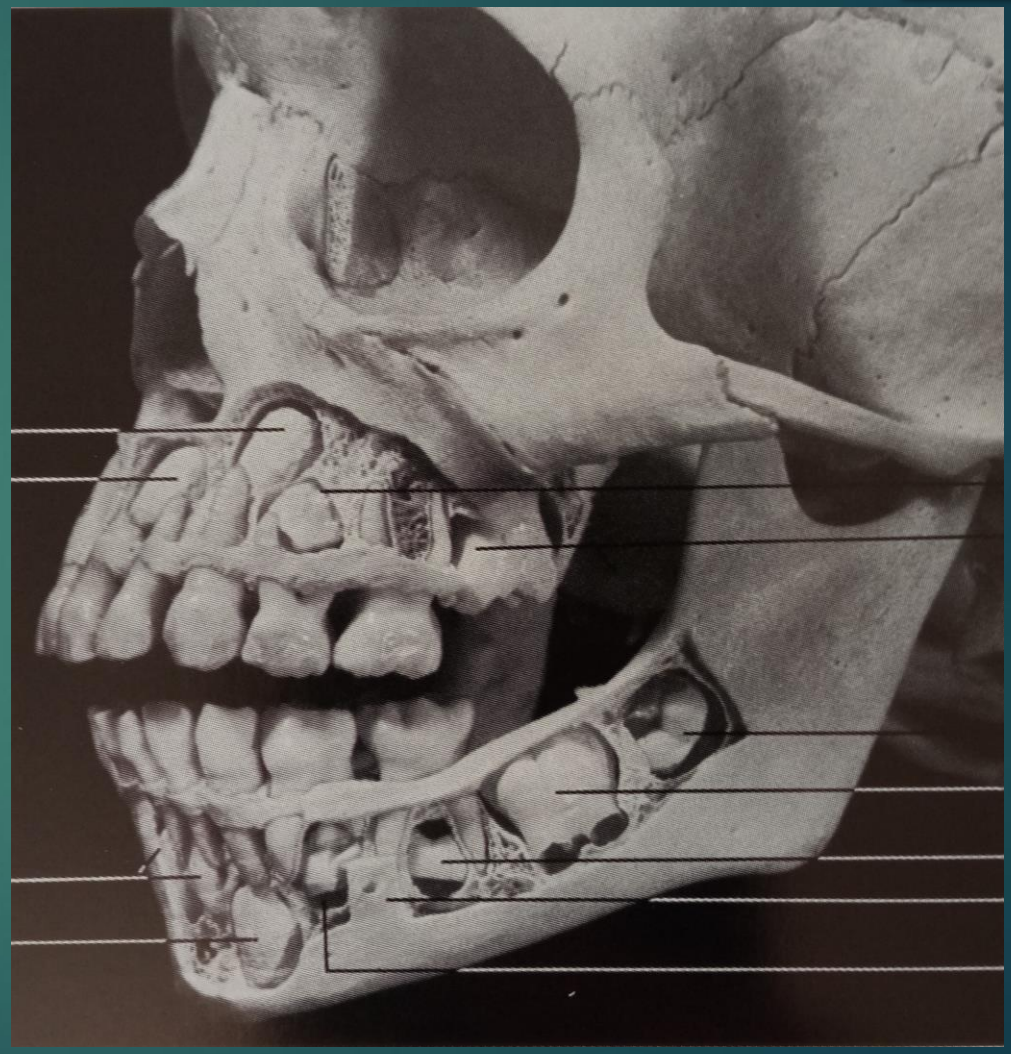
1. Zespół zębowo-zębodołowy
2. Zespół zębowo-zębowy
3. Zespół stawowy
4. Inne tkanki i narządy jamy ustnej



Ryc. 8. Schemat układu stomatognatycznego.

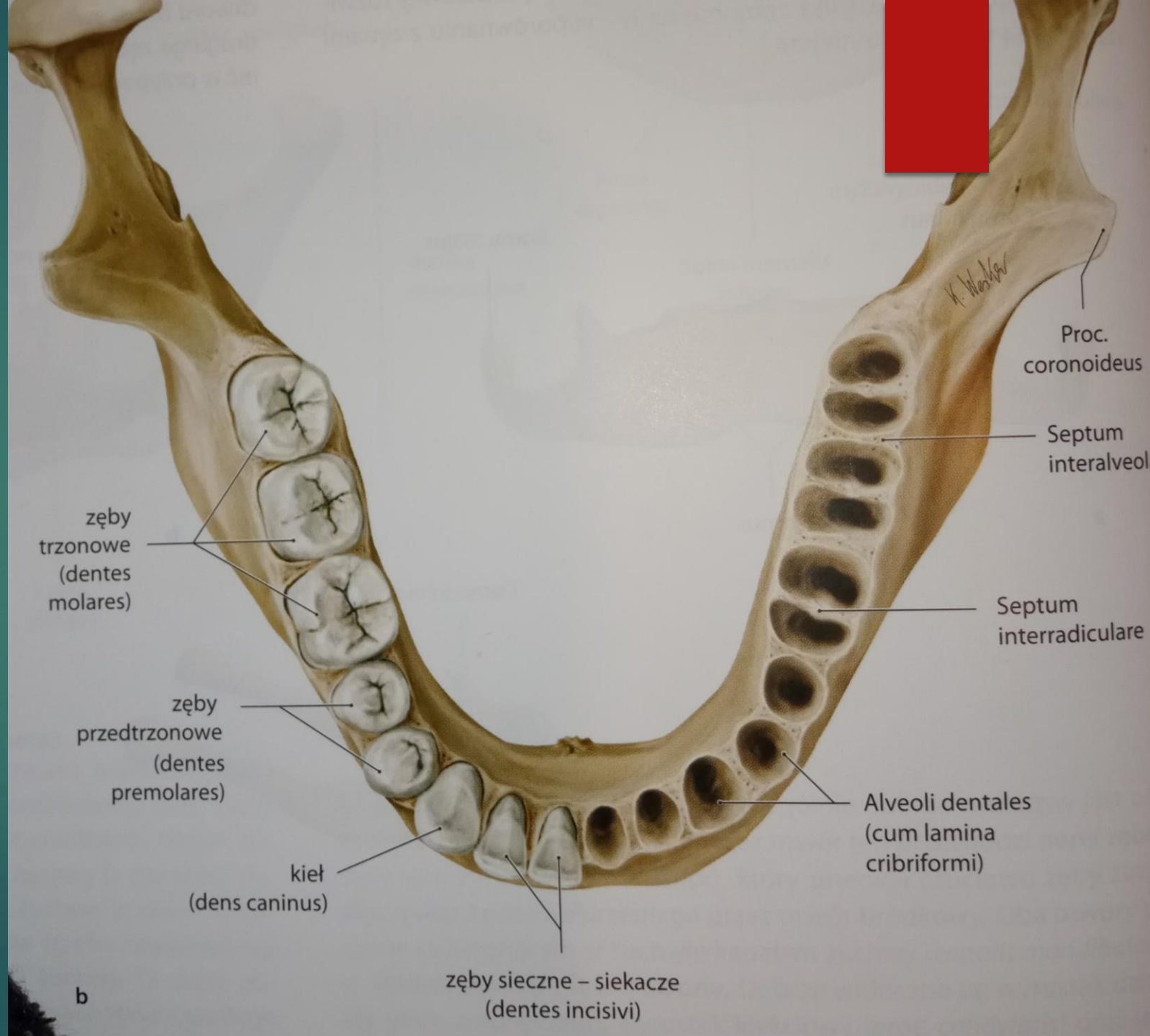
Rehabilitacja stomatologiczna, K. Gorzchechowski, Wyd. Kargo, Białystok 2016

Zespół zębowo-zębodołowy

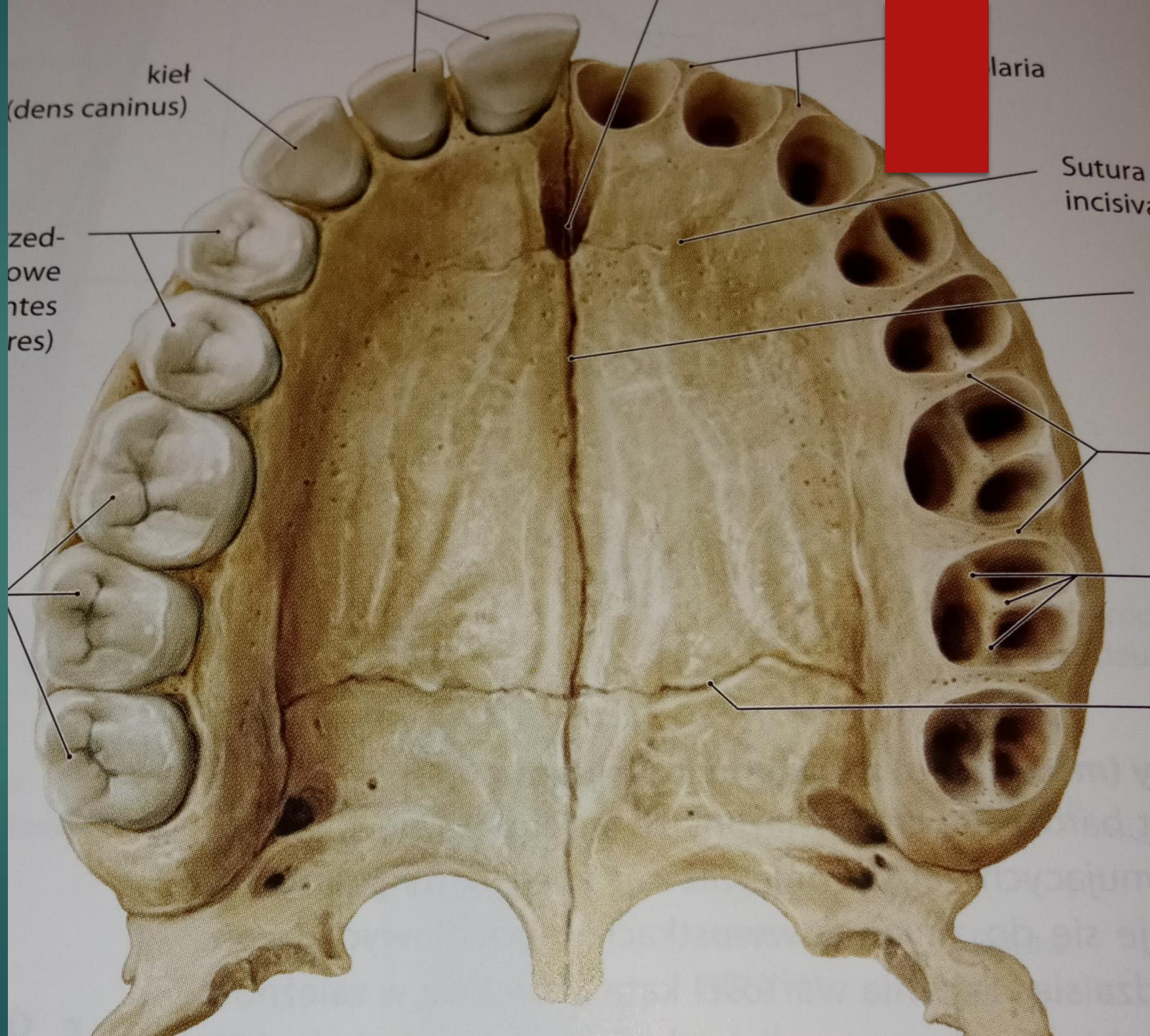


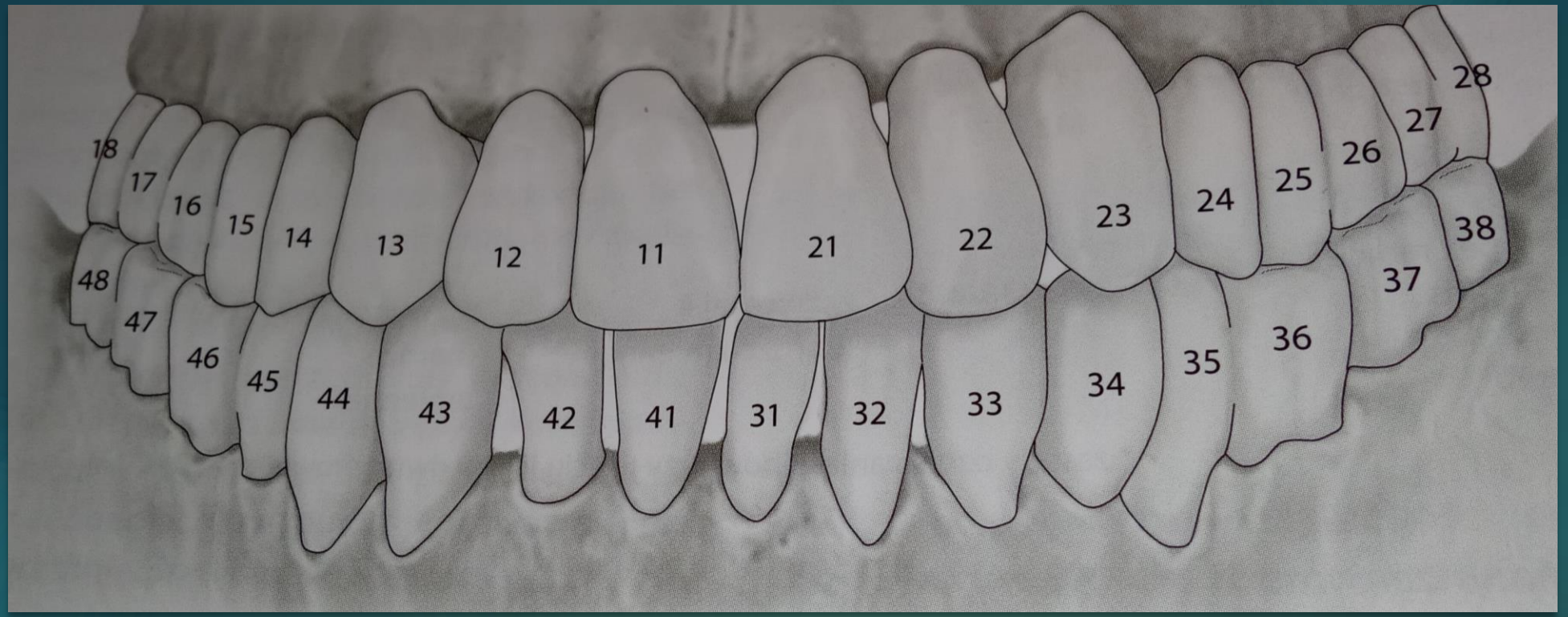
Atlas anatomii. Fotograficzne studium ciała człowieka, J.W. Rohen, Ch. Yokochi, E. Lutjen-Drecoll, Wyd. Lekarskie PZWL Warszawa 2012

Zespół zębowo-zębodołowy

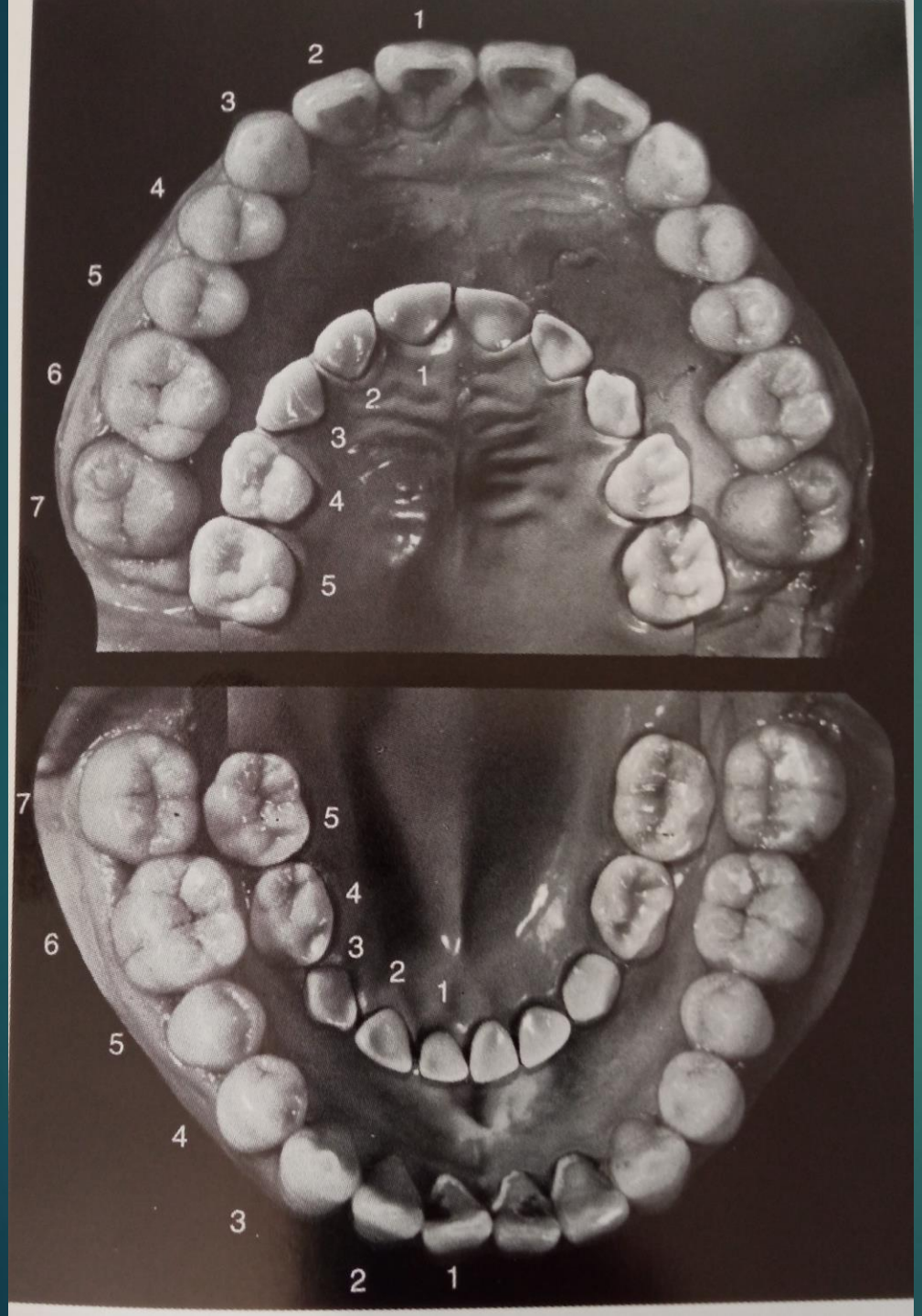


Zespół zębowo-zębodołowy





Zespół zębowo-zębowy



Atlas anatomii. Fotograficzne studium ciała człowieka, J.W. Rohen, Ch. Yokochi, E. Lutjen-Drecoll, Wyd. Lekarskie PZWL Warszawa 2012

B
MÓW-MOVE Kraków, 13.05.2023

MÓW-MOVE Kraków, 13.05.2023

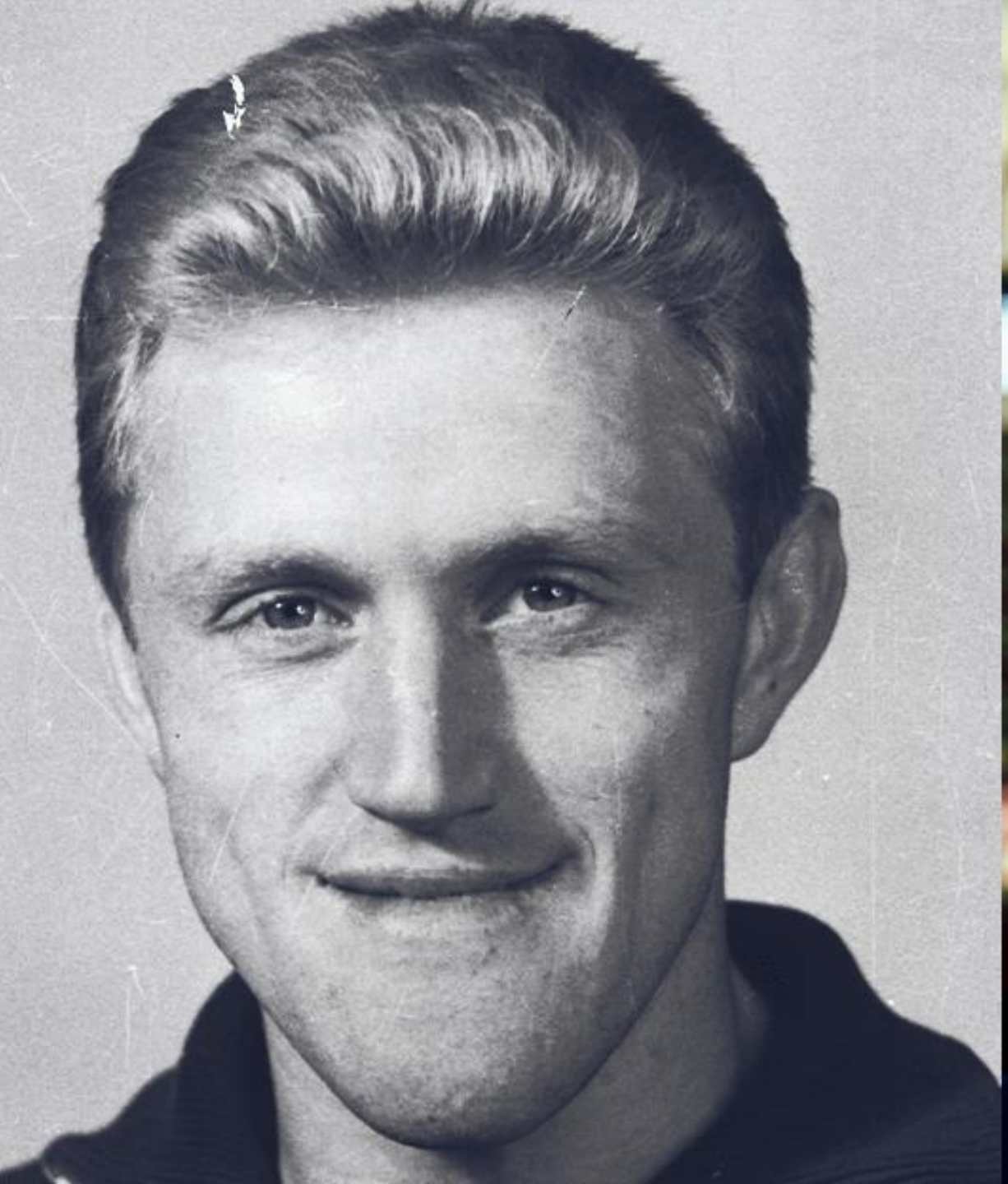
MÓW-MOVE Kraków, 13.05.2023

MÓW-MOVE Kraków, 13.05.2023

MOW-MOVE Kraków, 13.05.2023

MÓW-MOVE Kraków, 13.05.2023

MOW-MOVE Kraków, 13.05.2023



MCKW-MOVE Kraków, 13.05.2023

MÓW-MOVE Kraków, 13.05.2023

MÓW-MOVE Kraków, 13.05.2023

MÓW-MOVE Kraków, 13.05.2023

MÓW-MOVE Kraków, 13.05.2023

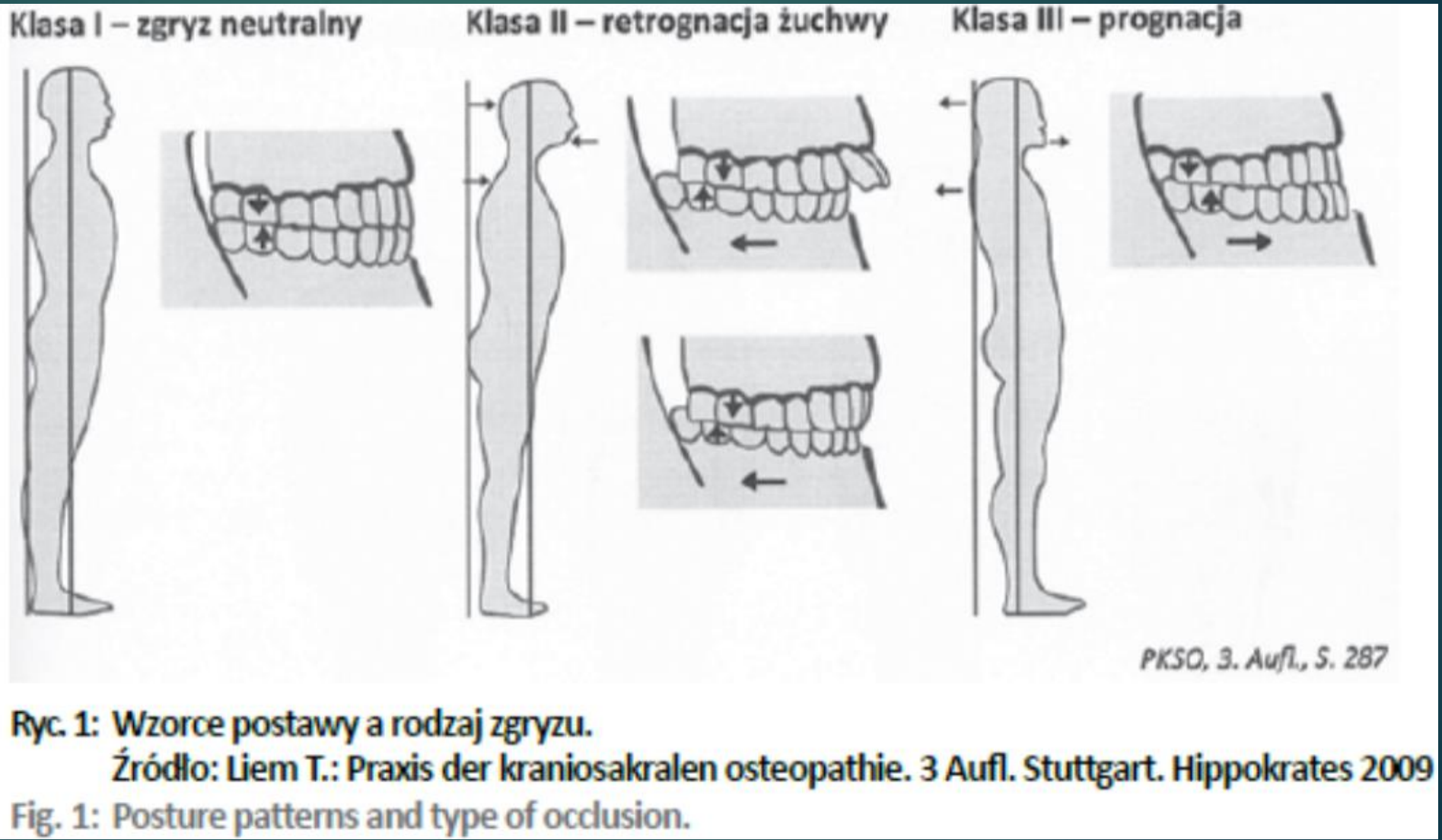
MÓW-MOVE Kraków, 13.05.2023

MÓW-MOVE Kraków, 13.05.2023

MÓW-MOVE Kraków, 13.05.2023

MÓW-MOVE Kraków, 13.05.2023

Wpływ postawy ciała na zgryz



Ryc. 1: Wzorce postawy a rodzaj zgryzu.
Źródło: Liem T.: Praxis der kraniosakralen osteopathie. 3 Aufl. Stuttgart. Hippokrates 2009

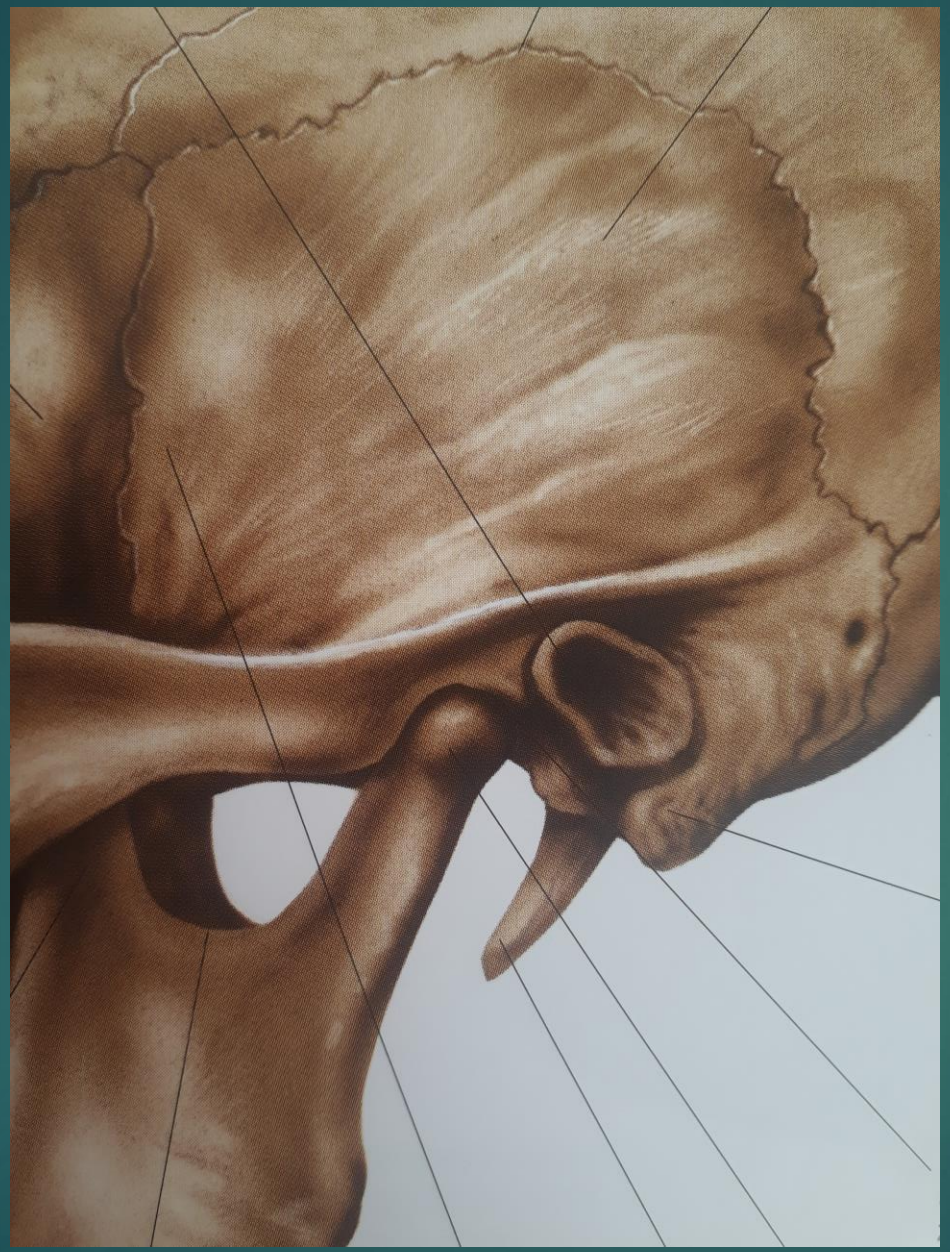
Fig. 1: Posture patterns and type of occlusion.

KOŚCI

MIĘŚNIE

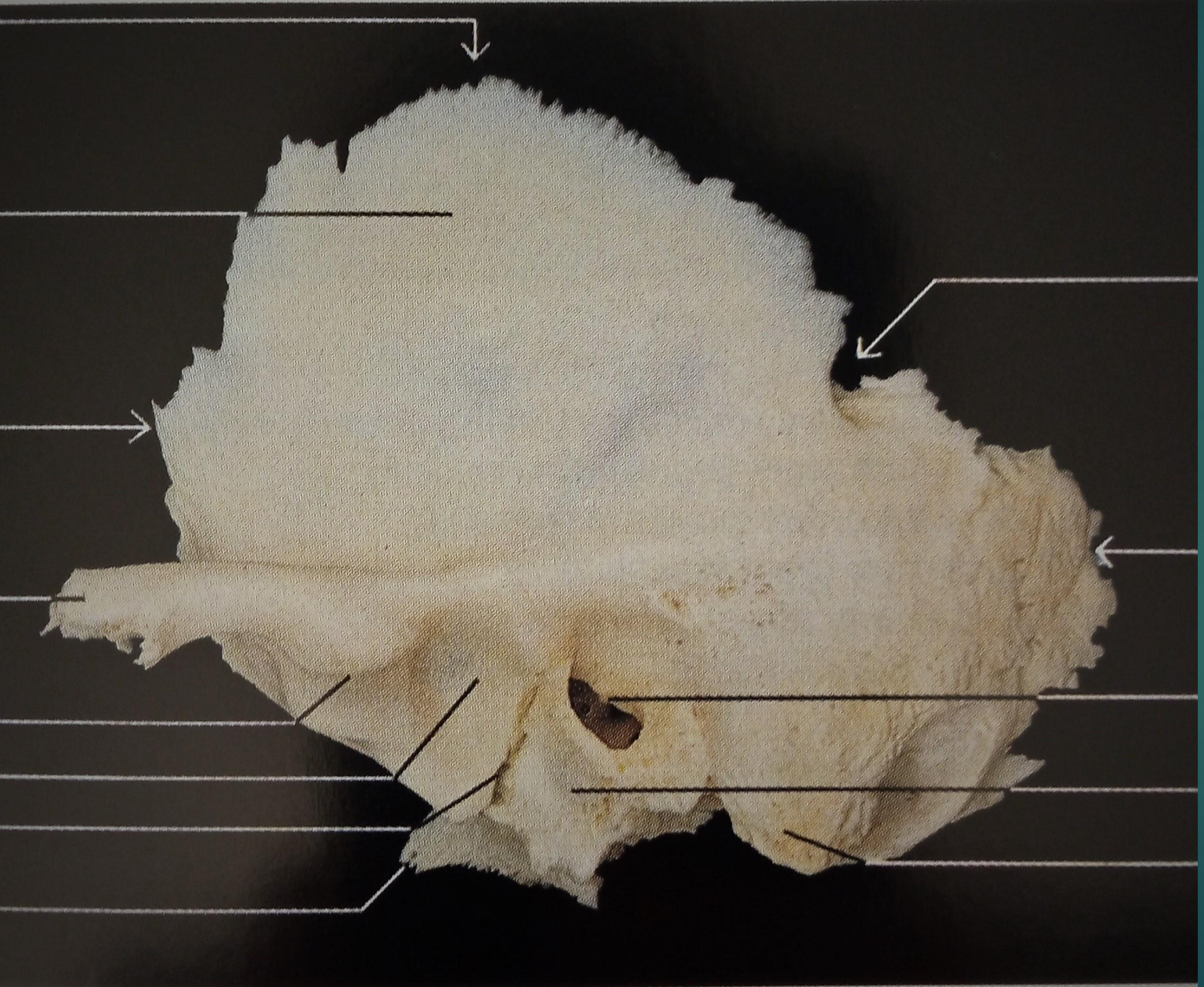
WIĘZADŁA

KOŚCI

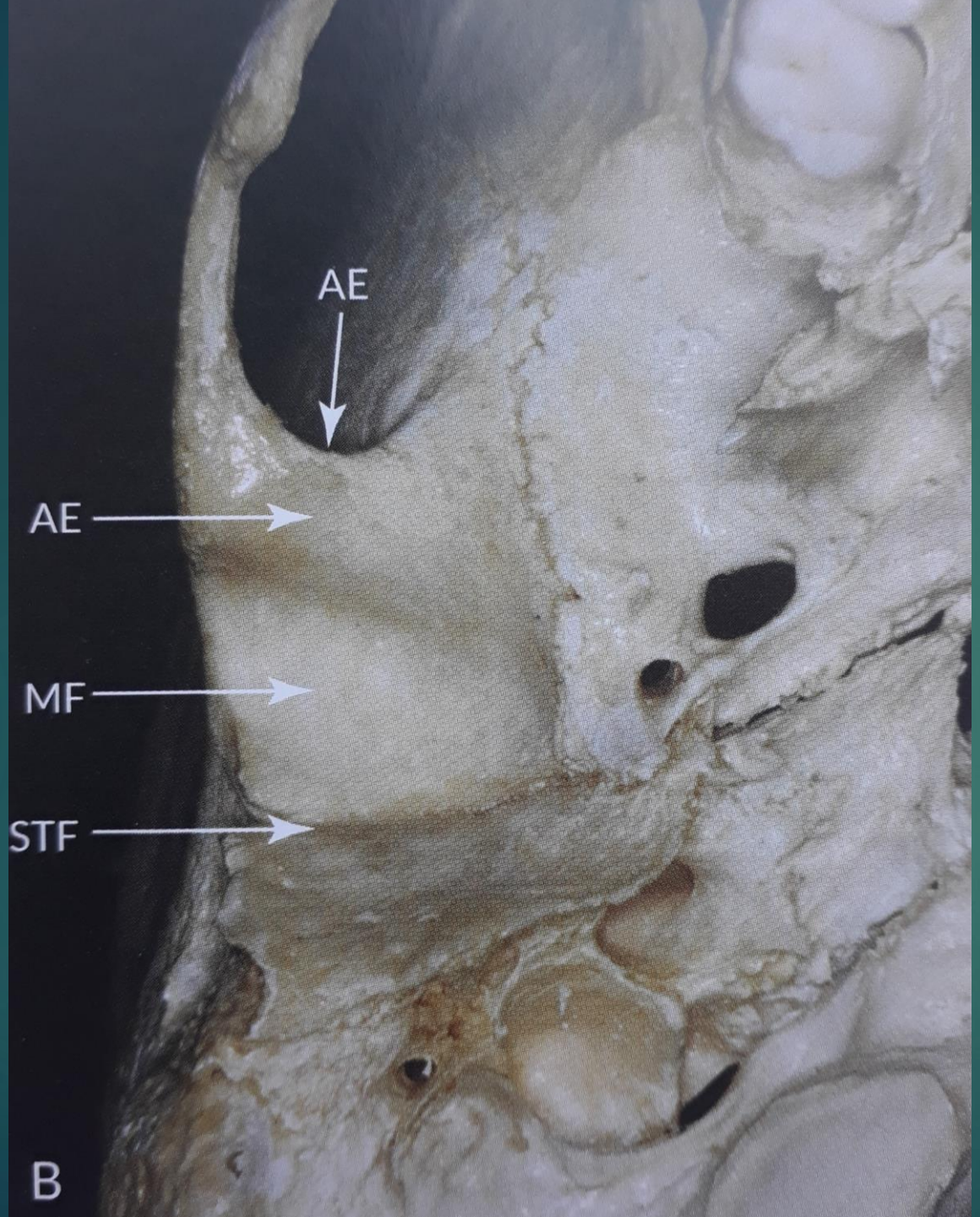


Atlas anatomii głowy i szyi dla stomatologów Nettera, Neil S. Norton, Wyd. Elsevier Urban & Partner Wrocław 2012

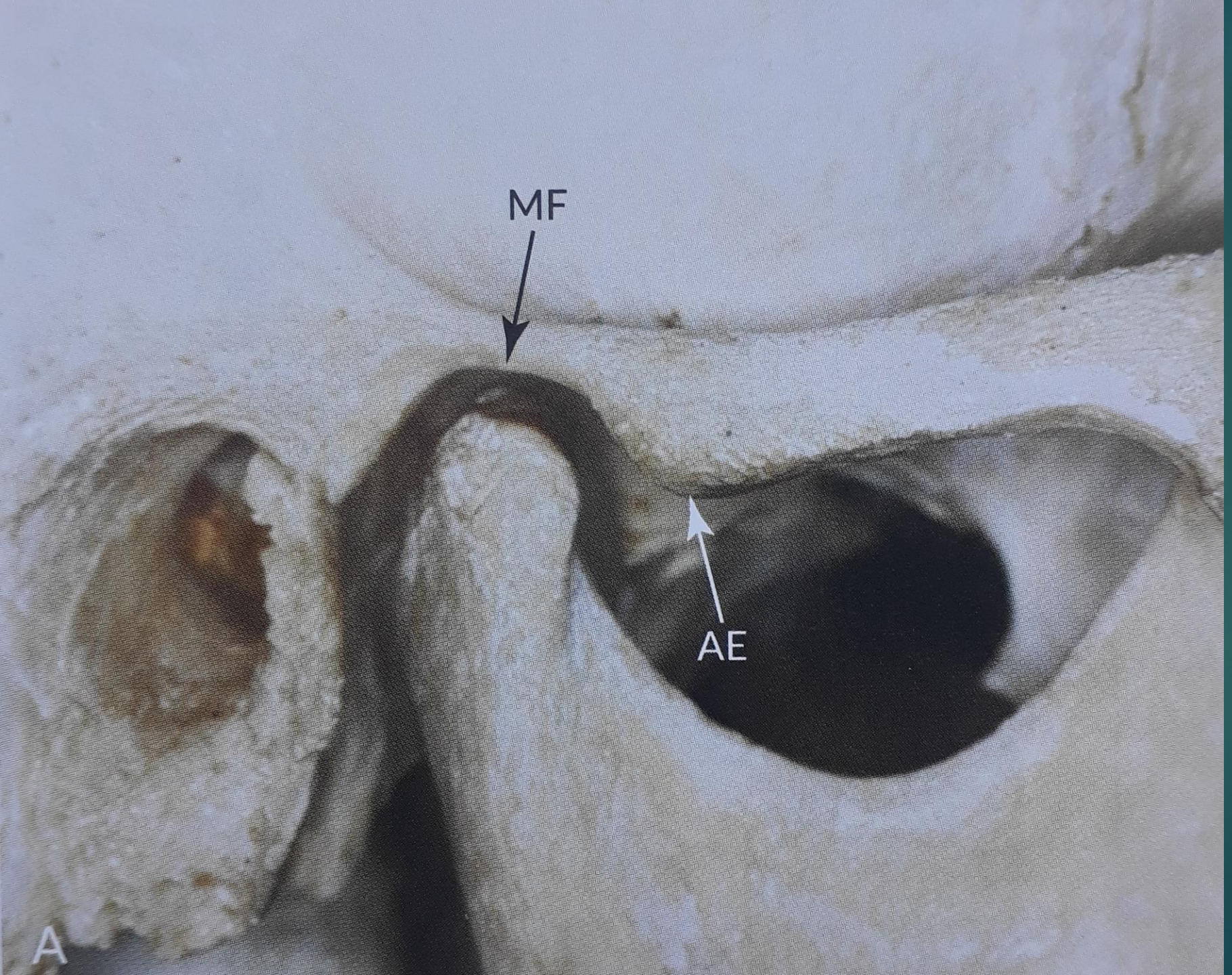
- KOŚĆ SKRONIOWA
- ŻUCHWA



Atlas anatomii. Fotograficzne studium ciała człowieka, J.W. Rohen, Ch. Yokochi, E. Lutjen-Drecoll, Wyd. Lekarskie PZWL Warszawa 2012

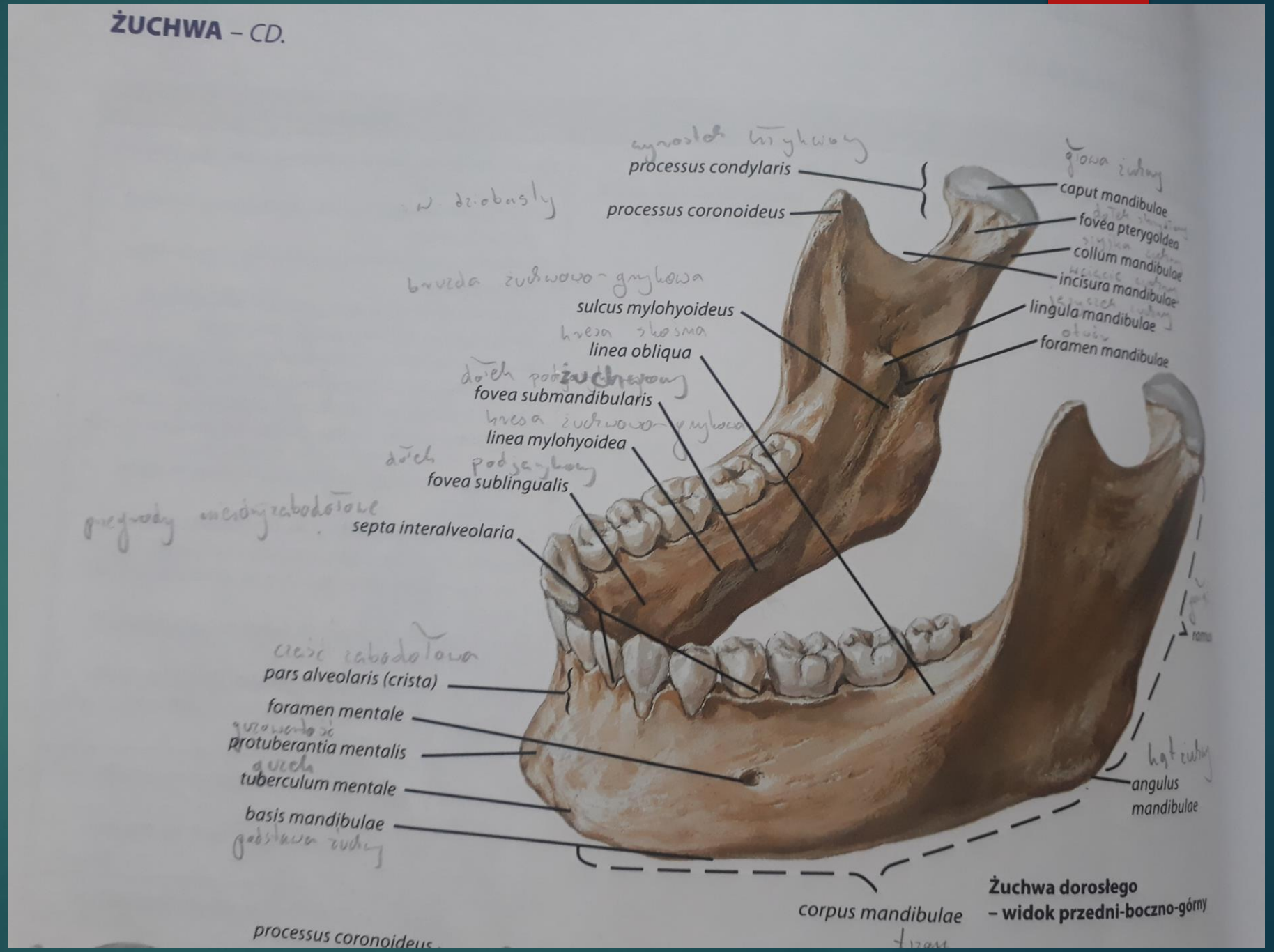


Leczenie dysfunkcji skroniowo-żuchwowych i zaburzeń zwarcia,
Jeffrey P. Okeson, Wyd. Czelej, Lublin 2018



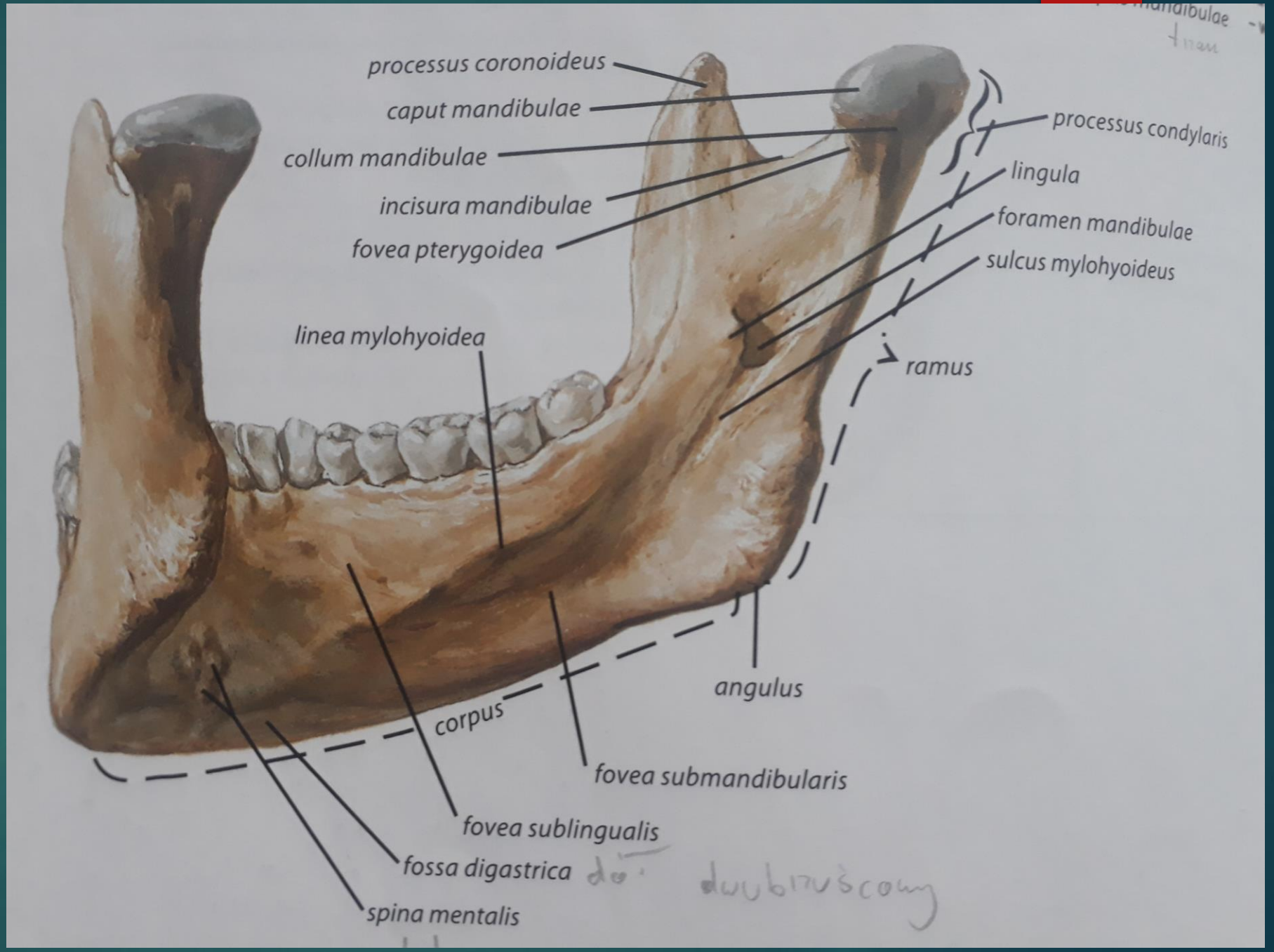
Leczenie dysfunkcji skroniowo-żuchwowych i zaburzeń zwarcia, Jeffrey P. Okeson, Wyd. Czelej, Lublin 2018

ŻUCHWA



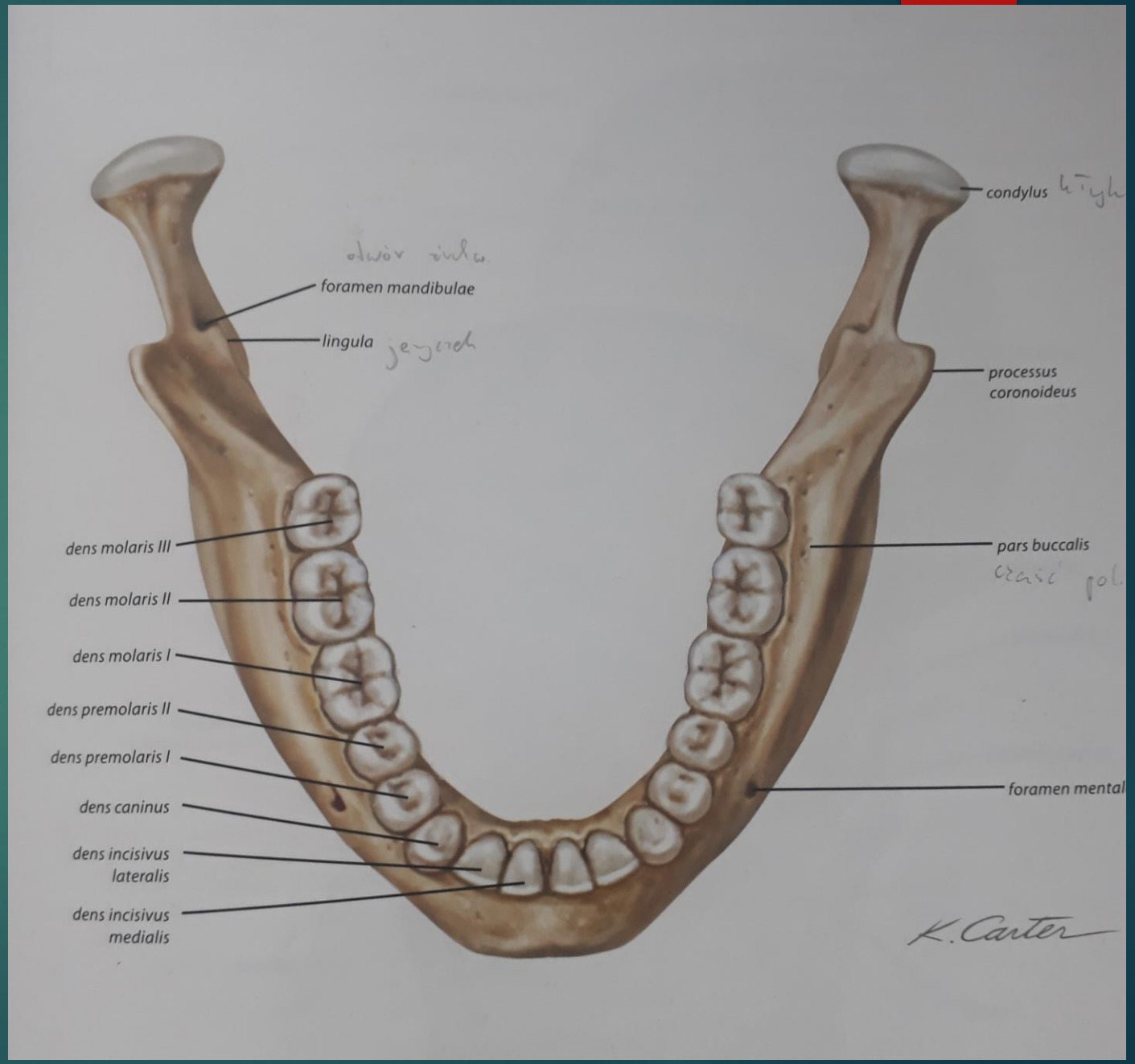
Atlas anatomii głowy i szyi dla stomatologów Nettera, Neil S. Norton, Wyd. Elsevier Urban & Partner Wrocław 2012

ŻUCHWA



Atlas anatomii głowy i szyi dla stomatologów Nettera, Neil S. Norton, Wyd. Elsevier Urban & Partner Wrocław 2012

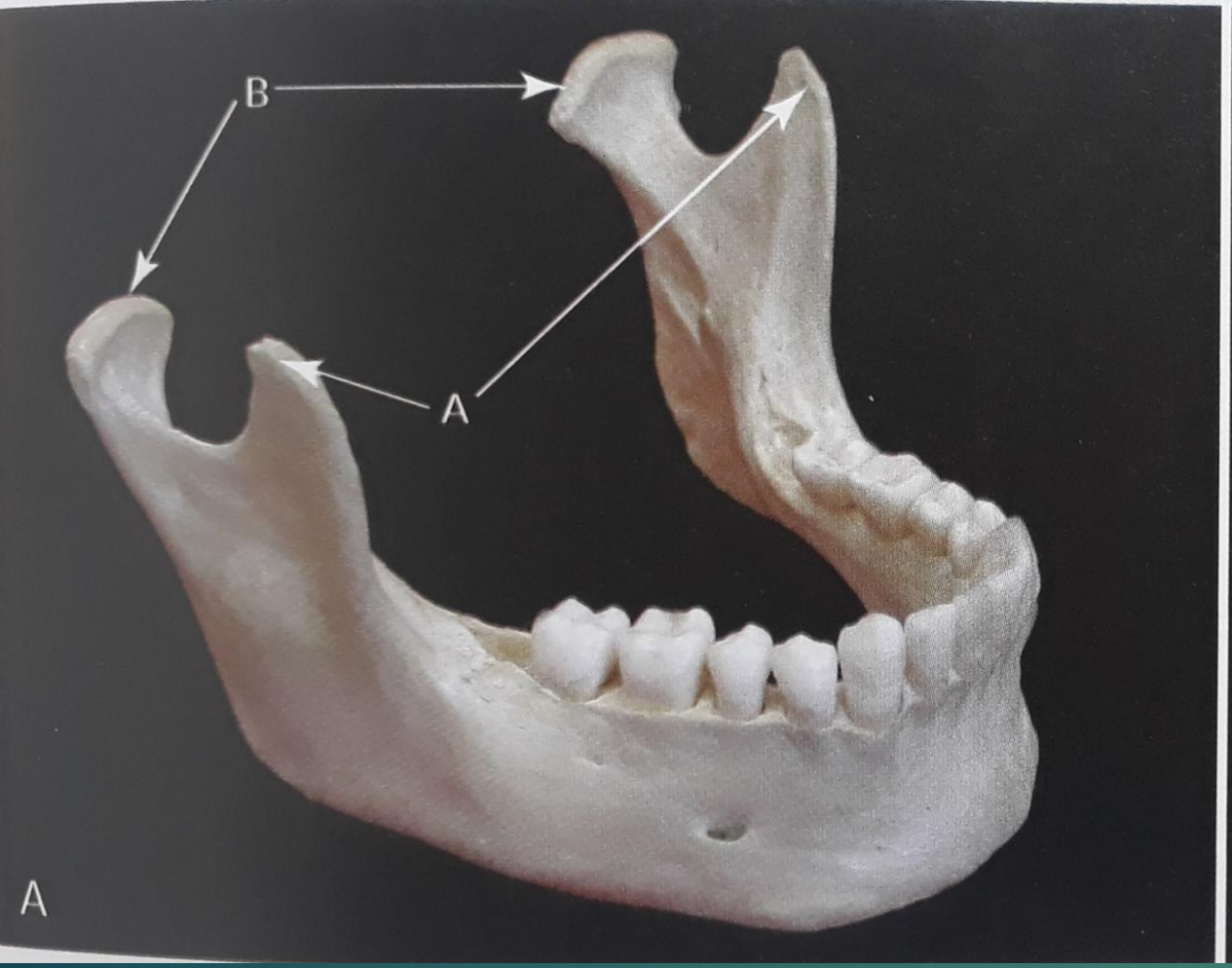
ŻUCHWA



Atlas anatomii głowy i szyi dla stomatologów Nettera, Neil S. Norton, Wyd. Elsevier Urban & Partner Wrocław 2012

Atlas anatomii. Fotograficzne studium ciała człowieka, J.W. Rohen, Ch. Yokochi, E. Lutjen-Drecoll, Wyd. Lekarskie PZWL Warszawa 2012

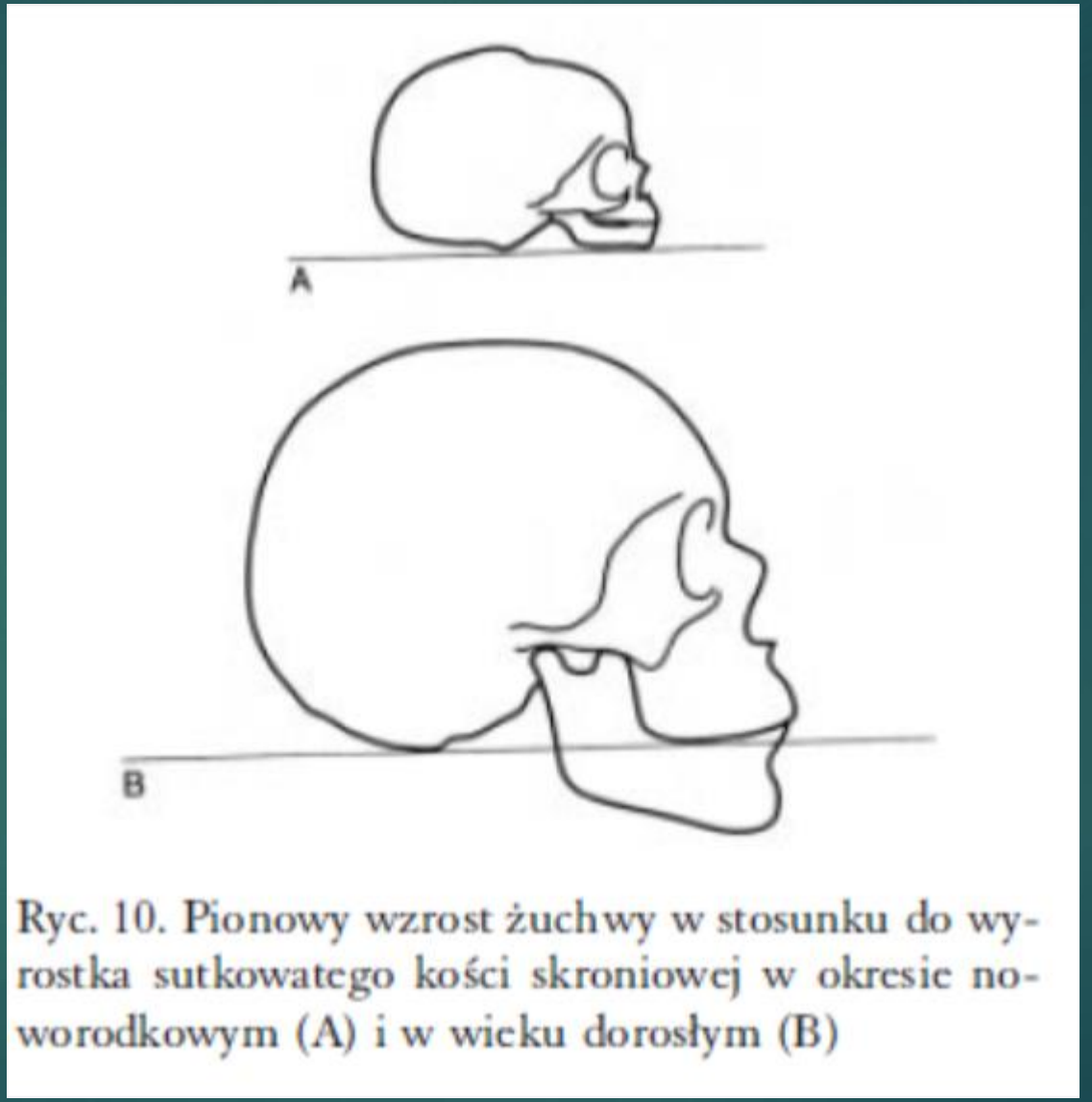
Atlas anatomii. Fotograficzne studium ciała człowieka, J.W. Rohen, Ch. Yokochi, E. Lutjen-Drecoll, Wyd. Lekarskie PZWL Warszawa 2012



Leczenie dysfunkcji skroniowo-żuchwowych i zaburzeń zwarcia, Jeffrey P. Okeson, Wyd. Czelej, Lublin 2018

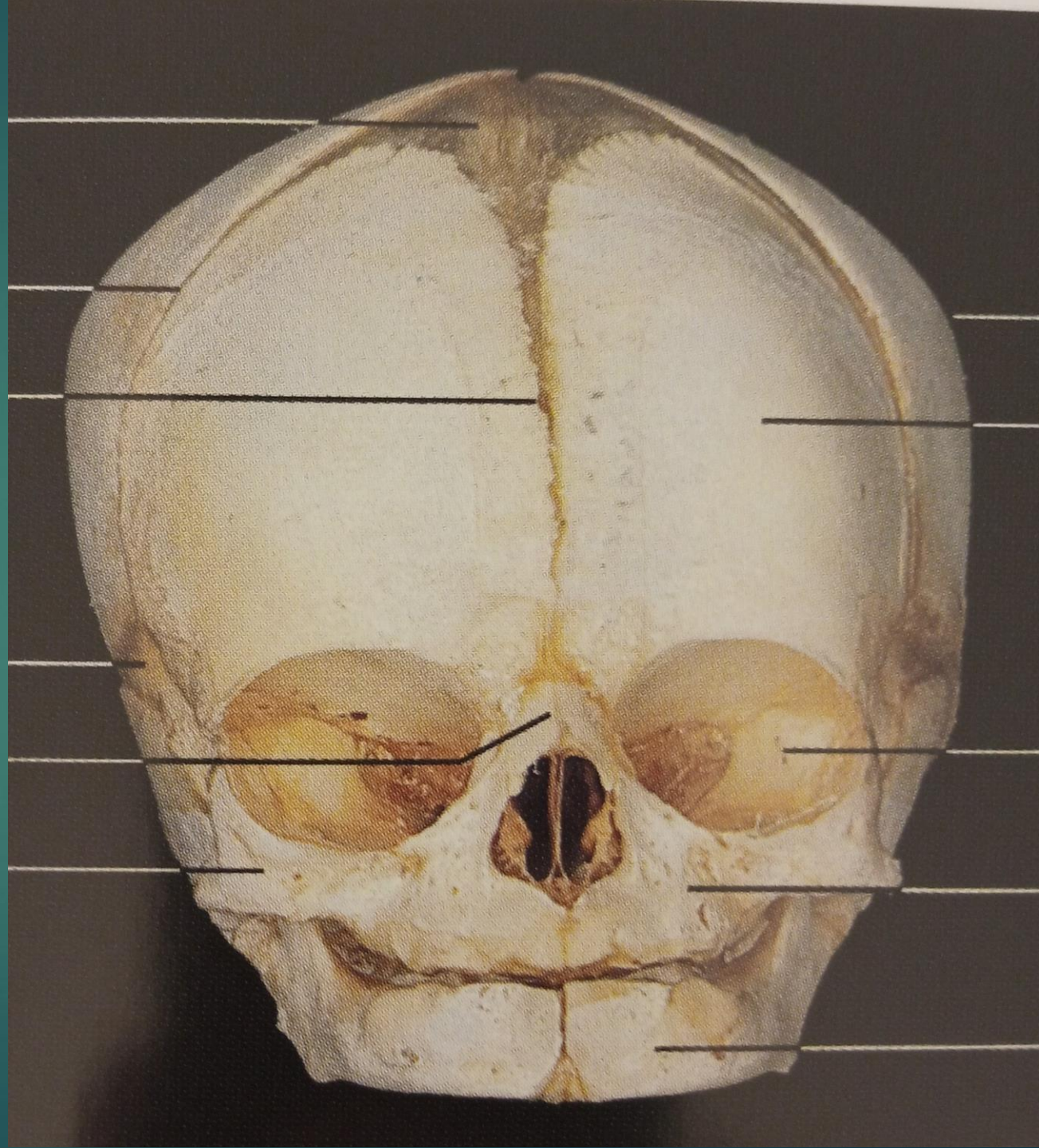
Leczenie dysfunkcji skroniowo-żuchwowych i zaburzeń zwarcia, Jeffrey P. Okeson, Wyd. Czelej, Lublin 2018

ŻUCHWA



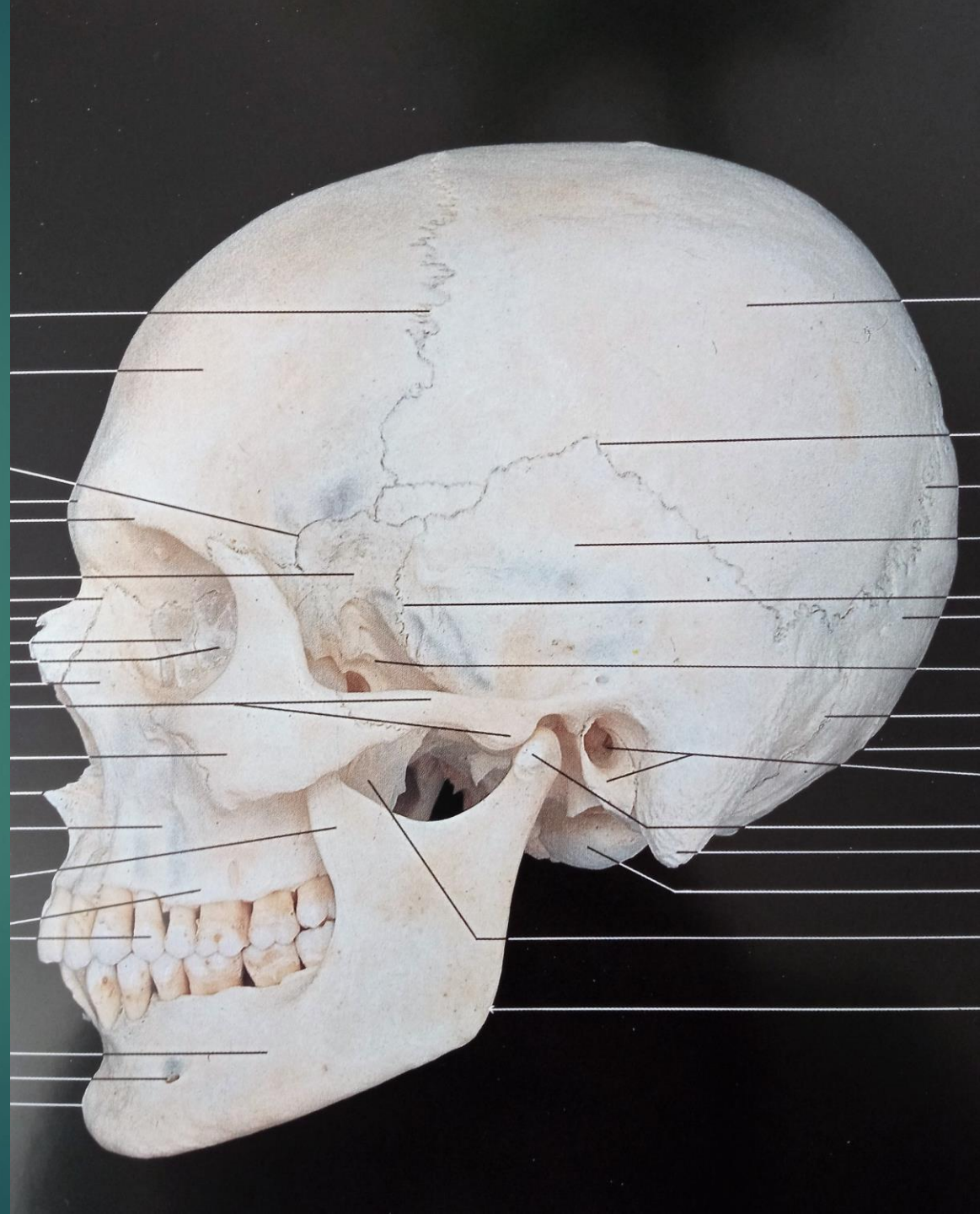
Ryc. 10. Pionowy wzrost żuchwy w stosunku do wyrostka sutkowatego kości skroniowej w okresie noworodkowym (A) i w wieku dorosłym (B)

Acta Clinica, Wzrost i rozwój twarzoczaszki, M. Kulewicza, 2002

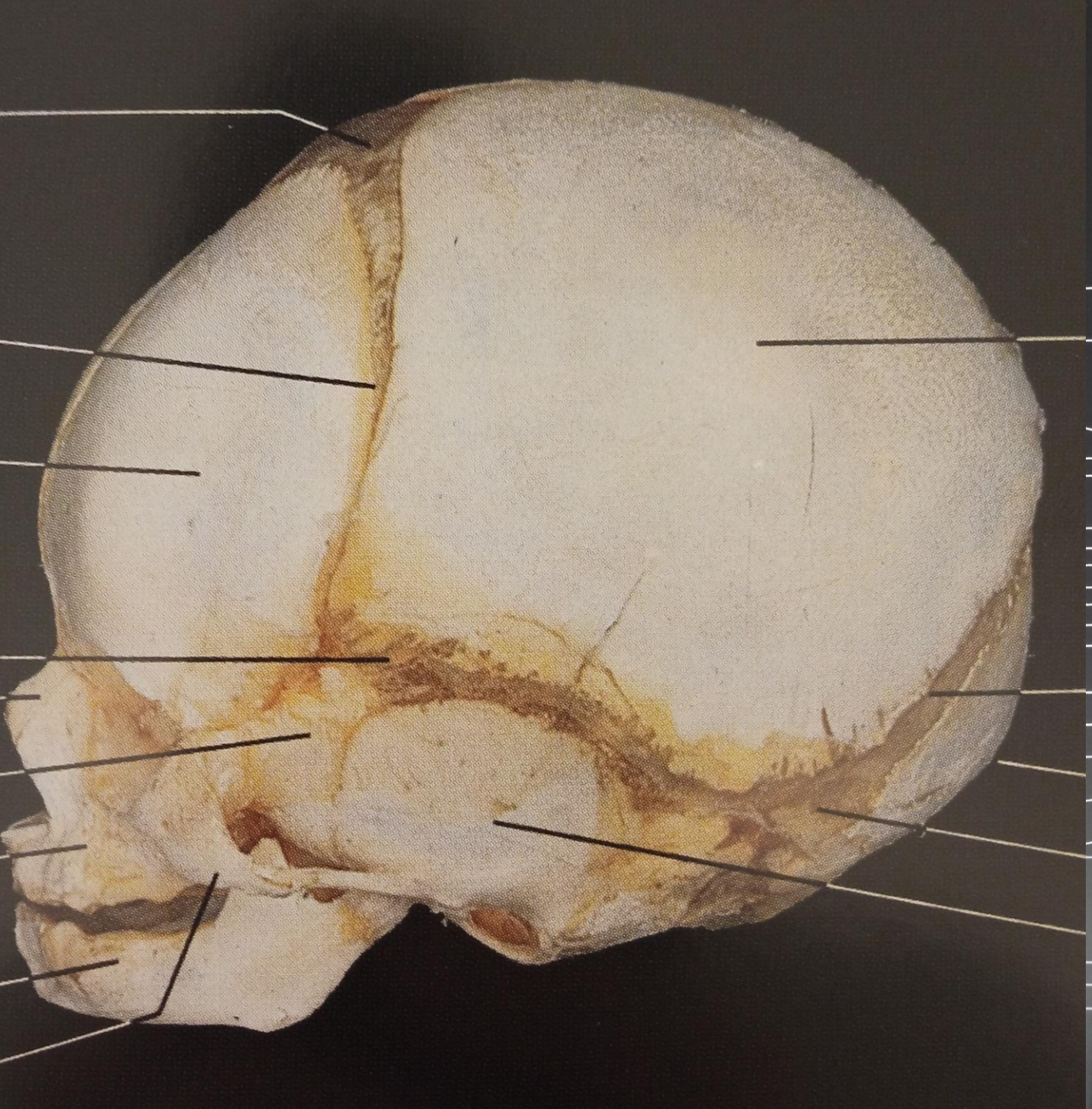


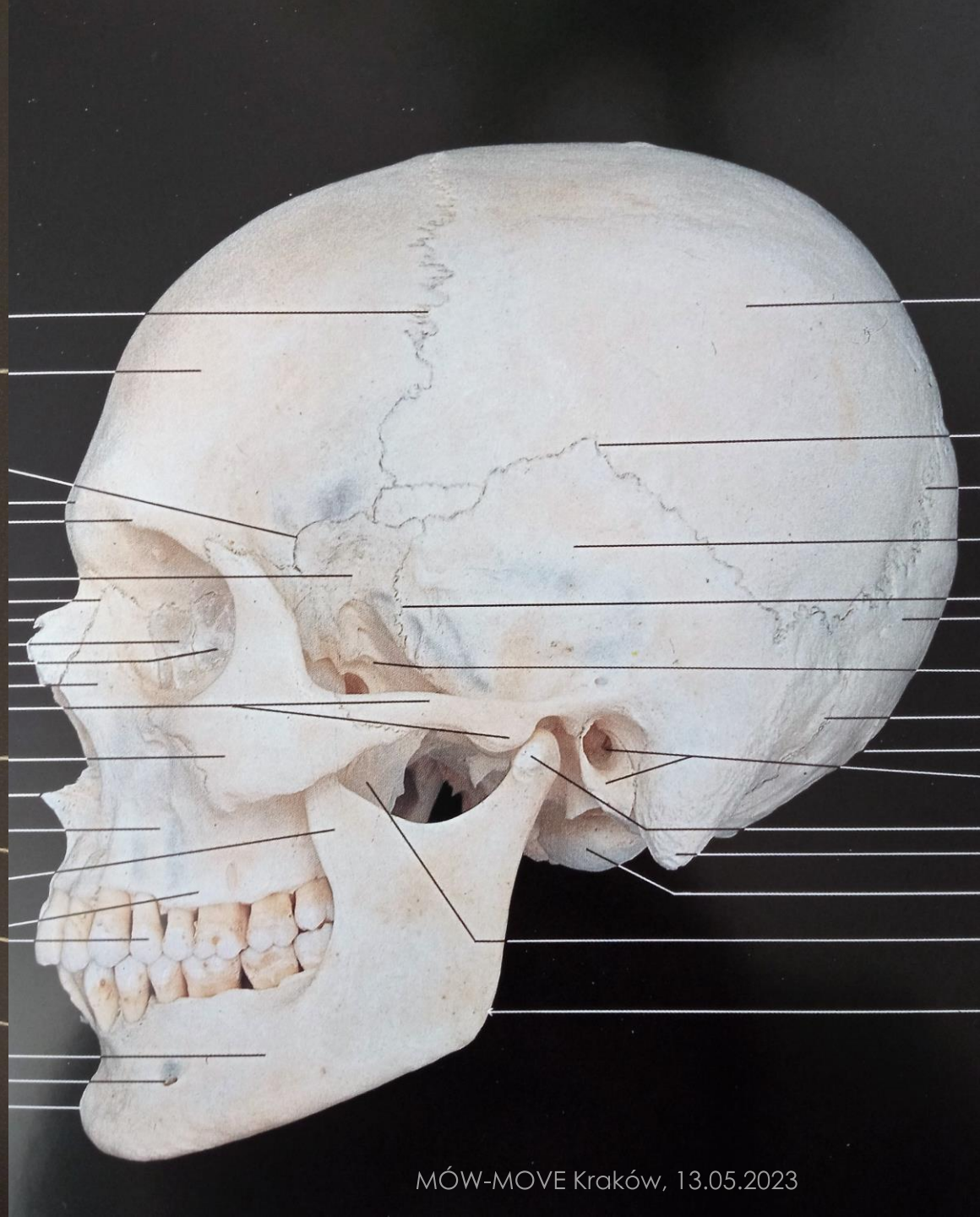
Atlas anatomii. Fotograficzne studium ciała człowieka, J.W. Rohen, Ch. Yokochi, E. Lutjen-Drecoll, Wyd. Lekarskie PZWL Warszawa 2012

Atlas anatomii. Fotograficzne studium ciała człowieka, J.W. Rohen, Ch. Yokochi, E. Lutjen-Drecoll, Wyd. Lekarskie PZWL Warszawa 2012

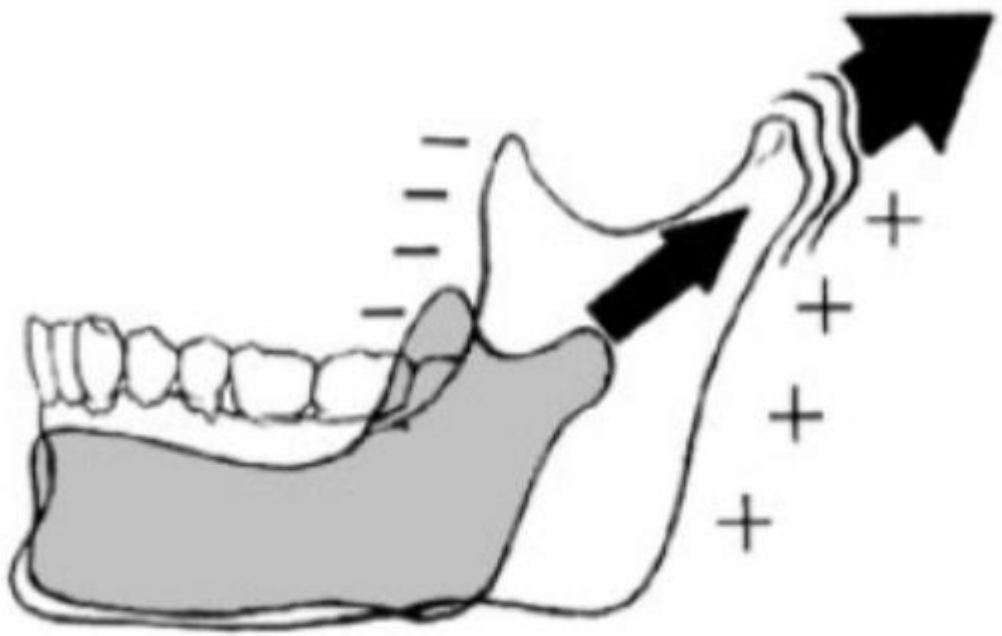


Atlas anatomii. Fotograficzne studium ciała człowieka, J.W. Rohen, Ch. Yokochi, E. Lutjen-Drecoll, Wyd. Lekarskie PZWL Warszawa 2012





ŻUCHWA



Ryc. 9. Wzrost żuchwy. Gałąź żuchwy przemieszcza się w czasie wzrostu cały czas do tyłu na skutek kombinacji procesu resorpcji (-) i nadbudowy (+). Gałąź żuchwy przemieszczając się cały czas do tyłu powoduje wydłużenie trzonu żuchwy

Acta Clinica, Wzrost i rozwój twarzoczaszki, M. Kulewicza, 2002

Hygeia Public Health 2019, 54(2): 92-96

Etiologia i epidemiologia dysfunkcji układu ruchowego narządu żucia

Etiology and epidemiology of temporomandibular disorders

Justyna Oleszek-Listopad [1/], Bożena Robak [1/], Jolanta Szymańska [2/]

[1/] Zakład Protetyki Stomatologicznej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
[2/] Zakład Zintegrowanej Stomatologii Wieku Rozwojowego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Epidemiologia

- **30-90% populacji dorosłych;** Michalak M, Wysokińska-Miszczuk J, Wilczak M, et al. Correlation between eye and ear symptoms and lack of teeth, bruxism and other parafunctions in a population of 1006 patients in 2003-2008. Arch Med Sci 2012, 8(1): 104-110);

- **ok. 12-84% populacji;** Ey-Chmielewska H, Sobolewska E, Frączak B, PolakMajcher D. Szyny terapeutyczne jako metoda postępowania w leczeniu bólowych dysfunkcji stawu skroniowożuchwowego. Mag Stomatol 2009, 19(3): 30-32;

- **50-60% populacji;** Cubera K, Pihut M. Jatrogenne przyczyny powstawania zaburzeń czynnościowych narządu żucia. e-Dentico 2014, 4(50): 60-72;

Epidemiologia

- **40-90% dzieci i młodzieży oraz 60-90% osób dorosłych;** Berger M, Oleszek-Listopad J, Marczak M, Szymańska J. Psychological aspects of temporomandibular disorders – literature review. Curr Issues Pharm Med Sci 2015, 28(1): 55-59;

- **postać bólowa pojawia się głównie między 30 a 40 r.ż.;** Chruściel-Nogalska M, Polak-Majcher D, Dalewski B, Frączak B. Przegląd stosowanych szyn zgryzowych w leczeniu zaburzeń czynnościowych układu stomatognatycznego – na podstawie piśmiennictwa. Dent Forum 2013, 61(2): 63-68;

Epidemiologia

- **W polskich badaniach wykazano, że w populacji osób w wieku 20-30 lat u 72% stwierdza się zaburzenia w obrębie urnż;** Łapuć M, Gołębiewska M, Kondrat W. Częstość występowania i diagnostyka dysfunkcji narządu żucia u pacjentów w wieku 20-30 lat – doniesienie wstępne. Mag Stomatol 2011, 21(2): 12-17;

Frequency of temporomandibular disorders diagnoses based on RDC/TMD in a Polish patient population

August 2017 · Cranio: the Journal of Craniomandibular Practice 36(4)
DOI:10.1080/08869634.2017.1361052
Project: Getting deeper into temporomandibular disorders knowledge

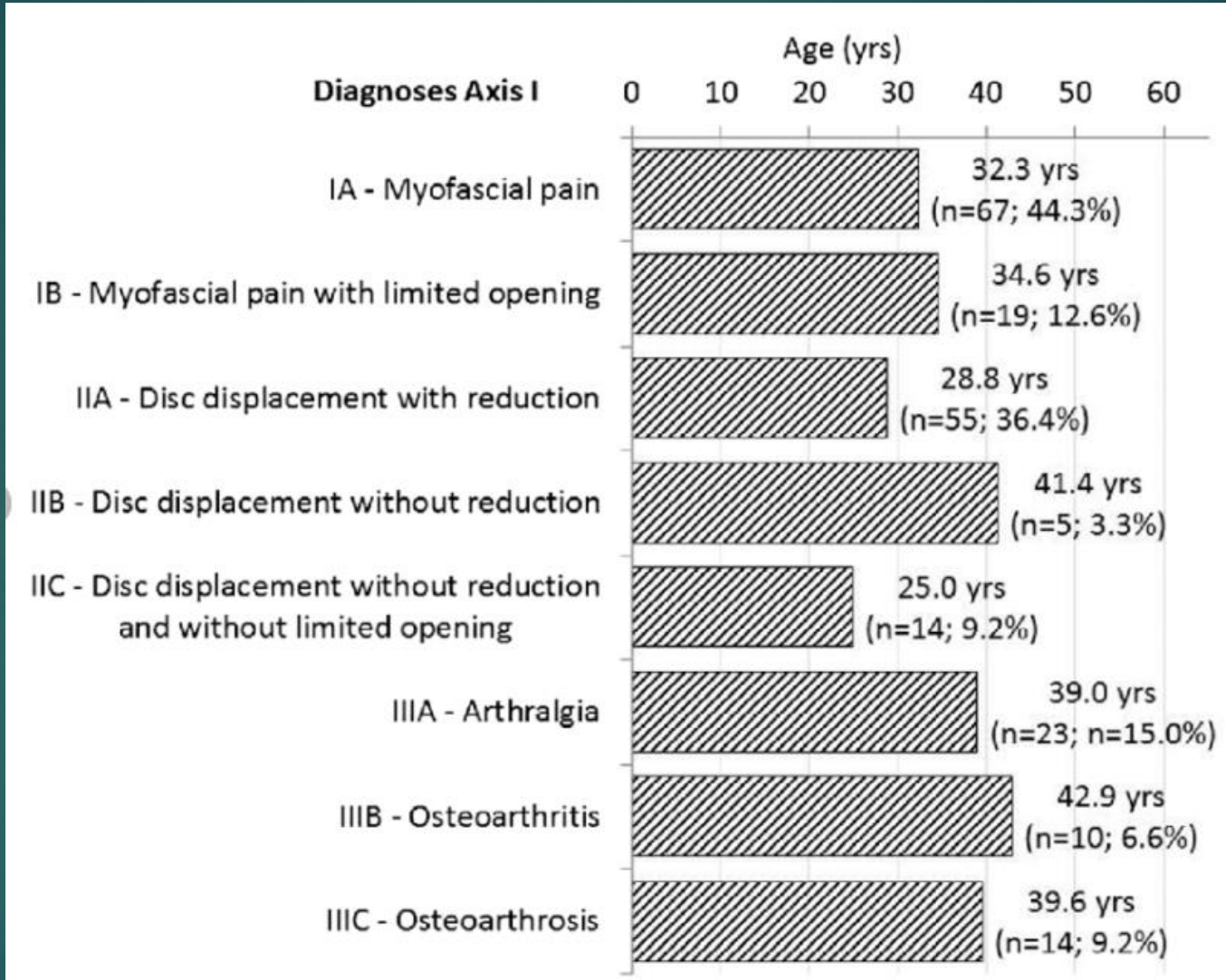
Authors:

Magdalena Osiewicz
Jagiellonian University

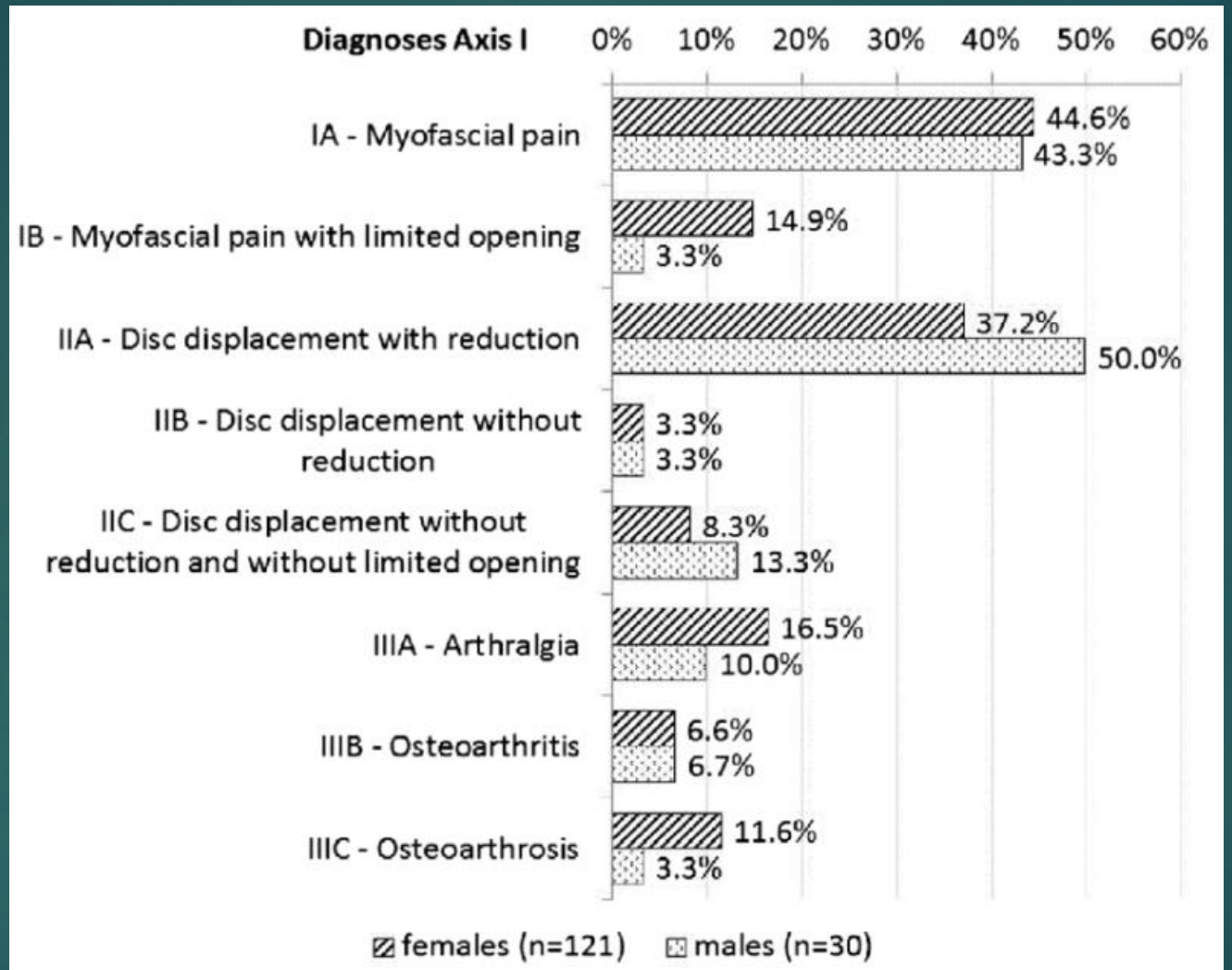
Frank Lobbezoo
Academisch Centrum Tandheelkunde A...

Bartlomiej W. Loster
Jagiellonian University

Jolanta Elżbieta Loster
Jagiellonian University



Age distribution of participants of the RdC/Tmd Axis I diagnoses in study population.



frequency within females (n = 121) and males (n = 30) of participants of the RdC/Tmd Axis I diagnoses in study population.

Leczenie dysfunkcji skroniowo-żuchwowych i zaburzeń zwarcia, Jeffrey P. Okeson, Wyd. Czelej, Lublin

2018 **Autor**	**Liczba pacjentów**	**Populacja**	**Przynajmniej jeden objaw**	**Przynajmniej jedna oznaka kliniczna**
Solberg i wsp. 1979	739	Stydenci amerykańskiego uniwersytetu	26	76
Nilner i Lassing, 1981	440	Szwedzkie dzieci (7-14 lat)	36	72
Rieder i wsp. 1983	1040	Amerykańska prywatna praktyka	33	50
De Kanter i wsp. 1993	3468	Holendrzy	22	45
Nourallah i Johansson 1995	105	Saudyjscy studenci stomatologii	20	56
Hiltunen i wsp. 1995	342	Starsi dorośli z Finlandii	80	-
Glass i wsp. 1993	534	Dorośli z Kansas	46	-

Research Article | Open Access
Volume 2014 | Article ID 472346 | https://doi.org/10.1155/2014/472346

Show citation

Prevalence and Correlation between TMD Based on RDC/TMD Diagnoses, Oral Parafunctions and Psychoemotional Stress in Polish University Students

Mieszko Wieckiewicz,[1] Natalia Grychowska,[2] Kamil Wojciechowski,[2] Anna Pelc,[2] Michal Augustyniak,[2] Aleksandra Sleboda,[2] and Marek Zietek[3]

Show more

Academic Editor: Anna Paradowska-Stolarz

Stres ?

- Słabe wyniki w nauce;
- Problemy finansowe;
- Pozycja ciała;
- Konieczność usamodzielniania się;
- Ilość obowiązków;
- Presja wykształcenia;
- Niepewna przyszłość;
- Życie z dala od domu;

Wnioski

(1)Częstość występowania TMD w badanej populacji polskich studentów wynosi 54%.

(2)Objawy TMD częściej dotyczą kobiet.

(3)Obciążenie emocjonalne i pobudliwość to czynniki predysponujące do zaburzeń mięśniowych.

INTERNATIONAL JOURNAL OF MEDICAL SCIENCES
Home | Editorial board | Author info | Submit a manuscript

Int J Med Sci. 2012; 9(7): 539–544.
Published online 2012 Aug 30. doi: 10.7150/ijms.4474

PMCID: PMC3444974
PMID: 22991492

Gender Difference in Prevalence of Signs and Symptoms of Temporomandibular Joint Disorders: A Retrospective Study on 243 Consecutive Patients

Bora Bagis,[1,✉] Elif Aydogan Ayaz,[2] Sedanur Turgut,[2] Rukiye Durkan,[3] and Mutlu Özcan[4]

▸ Author information ▸ Article notes ▸ Copyright and License information Disclaimer

- Kobiety > Mężczyźni / 6:1
- Wiek
- Braki zębowe = TMD?
- Stres – czynnik ryzyka

Ann Stomatol (Roma). 2013 Jan-Mar; 4(1): 161–169.
Published online 2013 Mar 20. doi: 10.11138/ads.0161
PMCID: PMC3671807
PMID: 23741538

Epidemiological analysis on 2375 patients with TMJ disorders: basic statistical aspects

Carlo Di Paolo, MD,[1] G. Damiana Costanzo, MD,[2] Fabrizio Panti, MD,[1] Alessandro Rampello, MD,[1] Giovanni Falisi, MD,[1] Andrea Pilloni, MD,[1] Piero Cascone, MD,[3] and Giorgio Iannetti, MD[3]

▸ Author information ▸ Copyright and License information Disclaimer

Wiek a TMD – 35,6 r. ż. / 26 a 40 r. ż.

Płeć a TMD – 8:2 / > kobiety

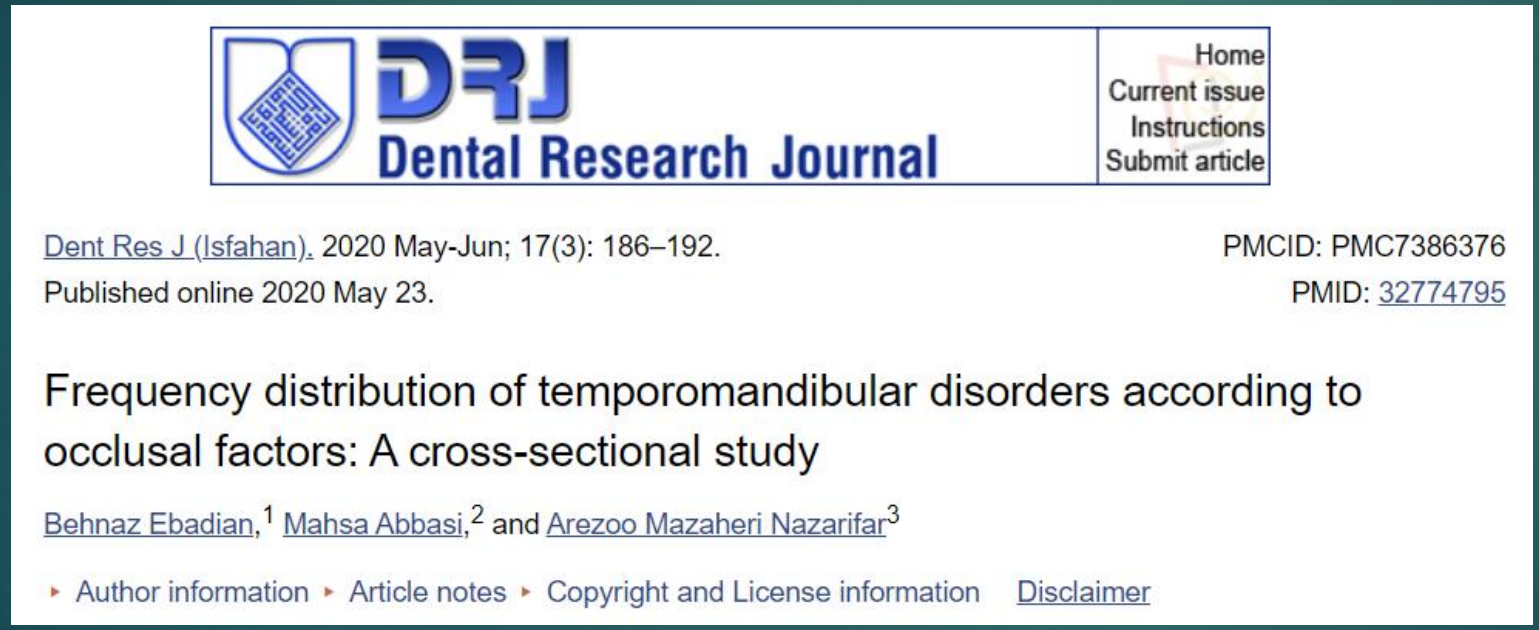
Dysfunkcje posturalne i bóle głowy – 37% i 46%

Hipermobilność – 15%

Bruksizm – 30%

Brak zębów – 40%

- Bruksizm koreluje z TMD
- Inne parafunkjce (obgryzanie paznokci, żucie gumy) nie korelują z TMD
- Czynniki zgryzowe nie korelują z TMD



DRJ Dental Research Journal

Home
Current issue
Instructions
Submit article

Dent Res J (Isfahan). 2020 May-Jun; 17(3): 186–192.
Published online 2020 May 23.

PMCID: PMC7386376
PMID: 32774795

Frequency distribution of temporomandibular disorders according to occlusal factors: A cross-sectional study

Behnaz Ebadian,[1] Mahsa Abbasi,[2] and Arezoo Mazaheri Nazarifar[3]

▸ Author information ▸ Article notes ▸ Copyright and License information Disclaimer

Class II Skeletal Malocclusion and Prevalence of Temporomandibular Disorders. An Epidemiological Pilot Study on Growing Subjects

by Grazia Fichera [1,2], Vincenzo Ronsivalle [1,2], Simona Santonocito [1], Khaled S. Aboulazm [3], Gaetano Isola [1], Rosalia Leonardi [1,*] and Giuseppe Palazzo [1]

[1] Department of General Surgery and Surgical-Medical Specialties, School of Dentistry, University of Catania, Via S. Sofia 78, 95124 Catania, Italy

[2] Department of Biomedical and Dental Sciences and Morphofunctional Imaging, School of Dentistry, University of Messina, Via Consolare Valeria 1, 98123 Messina, Italy

[3] Department of Orthodontics, School of Dentistry Pharos University, Canal El Mahmoudia Street, Alexandria 21500, Egypt

* Author to whom correspondence should be addressed.

Academic Editor: William R. Taylor

J. Funct. Morphol. Kinesiol. **2021**, *6*(3), 63; **https://doi.org/10.3390/jfmk6030063**

Received: 8 June 2021 / Revised: 14 July 2021 / Accepted: 16 July 2021 / Published: 20 July 2021

- Klasa II nie jest czynnikiem sprawczym;
- Klasa II może być czynnikiem predysponującym

Okluzja a TMD

- TMD in relation to malocclusion and orthodontic treatment.*Mohlin B, Axelsson S, Paulin G, Pietilä T, Bondemark L, Brattström V, Hansen K, Holm AK Angle Orthod. 2007 May; 77(3):542-8.*
- Brak wpływu

- Occlusion, prosthodontic treatment, and temporomandibular disorders: a review.*Hagag G, Yoshida K, Miura H J Med Dent Sci. 2000 Mar; 47(1):61-6.*
- Wpływ istnieje

Parafunkcje a TMD

- Oral parafunctions as risk factors for diagnostic TMD subgroups.*Michelotti A, Cioffi I, Festa P, Scala G, Farella MJ Oral Rehabil. 2010 Mar; 37(3):157-62.*

- *Bruksizm dzienny jest czynnikiem ryzyka TMD*

Ciąża a TMD

Craniomandibular Disorders in Pregnant Women: An Epidemiological Survey

by Grazia Fichera [1], Alessandro Polizzi [1,*], Simone Scapellato [1,2], Giuseppe Palazzo [1] and Francesco Indelicato [1]

[1] Department of General Surgery and Surgical-Medical Specialties, University of Catania, 95124 Catania, Italy

[2] Department of Biomedical, Odontostomatological Sciences and of Morphological and Functional Images, University of Messina, 98125 Messina, Italy

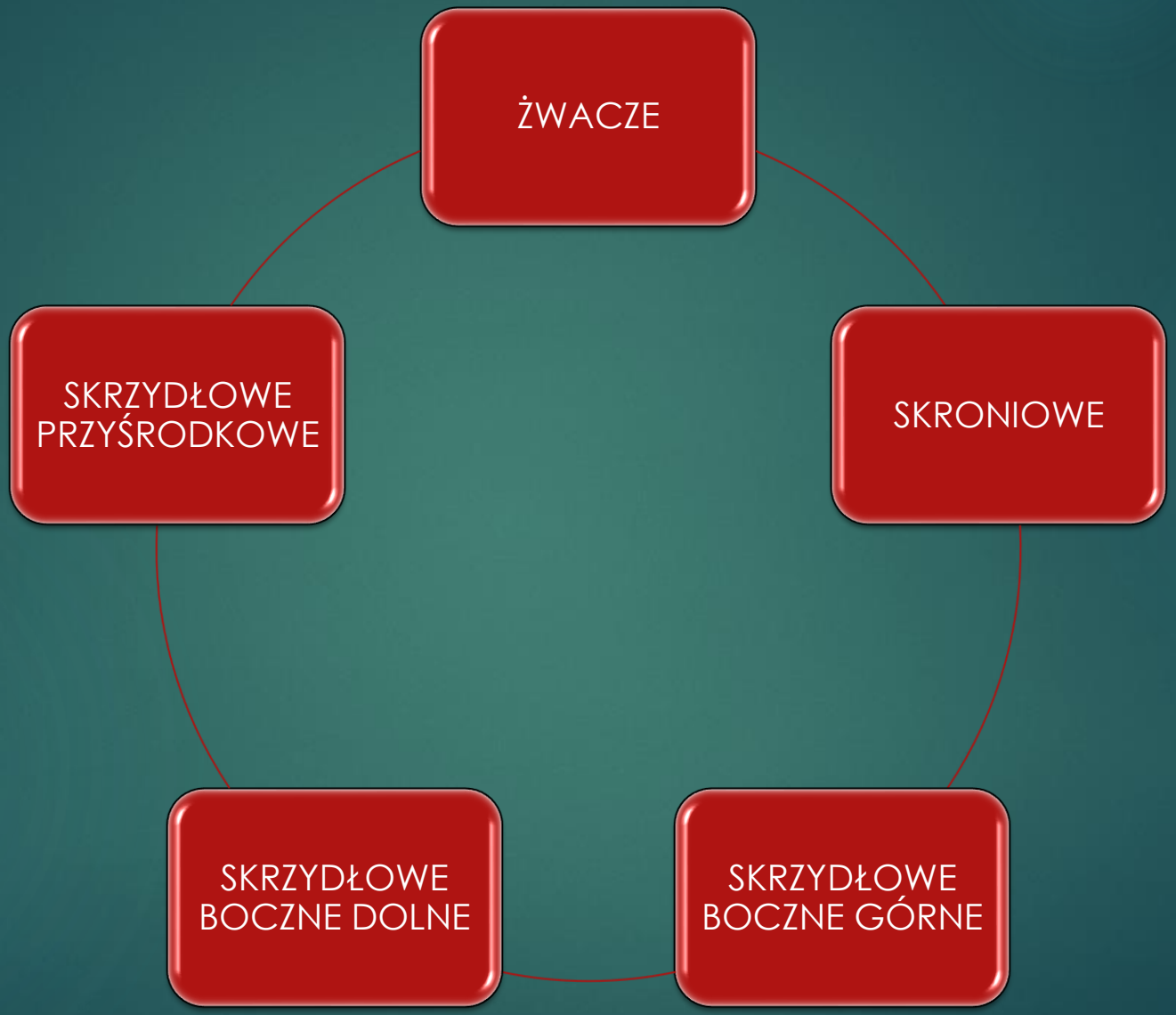
* Author to whom correspondence should be addressed.

J. Funct. Morphol. Kinesiol. **2020**, *5*(2), 36; **https://doi.org/10.3390/jfmk5020036**

Received: 6 April 2020 / Revised: 28 May 2020 / Accepted: 1 June 2020 / Published: 4 June 2020

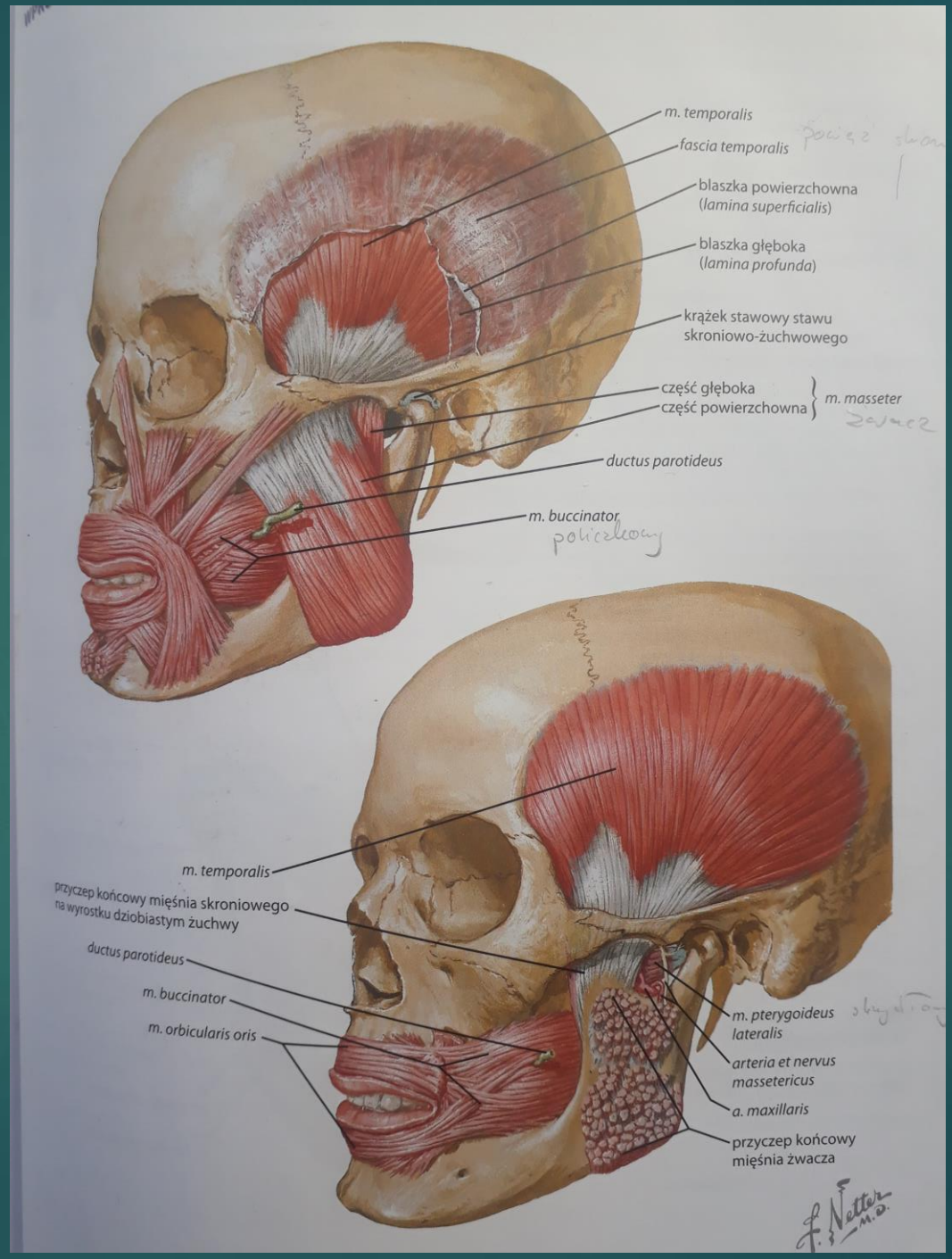
- Kobiety w ciąży mogą być bardziej podatne na TMD ze względu na fizjologiczny wzrost poziomu hormonów estrogenowych. Jednak potrzebne są dalsze badania, aby lepiej zrozumieć rolę TMD podczas ciąży.

MIĘŚNIE


ŻWACZE
SKRONIOWE
SKRZYDŁOWE BOCZNE GÓRNE
SKRZYDŁOWE BOCZNE DOLNE
SKRZYDŁOWE PRZYŚRODKOWE

Bródkowo-gnykowe
Dwubrzuścowe
Mięśnie nadgnykowe
Żuchwowo-gnykowe
Rylcowo-gnykowe

MIĘŚNIE

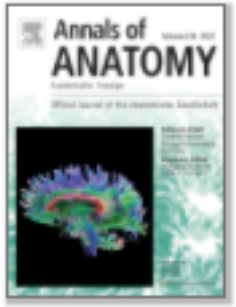


Atlas anatomii głowy i szyi dla stomatologów Nettera, Neil S. Norton, Wyd. Elsevier Urban & Partner Wrocław 2012

ELSEVIER

Annals of Anatomy - Anatomischer Anzeiger

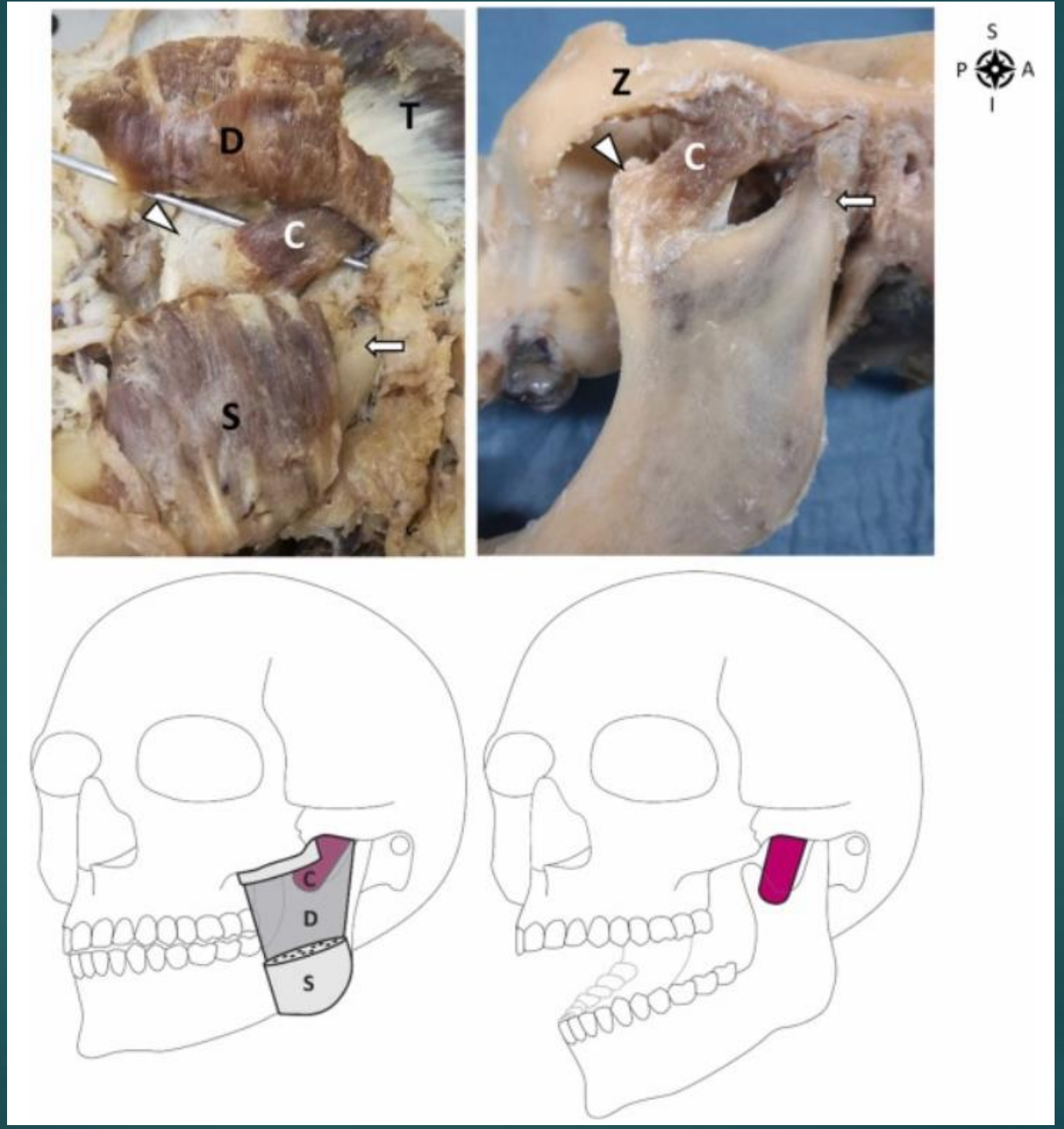
Volume 240, February 2022, 151879



Research Article

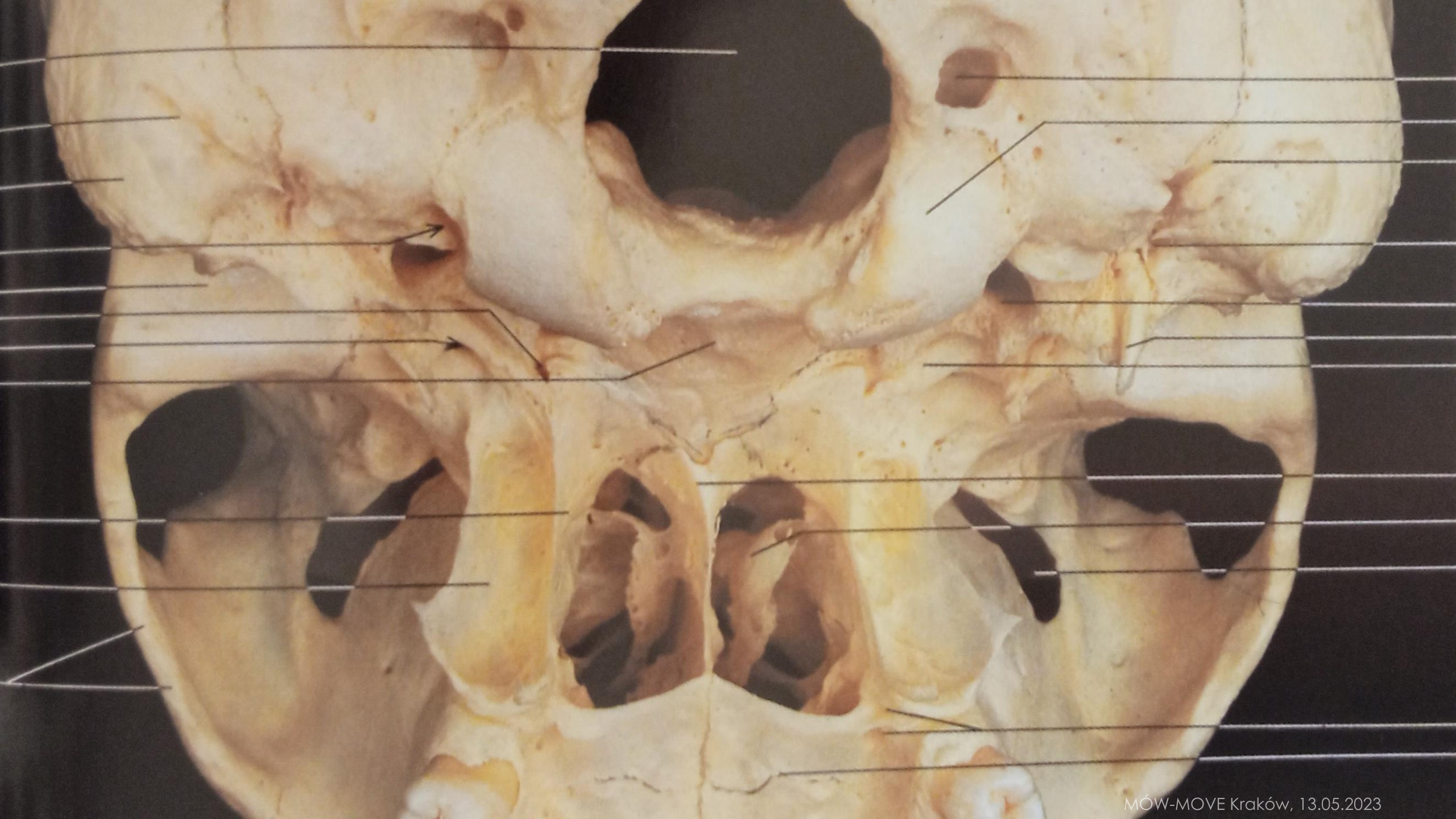
The human masseter muscle revisited: First description of its coronoid part

Szilvia E. Mezey [a], Magdalena Müller-Gerbl [a], Mireille Toranelli [a], Jens Christoph Türp [b]

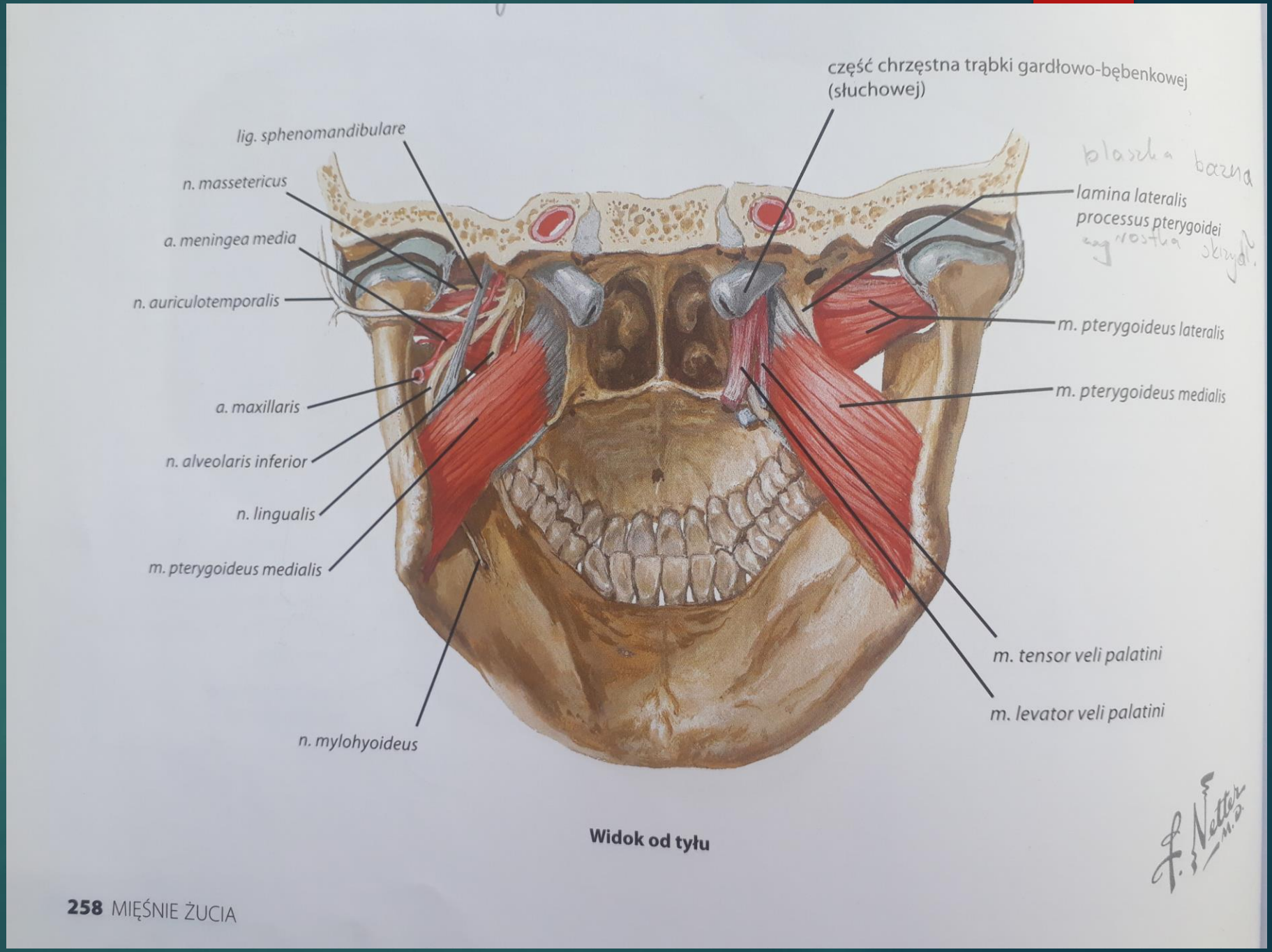

D
T
C
S
Z
C
S
P
A
I
C
D
S

MÓW-MOVE Kraków, 13.05.2023

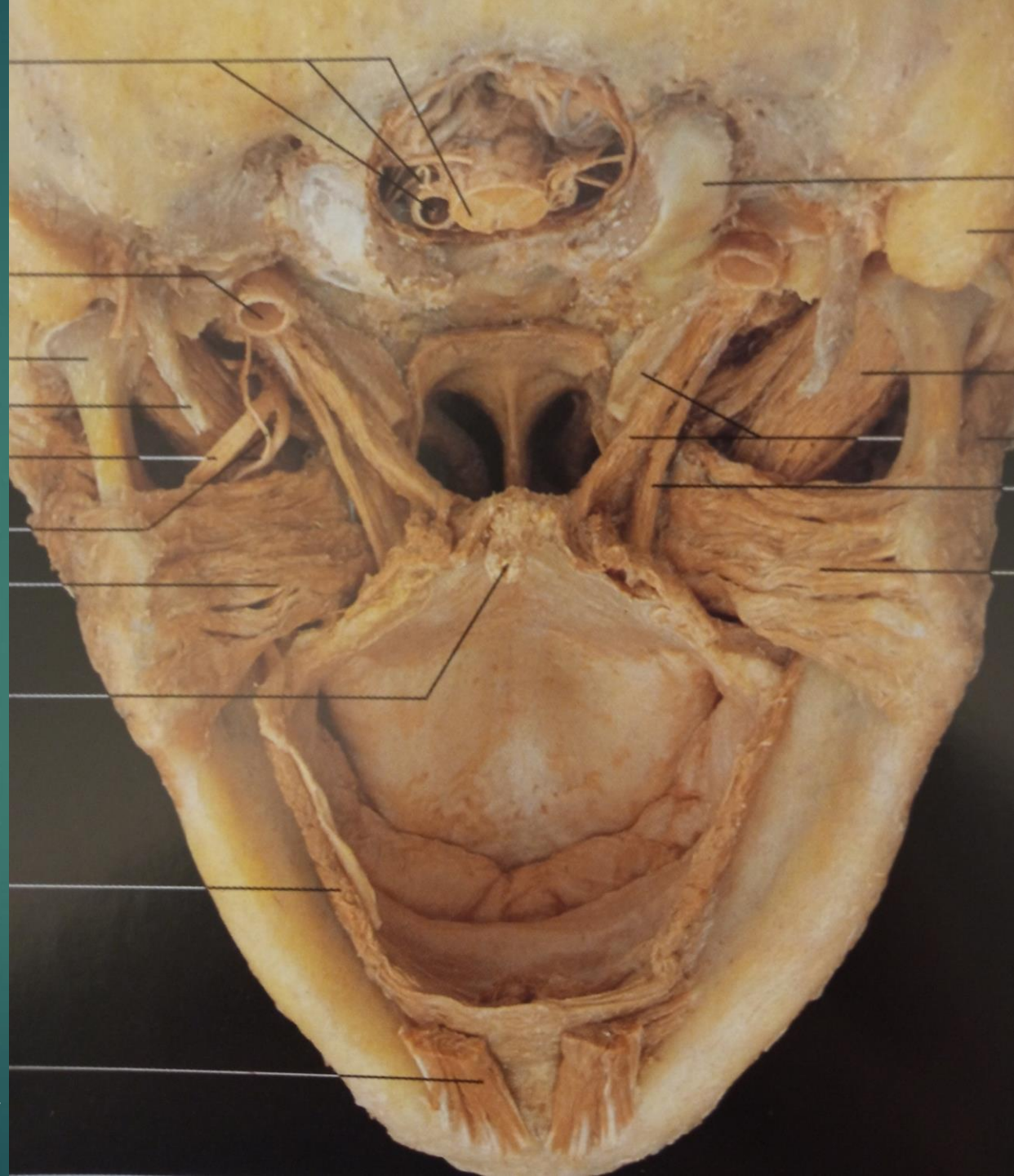
Atlas anatomii. Fotograficzne studium ciała człowieka, J.W. Rohen, Ch. Yokochi, E. Lutjen-Drecoll, Wyd. Lekarskie PZWL Warszawa 2012



MIĘŚNIE



Atlas anatomii głowy i szyi dla stomatologów Nettera, Neil S. Norton, Wyd. Elsevier Urban & Partner Wrocław 2012

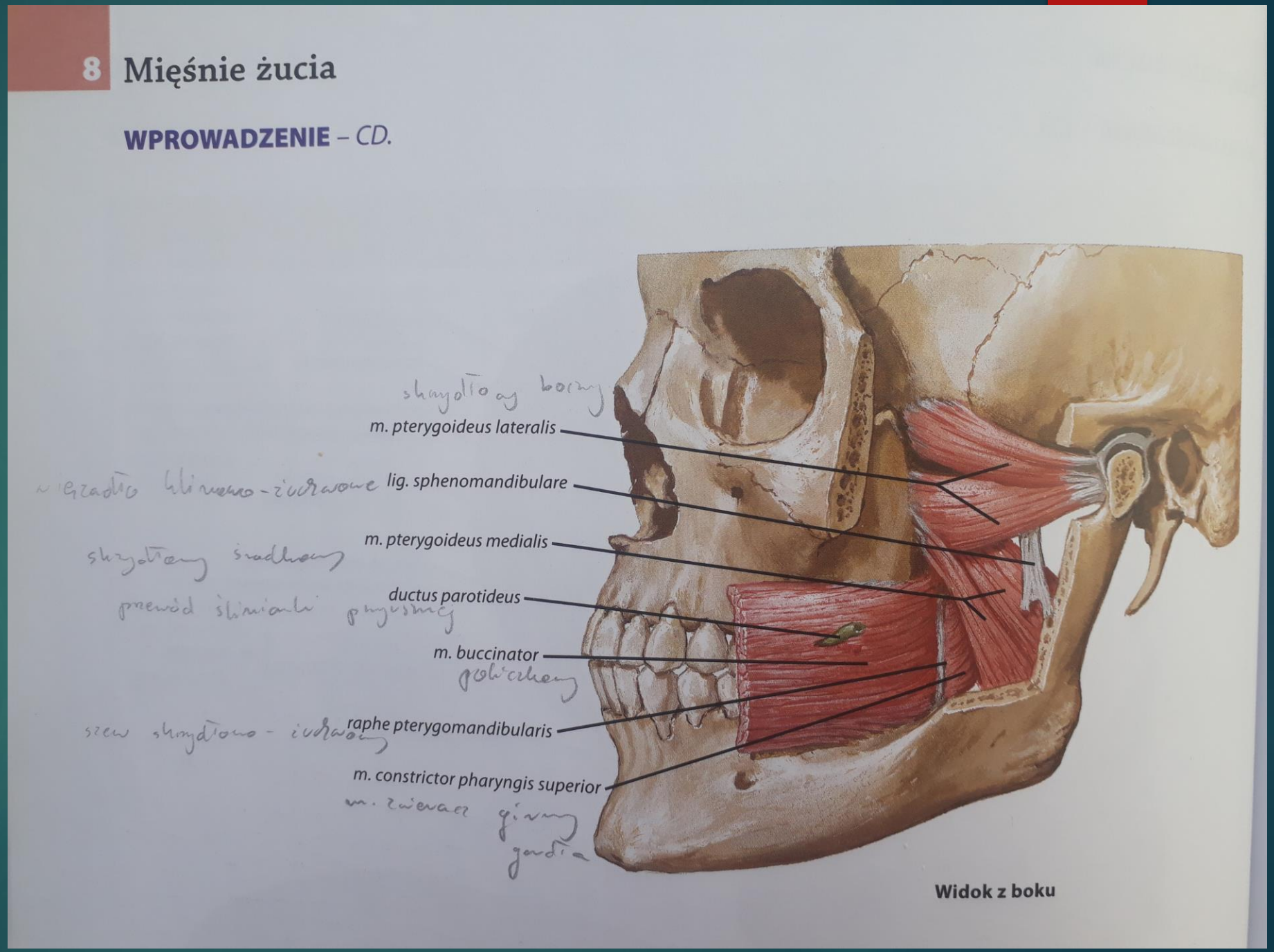


Atlas anatomii. Fotograficzne studium ciała człowieka, J.W. Rohen, Ch. Yokochi, E. Lutjen-Drecoll, Wyd. Lekarskie PZWL Warszawa 2012

MIĘŚNIE

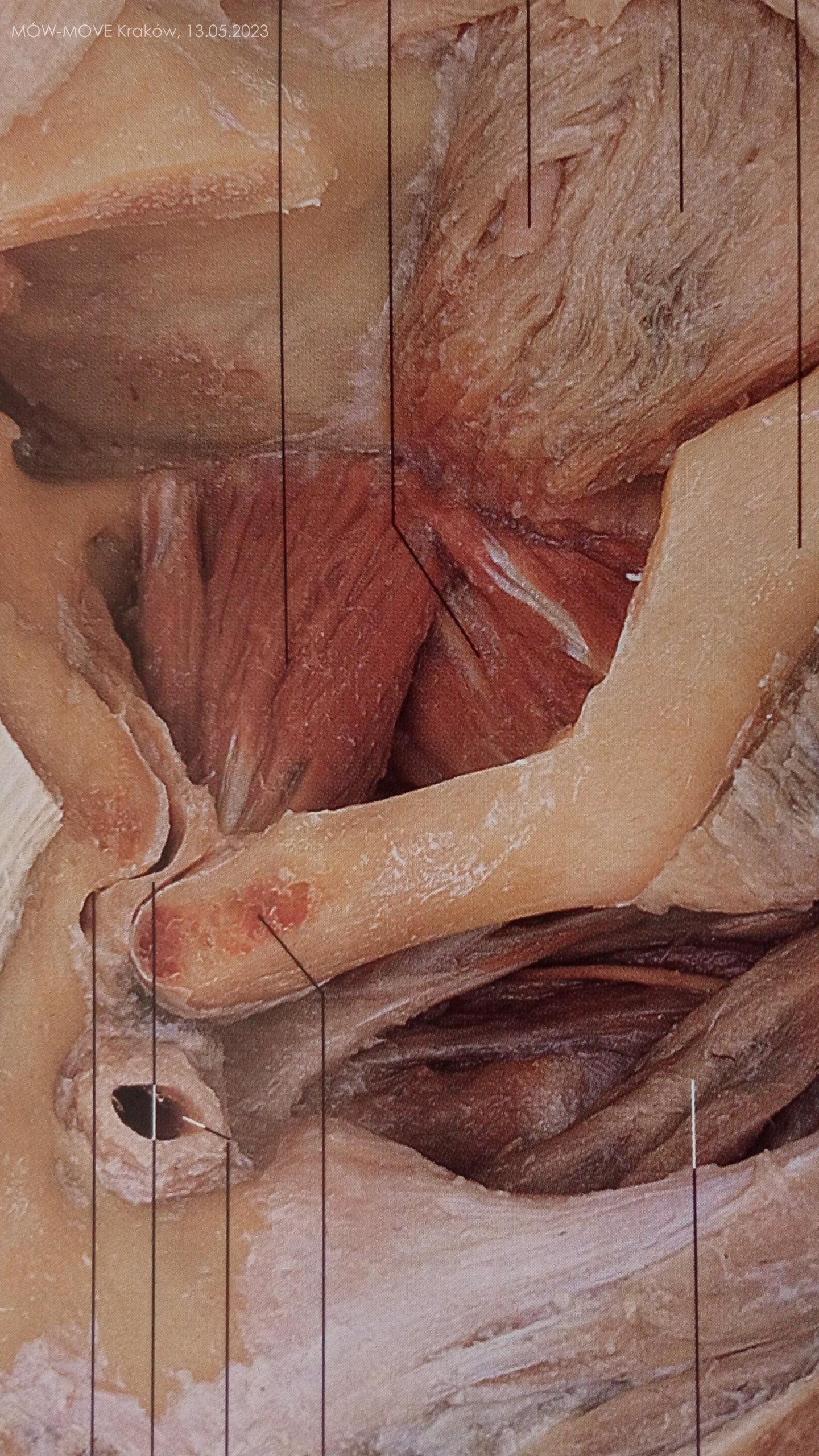
8 Mięśnie żucia

WPROWADZENIE – *CD.*



Widok z boku

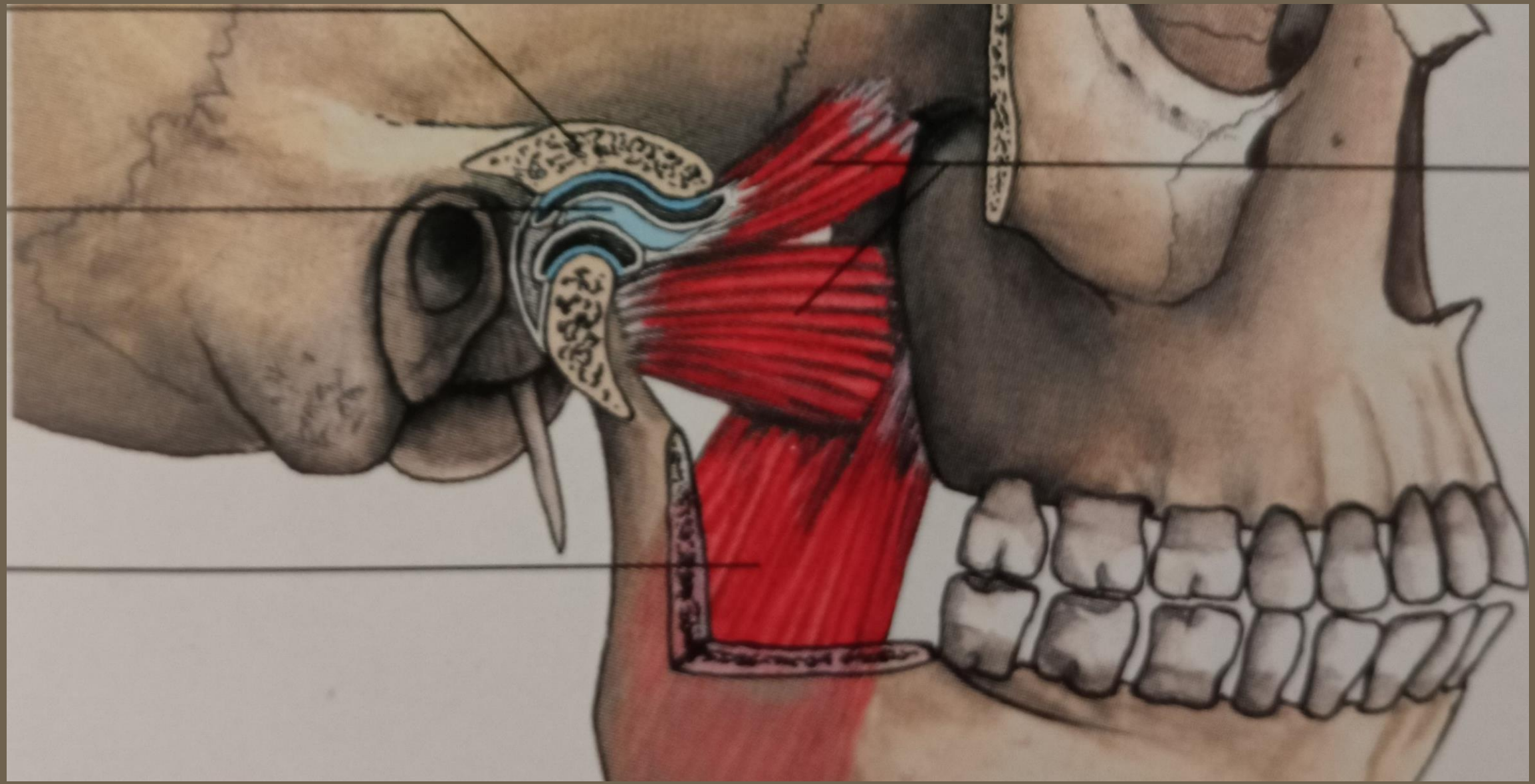
Atlas anatomii głowy i szyi dla stomatologów Nettera, Neil S. Norton, Wyd. Elsevier Urban & Partner Wrocław 2012

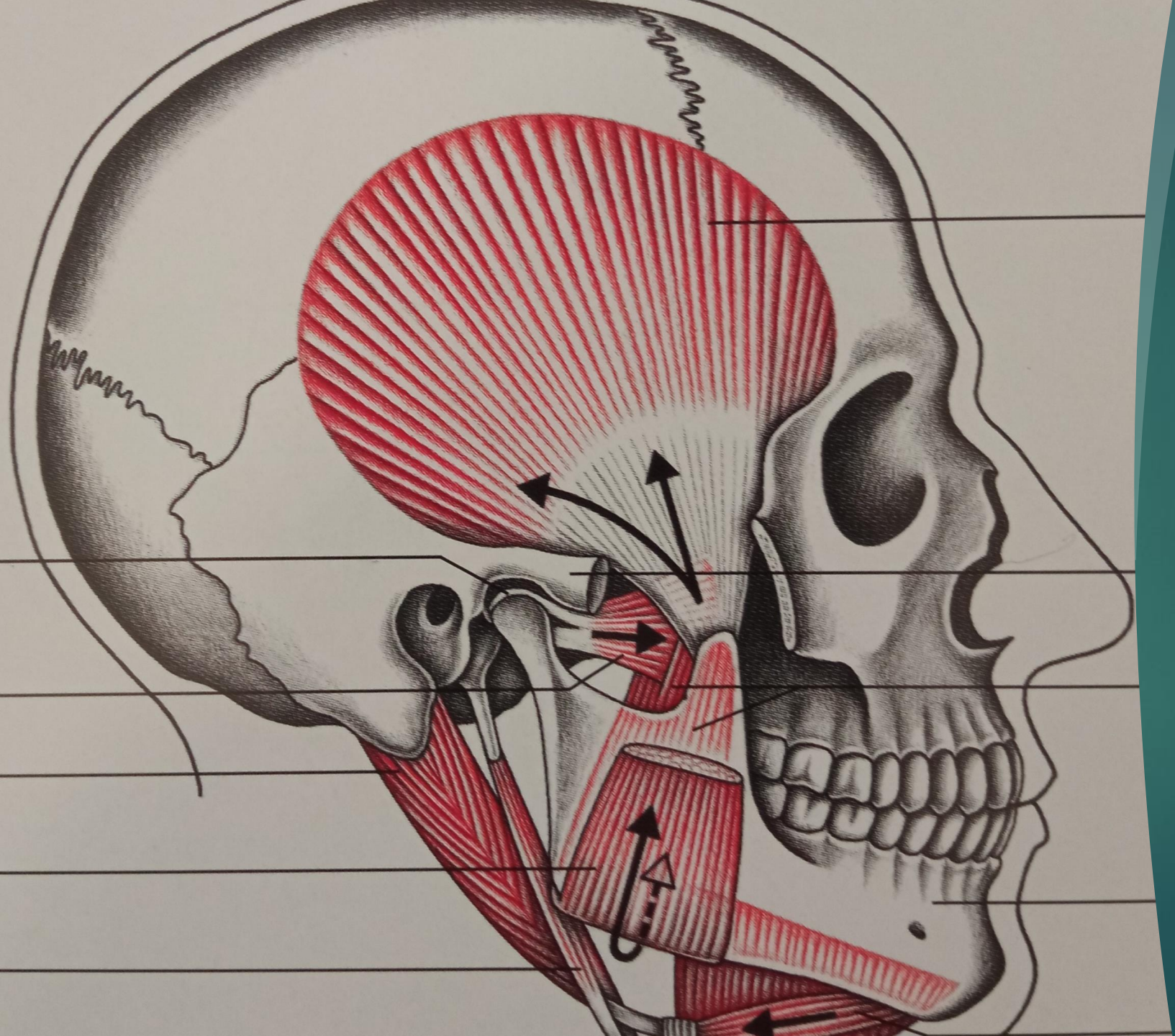


Atlas anatomii. Fotograficzne studium ciała człowieka,

J.W. Rohen, Ch. Yokochi,

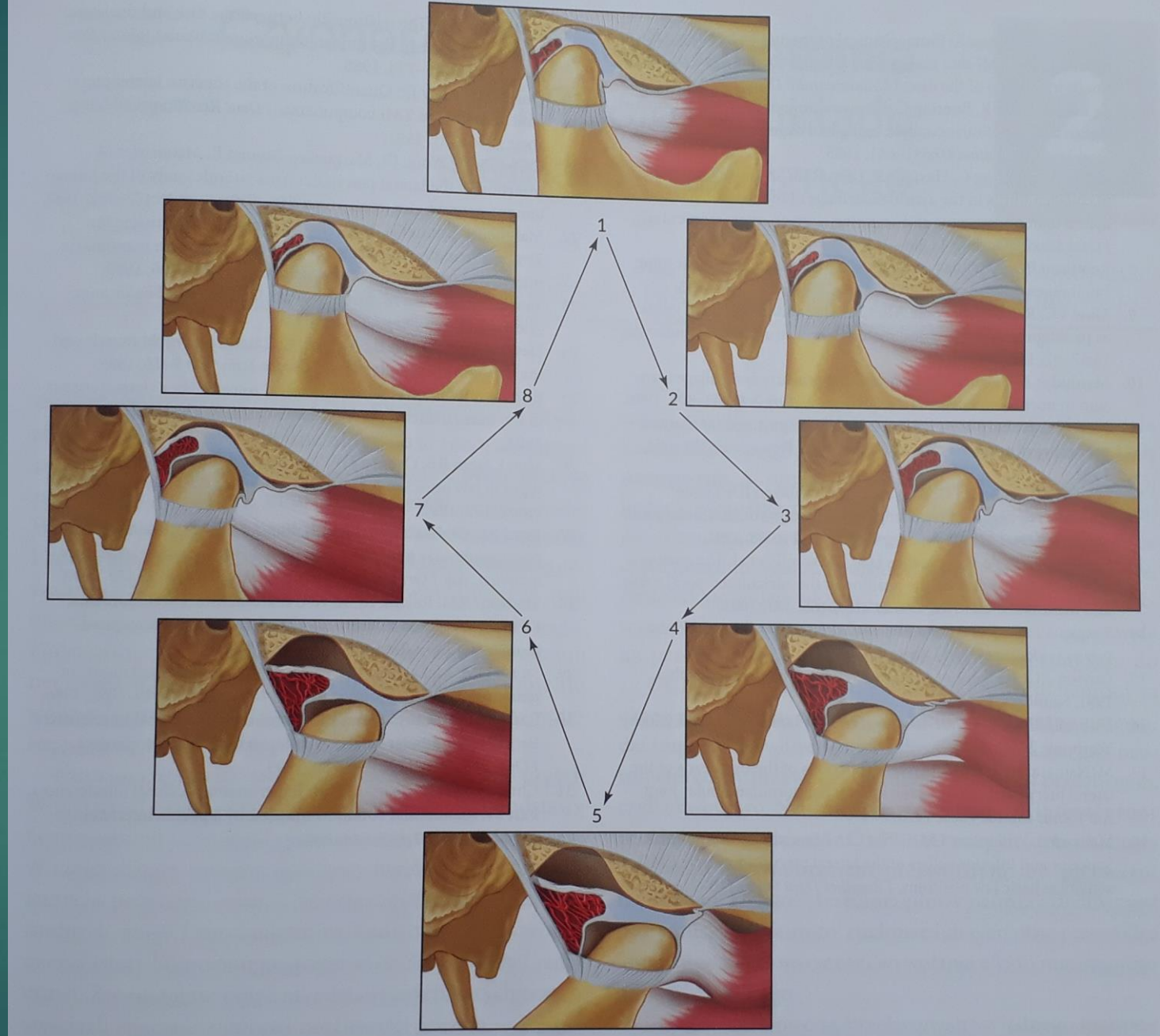
E. Lutjen-Drecoll, Wyd. Lekarskie PZWL Warszawa 2012





Ruchy żuchwy

MÓW-MOVE Kraków, 13.05.2023

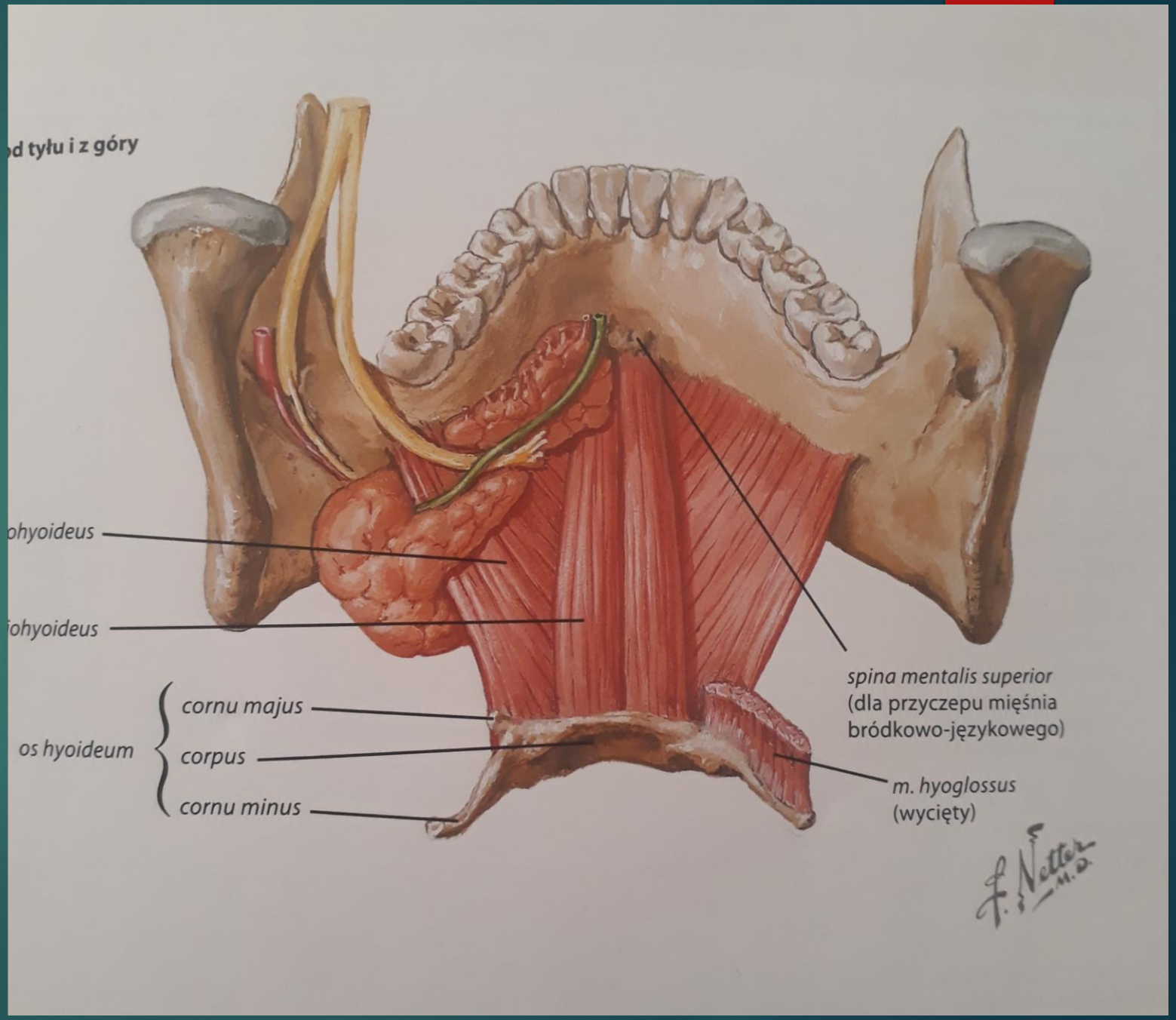


RYC. 1.31. Prawidłowy ruch głowy żuchwy i krążka stawowego przy pełnym zakresie ruchu odwodzenia i przywodzenia żuchwy. Podczas gdy głowa żuchwy przemieszcza się poza dołek stawowy, krążek obraca się na głowie żuchwy do tyłu. Ruch przywodzenia przebiega dokładnie odwrotnie niż ruch odwodzenia.

Leczenie dysfunkcji skroniowo-żuchwowych i zaburzeń zwarcia, Jeffrey P. Okeson, Wyd. Czelej, Lublin 2018

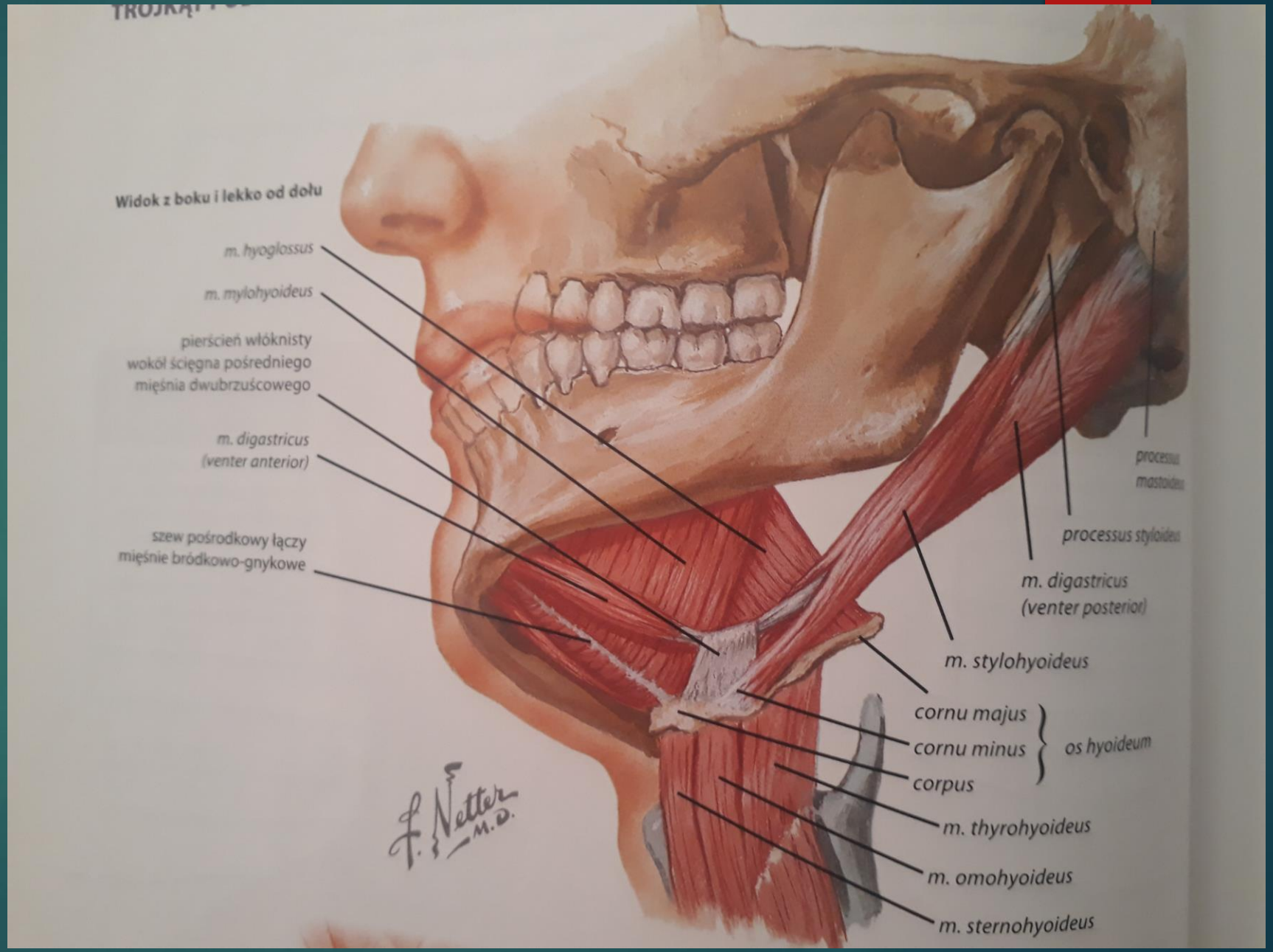
- W CZASIE WYSUWANIA ŻUCHWY, JEJ GŁOWA WRAZ Z KRĄŻKIEM STAWOWYM ZEŚLIZGUJE SIĘ Z DOŁKA STAWOWEGO WZDŁUŻ TYLNEJ POWIERZCHNI GUZKA STAWOWEGO DO PRZODU I KU DOŁOWI.
- W CZASIE COFANIA ŻUCHWY, RUCH ODBYWA SIĘ W KIERUNKU ODWROTNYM.
- W CZASIE OPUSZCZANIA, RUCH ŚLIZGOWY W GÓRNEJ KOMORZE ŁĄCZY SIĘ Z RUCHEM ZAWIASOWYM W KOMORZE DOLNEJ STAWU, PRZY CZYM OBA RODZAJE RUCHU ODBYWAJĄ SIĘ SYNCHRONICZNIE, TZN. GŁOWA ŻUCHWY WRAZ Z KRĄŻKIEM ZEŚLIZGUJE SIĘ Z DOŁKA NA GUZEK, A RÓWNOCZEŚNIE OBRACA SIĘ NA DOLNEJ POWIERZCHNI KRĄŻKA.
- W RUCHACH ŻUCIA ŻUCHWA PRZESUWA SIĘ BOCZNIE, A DOKŁADNIEJ – OBRACA SIĘ W STOSUNKU DO OSI PIONOWEJ BIEGNĄCEJ PRZEZ GŁOWĘ JEDNEGO SSŻ. BRÓDKA PRZESUWA SIĘ W STRONĘ GŁOWY ŻUCHWY POZOSTAJĄCEJ W DOŁKU STAWOWYM I WYKONUJE OBRÓT. W STAWIE PRZECIWLEGŁYM KRĄŻEK STAWOWY WRAZ Z GŁOWĄ WĘDRUJE NA GUZEK STAWOWY, DZIĘKI CZEMU OBA SZEREGI ZĘBÓW ODDALAJĄ SIĘ OD SIEBIE.

MIĘŚNIE



Atlas anatomii głowy i szyi dla stomatologów Nettera, Neil S. Norton, Wyd. Elsevier Urban & Partner Wrocław 2012

MIĘŚNIE



Atlas anatomii głowy i szyi dla stomatologów Nettera, Neil S. Norton, Wyd. Elsevier Urban & Partner Wrocław 2012

Test zęby na zęby

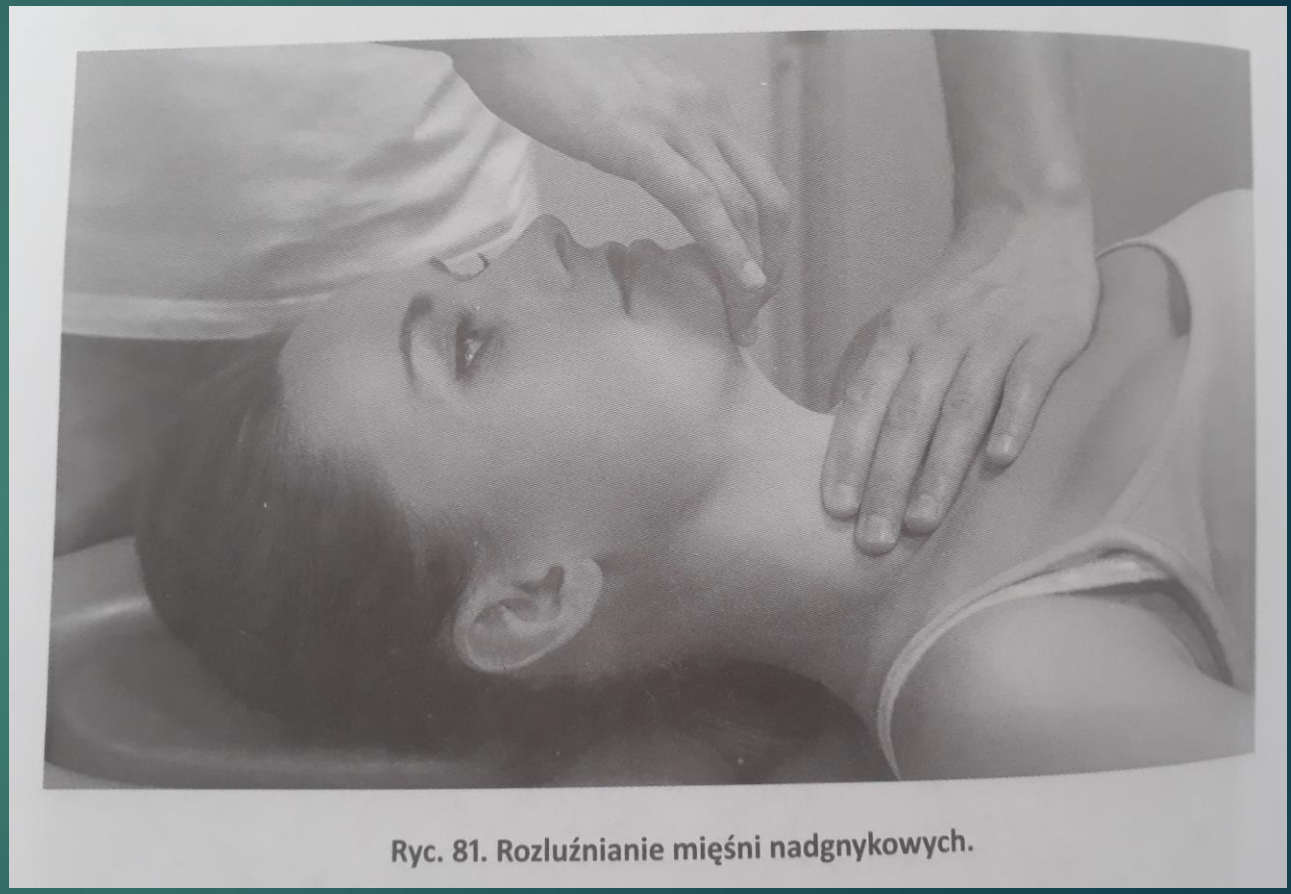
Rozluźnianie mięśni nadgnykowych

MÓW-MOVE Kraków, 13.05.2023

Trzy techniki i ich skuteczność

Mięśnie nadgnykowe

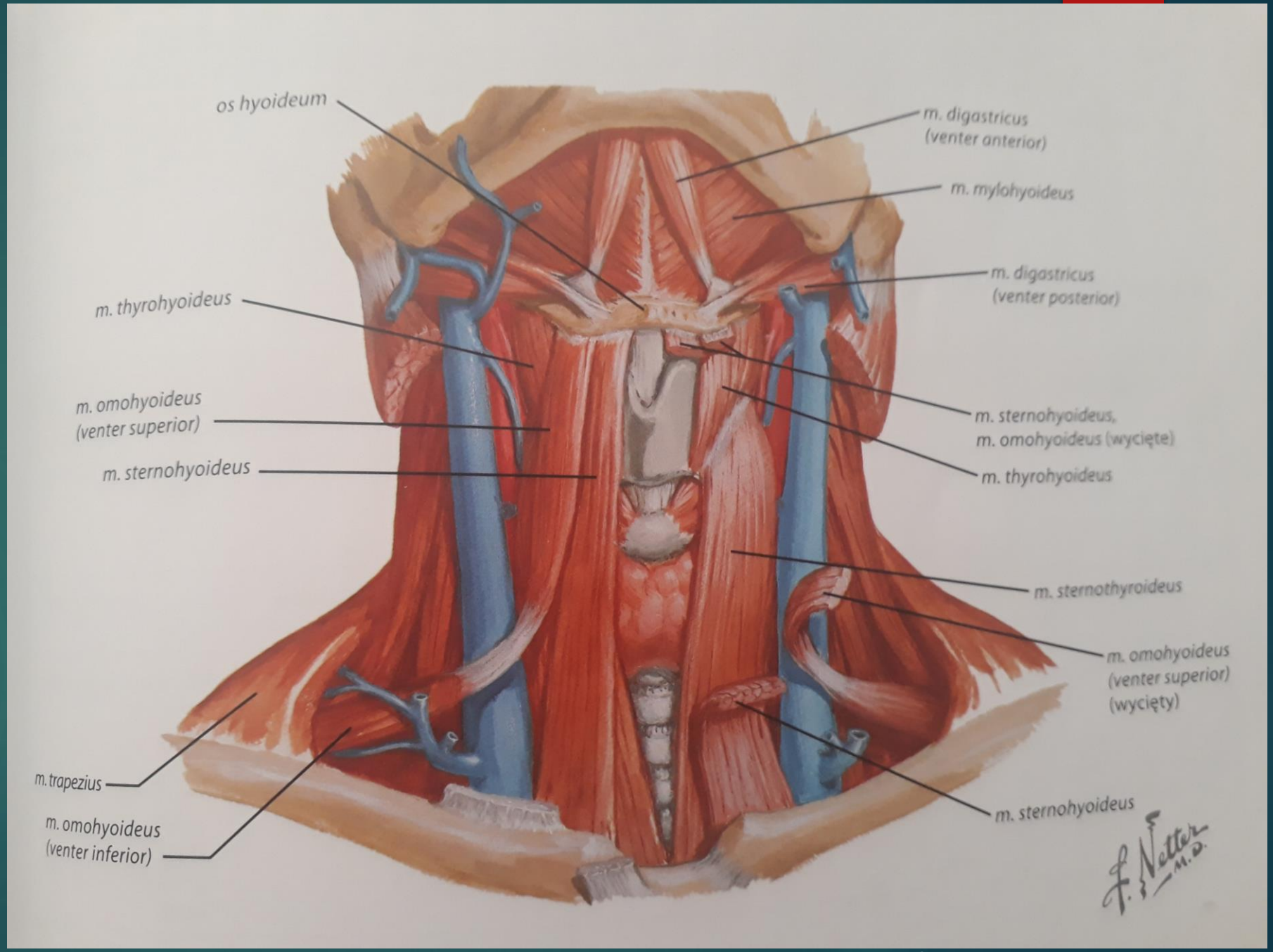
- Jedna ręka terapeuty spoczywa na kości gnykowej a druga na mięśniach nadgnykowych.
- Jedną ręką kość gnykową spychamy lekko w dół.
- Palce drugiej ręki wywierają ucisk w kierunku od kość gnykowej do żuchwy.
- Powtarzamy kilka razy.



Ryc. 81. Rozluźnianie mięśni nadgnykowych.

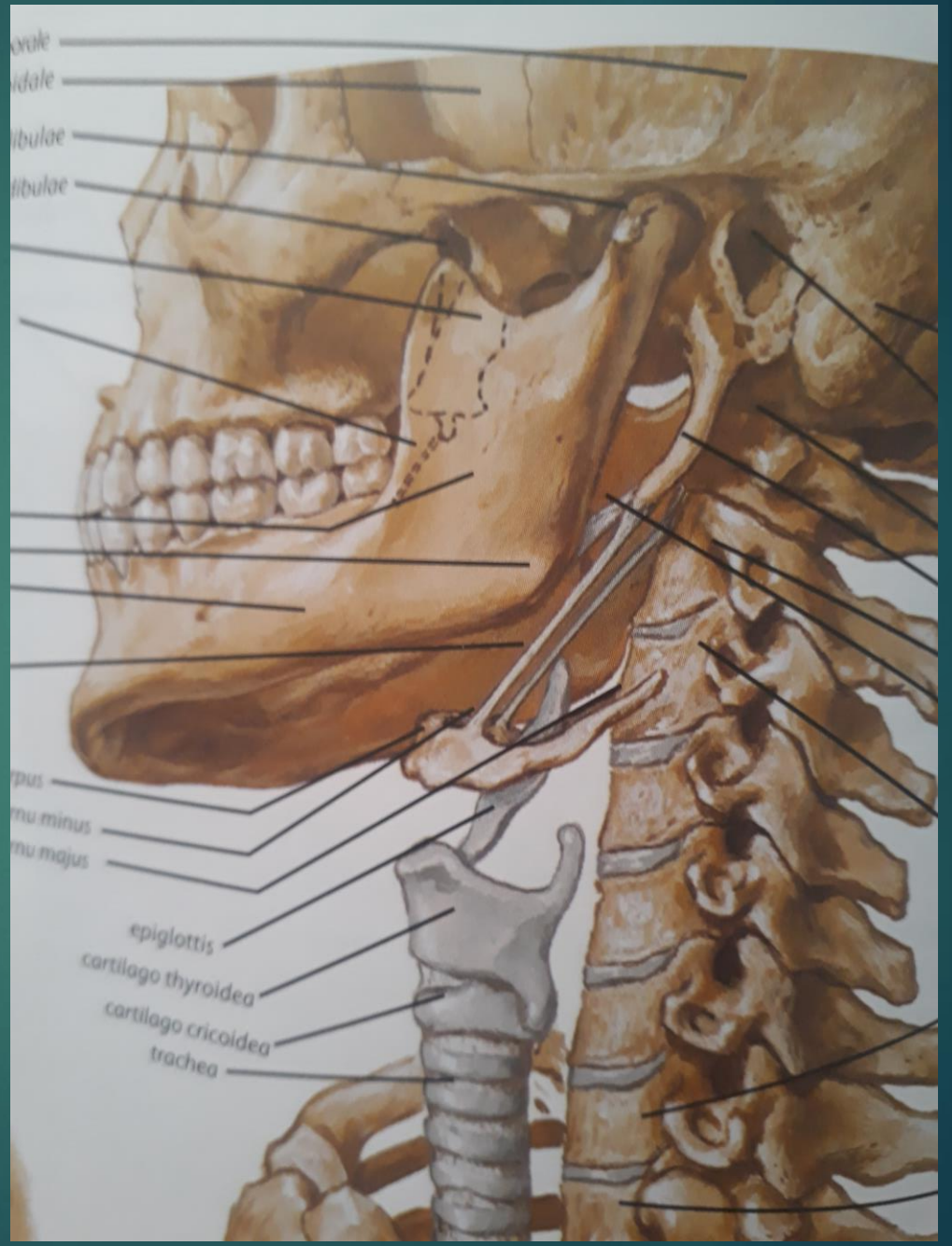
Rehabilitacja stomatologiczna, K. Gorzchechowski, Wyd. Kargo, Białystok 2016

MIĘŚNIE



Atlas anatomii głowy i szyi dla stomatologów Nettera, Neil S. Norton, Wyd. Elsevier Urban & Partner Wrocław 2012

KOŚĆ GNYKOWA

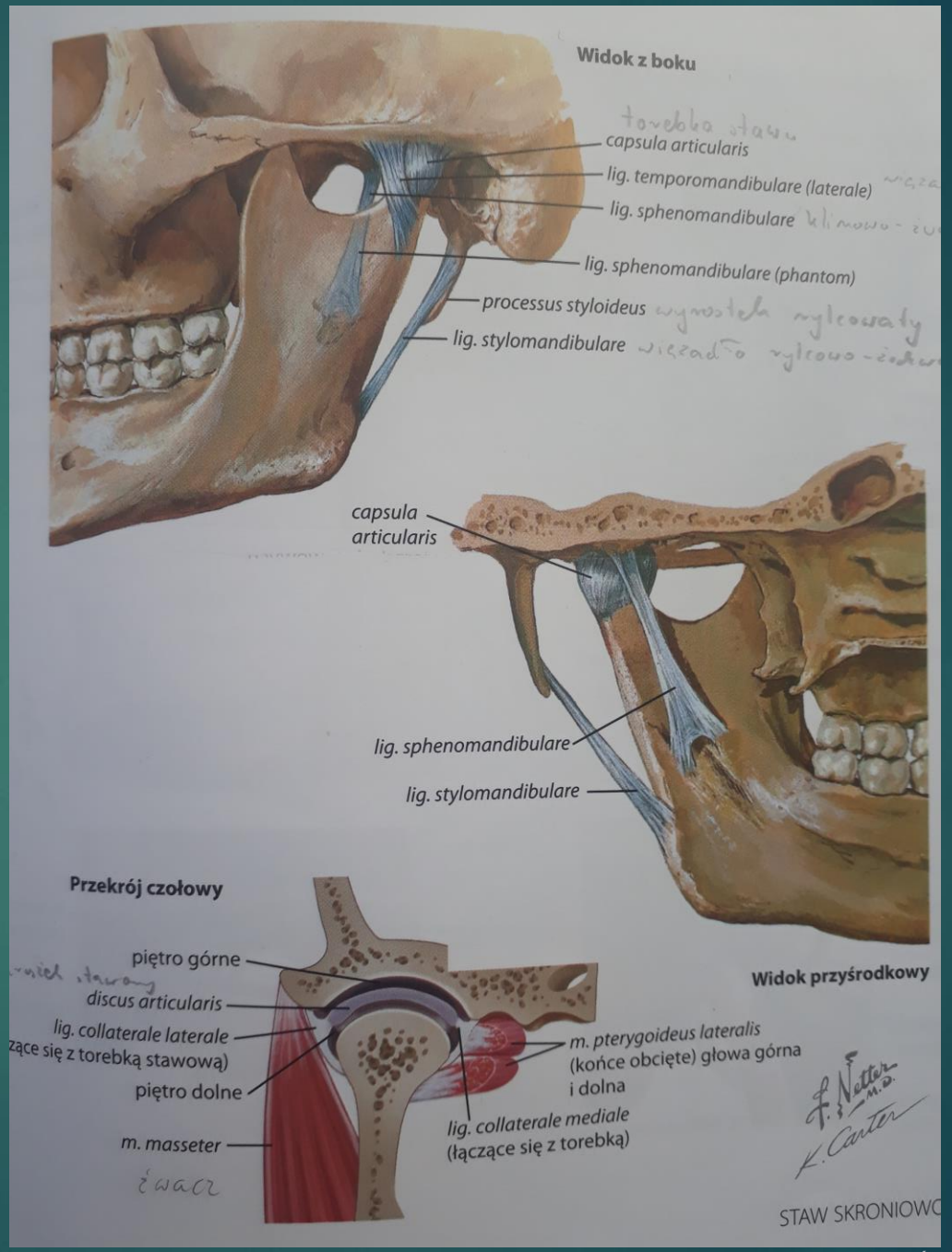


Atlas anatomii głowy i szyi dla stomatologów Nettera, Neil S. Norton, Wyd. Elsevier Urban & Partner Wrocław 2012

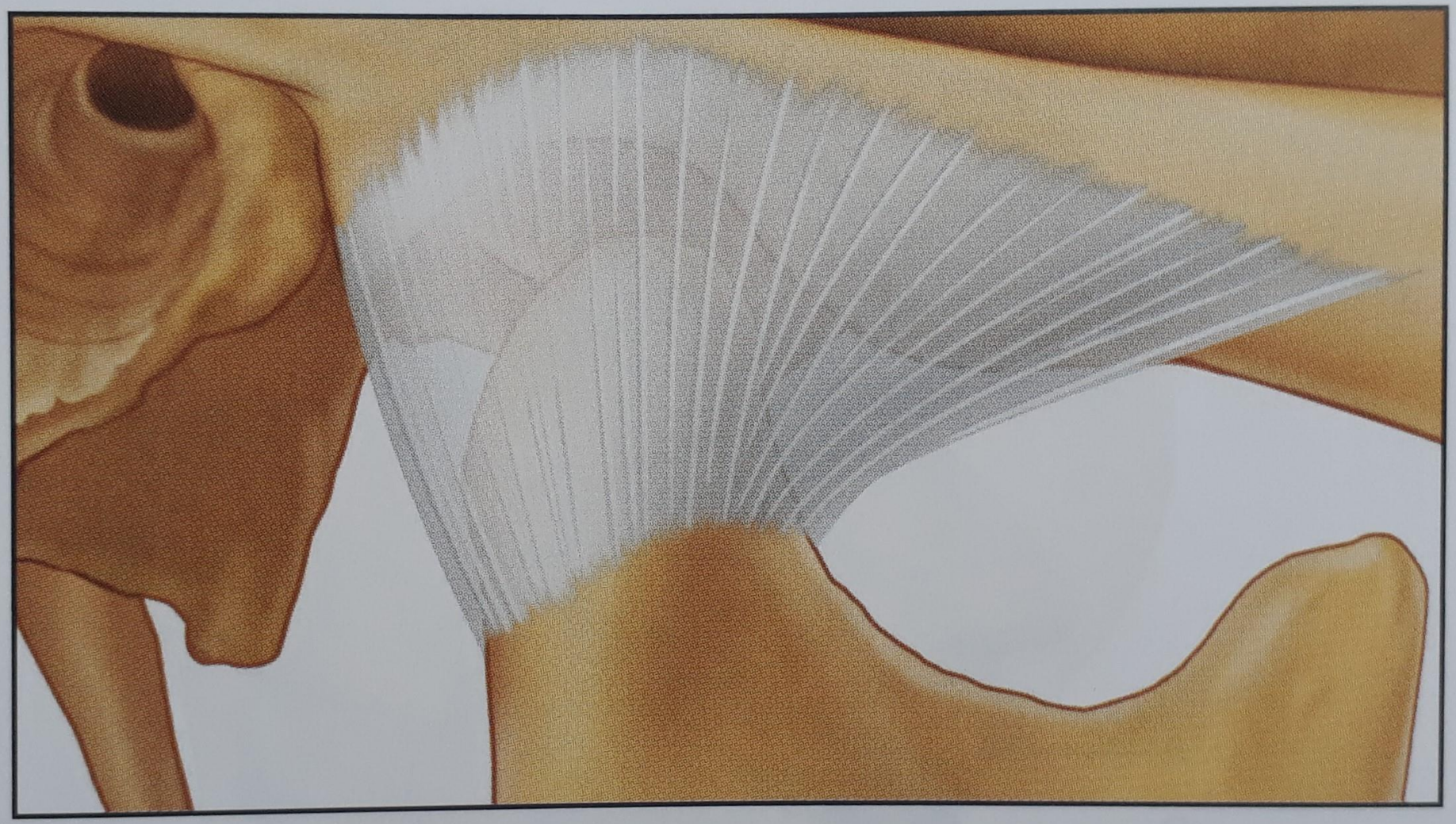
WIĘZADŁA

WIĘZADŁA

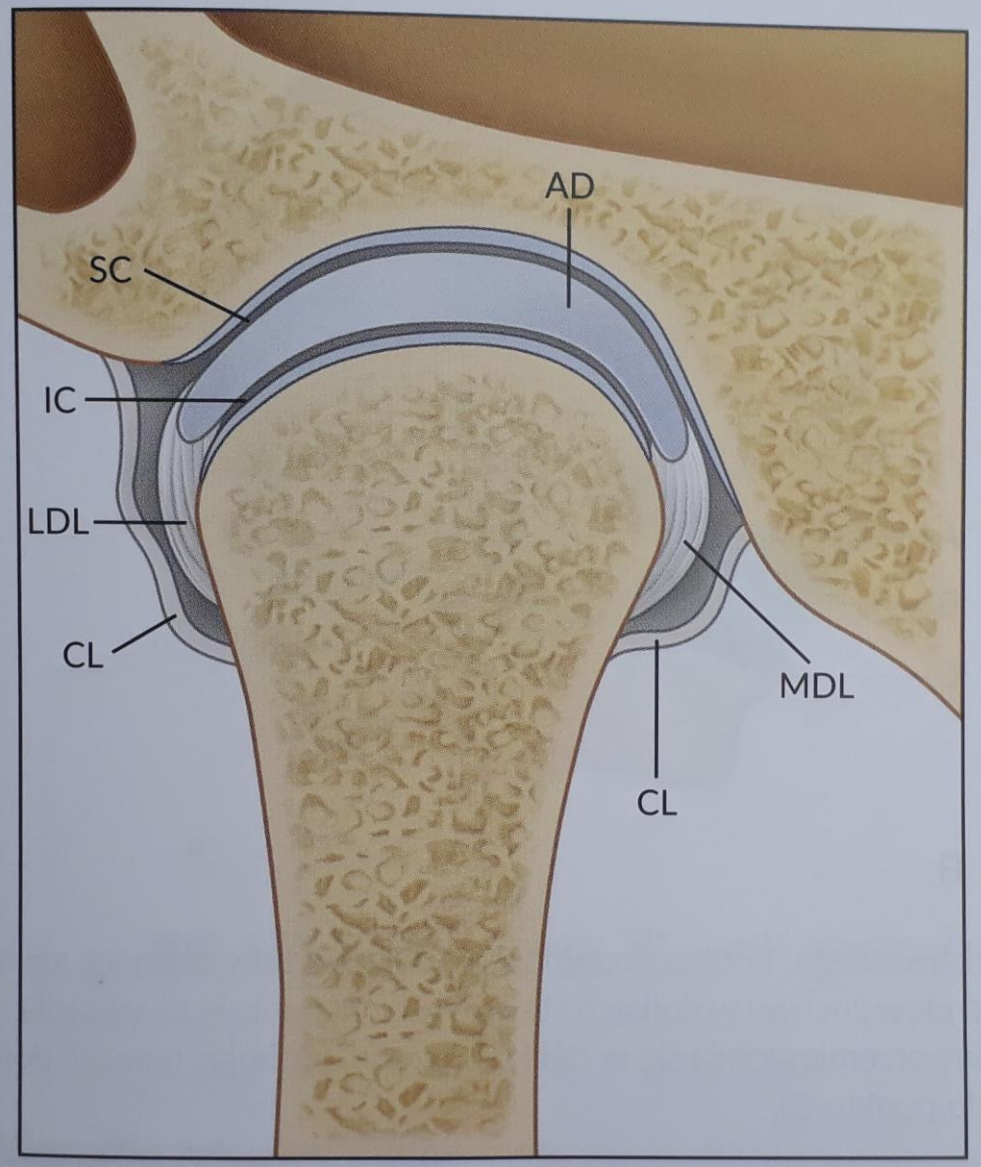
WIĘZADŁA



Atlas anatomii głowy i szyi dla stomatologów Nettera, Neil S. Norton, Wyd. Elsevier Urban & Partner Wrocław 2012

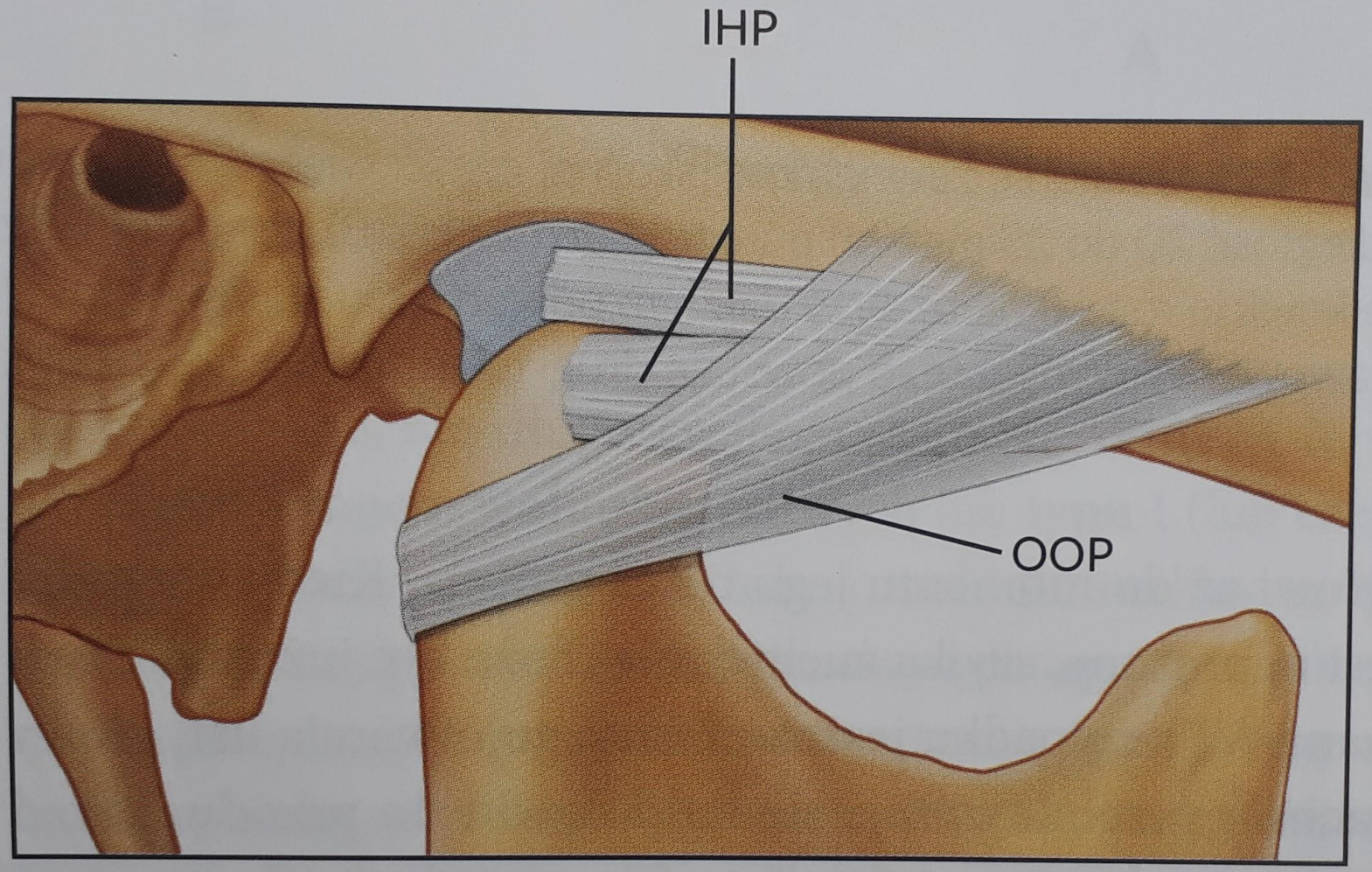


RYC. 1.19. Więzadło torebkowe (widok z boku), które rozciąga się w kierunku doprzednim, obejmując guzek stawowy i całą powierzchnię stawową.



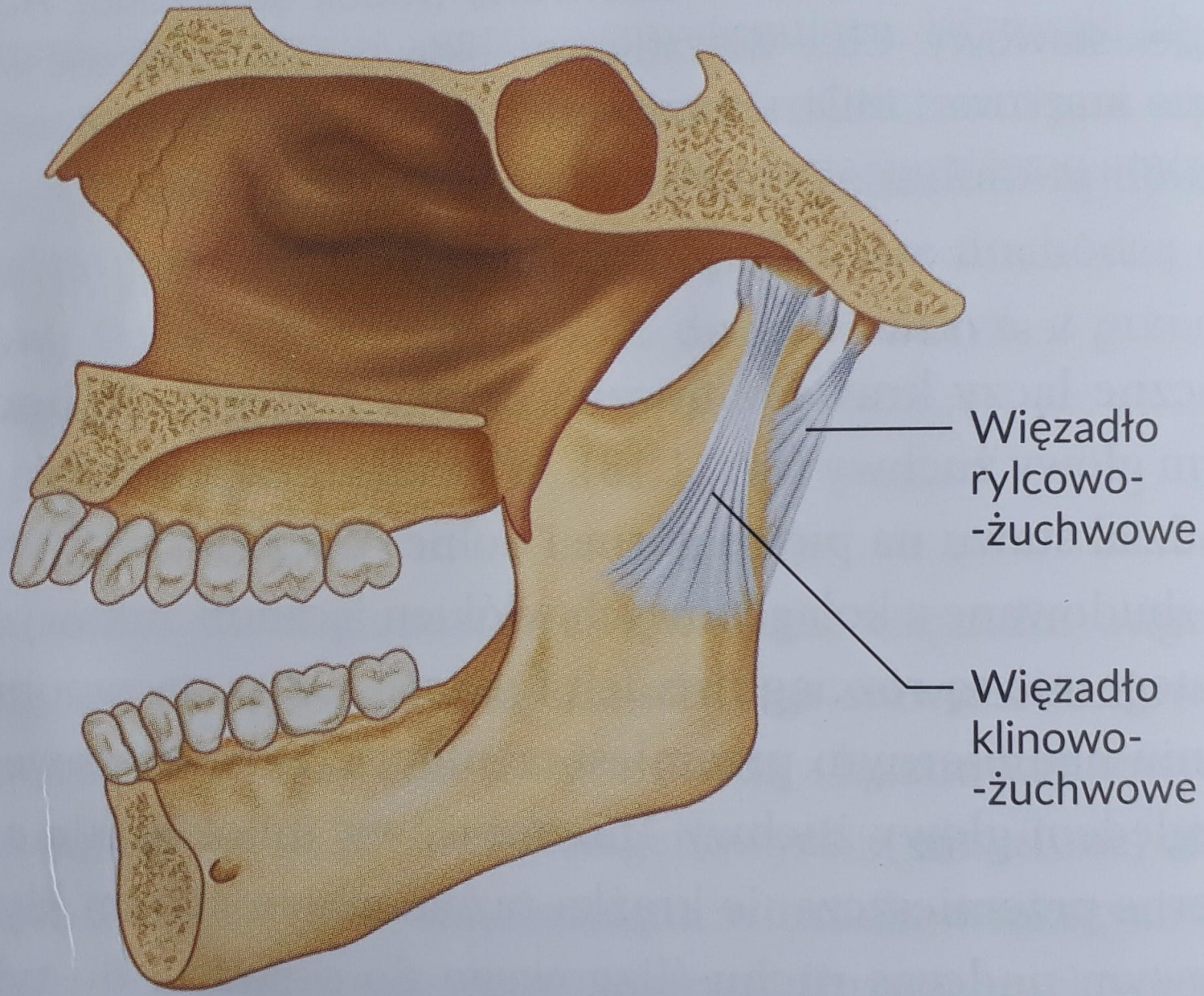
RYC. 1.18. Staw skroniowo-żuchwowy (widok od przodu). AD – krążek stawowy; CL – więzadło torebkowe; LDL – boczne więzadło krążkowe; MDL – przyśrodkowe więzadło krążkowe; SC – górna przestrzeń stawu; IC – dolna przestrzeń stawu.

Leczenie dysfunkcji skroniowo-żuchwowych
i zaburzeń zwarcia,
Jeffrey P. Okeson, Wyd. Czelej, Lublin 2018



RYC. 1.20. Więzadło skroniowo-żuchwowe (widok z boku). Widoczne są dwie niezależne części: część zewnętrzna skośna (OOP) i część wewnętrzna pozioma (IHP). OOP ogranicza prawidłowy ruch rotacyjny podczas odwodzenia żuchwy; IHP ogranicza ruch głowy żuchwy i krążka do tyłu.

Leczenie dysfunkcji skroniowo-żuchwowych i zaburzeń zwarcia, Jeffrey P. Okeson, Wyd. Czelej, Lublin 2018



RYC. 1.22. Żuchwa, SSŻ i więzadła dodatkowe.

Leczenie dysfunkcji skroniowo-żuchwowych i zaburzeń zwarcia, Jeffrey P. Okeson, Wyd. Czelej, Lublin 2018

Sphenomandibularis Muscle and Retro-Orbital Headache

Patients experiencing retro-orbital headaches that are not adequately managed by drugs may be an indication of sphenomandibularis referred pain.

By Edwin A. Ernest, III, DMD, FAANaOS

PPM
PRACTICAL PAIN MANAGEMENT

Int. J. Morphol.,
31(4):1158-1161, 2013.

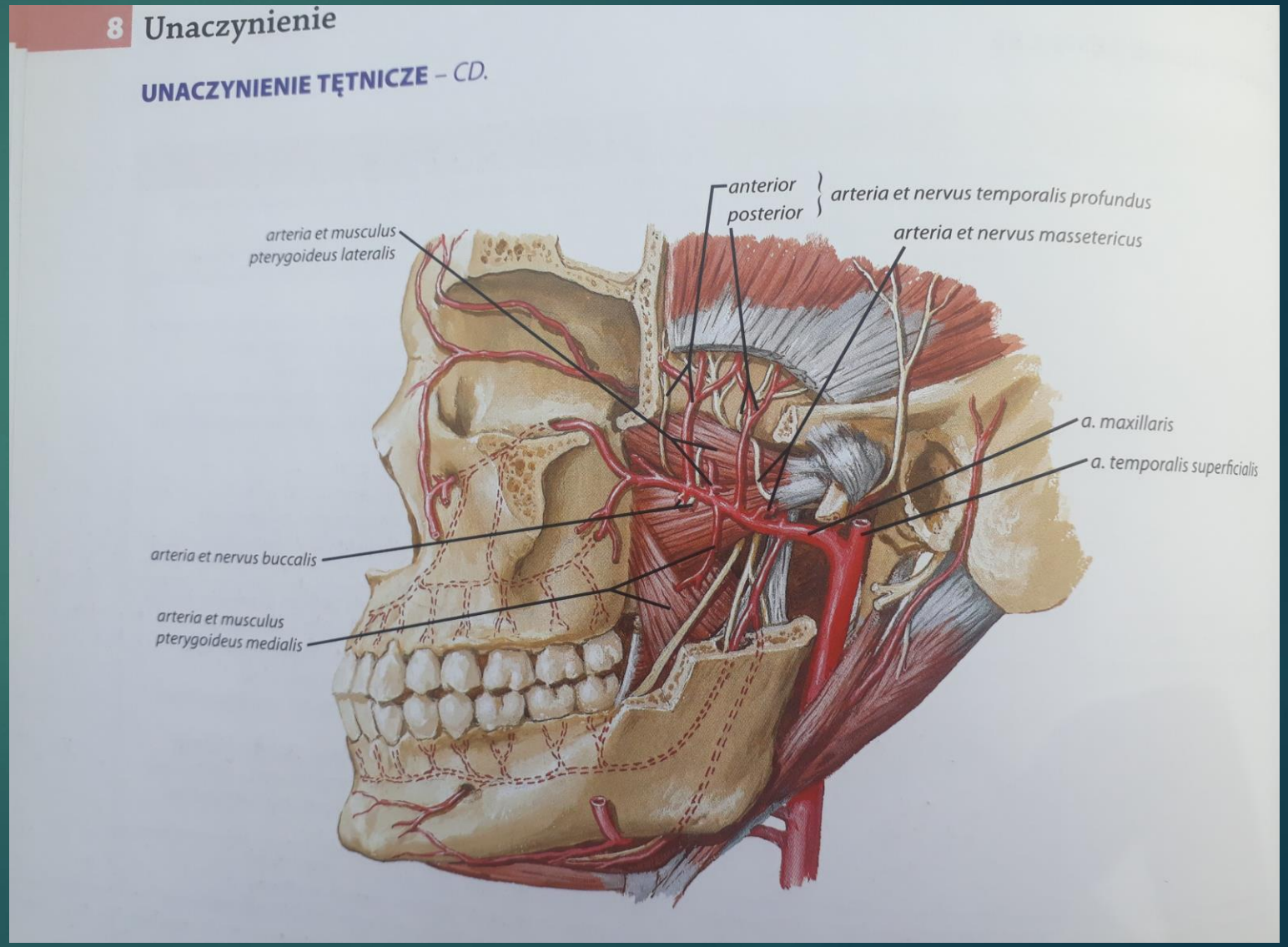
Sphenomandibular Muscle or Deep Bundle of Temporal Muscle?

¿Músculo Esfenomandibular o Fascículo Profundo del Músculo Temporal?

Evanisi Teresa Palomari*; Luís Ronaldo Picosse**; Mayta P. Tobo***;
Ricardo Noboro Isayama**** & Marcelo Rodrigues da Cunha*****

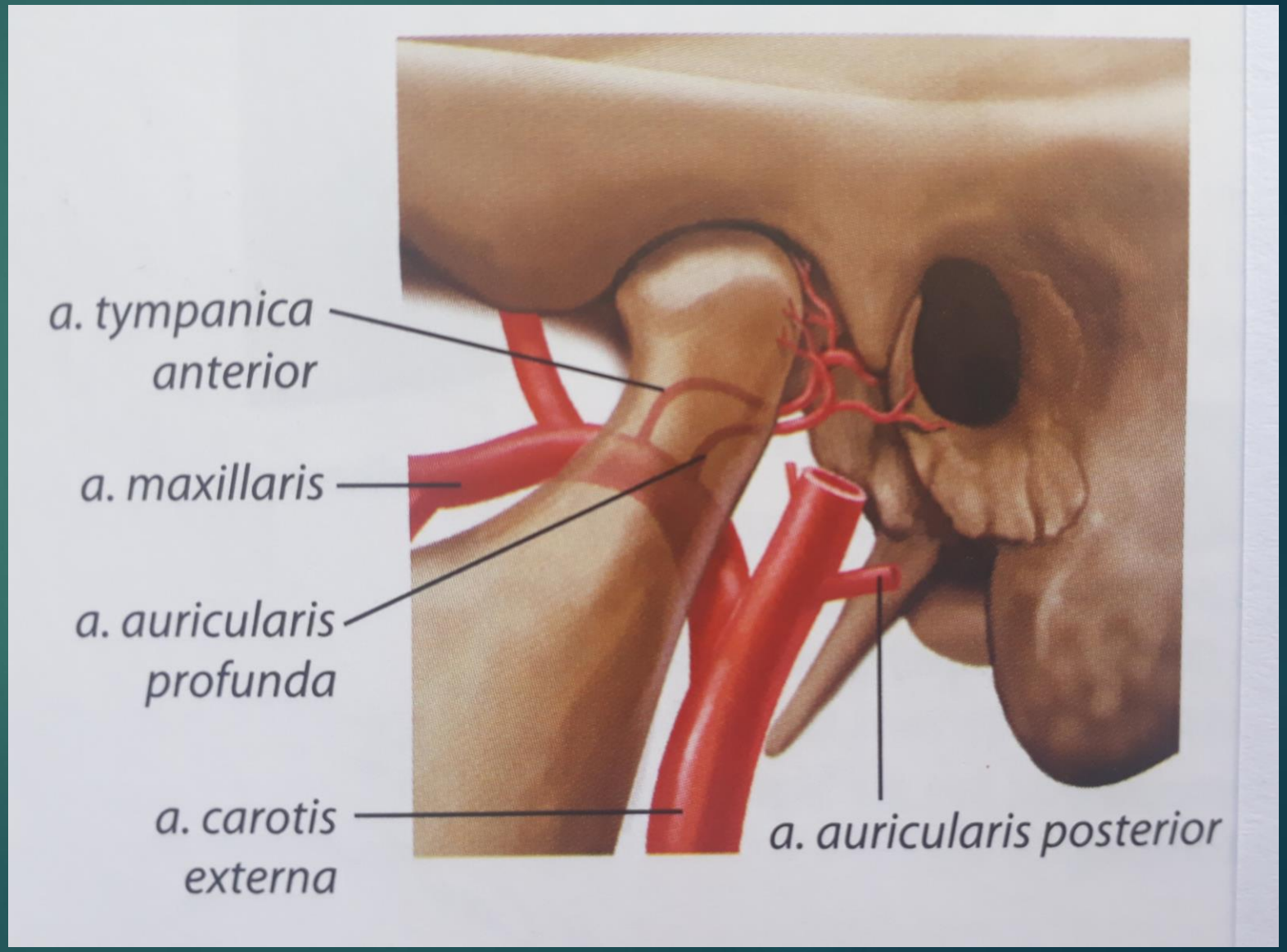
PALOMARI, E. T.; PICOSSE, L. R.; TOBO, M. P.; ISAYAMA, N. R. & DA CUNHA, M. R. Sphenomandibular muscle or deep bundle of temporal muscle? **Int. J. Morphol., 31(4)**:1158-1161, 2013.

Unaczynienie TMJ



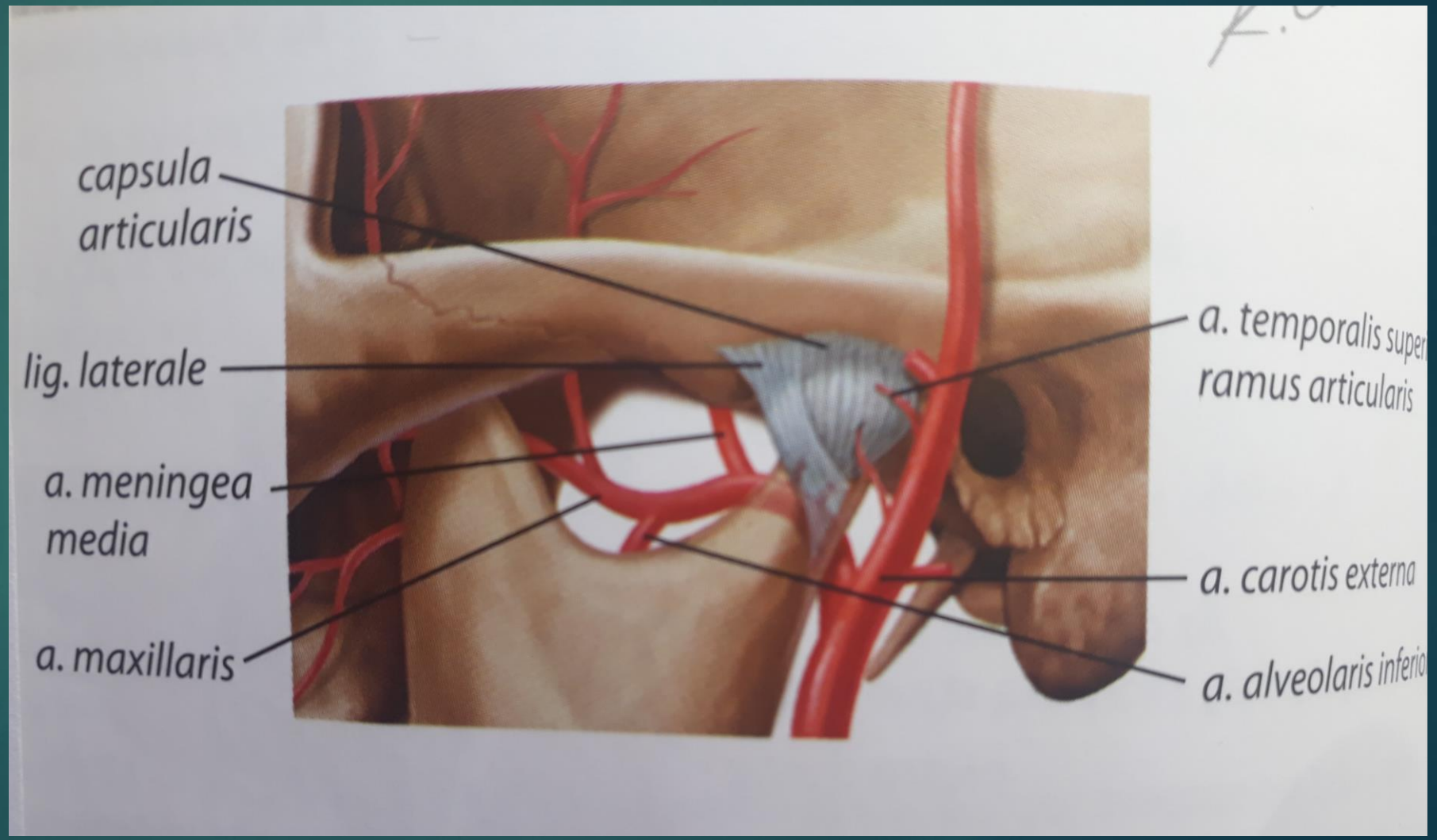
Atlas anatomii głowy i szyi dla stomatologów Nettera, Neil S. Norton, Wyd. Elsevier Urban & Partner Wrocław 2012

Unaczynienie TMJ

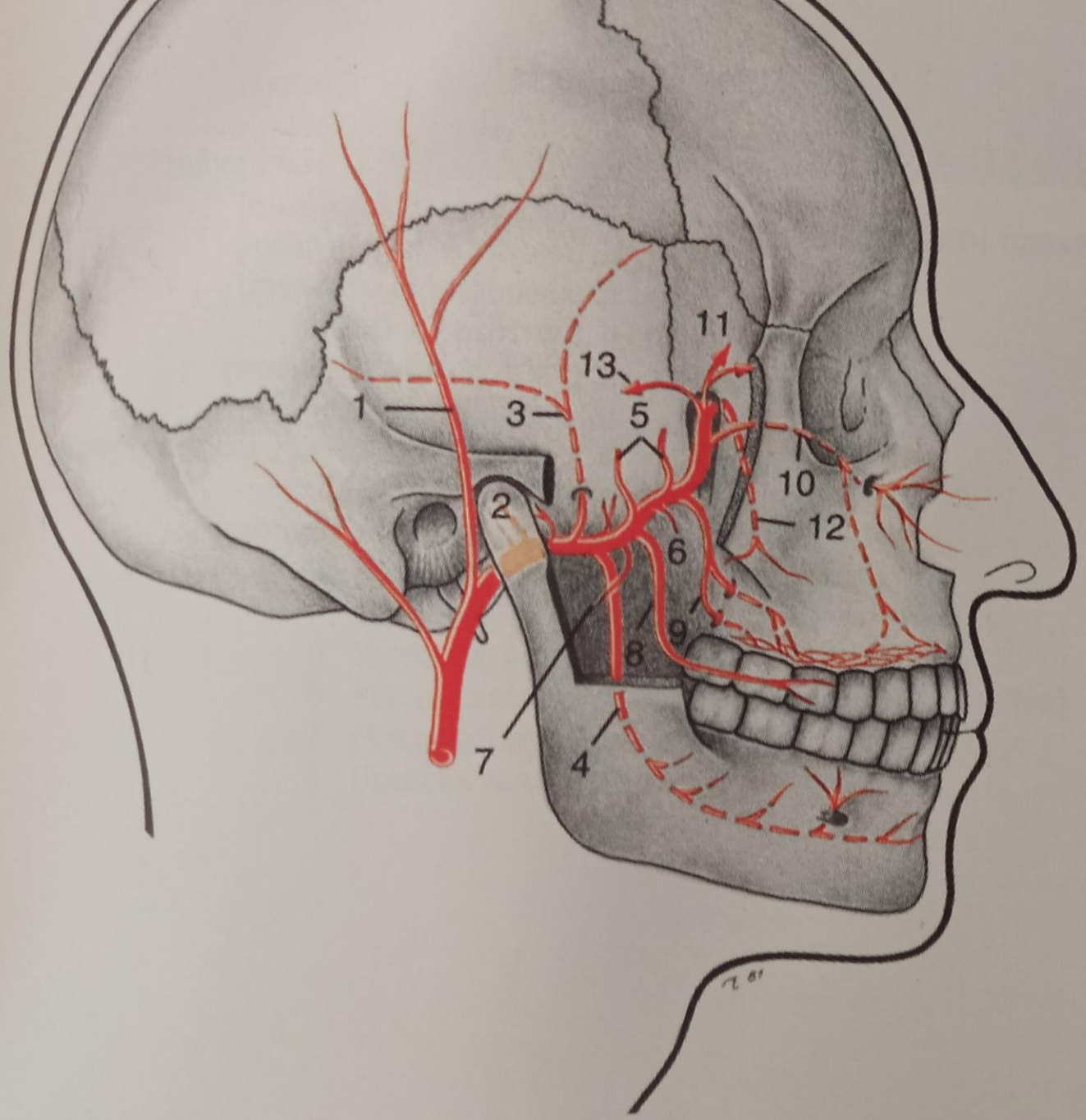


Atlas anatomii głowy i szyi dla stomatologów Nettera, Neil S. Norton, Wyd. Elsevier Urban & Partner Wrocław 2012

Unaczynienie TMJ



Atlas anatomii głowy i szyi dla stomatologów Nettera, Neil S. Norton, Wyd. Elsevier Urban & Partner Wrocław 2012



1 T. skroniowa powierzchowna (*a. temporalis superficialis*)

Gałęzie pierwszego odcinka

2 T. uszna głęboka i bębenkowa przednia (*a. auricularis profunda et tympanica anterior*)
3 T. oponowa środkowa (*a. meningea media*)
4 T. zębodołowa dolna (*a. alveolaris inferior*)

Gałęzie drugiego odcinka

5 Tt. skroniowe głębokie (*aa. temporales profundi*)
6 Gałęzie skrzydłowe (*rami pterygoidei*)
7 T. żwaczowa (*a. masseterica*)
8 T. policzkowa (*a. buccalis*)

Gałęzie trzeciego odcinka

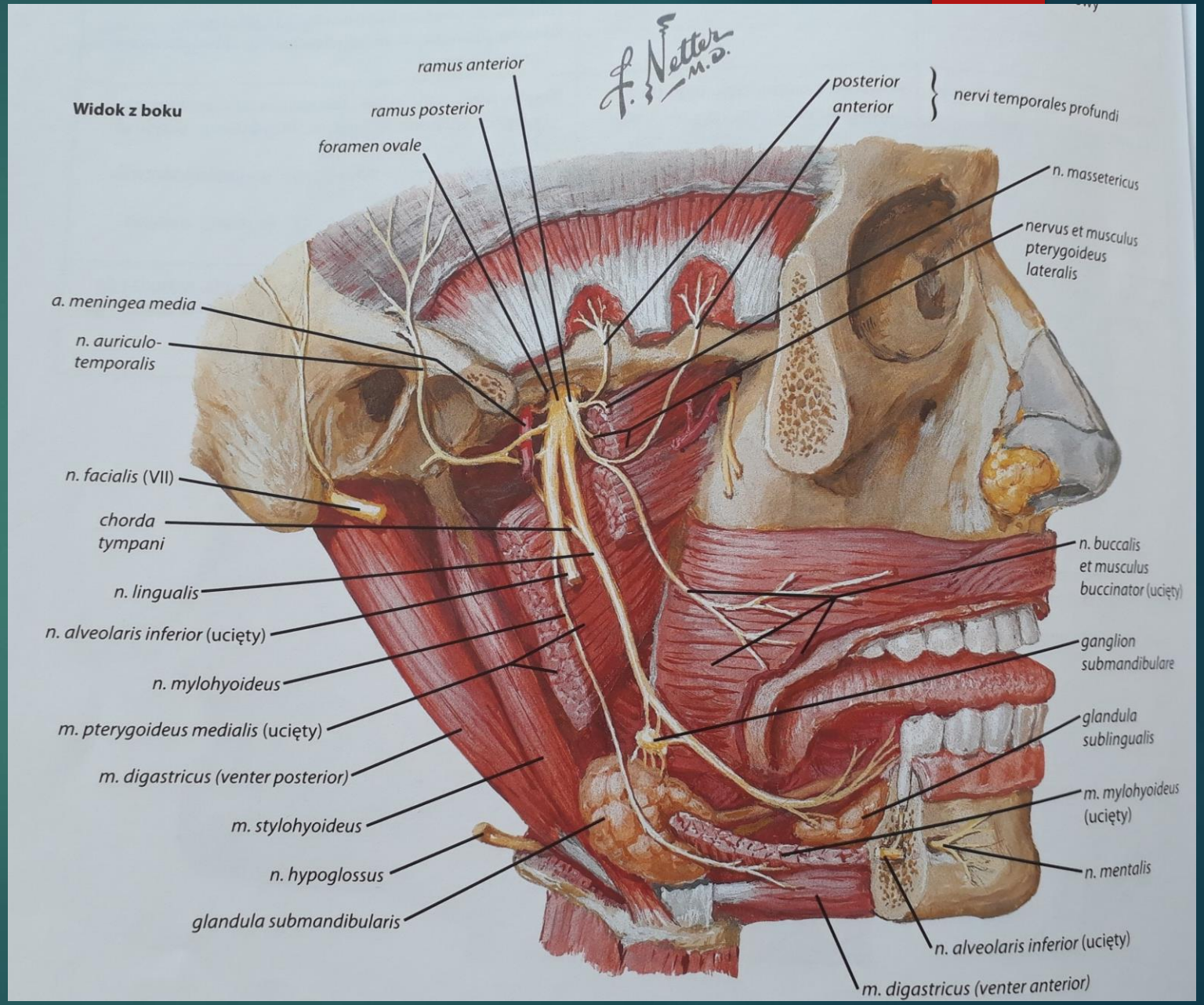
9 T. zębodołowa górna tylna (*a. alveolaris superior posterior*)
10 T. podoczodołowa (*a. infraorbitalis*)
11 T. klinowo-podniebienna (*a. sphenopalatina*)
12 T. podniebienna zstępująca (*a. palatina descendens*)
13 T. kanału skrzydłowego (*a. canalis pterygoidei*)

Główne gałęzie tętnicy szczękowej (rysunek schematyczny).

Unaczynienie TMJ

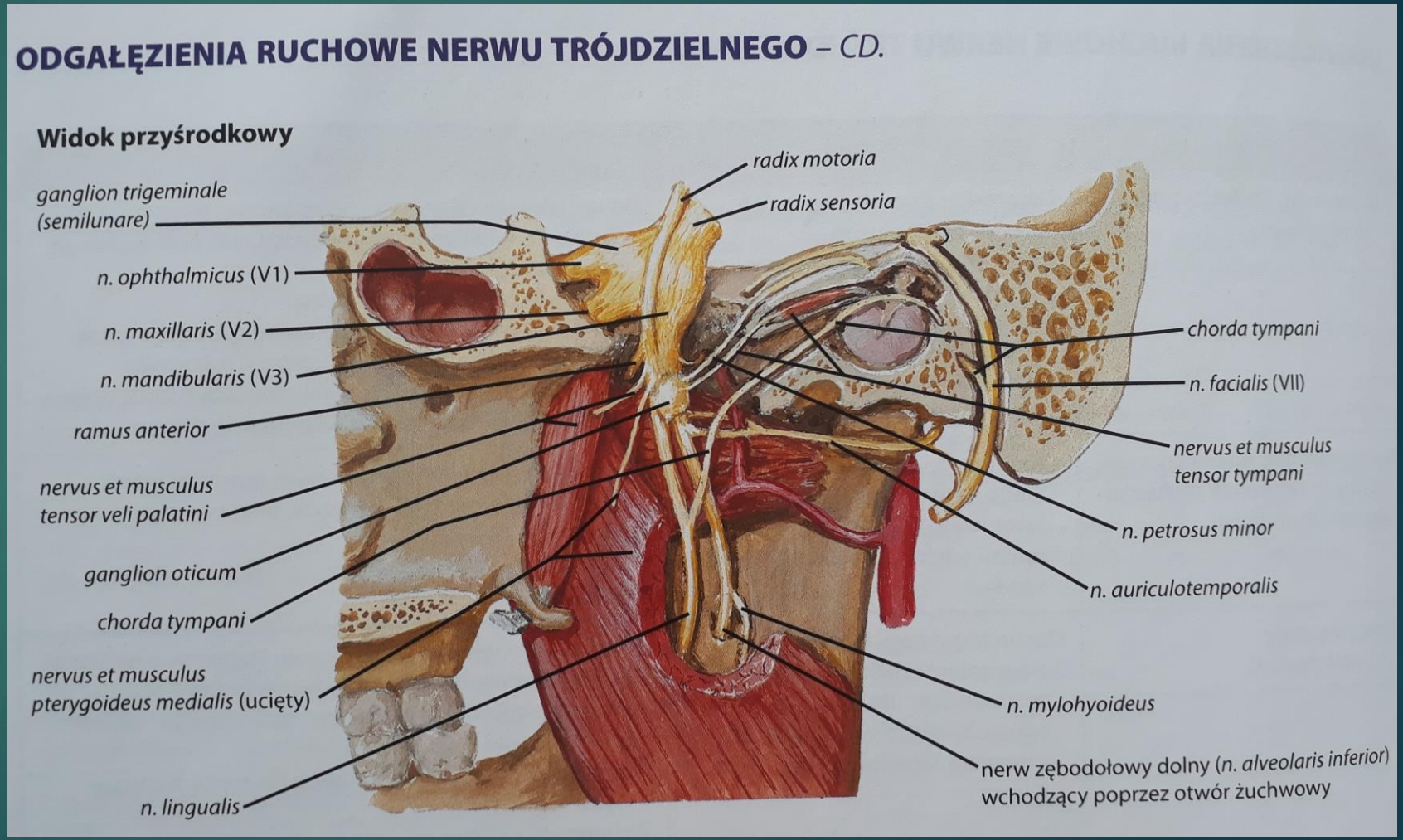
Tętnice: skroniowa powierzchowna, środkowa oponowa, szczękowa wewnętrzna, uszna głęboka, uszna przednia, bębenkowa przednia, gardłowa wstępująca, zębodołowa dolna i inne.

Unerwienie TMJ



Atlas anatomii głowy i szyi dla stomatologów Nettera, Neil S. Norton, Wyd. Elsevier Urban & Partner Wrocław 2012

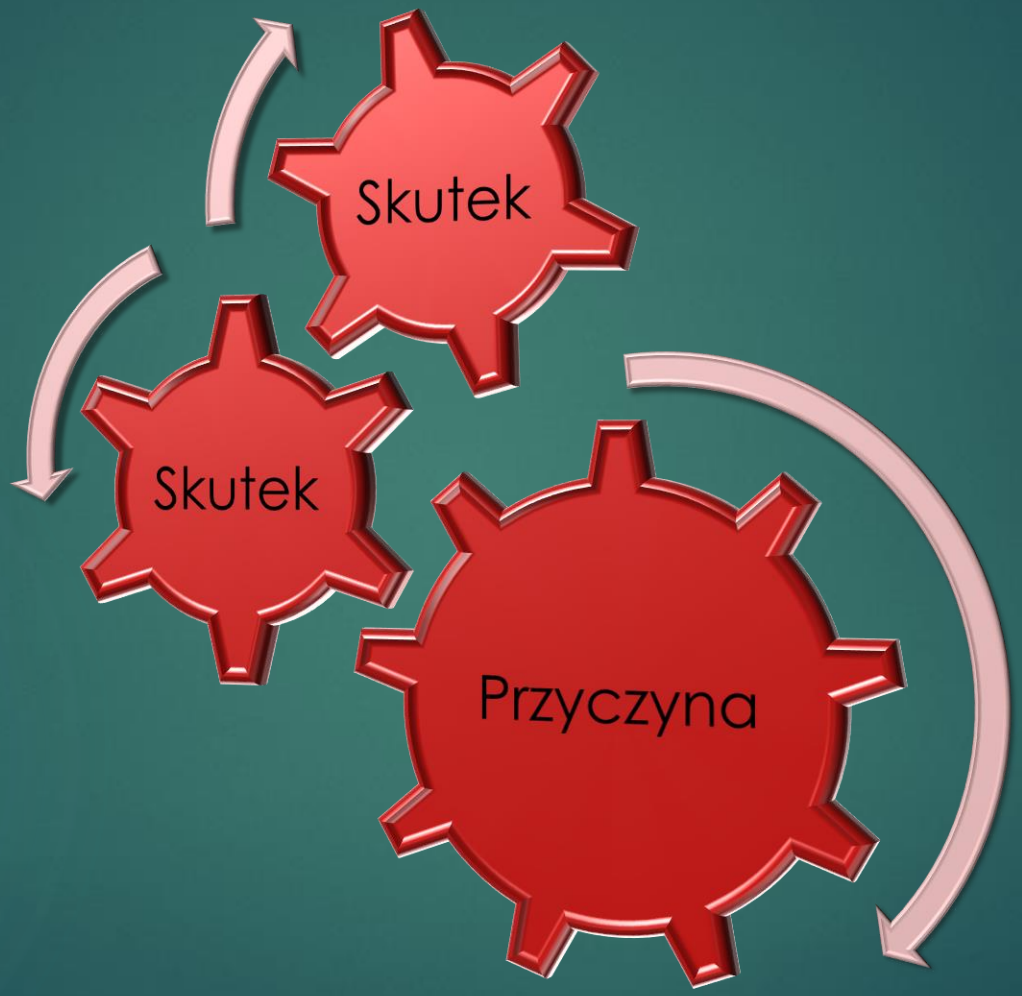
Unerwienie TMJ

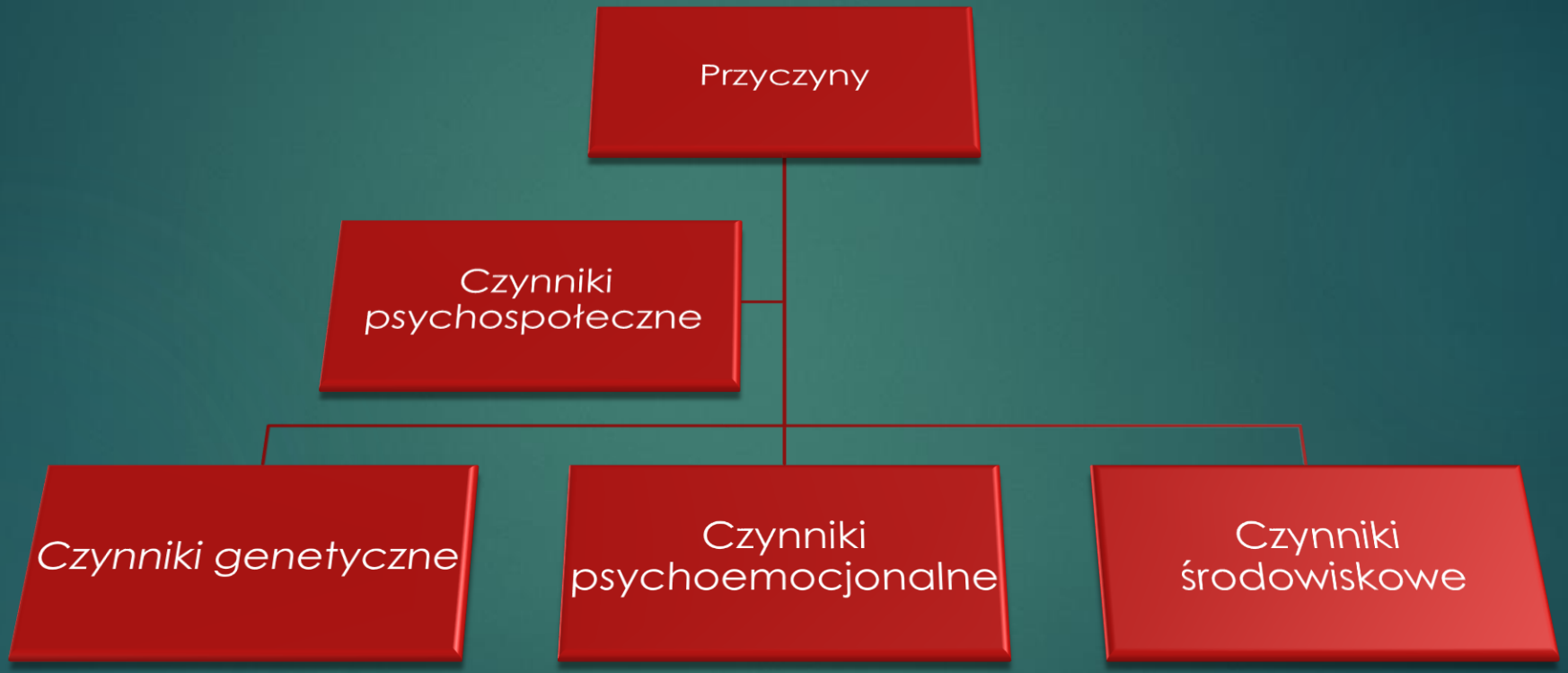


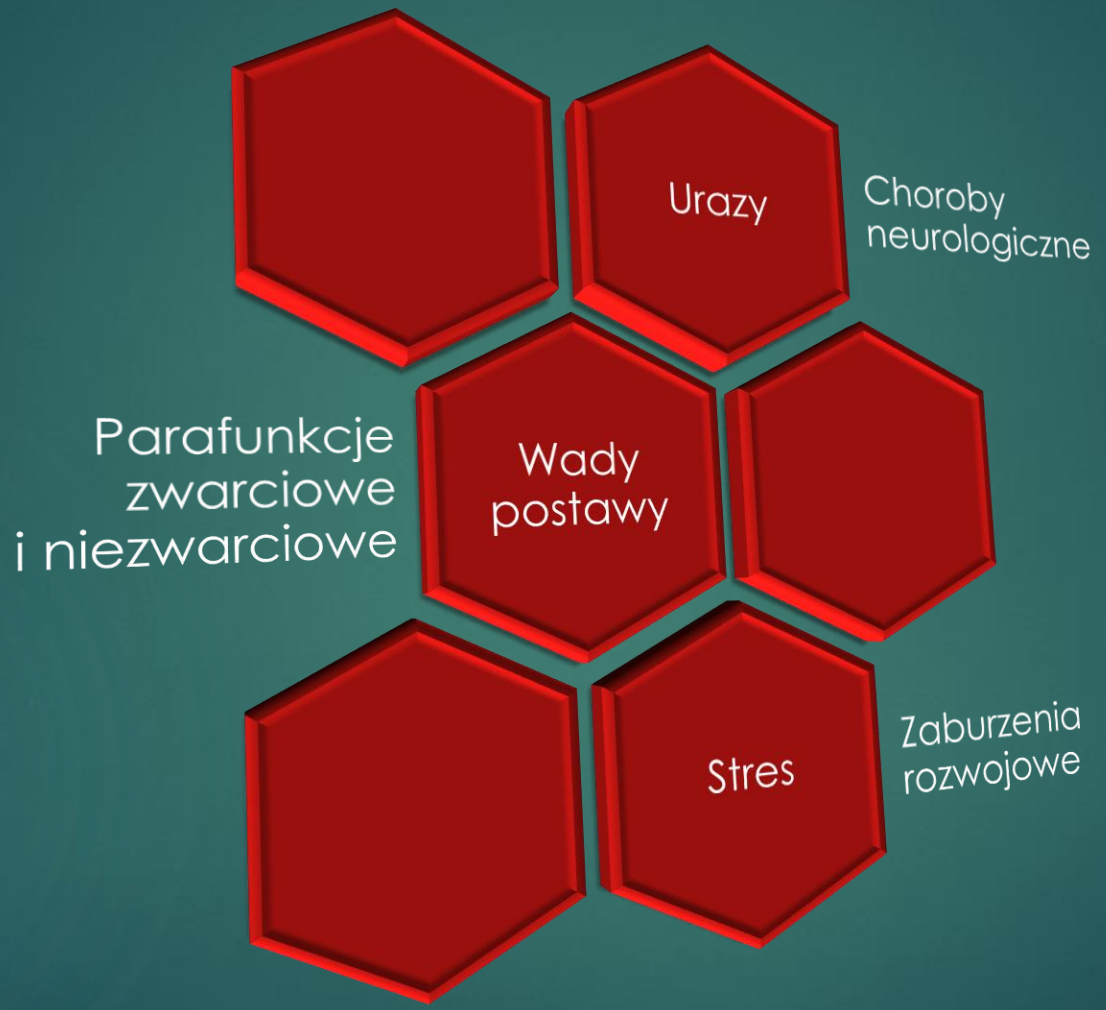
Atlas anatomii głowy i szyi dla stomatologów Nettera, Neil S. Norton, Wyd. Elsevier Urban & Partner Wrocław 2012

Unerwienie TMJ

E
T
A
I
I
G
O
L
O


Skutek
Skutek
Przyczyna


Przyczyny
Czynniki psychospołeczne
Czynniki genetyczne
Czynniki psychoemocjonalne
Czynniki środowiskowe


Urazy
Choroby neurologiczne
Parafunkcje zwarciowe i niezwarciowe
Wady postawy
Stres
Zaburzenia rozwojowe

Zdolności adaptacyjne pacjenta
Czynniki genetyczne
Czynniki biologiczne
Czynniki hormonalne
Inne?

Czynniki etiologiczne

Czynniki okluzyjne

Uraz

Stres emocjonalny

Sygnał wejściowy bólu głębokiego

Parafunkcja

Osoba niewykazująca objawów

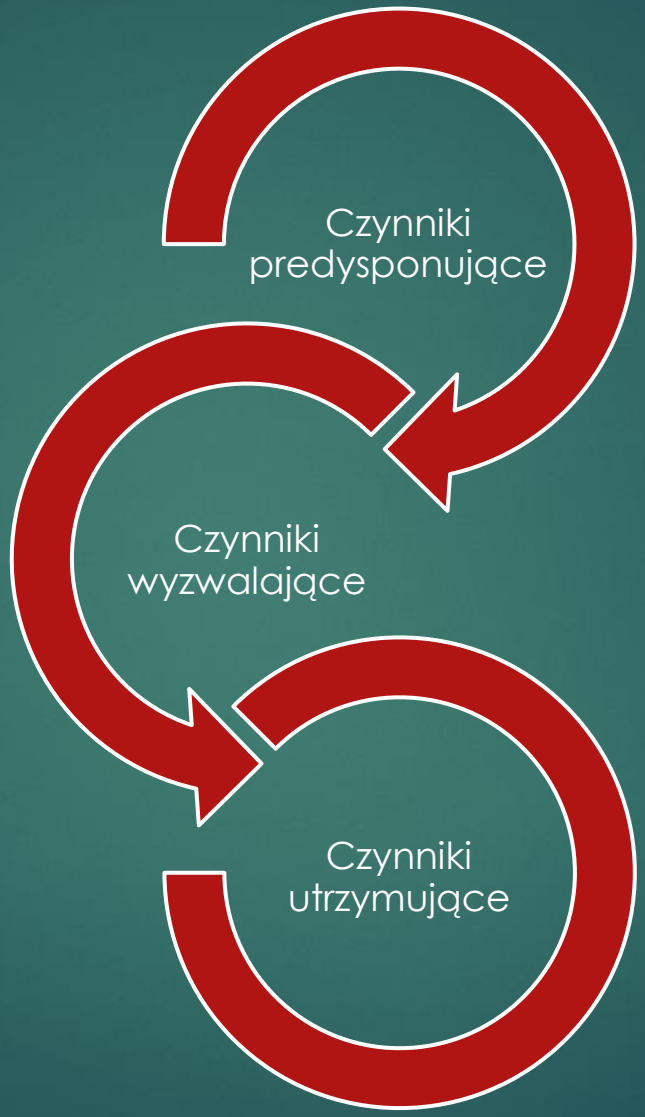
Prawidłowo funkcjonujący układ stomatognatyczny

Zdolności adaptacyjne

TMD

U pacjenta brak objawów

Leczenie dysfunkcji skroniowo-żuchwowych i zaburzeń zwarcia,
Jeffrey P. Okeson, Wyd. Czelej, Lublin 2018


Czynniki predysponujące
Czynniki wyzwalające
Czynniki utrzymujące

Protet Stomatol, 2019; 69(1): 68-83
DOI: 10.5114/ps/105570

Relationship of temporomandibular disorders with sele systemic diseases

Zaburzenia czynnościowe układu stomatognatycznego na tle wybranych chorób ogólnoustrojowych

Olaf Gruca[1], Monika Tysiąc-Miśta[2], Aleksandra Czelakowska[1], Patrycja Łanowy[3], Miłosz Bichalski[3], Jakub Dzindzio[3], Jacek Kasperski[1], Marlena Biel[1]

[1] **Zakład Protetyki Stomatologicznej Katedry Protetyki i Materiałoznawstwa Stomatologicznego, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach**
Department of Prosthodontics, Chair of Prosthetics and Dental Materials Sciences, Medical University of Silesia in Katowice
Head: prof. dr hab. n. med. *Jacek Kasperski*

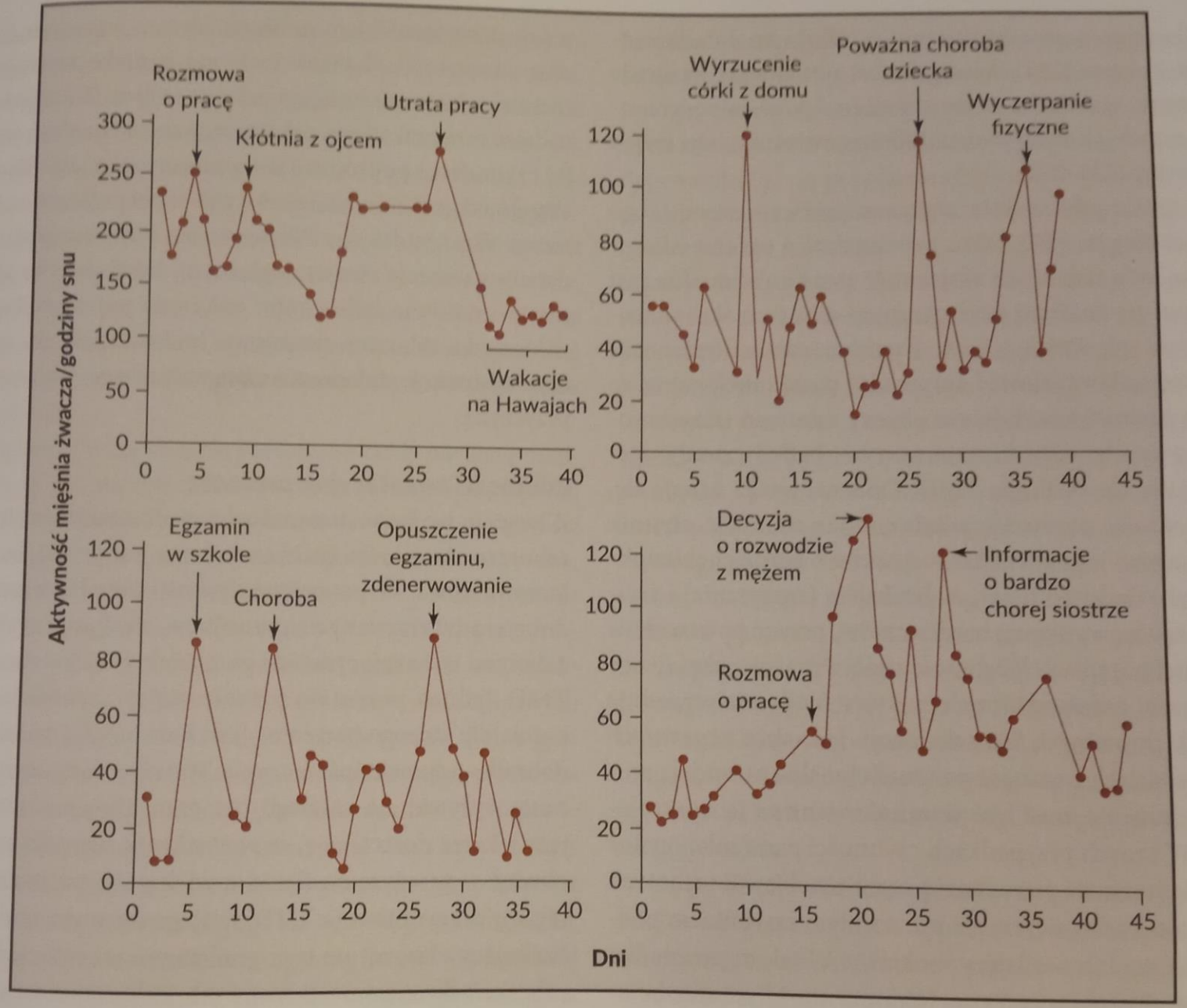
[2] **Zakład Materiałoznawstwa Stomatologicznego Katedry Protetyki i Materiałoznawstwa Stomatologicznego, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach**
Head: dr n. med. *Magdalena Wyszyńska-Chłap*

[3] **Studenckie Koło Naukowe Zakładu Protetyki Stomatologicznej Katedry Protetyki i Materiałoznawstwa Stomatologicznego, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach**
Students' Research Group at the Department of Prosthodontics, Chair of Prosthetics and Dental Materials Sciences, Medical University of Silesia in Katowice

TMD a stres

- Wykazano bliski związek między bólem a zaburzeniami psychospołecznymi (stres, depresja, przewlekłe zmęczenie, zaburzenia snu) u pacjentów z TMD
- Istotną przyczyna może być lęk – badania pokazują, że TMD mają wysoki poziom lęku, a pacjenci z bólami twarzy i głowy, to pacjenci stresowi.
- Wykazano, że stres ma większe znaczenie niż czynniki ryzyka takie jak zaciskanie zębów, zgrzytanie zębami.

TMD a stres



RYC. 7.4. Rugh wykazał, że stres występujący w ciągu dnia znajduje odzwierciedlenie w nocnej aktywności mięśni żwaczy. (Na podstawie: Rugh J.D., Solberg W.K., In Zarb G.A., Carlsson G.E.: ***Temporomandibular joint: function and dysfunction***, St. Louis, Mosby–Year Book, 1979: 255).

TMD a choroby reumatyczne

- Dolegliwości ze strony narządu ruchu dotyczą 30-40% populacji europejskiej (młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów, łuszczycowe zapalenie stawów, reumatoidalne zapalenie stawów, choroba zwyrodnieniowa stawów).

TMD a nadmierna mobilność stawowa

- Wykonując zabiegi należy zwracać uwagę na osłabienie więzadeł przyzębia (leczenie ortodontyczne). Wizyty u stomatologa powinny być krótkie.

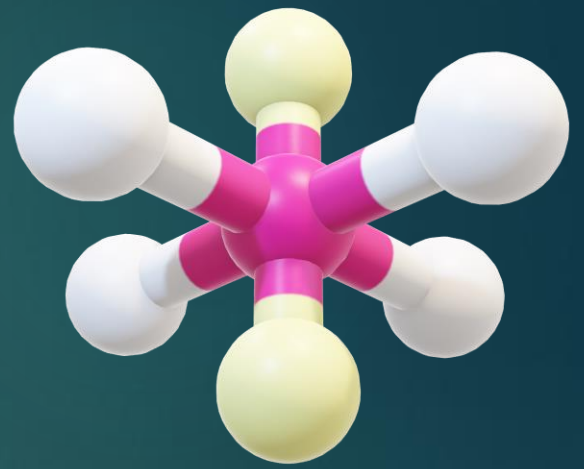
TMD a ból głowy

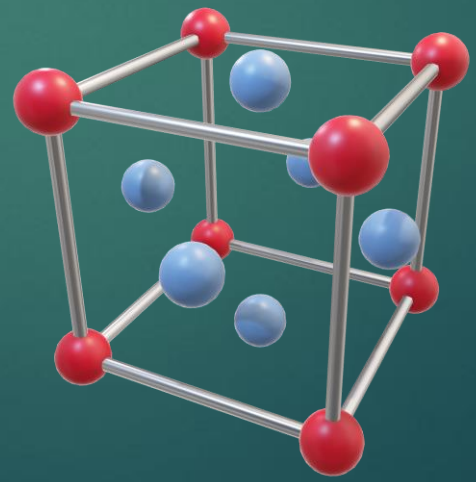
- Aż 67,5% pacjentów z TMD odczuwa bóle głowy

- Wtórne bóle głowy są cechą przypisaną to TMD

TMD a estrogen

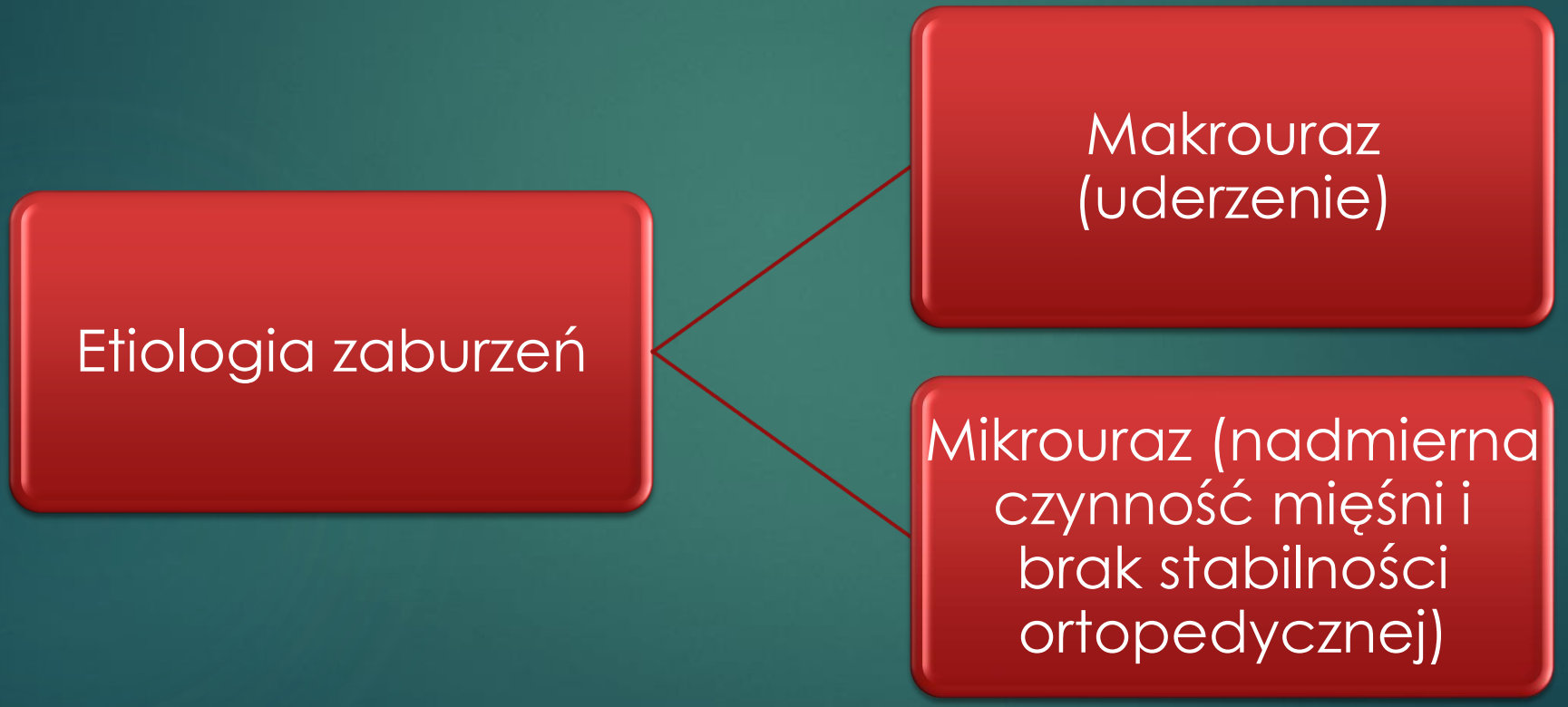
- Receptory estrogenowe znajdują się też w tkankach układu nerwowego w tym w tkance nerwowej nerwu V
- Receptory estrogenowe są obecne w ssż w tkance chrzęstnej kłykcia
- U osób z dysfunkcją TMJ występuje znacząco powyżej normy stężenie estrogenu w osoczu





Kompleks kłykieć-krążek

Kompleks kłykieć-krążek



Etiologia
Uszkodzenia niedokrwienno-reperfuzyjne
Bruksizm
Niestabilność ortopedyczna (II klasa szkieletowa 2 typ)

Stabilna ortopedycznie

pozycja stawowa

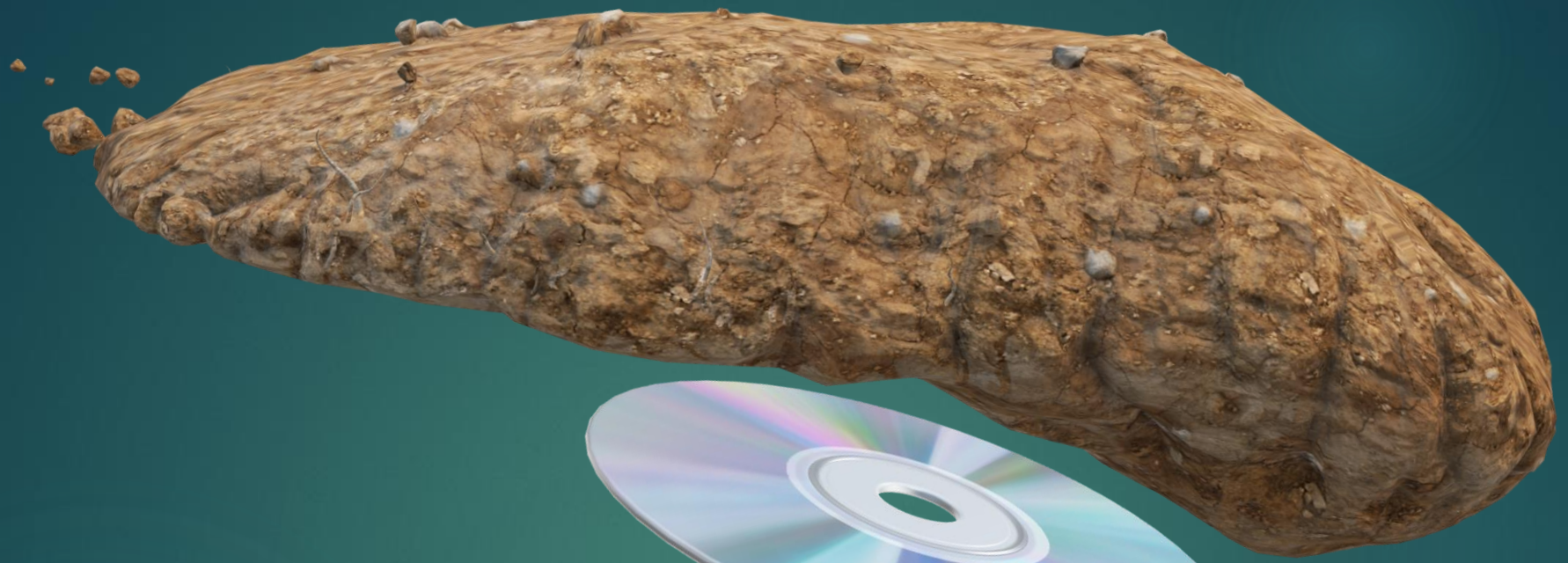
1) Skroniowe

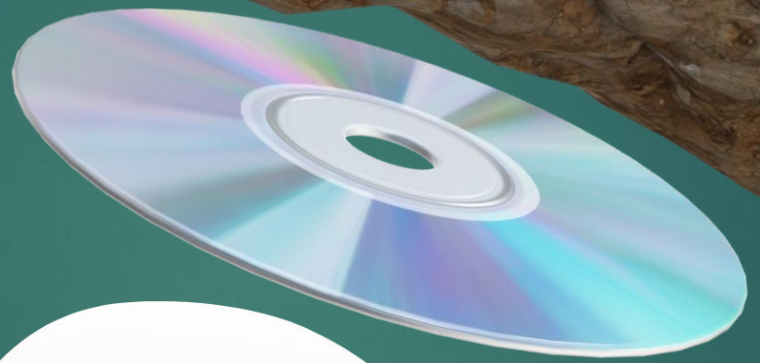
2) Żwacze

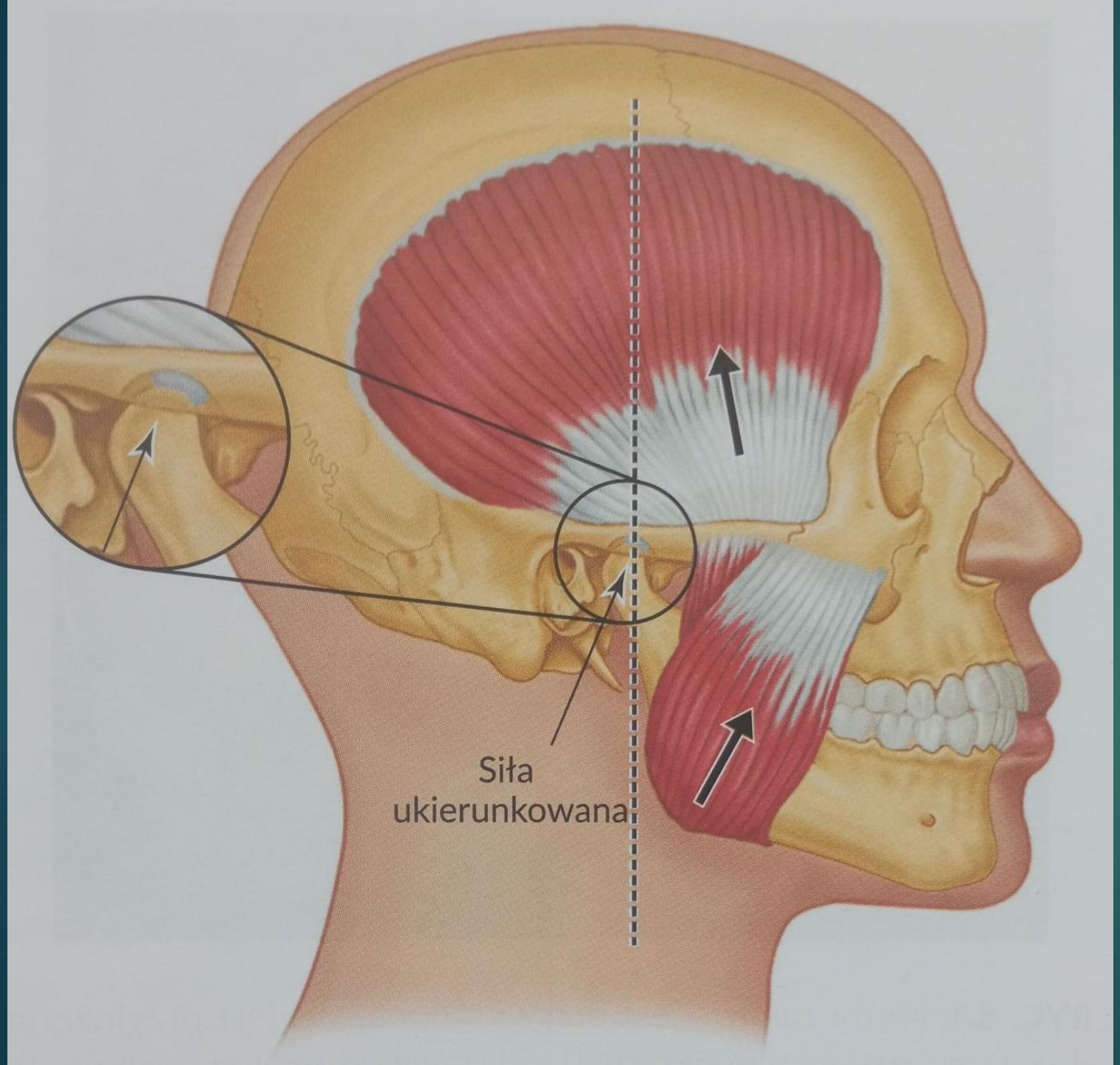
3) Skrzydłowe przyśrodkowe

4) Skrzydłowe boczne dolne

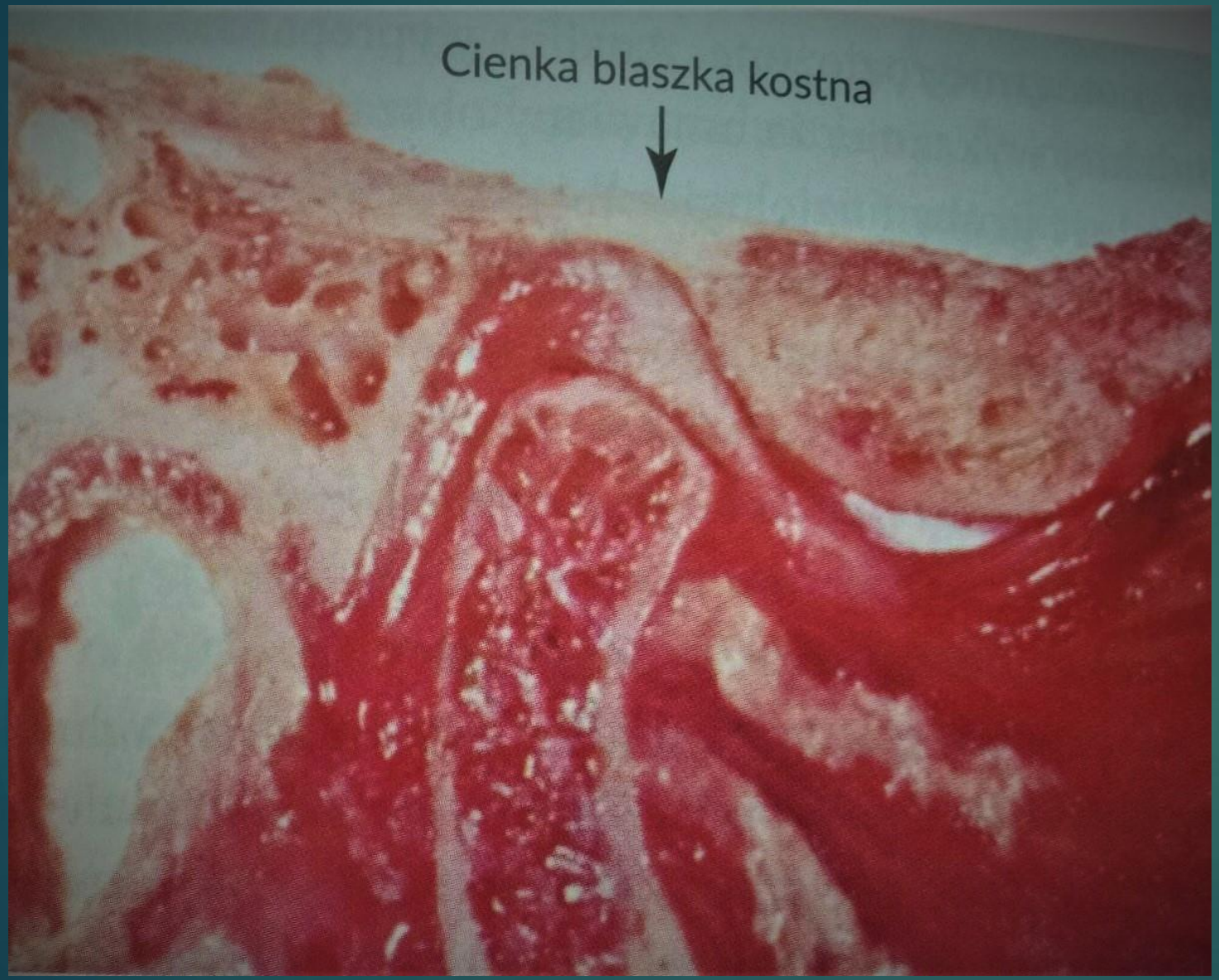
5) Skrzydłowe boczne górne







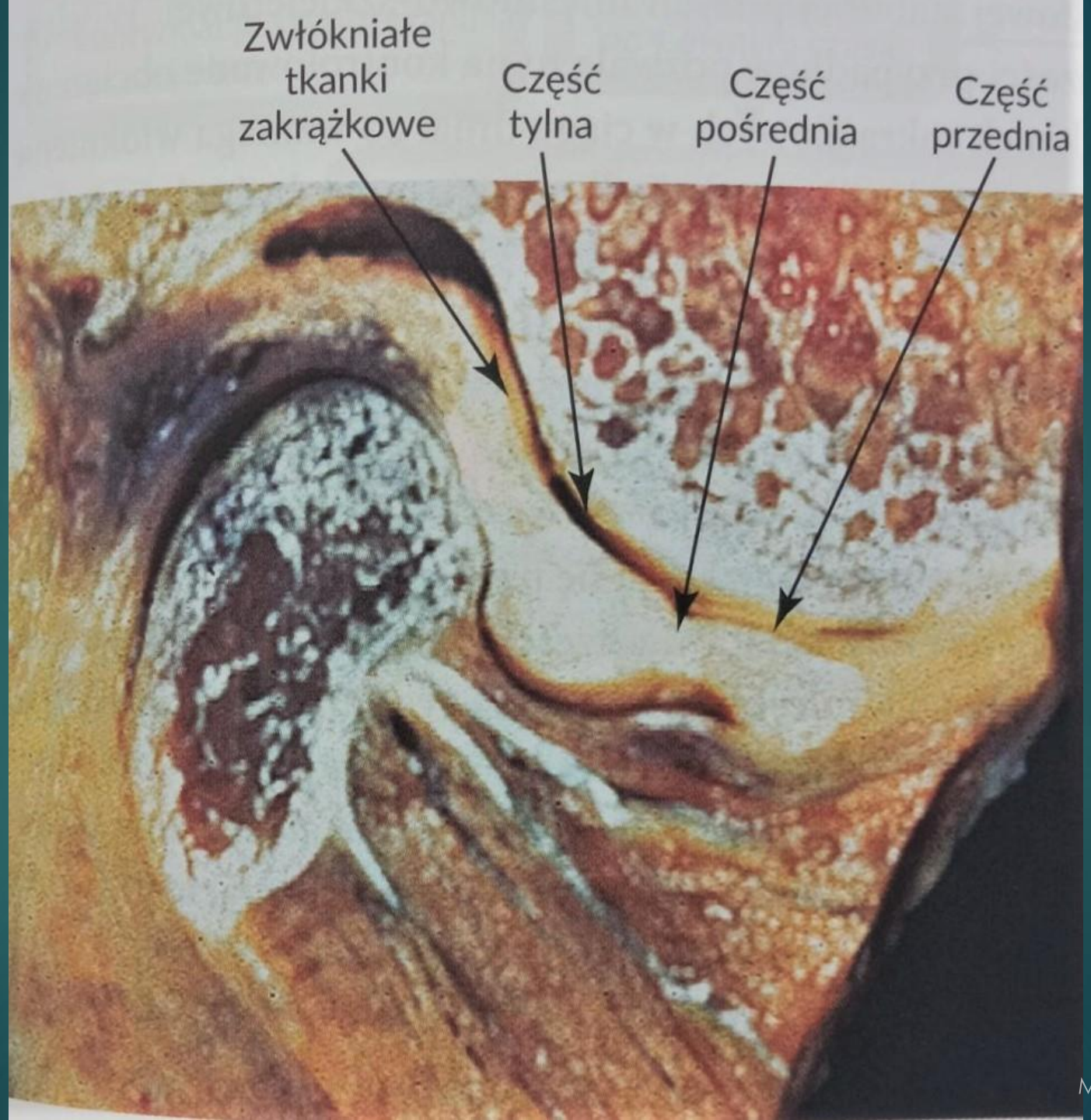
Siła mięśni a położenie kłykcia w panewce

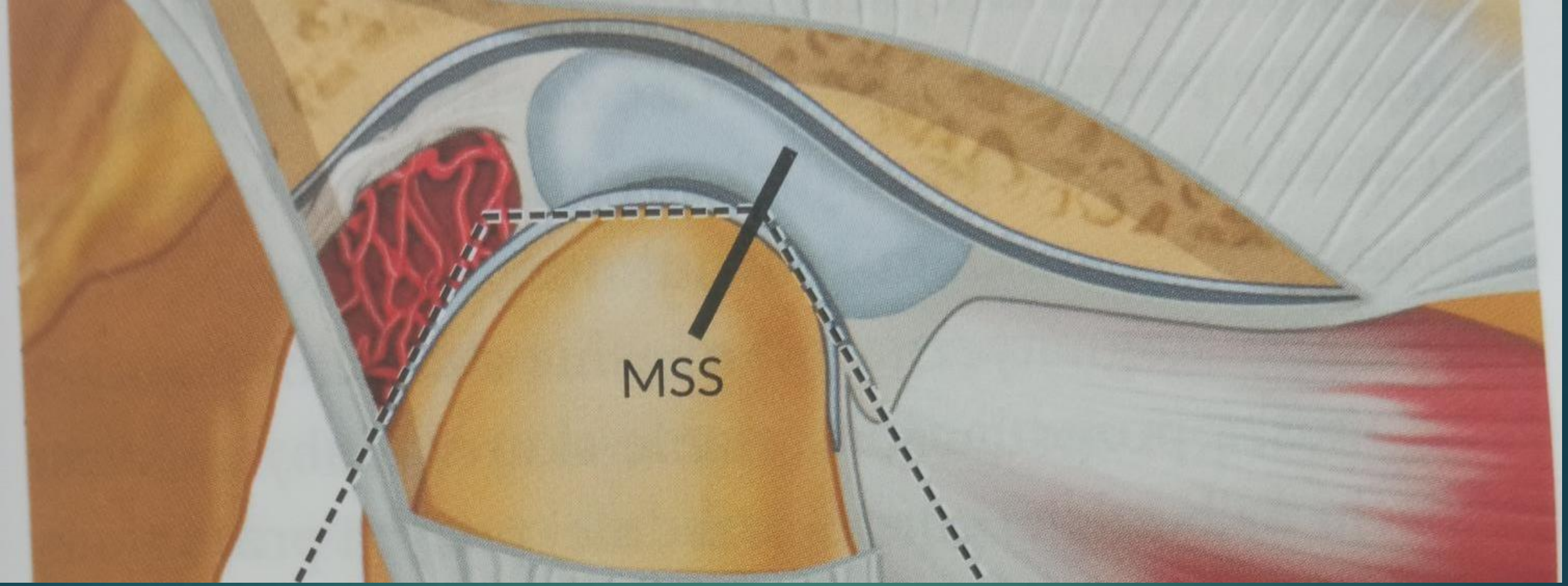


- Położenie kłykcia

MÓW-MOVE Kraków, 13.05.2023

C

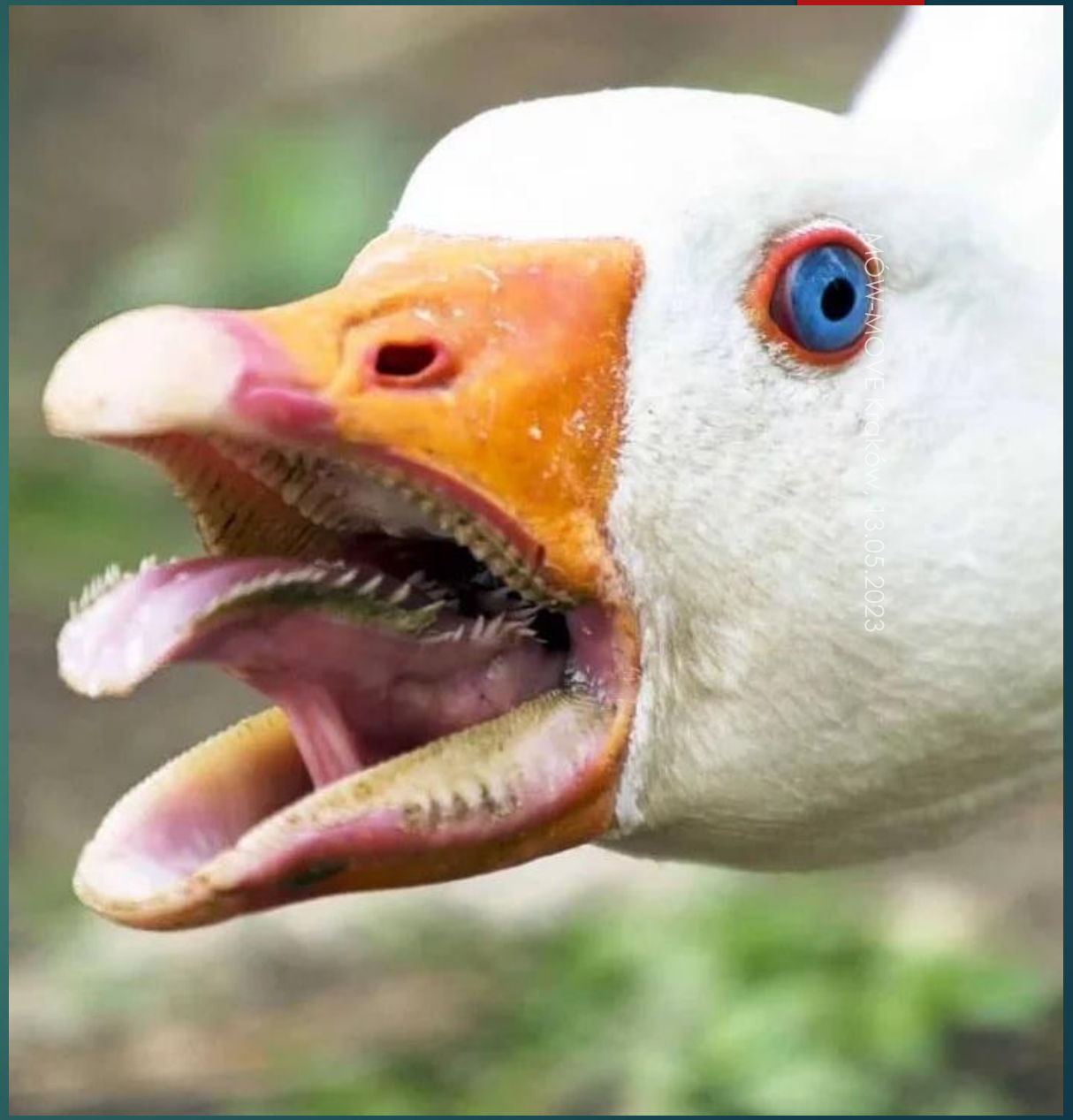

Zwłókniałe tkanki zakrążkowe
Część tylna
Część pośrednia
Część przednia

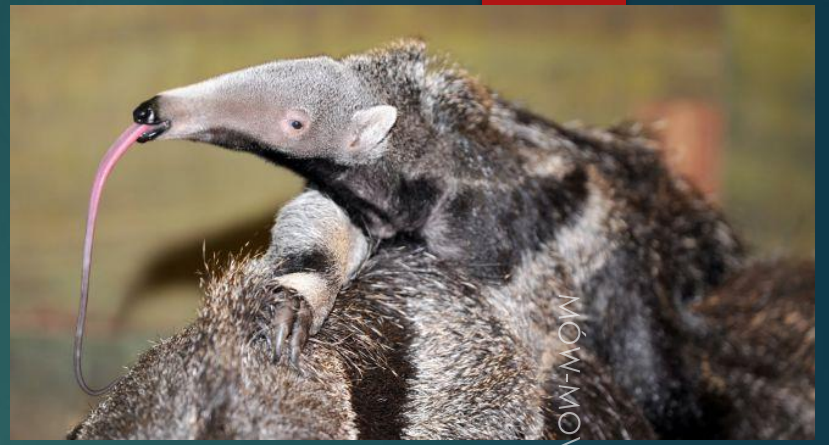


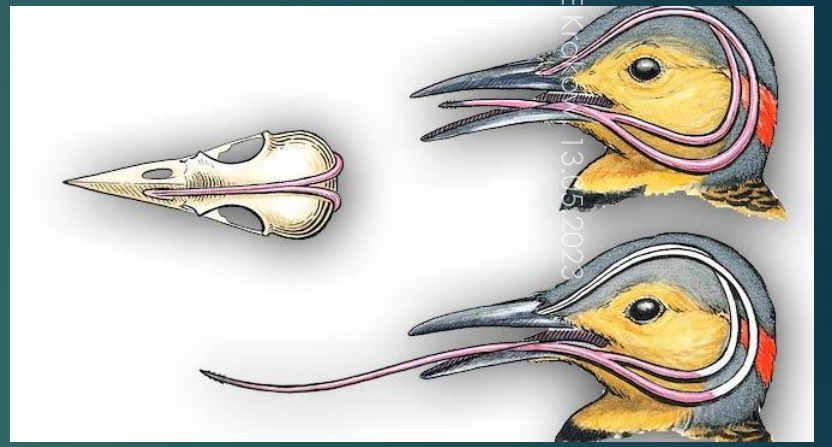
Optymalna pozycja

język
tongue
lingua
glossa

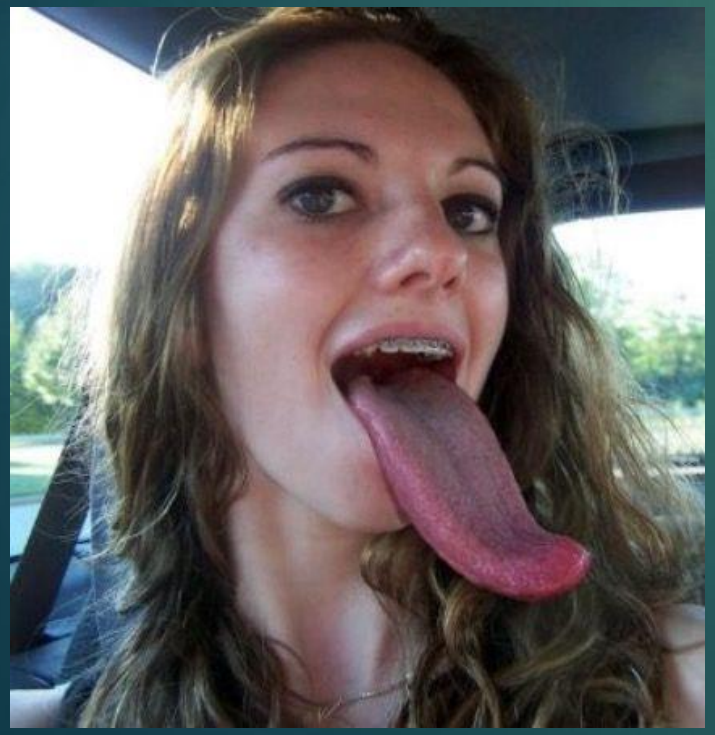
- Bierze udział w ssaniu;
- Bierze udział w rozcieraniu pokarmu;
- Bierze udział w żuciu;
- Kształtuje kęs pokarmowy;
- Miesza ze śliną;
- Bierze udział w połykaniu;
- Oczyszcza przedsionek jamy ustnej i jamę ustną;
- Kontroluje każde miejsce w jamie ustnej;
- Jest fizjologicznym aparatem ortodontycznym;
- Bierze udział w artykulacji;
- Jest „siedzibą” zmysłu smaku;
- Bierze udział w aktywności seksualnej;
- Bierze udział w aktywności sportowej;







MÓW-MOVE Kraków 13.05.2023



JOURNAL OF ORAL REHABILITATION

ORIGINAL ARTICLE | Open Access

Assessment of posterior tongue mobility using lingual-palatal suction: Progress towards a functional definition of ankyloglossia

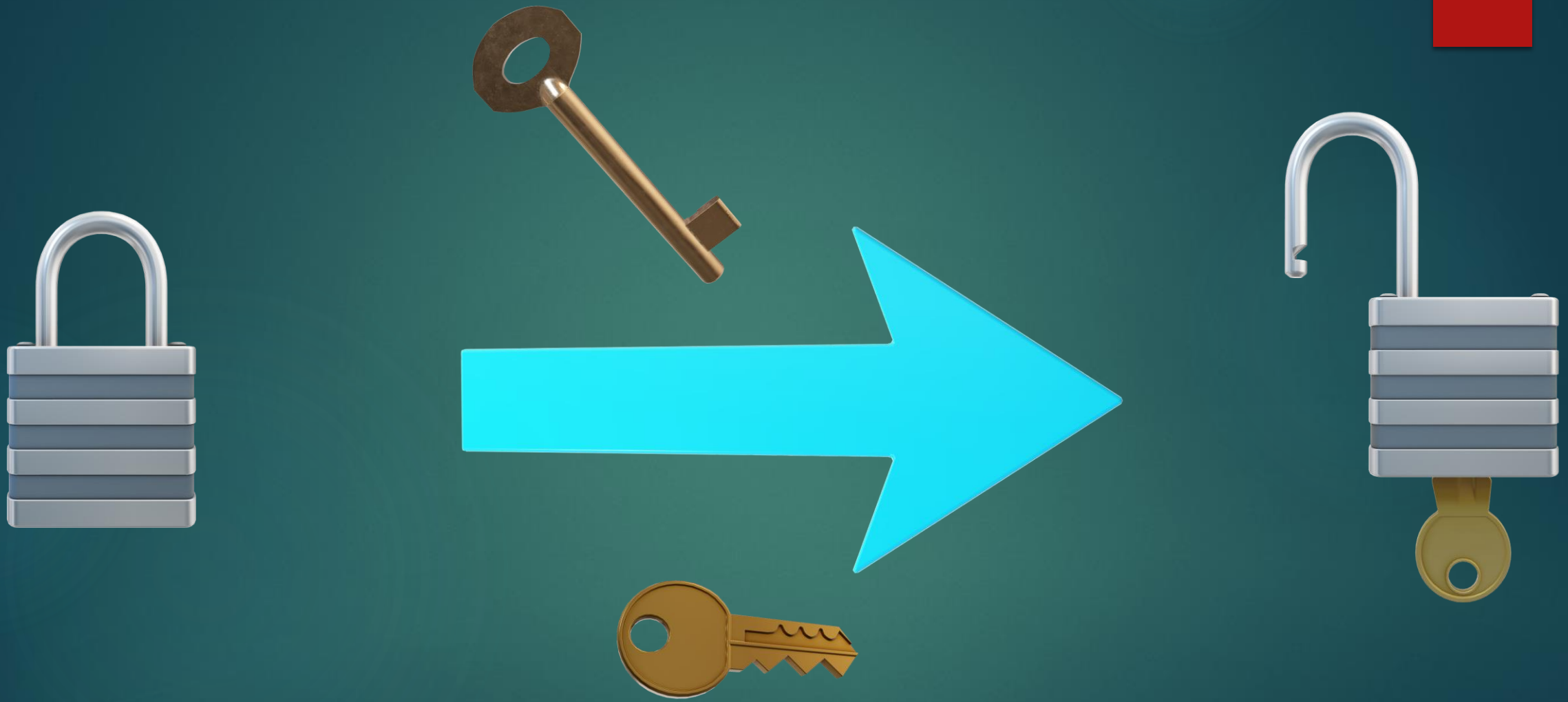
Soroush Zaghi, Shayan Shamtoob, Cynthia Peterson, Loree Christianson, Sanda Valcu-Pinkerton, Zahra Peeran, Brigitte Fung, Daniel Kwok-keung Ng, Triin Jagomagi, Nicole Archambault, Bridget O'Connor, Kathy Winslow, Miche' Lano, Janine Murdock, Lenore Morrissey, Audrey Yoon ... See fewer authors

Wskaźnik zakresu ruchu języka

TRMR – tongue range of motion ratio

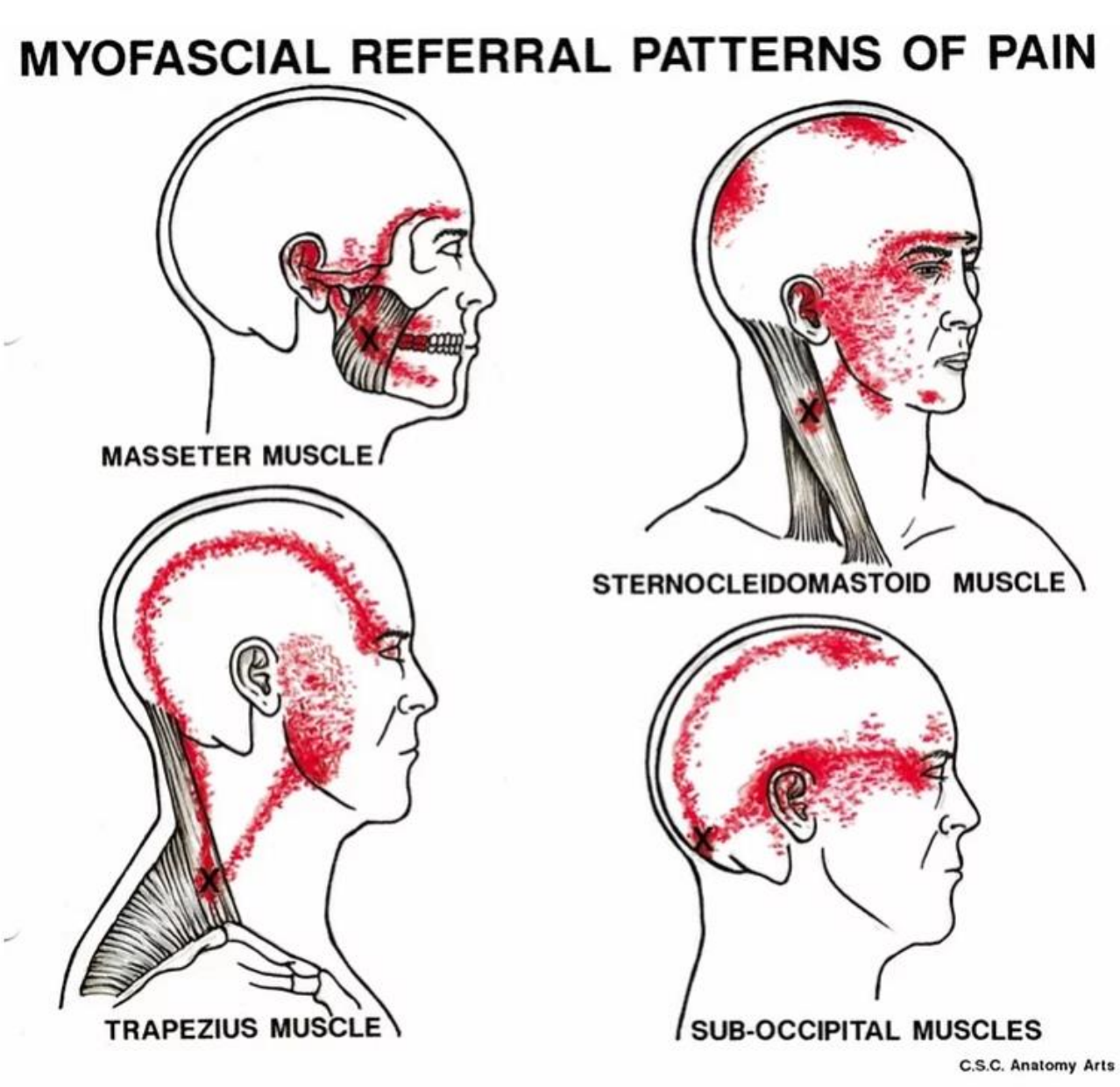
Wątpliwości

- Czy jestem w stanie rozpoznać nieprawidłowe wędzidło języka?
- Czy wiem na co zwracać uwagę?
- Czy jestem w stanie rozpoznać nieprawidłowości anatomiczne w wędzidle języka?
- Czy jestem w stanie sklasyfikować wędzidło języka?
- Czy mam pewność, że prawidłowo diagnozuję?
- Czy mam pewność, że dysfunkcje są spowodowane nieprawidłowościami w wędzidle języka?



- Czy w ciągu dnia oddychasz przez nos?
- Czy w nocy oddychasz przez nos?
- Czy się garbisz?
- Czy czujesz napięcie w okolicy szyi i obręczy barkowej?
- Czy czujesz się zestresowany, niespokojny?
- W którym miejscu w jamie ustnej jest Twój język?
- Czy masz bóle głowy?
- Czy czujesz ból w okolicach TMJ?
- Czy zaciskasz zęby lub bruksujesz?
- Czy masz trudności w połykaniu?
- Czy masz trudności z mówieniem?
- Czy budzisz się wypoczęty?

Forward head posture, cervical neck and shoulder tension, bruxism (teeth grinding), jaw discomfort. Compensations of the jaw and neck during chewing, talking, and swallowing.



https://www.zaghimd.com/fascia-compensations

Tabela 1. Klasyfikacja krawatów według Kotlowa [2] i Coryllosa [3].

	Kotlowa		Corryllos ’
Klasa I	Łagodna ankyloglossia 12 do 16 mm wolnego języka	Wpisz I.	Cienkie i elastyczne wędzidełko; przywiązuje czubek języka do wyrostka zębodołowego, a język tworzy kształt serca
Klasa II	Umiarkowana ankyloglossia 8 do 11 mm wolnego języka	Typ II	Cienkie i elastyczne wędzidełko; 2–4 mm za końcem języka, przyczepia się do wyrostka zębodołowego
Klasa III	Ciężka ankyloglossia 3 do 7 mm wolnego języka	Typ III	Wędzidełko grube, włókniste i nieelastyczne; przyczepia język środkowy do dna jamy ustnej
Klasa IV	Całkowita ankyloglossia mniejsza niż 3 mm wolnego języka	Typ IV	Wędzidełka nie jest widoczne, ale wyczuwalne, z włóknistym lub podśluzówkowym grubym i błyszczącym przyczepem od podstawy języka do dna jamy ustnej

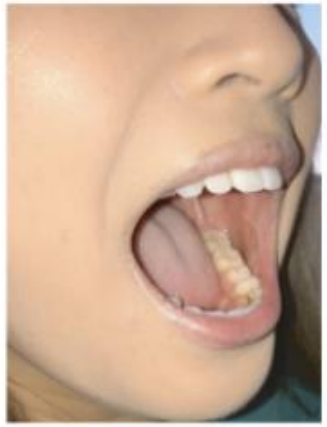
1) CMO – comfortable mouth opening – komfortowe odwiedzenie żuchwy, a więc otwarcie buzi bez bólu i innego dyskomfortu;

2) TIP – tongue tip to the incisive papilla – odwiedzenie żuchwy z czubkiem języka dotykającym brodawki międzysiecznej;

3) LPS – lingual-palatal suction – odwiedzenie żuchwy z przyssanym do podniebienia językiem.

How to measure tongue mobility?

Step 1a. Ask patient: "Open your mouth as wide as you can without pain or discomfort.



41 mm

Step 1b. Measure the maximum interinc[image] opening during comfortable mouth opening (CMO).

Measuring anterior tongue mobility - TIP

Step 2a. "Lift the tip of your tongue up to the incisive papilla behind the upper front teeth and open your mouth as wide as you can without pain or discomfort."

22 mm

Step 2b. Measure the maximum interincisal mouth opening with tongue tip up to the incisive papilla (TIP).

Measuring posterior tongue mobility - LPS

Step 3a. "Lift and suction the entire tongue up to the palate *(as if about to make a click sound)* and open your mouth as wide as you can without pain or discomfort."

20 mm

Step 3b. Measure the maximum interincisal mouth opening with tongue in lingual palatal suction (LPS), also known as "suction hold," "tongue click," or "cave".

Calculate TRMR %

Tongue Range of Motion as Percentage of Maximum

TIP / CMO 22/41

TRMR - TIP 53.6%

TIP- Grade 2

LPS / CMO 20/41

TRMR - LPS 48.7%

LPS- Grade 2

CMO = 50 mm

TIP = 43 mm

LPS = 32 mm

TRMR-TIP

Procent TIP dzielę przez CMO

Mój TIP = 43 mm; CMO = 50 mm

43 x 100 = 4300
4300 / 50 = 86
Mój TRMR-TIP = 86%

TABLE 3. Clinical grading scale for assessment of anterior and posterior tongue mobility using the tongue range of motion ratio (TRMR)

Grade	Description	Anterior tongue mobility TRMR-TIP	Posterior tongue mobility TRMR-LPS
1	Highly above average [a]	>80%	>60%
2	Normal range [a] (Mild to average)	50%-80%	30%-60%
3	Moderately restricted	<50%	<30%
4	Severely restricted	<25%	<5% or unable to do

[a] Other clinical factors (including limited mouth opening, strain and compensation patterns) should be considered.

TRMR-LPS

Procent LPS dzielę przez CMO

Mój LPS = 32 mm; CMO = 50 mm

32 x 100 = 3200
3200 / 50 = 64
Mój TRMR-LPS = 64%

TABLE 3. Clinical grading scale for assessment of anterior and posterior tongue mobility using the tongue range of motion ratio (TRMR)

Grade	Description	Anterior tongue mobility TRMR-TIP	Posterior tongue mobility TRMR-LPS
1	Highly above average [a]	>80%	>60%
2	Normal range [a] (Mild to average)	50%-80%	30%-60%
3	Moderately restricted	<50%	<30%
4	Severely restricted	<25%	<5% or unable to do

[a] Other clinical factors (including limited mouth opening, strain and compensation patterns) should be considered.

Case Example: Grade 3 – moderately restricted

CMO: 50 mm

TIP: 25 mm
TRMR- TIP: 50%

LPS: 15 mm
TRMR-LPS: 30%

Case Example: Grade 4 – severely restricted

CMO: 48 mm

TIP: 12 mm
TRMR- TIP: 25%

LPS: Unable
TRMR-LPS: <5%

FUNCTIONAL CLASSIFICATION OF ANKYLOGLOSSIA BASED ON TONGUE RANGE OF MOTION RATIO (TRMR)

TRMR-TIP

Assessment of:
Anterior Tongue Mobility
Tongue to Incisive Papilla (TIP)

Grade 1: TRMR-TIP > 80%
Significantly Above Average

Grade 2: TRMR-TIP 50-80%
Average

Grade 3: TRMR-TIP < 50%
Below Average

Grade 4: TRMR-TIP < 25%
Significantly Below Average

TRMR-LPS

Assessment of:
Posterior Tongue Mobility
Lingual Palatal Suction (LPS)

Grade 1: TRMR-LPS > 60%
Significantly Above Average

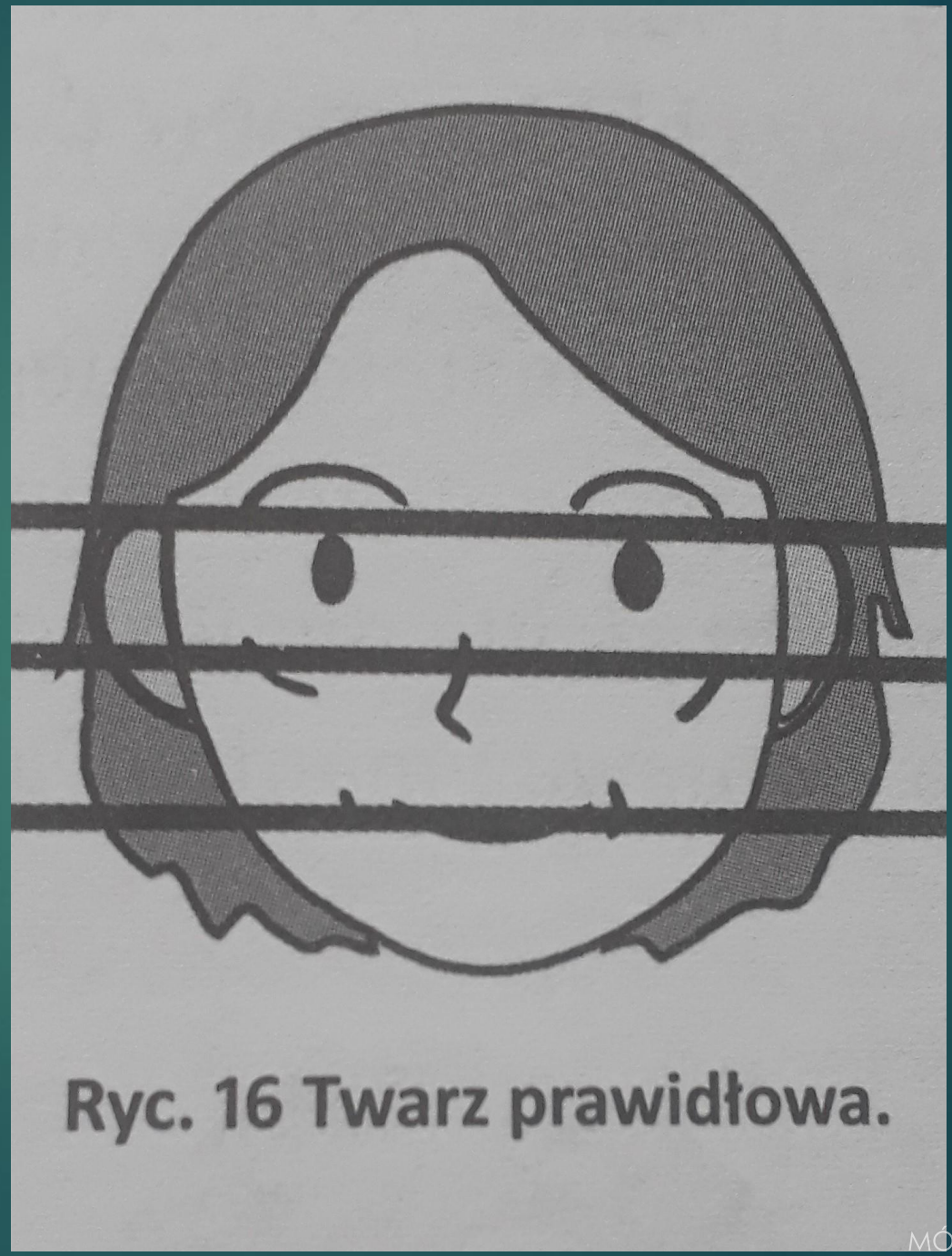
Grade 2: TRMR-LPS 30-60%
Average

Grade 3: TRMR-LPS < 30%
Below Average

Grade 4: TRMR-LPS < 5% or unable
Significantly Below Average

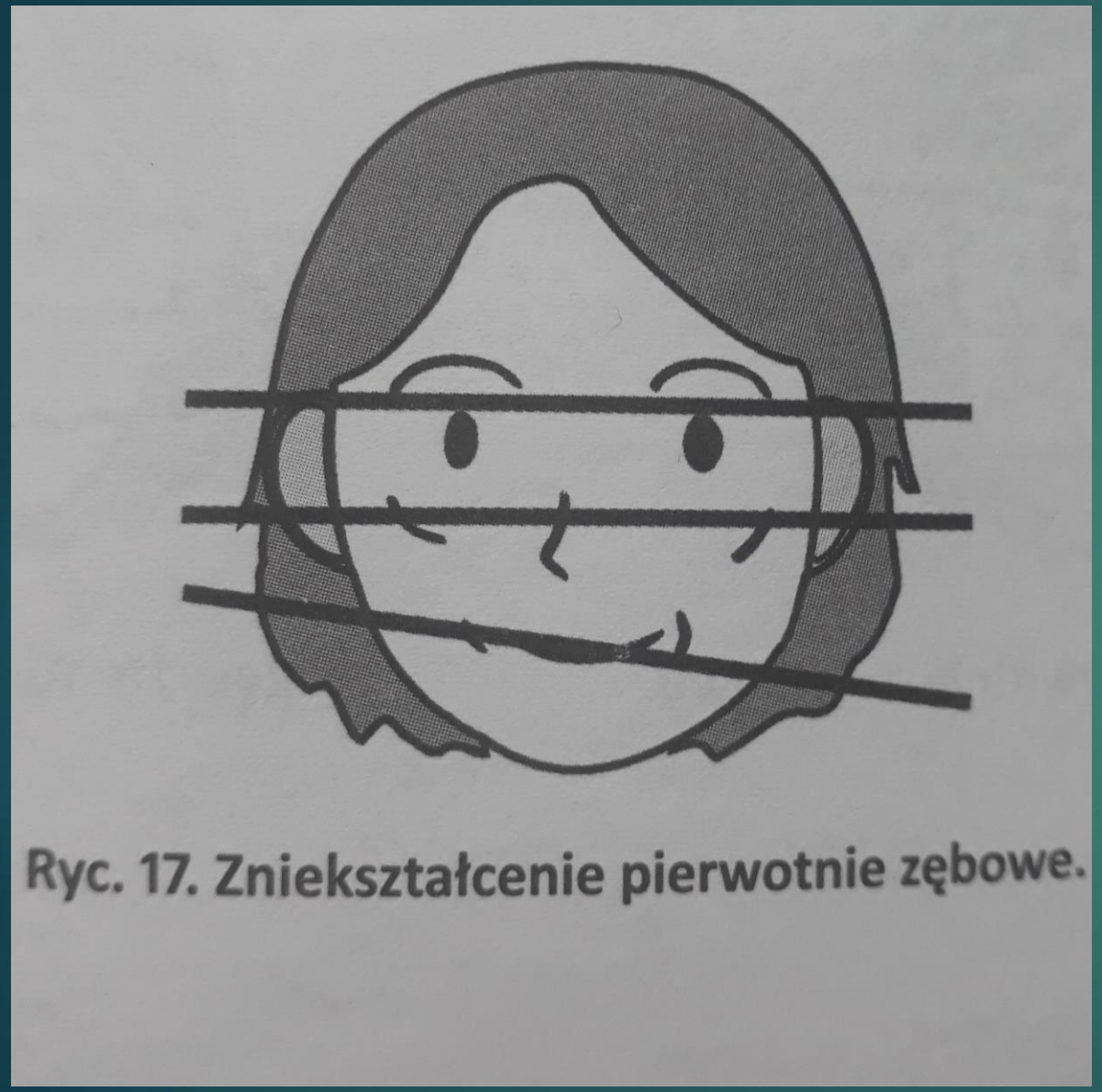
Grade	Description	Anterior Tongue Mobility: **TRMR-TIP**	Posterior Tongue Mobility: **TRMR LPS**	Distribution
1	Significantly Above Average	>80%	>60%	Highest Decile (>90th Percentile)
2a	Above Average	70-80%	50-60%	Upper Quartile (>75th Percentile)
2b	Slightly Above Average	65-70%	45-50%	Upper Interquartile Range
2c	Average	60 ± 5 %	40 ± 5%	Median (50th Percentile)
2d	Slightly Below Average	50-55%	30-35%	Lower Interquartile Range
3	Below Average	25-50%	5-30%	Lower Quartile (<25th Percentile)
4	Significantly Below Average	<25%	<5% or unable	Lowest Decile (<10th Percentile)

Fizjologia



Ryc. 16 Twarz prawidłowa.

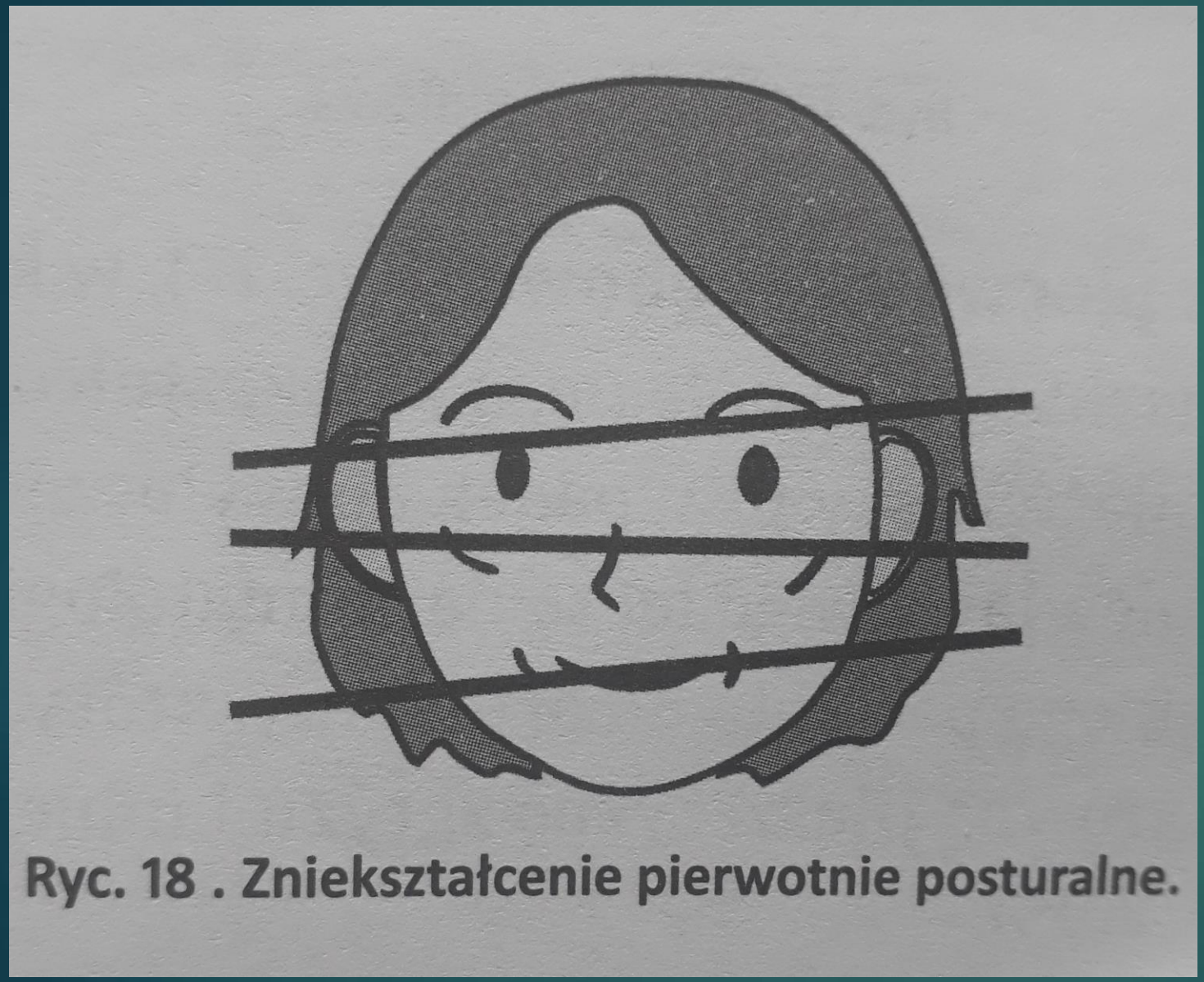
Rehabilitacja stomatologiczna, K. Gorzchechowski, Wyd. Kargo, Białystok 2016



Ryc. 17. Zniekształcenie pierwotnie zębowe.

Odchylenie od normy

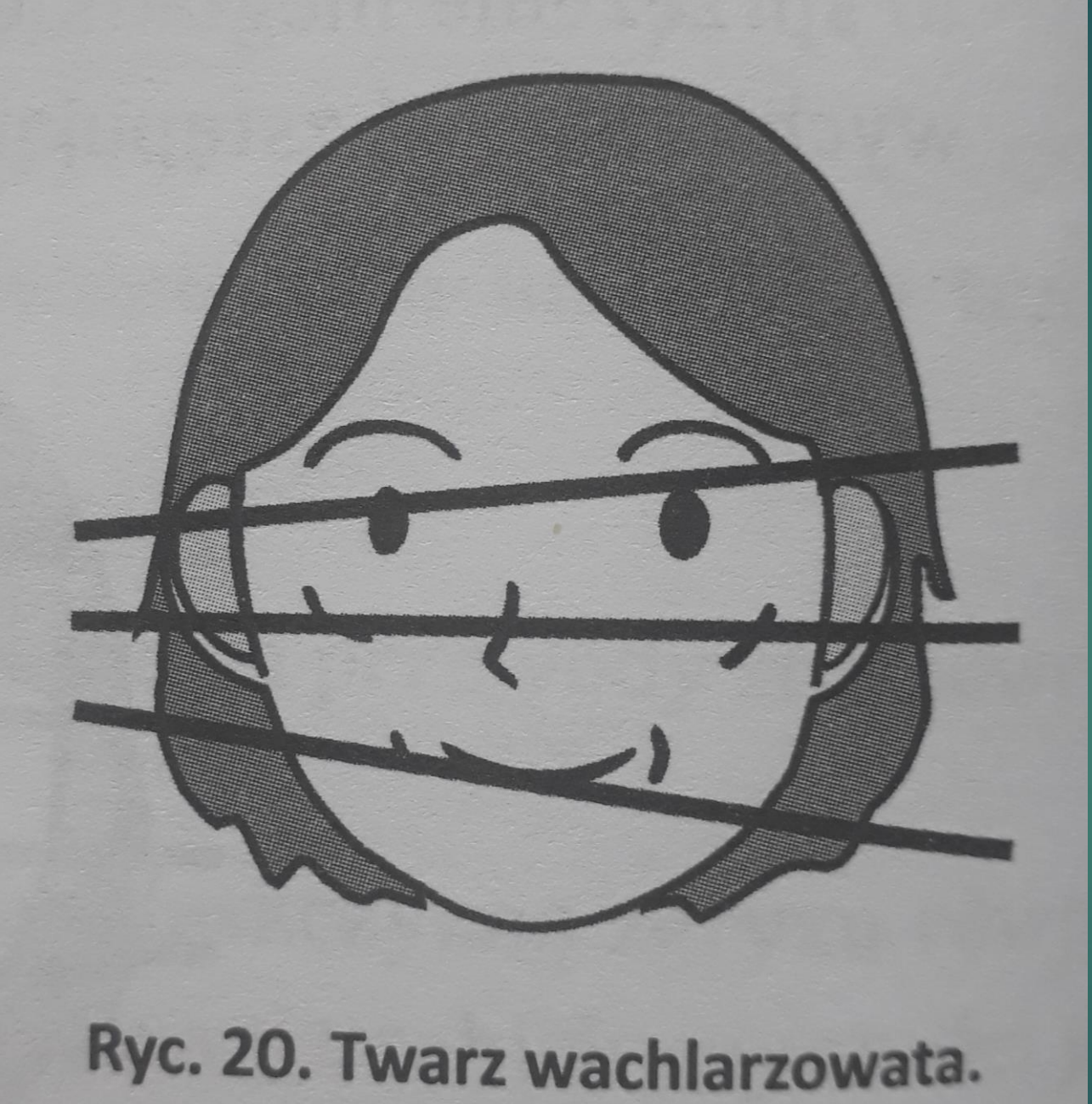
Rehabilitacja stomatologiczna, K. Gorzchechowski, Wyd. Kargo, Białystok 2016



Ryc. 18 . Zniekształcenie pierwotnie posturalne.

Odchylenie od normy

Rehabilitacja stomatologiczna, K. Gorzchechowski, Wyd. Kargo, Białystok 2016

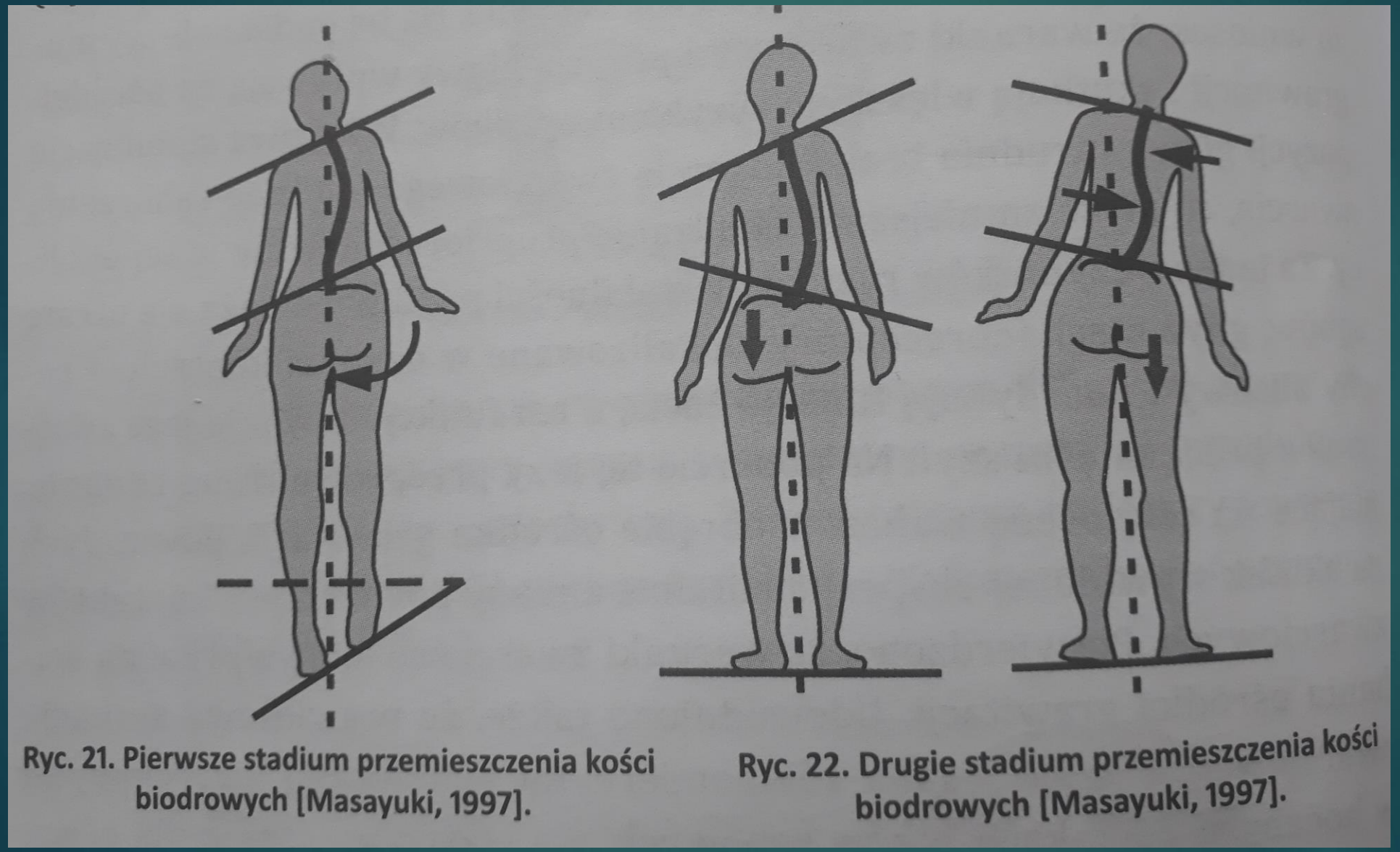


Ryc. 20. Twarz wachlarzowata.

Odchylenie od normy

Rehabilitacja stomatologiczna, K. Gorzchechowski, Wyd. Kargo, Białystok 2016

Odchylenie od normy



Ryc. 21. Pierwsze stadium przemieszczenia kości biodrowych [Masayuki, 1997].

Ryc. 22. Drugie stadium przemieszczenia kości biodrowych [Masayuki, 1997].

Rehabilitacja stomatologiczna, K. Gorzchechowski, Wyd. Kargo, Białystok 2016

Teoria mięśniowo-powięziowa

Przegląd piśmiennictwa [Art. Dent Tom/Volume 16. Number 3 (69)/2018, s. 150-160,K. Dmochowska-Lisa, D. Lietz-Kijak, M. Lisak, M. Grzegorzewska, Ł. Kopacz, H. Gronwald, P. Skomro, P. Strzelecka, E.Kubala, M. Wójcik, Związek między dysfunkcją stawuskroniowo-żuchwowego a zaburzeniami postawy ciała w aspekcie tensegracji- przegląd piśmiennictwa

Taśma powierzchowna przednia

Taśma powierzchowna przednia

- Mięśnie przegrody przedniej;
- Więzadło podrzepkowe oraz mięsień czworogłowy uda;
- Mięsień prosty brzucha;
- Mięsień mostkowy i mięsień piersiowy większy;
- Mięsień MOS.

Teoria mięśniowo-powięziowa

Przegląd piśmiennictwa [Art. Dent Tom/Volume 16. Number 3 (69)/2018, s. 150-160,K. Dmochowska-Lisa, D. Lietz-Kijak, M. Lisak, M. Grzegorzewska, Ł. Kopacz, H. Gronwald, P. Skomro, P. Strzelecka, E.Kubala, M. Wójcik, Związek między dysfunkcją stawuskroniowo-żuchwowego a zaburzeniami postawy ciała w aspekcie tensegracji- przegląd piśmiennictwa

Taśma powierzchowna tylna

Taśma powierzchowna tylna

- Powięź podeszwowa;
- Mięsień trójgłowy łydki;
- Mięsnie kulszowo-goleniowe;
- Więzadło krzyżowo-guzowe;
- Mięśnie prostowniki grzbietu;
- Mięśnie podpotyliczne;
- Czepiec ścięgnisty.

OCENA DYSFUNKCJI

MÓW-MOVE Kraków, 13.05.2023

MOSH
THE GRAVE
DANCER

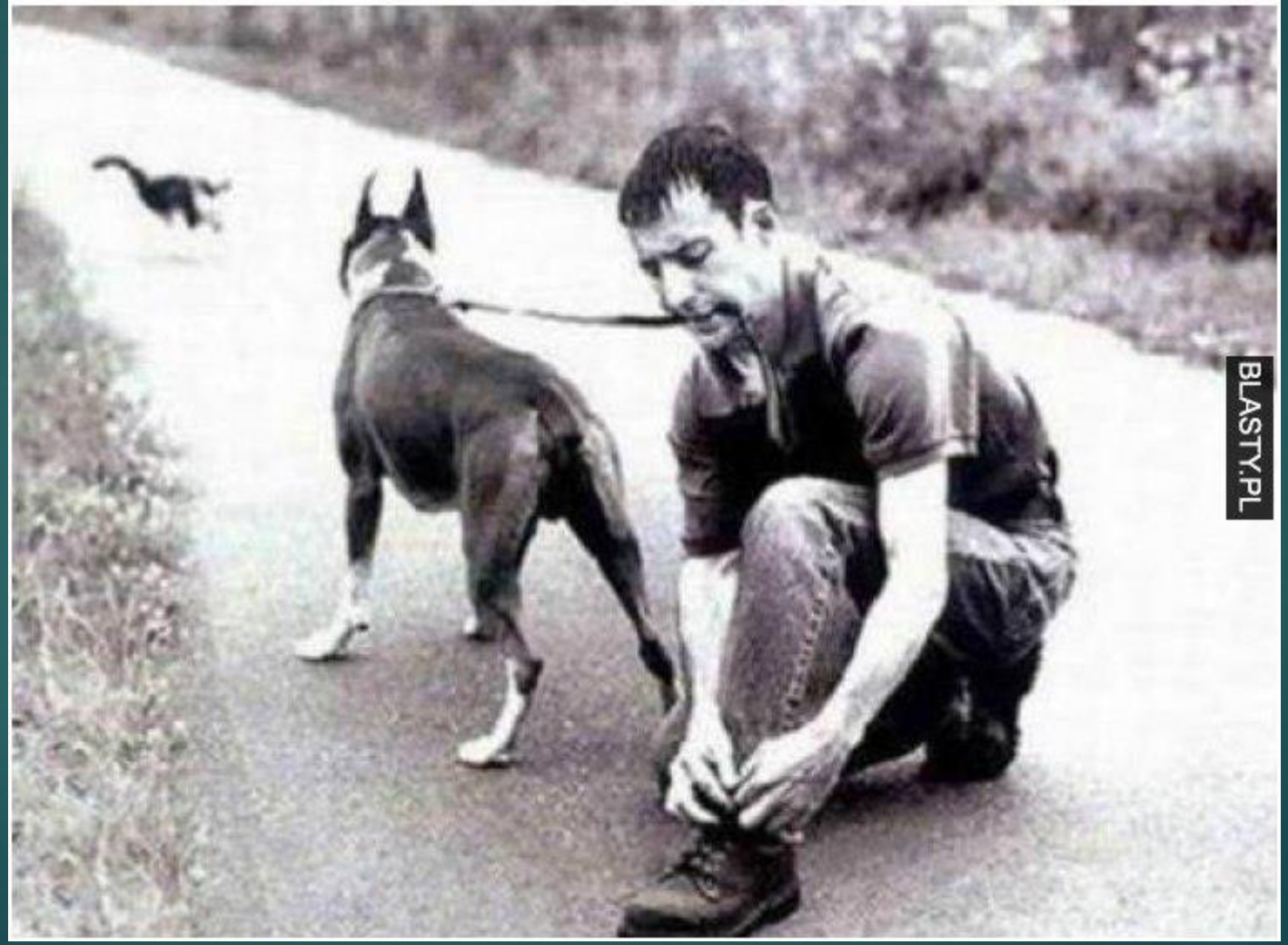
OBJAW NIEZWARCIOWY

RYC. 4–1. Stan paznokci u nastolatka ze szkoły podstawowej po długotrwałym ich obgryzaniu.

Przemieszczenie krążków stawowych stawów skroniowo-żuchwowych - rozpoznawanie i leczenie,
M. Kleinrok, Tom II, Wyd. Czelej, Lublin 2013

BLASTY.PL

STRATA ZĘBÓW ZA 3, 2, 1...



Cel analizy czynności TMJ

WYWIAD BKD TMD

MGBR PROTOCOL

Orofacial Myofunctional Clinical Examination

Marchesan IQ, Berretin Felix G., Genaro KF, Rehder, MI

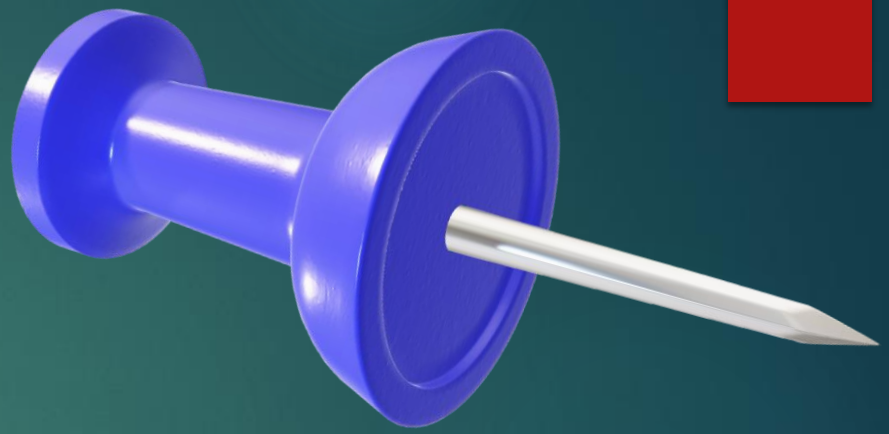
Strona	Bilateralnie	Unilateralnie – lewa	Unilateralnie – prawa
Wargi	Złączone	Trochę otwarte	Otwarte
Objawy akustyczne (szum, dzwonienie, hałas)	Nie	Czasami	Tak
Picie w czasie jedzenia	Nie	Czasami	Tak
Ból lub dyskomfort	Nie	Czasami	Tak
Objawy akustyczne TMJ	Nie	Czasami (L-P)	Tak (L-P)
Trudności z żuciem	Nie	Czasami	Tak
Unikanie jedzenia	Nie	Czasami	Tak
Inne problemy:			
Czas żucia	Adekwatny do konsystencji	Krótki	Za długi
Szybkość żucia			
W porównaniu z rodziną	Podobnie	Wolno	Szybko
W porównaniu ze znajomymi	Podobnie	Wolno	Szybko

ŻUCIE (najlepszy wynik = 0; najgorszy wynik = 10); (zawsze używaj tego samego jedzenia)		
Nieprawidłowy sposób żucia - źródło	Funkcjonalne	
	Strukturalne	
	TMD	
	Inne:	
Odgryzanie	Przednie zęby	0
Dysfunkcja	Bocznymi zębami	1
	Inaczej	1
Rozdrabnianie	Tylnymi zębami	0
Dysfunkcja	Przednimi zębami	1
	Z pomocą języka	1
	Efektywnie	0
	Nieefektywnie	1

Liczba cykli (użyj kamery)	**Prawą stroną – 1 porcja:**	
	Lewą stroną – 1 porcja:	
	Lewą/prawą stroną – 1 porcja:	
	W sumie – 1 porcja:	
	Prawą stroną – 2 porcja:	
	Lewą stroną – 2 porcja:	
	Lewą/prawą stroną – 2 porcja:	
	W sumie – 2 porcja:	
	Prawą stroną – 3 porcja:	
	Lewą stroną – 3 porcja:	
	Lewą/prawą stroną – 3 porcja:	
	W sumie – 3 porcja:	
Wzorzec żucia	Bilateralnie zmiennie	0
	Bilateralnie jednocześnie	1
	Jednostronna preferencja	0
	Jednostronnie – chronicznie	2
Zamknięte usta	Zawsze	0
Dysfunkcja	Nie zawsze	1
	Nigdy	2
Szybkość	Adekwatnie do konsystencji	0
Dysfunkcja	Zbyt szybkie	1
	Powolne	1

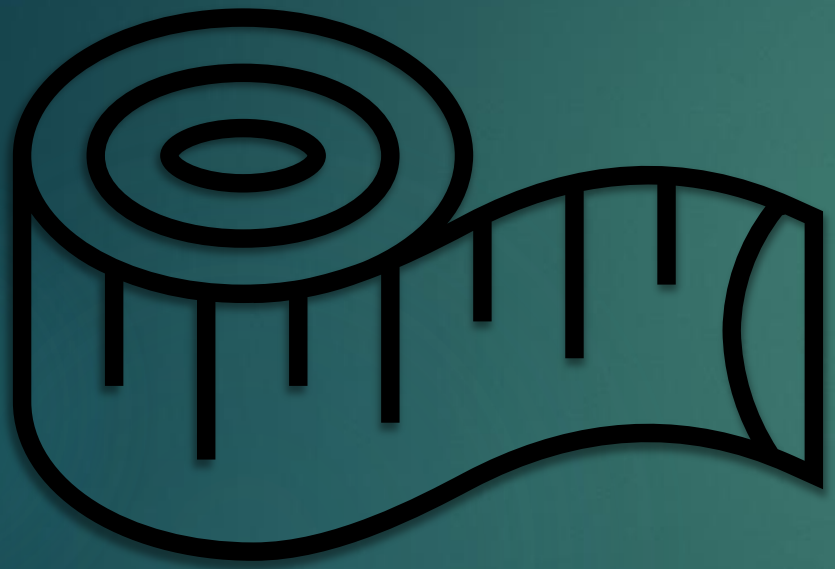
Głośne żucie	**Nie**	**0**
Dysfunkcja	Tak	1
Nagłe skurcze mięśni	Nie występują	0
Dysfunkcja	Występują	1
Opis:		
Czas żucia (użyj standardowej porcji tego samego jedzenia)	1 porcja	…s.
	2 porcja	…s.
	3 porcja	…s.
	Średni czas	…s.
Suma:		
Komentarz:		

Pytania do pacjenta:	
Preferowana strona żucia	Lewa i prawa
	Prawa
	Lewa
	Nie wie
Ból w czasie żucia	Nie
	Po prawej stronie
	Po lewej stronie
	Nie wie
Objawy akustyczne w TMJ	Nie
	Po prawej stronie
	Po lewej stronie



- Parafunkcje zwarciowe i niezwarciowe oraz przyczyny ich występowania;
- Objawy dysfunkcji;
- Wolne ruchy żuchwy;
- Bolesność dotykowa mięśni narządu żucia i mięśni okolicznych;
- Patologiczne starcie zębów;
- Stawy skroniowo-żuchwowe

Badanie zakresów ruchów czynnych

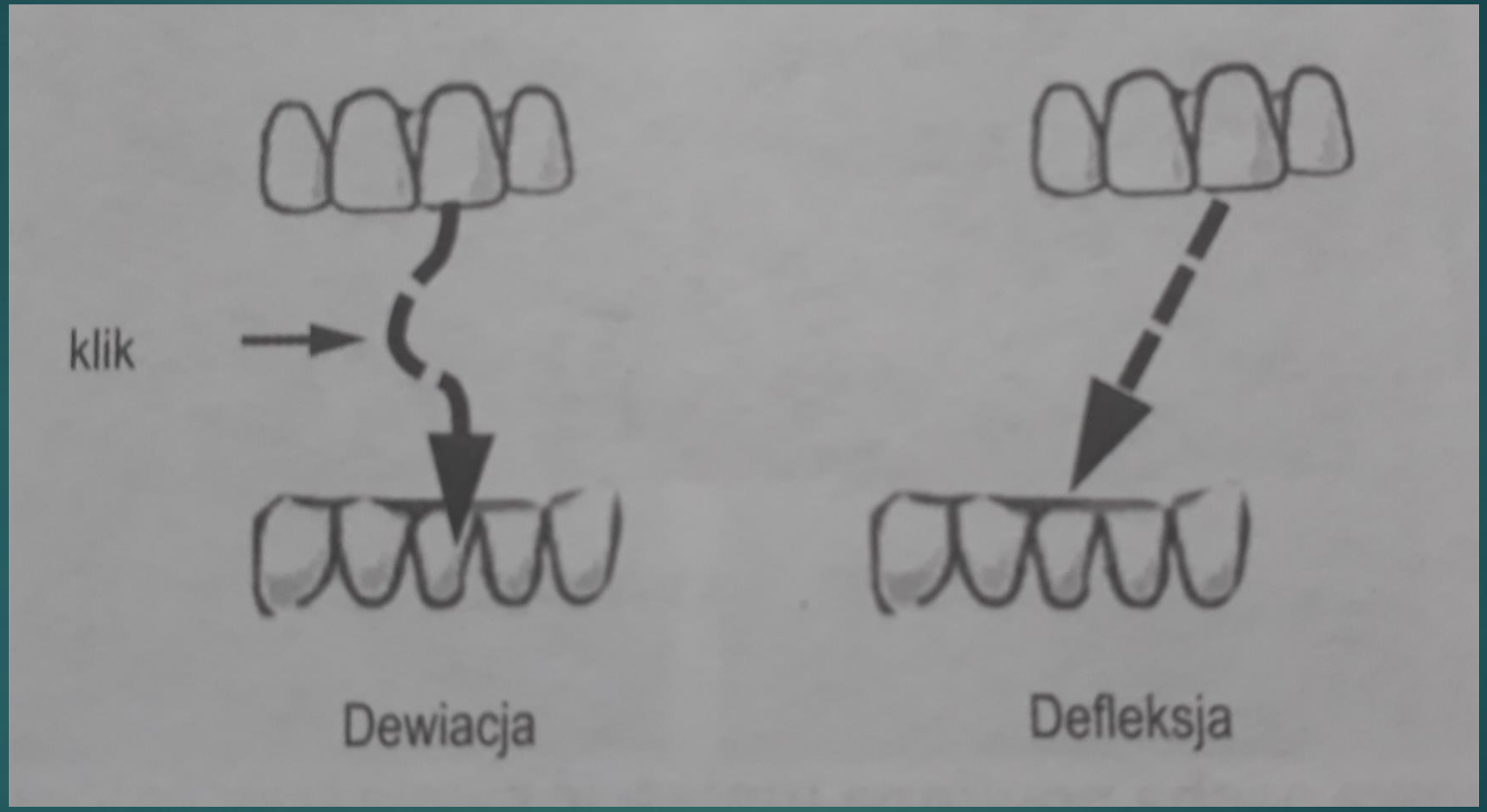


- 21-35 mm - Ostre zablokowanie krążka;
- 35-44 mm - Sugeruje etiologię mięśniową zaburzenia czynności TJM lub ewentualne zaburzenia położenia krążka stawowego;
- 45-55 mm - Prawidłowość;
- >55 mm - Hipermobilność

Badanie zakresów ruchów czynnych

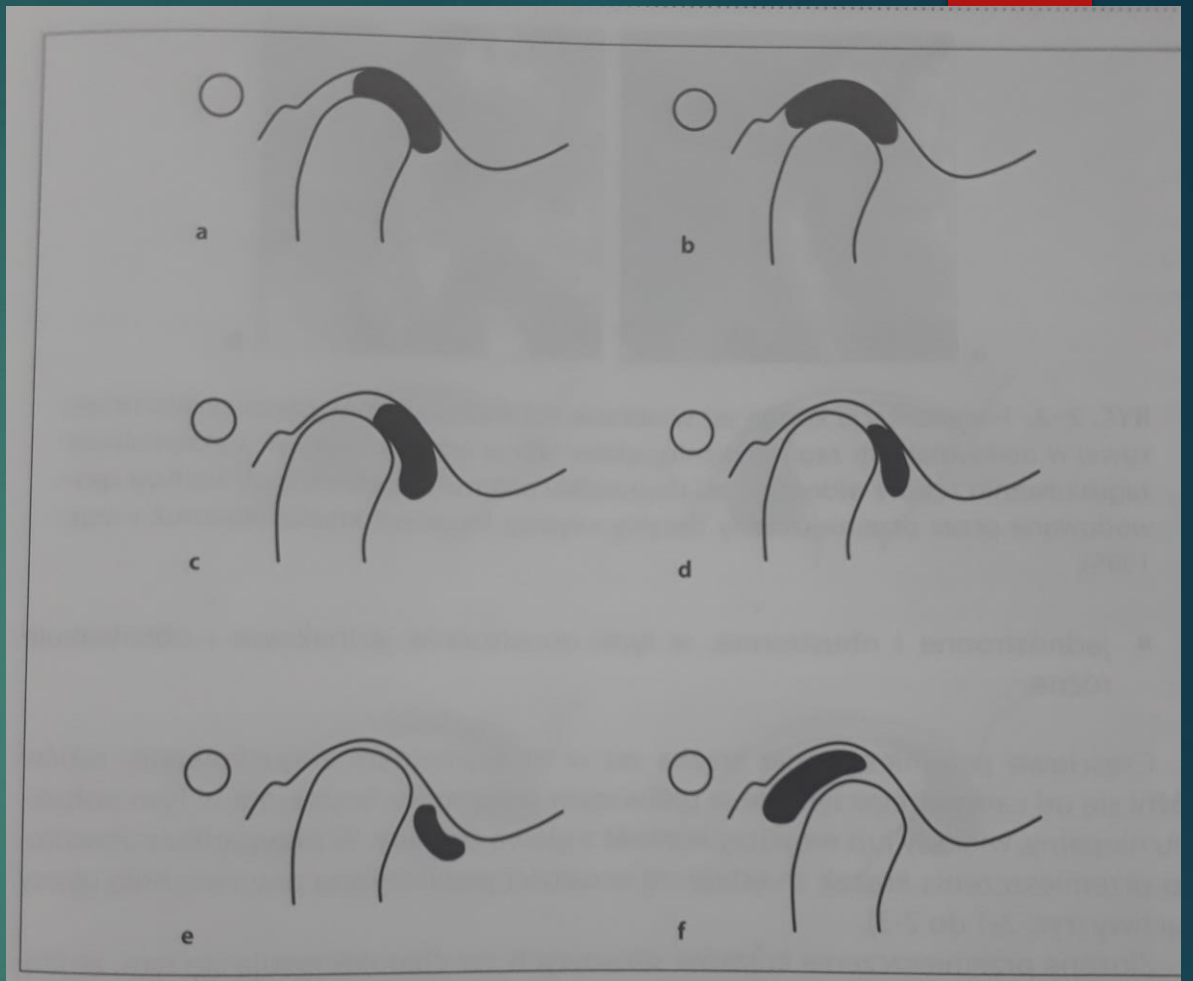
- Zakres / ruchy boczne żuchwy:
- 10 mm (+- 2 mm) L – Norma
- 10 mm (+- 2 mm) P - Norma

Analiza toru ruchów żuchwy



Rehabilitacja stomatologiczna, K. Gorzchechowski, Wyd. Kargo, Białystok 2016

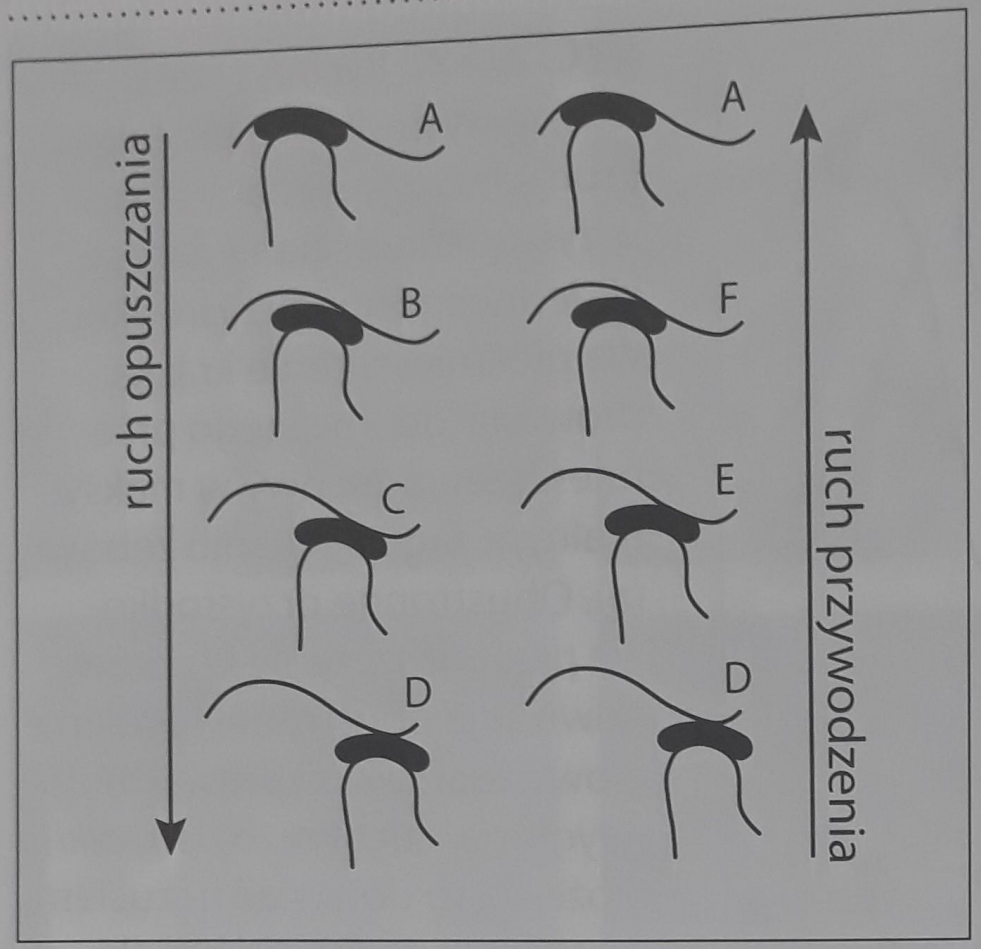
Norma i patologie



RYC. 2–1. Prawidłowe położenie i przemieszczenia krążków ssż i głów żuchwy w maksymalnym zaguzkowaniu zębów w płaszczyźnie strzałkowej: **a** – prawidłowe położenie krążka i głowy żuchwy, **b** – centralne położenie powiększonego krążka i centralne doogonowe przemieszczenie głowy żuchwy, **c** – częściowe doprzednie przemieszczenie krążka i dotylne doogonowe przemieszczenie głowy żuchwy, **d** – doprzednie przemieszczenie ścieńczałego krążka i dotylne doczaszkowe przemieszczenie głowy żuchwy, **e** – całkowite doprzednie przemieszczenie zniekształconego krążka i centralne doczaszkowe przemieszczenie głowy żuchwy, **f** – dotylne przemieszczenie krążka i doprzednie przemieszczenie głowy żuchwy.

Przemieszczenie krążków stawowych stawów skroniowo-żuchwowych - rozpoznawanie i leczenie, M. Kleinrok, Tom II, Wyd. Czelej, Lublin 2013

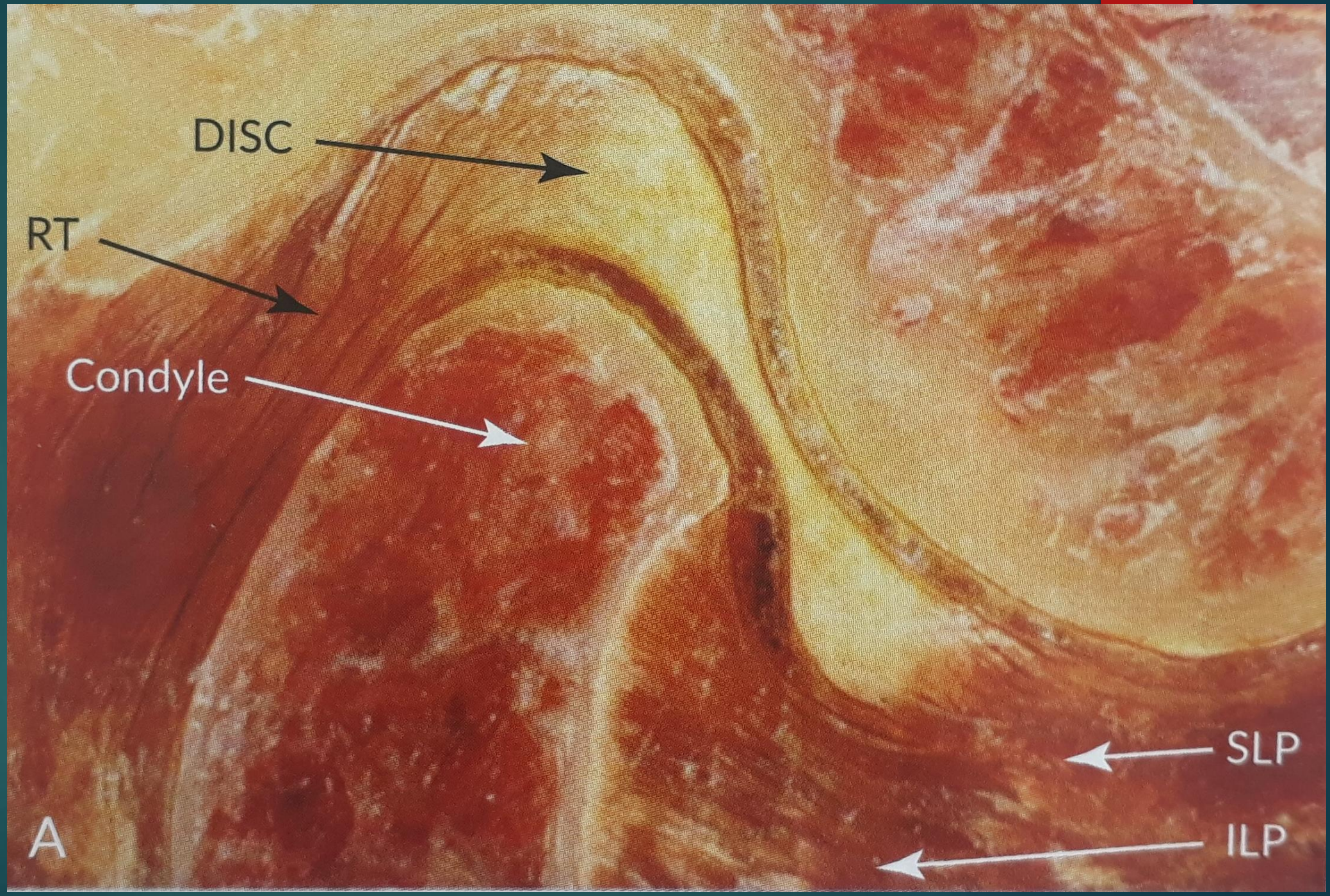
Norma



RYC. 2–13. Prawidłowe położenie krążka ssż na głowie żuchwy w maksymalnym zaguzkowaniu zębów (A) oraz w czasie ruchu opuszczania (B, C, D) i przywodzenia żuchwy (D, E, F).

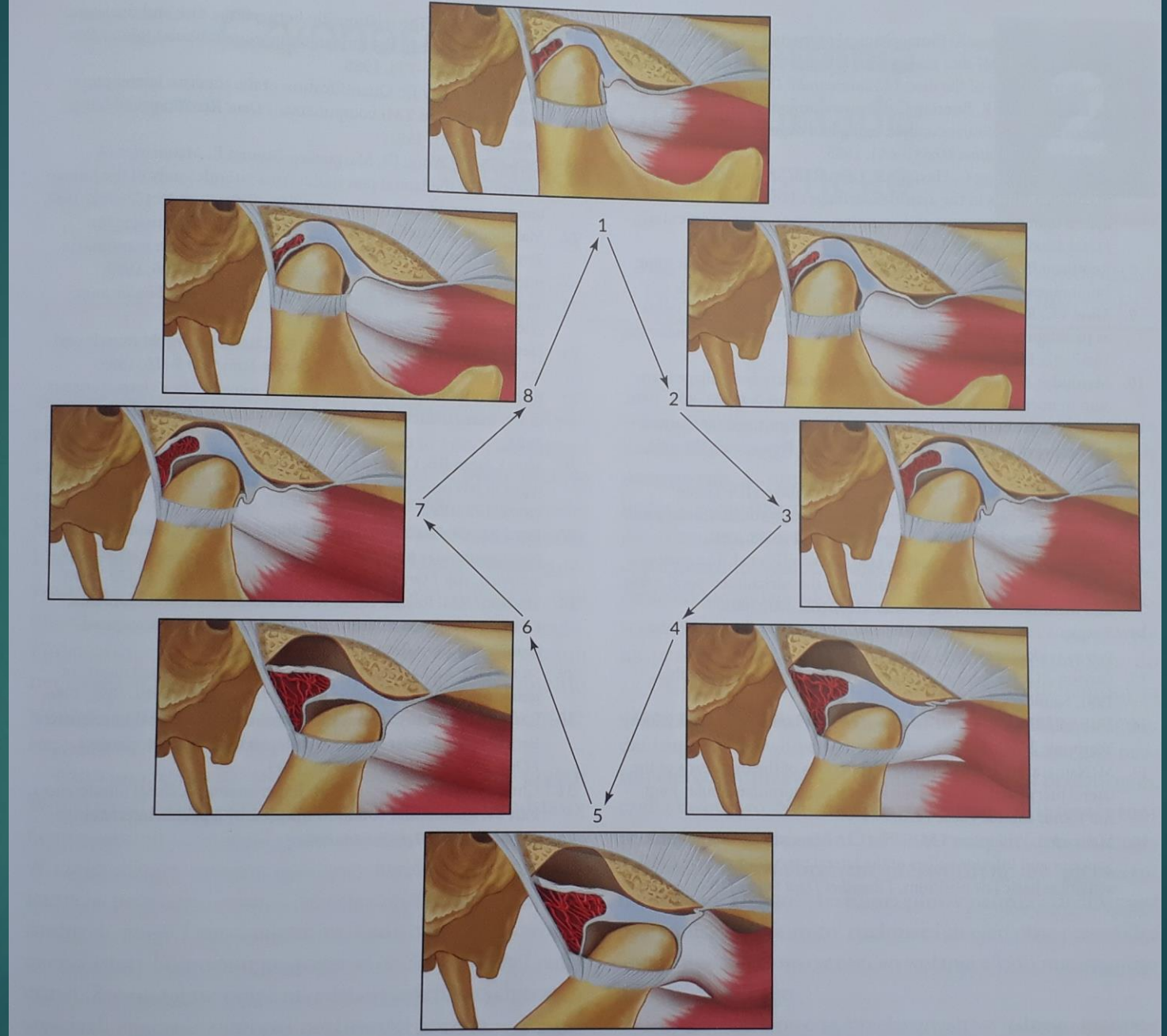
Przemieszczenie krążków stawowych stawów skroniowo-żuchwowych - rozpoznawanie i leczenie,
M. Kleinrok, Tom II, Wyd. Czelej, Lublin 2013

Norma



Leczenie dysfunkcji skroniowo-żuchwowych i zaburzeń zwarcia, Jeffrey P. Okeson, Wyd. Czelej, Lublin 2018

Norma

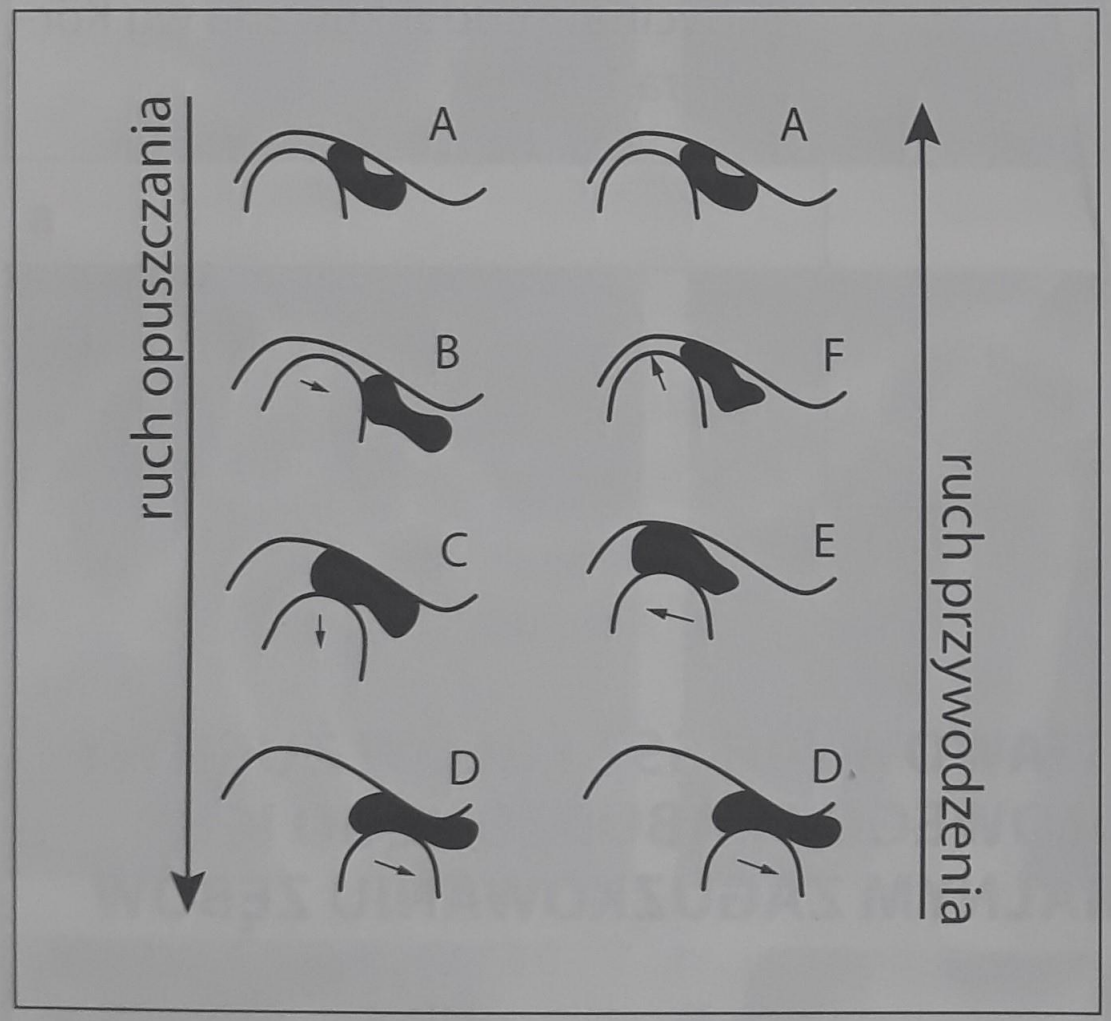


RYC. 1.31. Prawidłowy ruch głowy żuchwy i krążka stawowego przy pełnym zakresie ruchu odwodzenia i przywodzenia żuchwy. Podczas gdy głowa żuchwy przemieszcza się poza dołek stawowy, krążek obraca się na głowie żuchwy do tyłu. Ruch przywodzenia przebiega dokładnie odwrotnie niż ruch odwodzenia.

Leczenie dysfunkcji skroniowo-żuchwowych i zaburzeń zwarcia, Jeffrey P. Okeson, Wyd. Czelej, Lublin 2018

Patologia

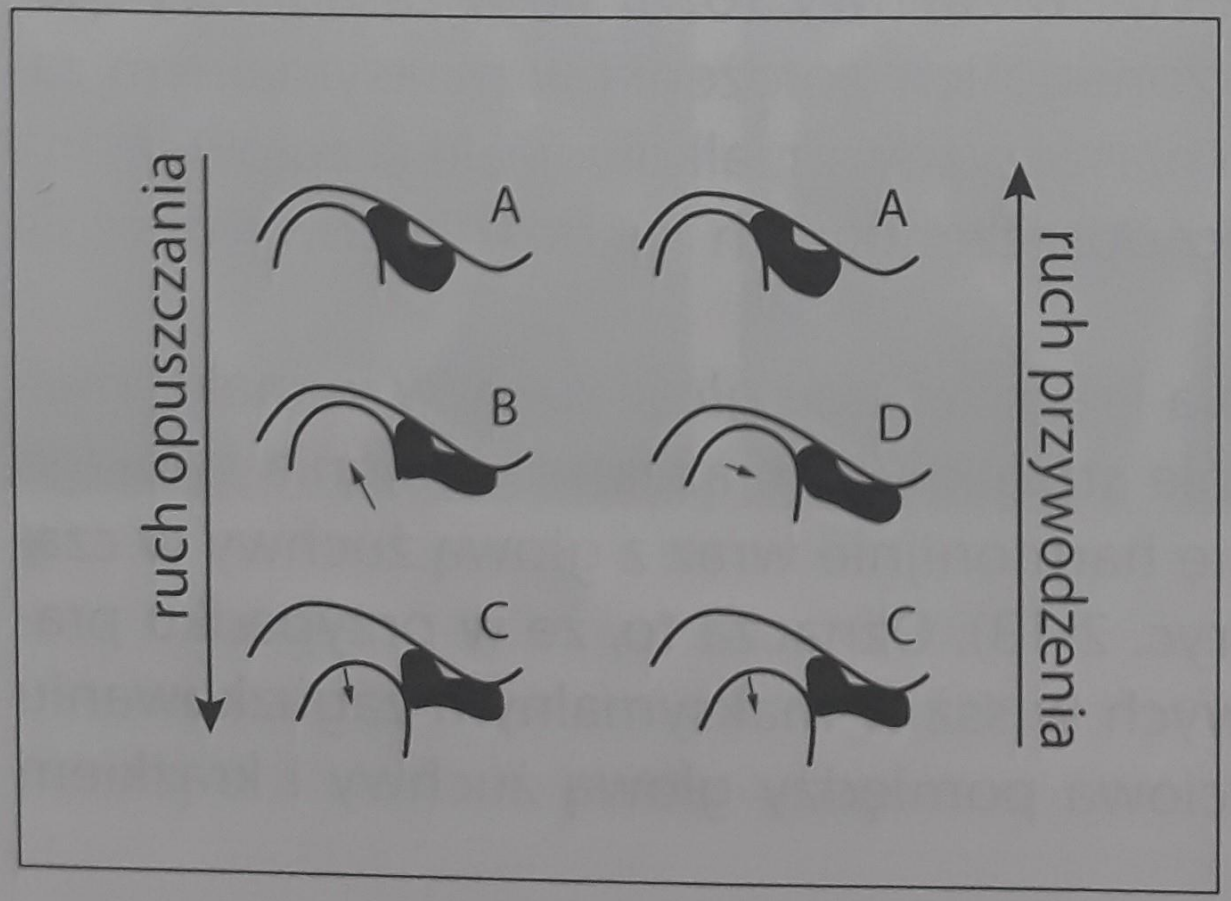
Przemieszczenie krążków stawowych stawów skroniowo-żuchwowych - rozpoznawanie i leczenie, M. Kleinrok, Tom II, Wyd. Czelej, Lublin 2013



RYC. 2–14. Doprzednie przemieszczenie krążka ssż w maksymalnym zaguzkowaniu zębów z repozycją polega na tym, że w czasie ruchu opuszczania żuchwy krążek jest w pierwszej fazie tego ruchu popychany do przodu (B), po czym wraca do prawidłowego położenia na głowę żuchwy (C, D), a w ostatniej fazie przywodzenia żuchwy (F) zostaje wypchnięty przez głowę żuchwy do wyjściowego doprzedniego położenia.

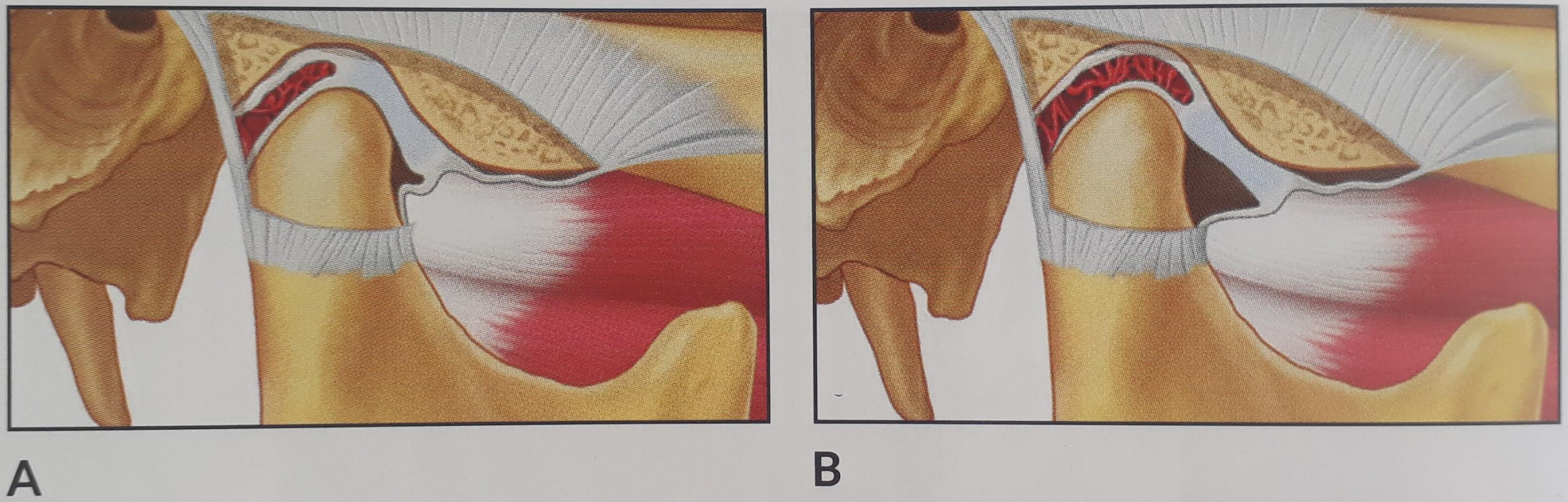
Patologia

Przemieszczenie krążków stawowych stawów skroniowo-żuchwowych - rozpoznawanie i leczenie, M. Kleinrok, Tom II, Wyd. Czelej, Lublin 2013



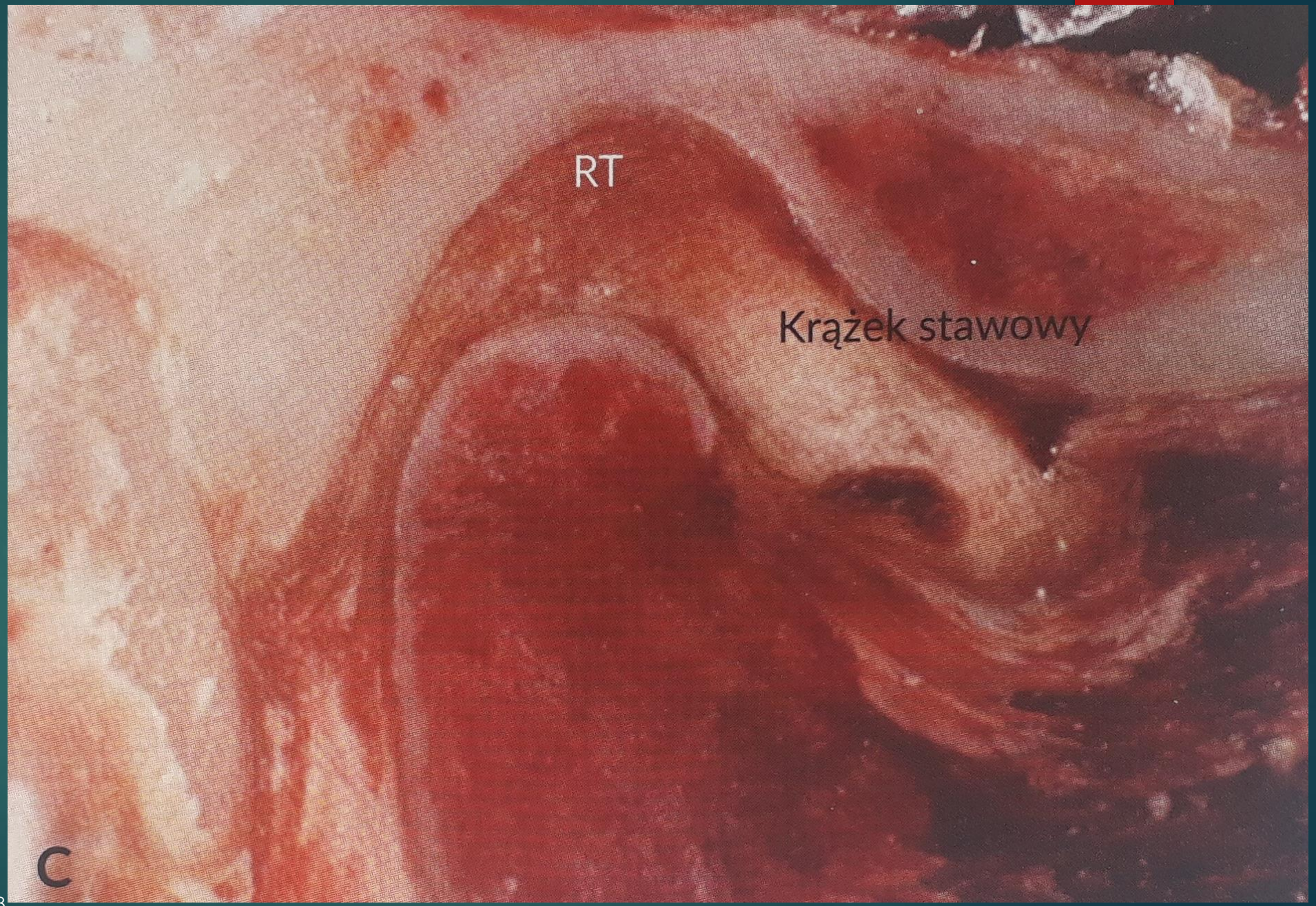
RYC. 2–15. W przypadku doprzedniego przemieszczenia krążka ssż w maksymalnym zaguzkowaniu zębów bez repozycji krążek nie zmienia swojego położenia w czasie ruchu opuszczania i przywodzenia żuchwy.

Patologia



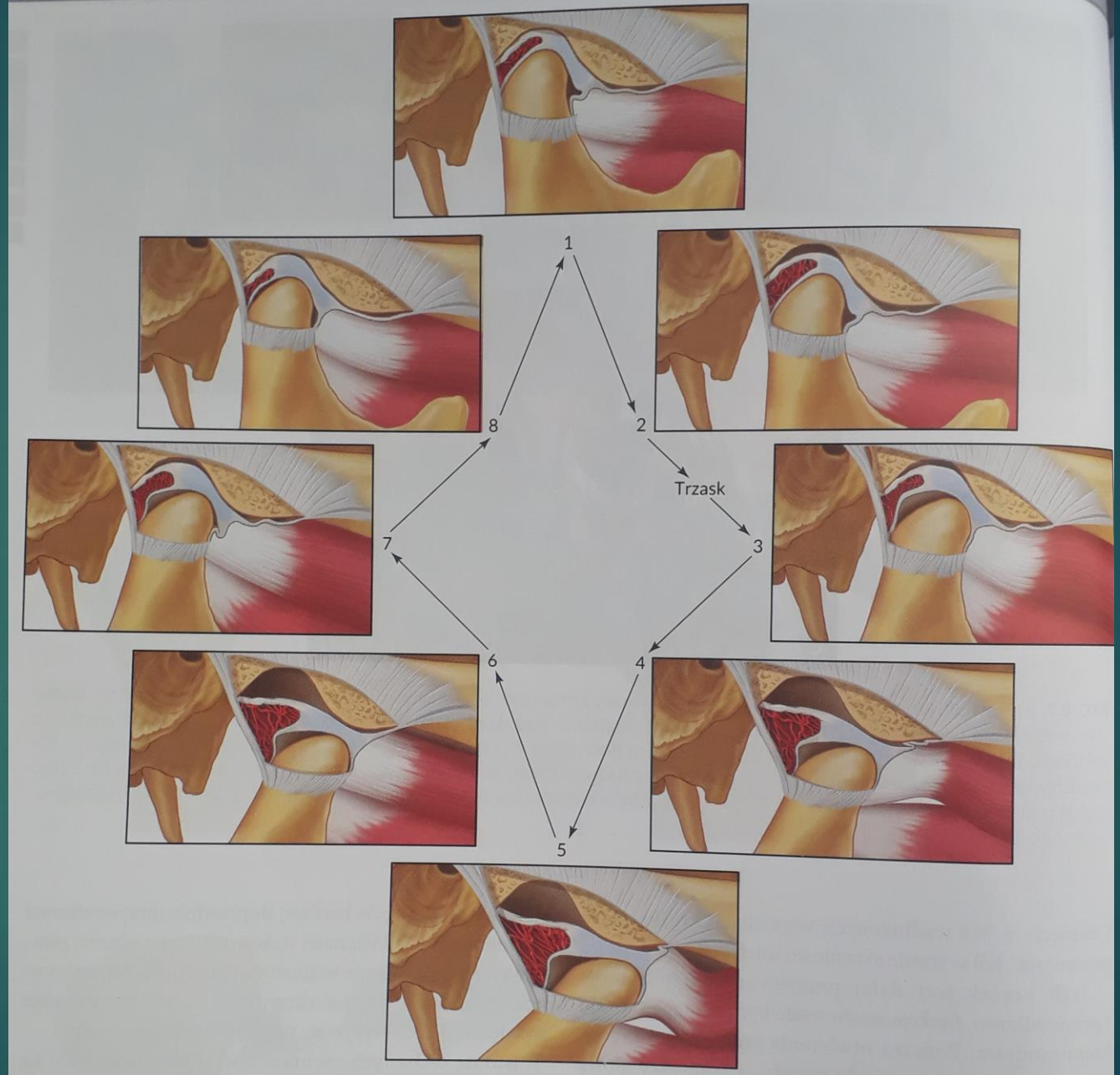
Leczenie dysfunkcji skroniowo-żuchwowych i zaburzeń zwarcia,
Jeffrey P. Okeson, Wyd. Czelej, Lublin 2018

Patologia



Leczenie dysfunkcji skroniowo-żuchwowych i zaburzeń zwarcia, Jeffrey P. Okeson, Wyd. Czelej, Lublin 2018

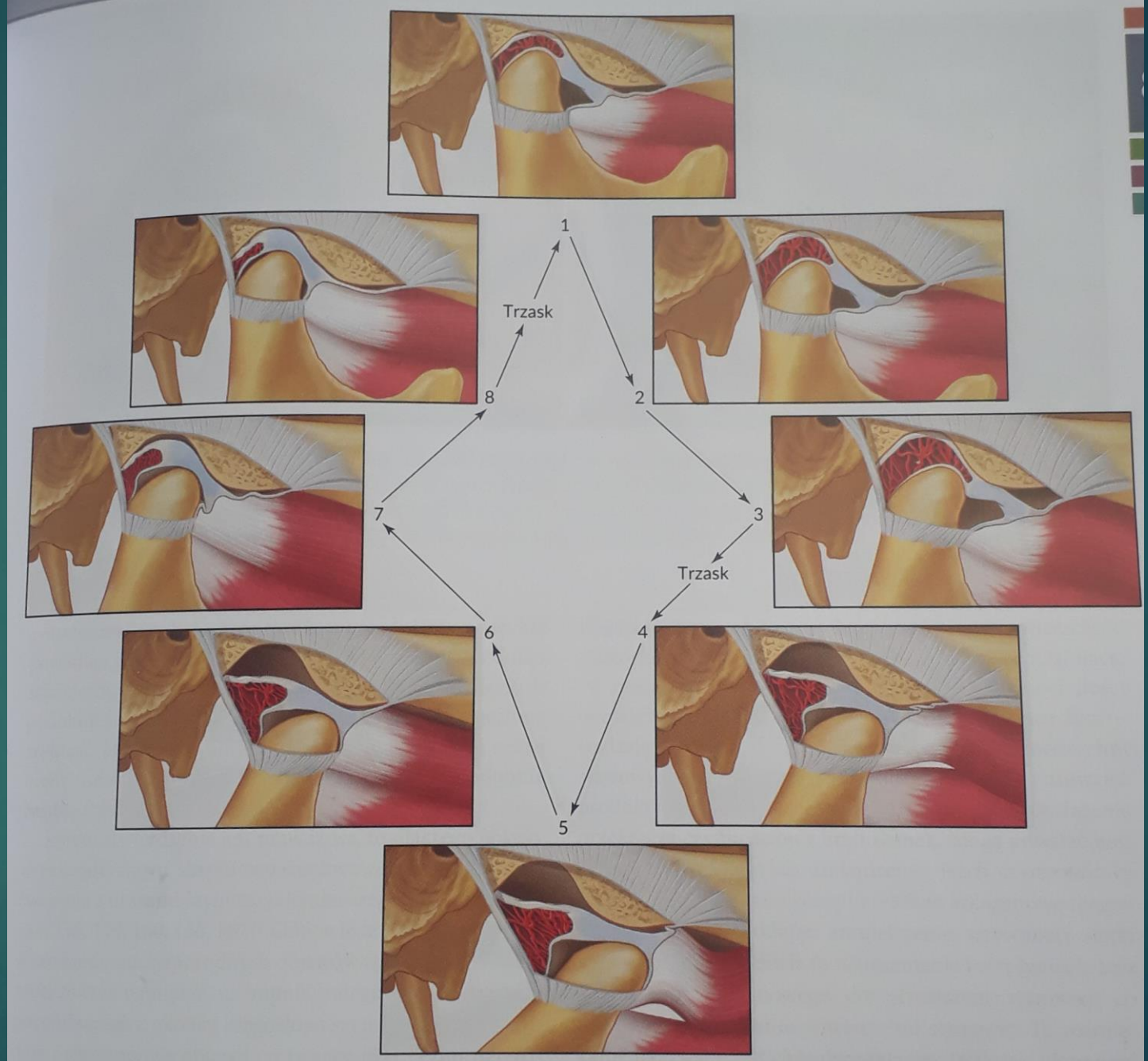
Patologia



RYC. 8.8. Pojedynczy trzask w stawie. Pomiędzy pozycją 2 i 3 odczuwany jest trzask, gdy głowa żuchwy przesuwa się pod tylną krawędzią krążka na część pośrednią. Prawidłowe funkcjonowanie kompleksu głowa żuchwy-krążek stawowy występuje podczas pozostałego ruchu odwodzenia żuchwy i podczas jej przywodzenia. W pozycji, gdy żuchwa jest przywiedziona (1), krążek ulega ponownemu przemieszczeniu ku przodowi i przyśrodkowo w następstwie aktywności mięśnia skrzydłowego bocznego górnego.

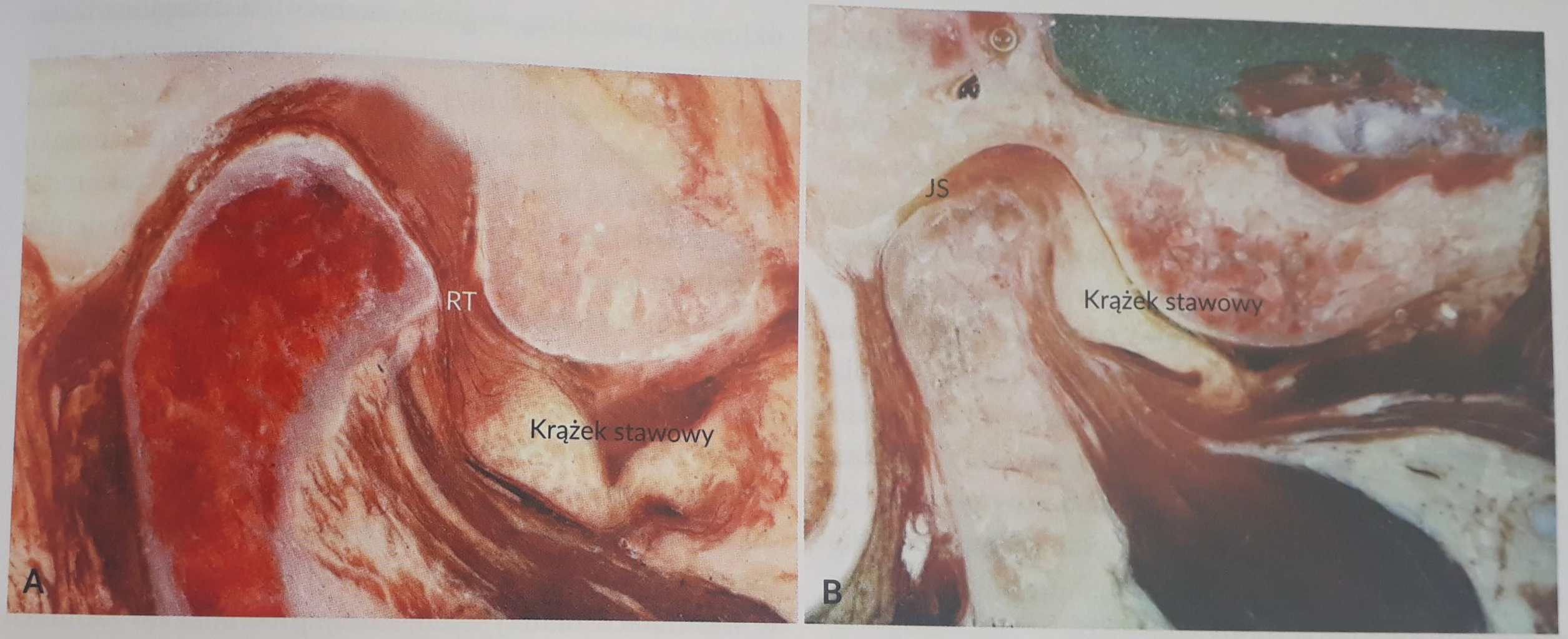
Leczenie dysfunkcji skroniowo-żuchwowych i zaburzeń zwarcia, Jeffrey P. Okeson, Wyd. Czelej, Lublin 2018

Patologia



RYC. 8.13. Dyslokacja czynnościowa krążka z możliwością repozycji (bez zablokowania). Podczas otwierania ust głowa żuchwy przekracza tylną krawędź krążka stawowego i osiąga kontakt z częścią pośrednią, przez co umożliwia repozycję krążka.

Leczenie dysfunkcji skroniowo-żuchwowych i zaburzeń zwarcia, Jeffrey P. Okeson, Wyd. Czelej, Lublin 2018



RYC. 8.15. A. Na tym preparacie widać krążek stawowy, który uległ czynnościowej dyslokacji doprzedniej, a głowa żuchwy całkowicie kontaktuje się z tkankami zakrążkowymi (RT). B. W tym przypadku również występuje doprzednia dyslokacja krążka. Głowa żuchwy przesunęła się bliżej dołka stawowego, tak że przestrzeń stawowa (JS) stała się bardzo wąska. Ta dyslokacja krążka jest prawdopodobnie przewlekła. (Dzięki uprzejmości dr. Pera-Lennarta Westessona, Uniwersytet Rochester, Rochester, NY).

Arkusz badawczy

SZKODLIWE NAWYKI RUCHOWE – PARAFUNKCJE (WŁAŚCIWE PODKREŚLIĆ):

ZACISKANIE ZĘBÓW, ZGRZYTANIE ZĘBAMI, OBGRYZANIE PAZNOKCI, SKÓREK WOKÓŁ PAZNOKCI, ŻUCIE GUMY, NAGRYZANIE OBCYCH PRZEDMIOTÓW, NP. OŁÓWKÓW, DŁUGOPISÓW, OPRAWEK DO OKULARÓW, IGIEŁ, ITP. WARG, BŁONY ŚLUZOWEJ POLICZKÓW, JĘZYKA I INNE……

Arkusz badawczy

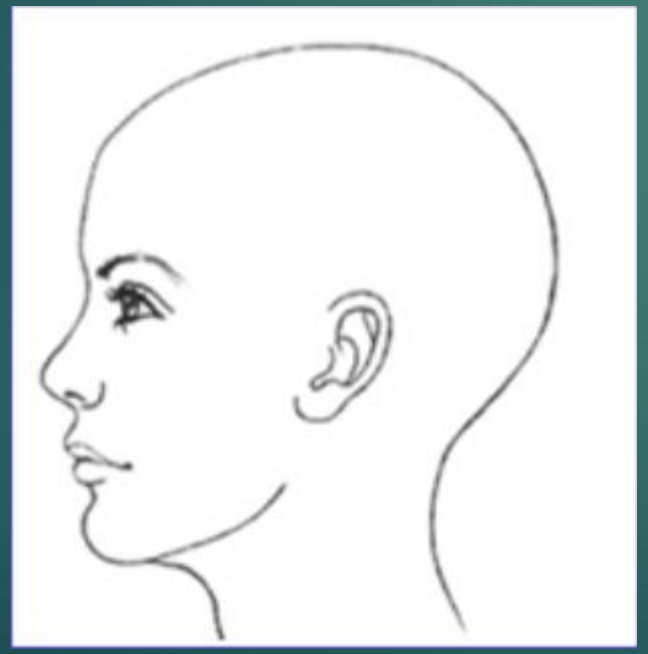
OBJAWY (WŁAŚCIWE PODKREŚLIĆ):

BÓL TWARZY, OCZU, UCZUCIE WYSADZANIA GAŁEK OCZNYCH, ŁZAWIENIE, BÓL USZU, SZUM W USZACH, BÓLE SZYI, PASA BARKOWEGO, KLATKI PIERSIOWEJ, KRĘGOSŁUPA (SZYJNY, PIERSIOWY, LĘDŹWIOWO-KRZYŻOWY), KOŃCZYN GÓRNYCH, DOLNYCH, INNE OBJAWY MIEJSCOWE I ODLEGŁE……

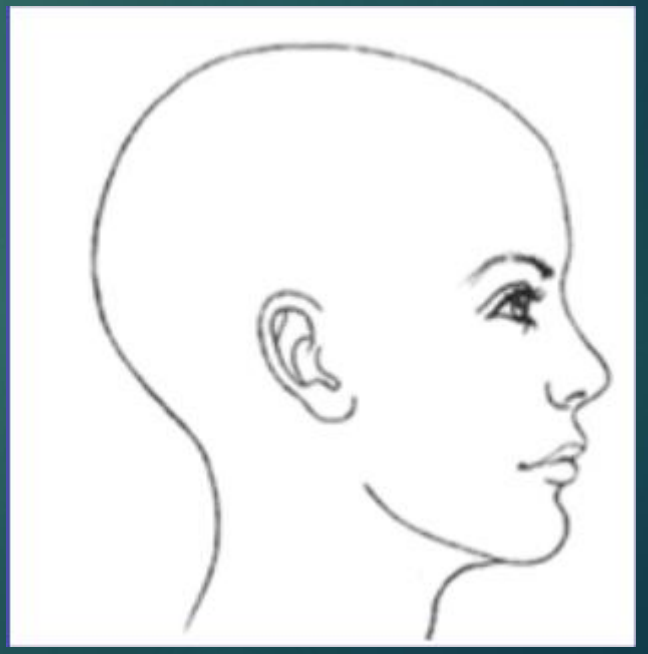
Arkusz badawczy

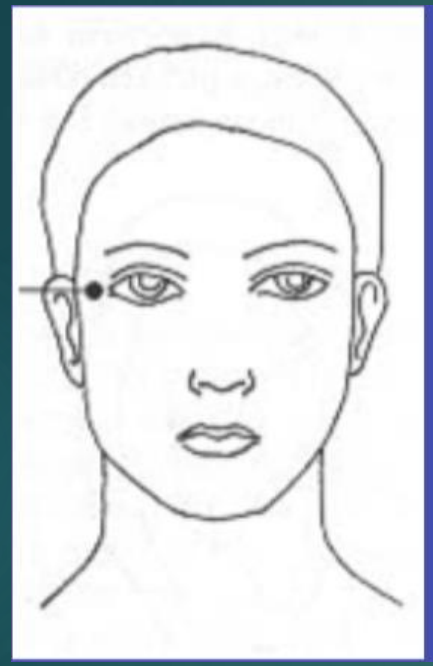
PROSZĘ ZAZNACZYĆ OKOLICĘ GŁOWY I TWARZY, W KTÓREJ WYSTĘPUJE BÓL

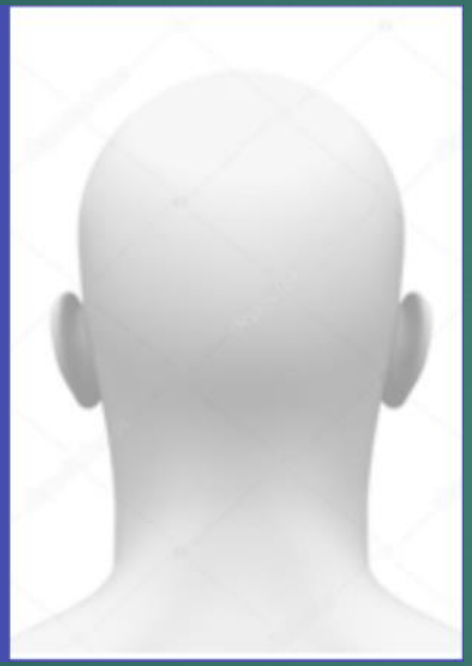
L



P







Arkusz badawczy

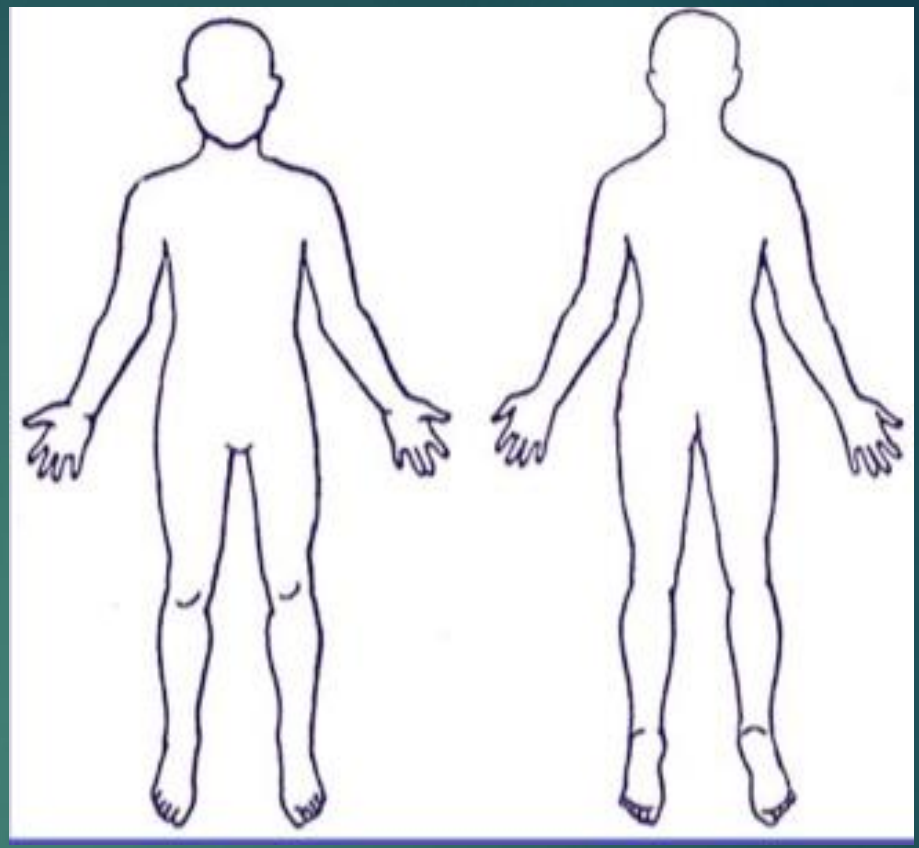
Arkusz badawczy

CHOROBY OGÓLNE……

PRZEBYTE URAZY GŁOWY LUB SZYI……

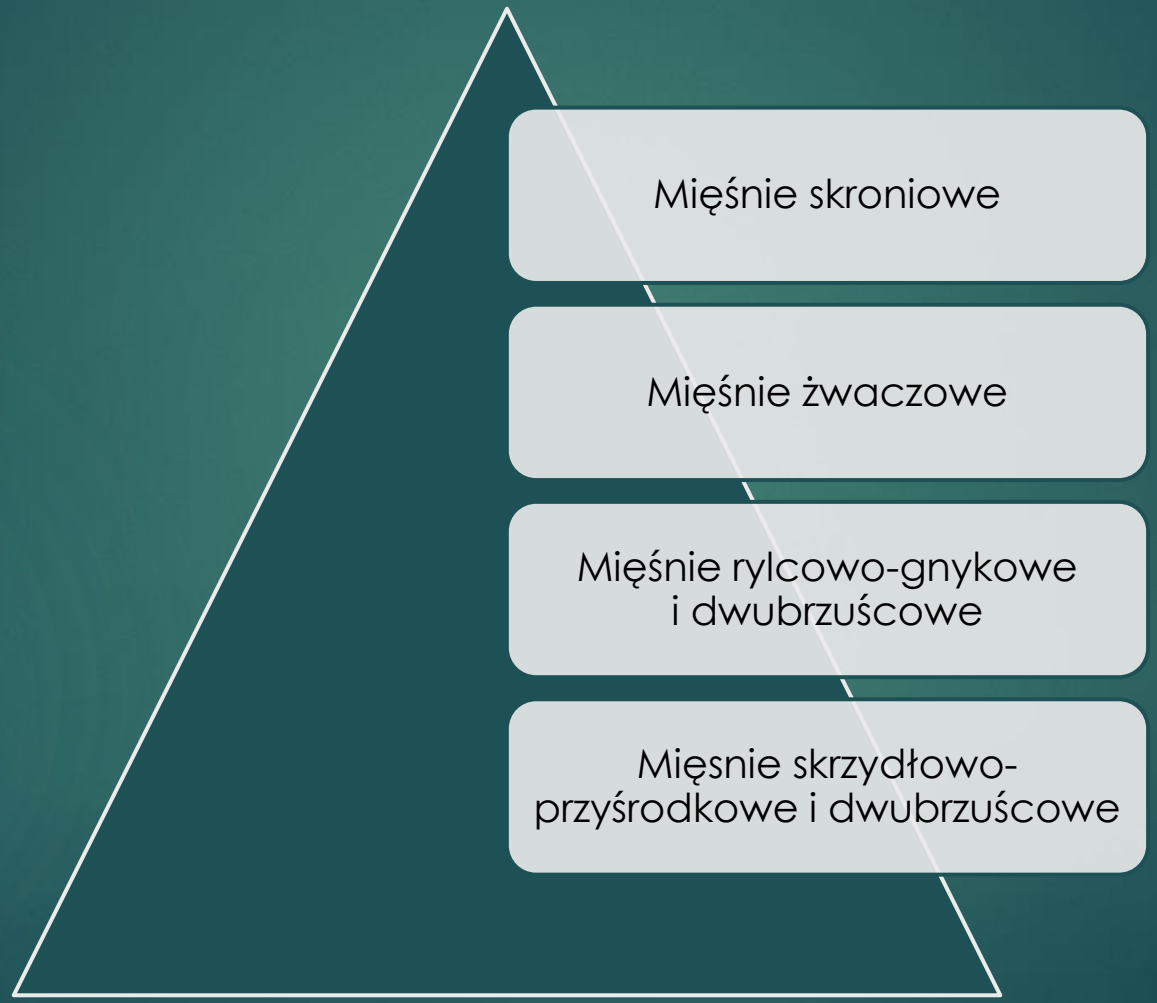
PRZEBYTE LECZENIE SPECJALISTYCZNE (WŁAŚCIWE PODKREŚLIĆ): ORTODONTYCZNE, PROTETYCZNE, LECZENIE DYSFUNKCJI NARZĄDU ŻUCIA, NEUROLOGICZNE, REUMATOLOGICZNE, ORTOPEDYCZNE, INNE ……

Arkusz badania



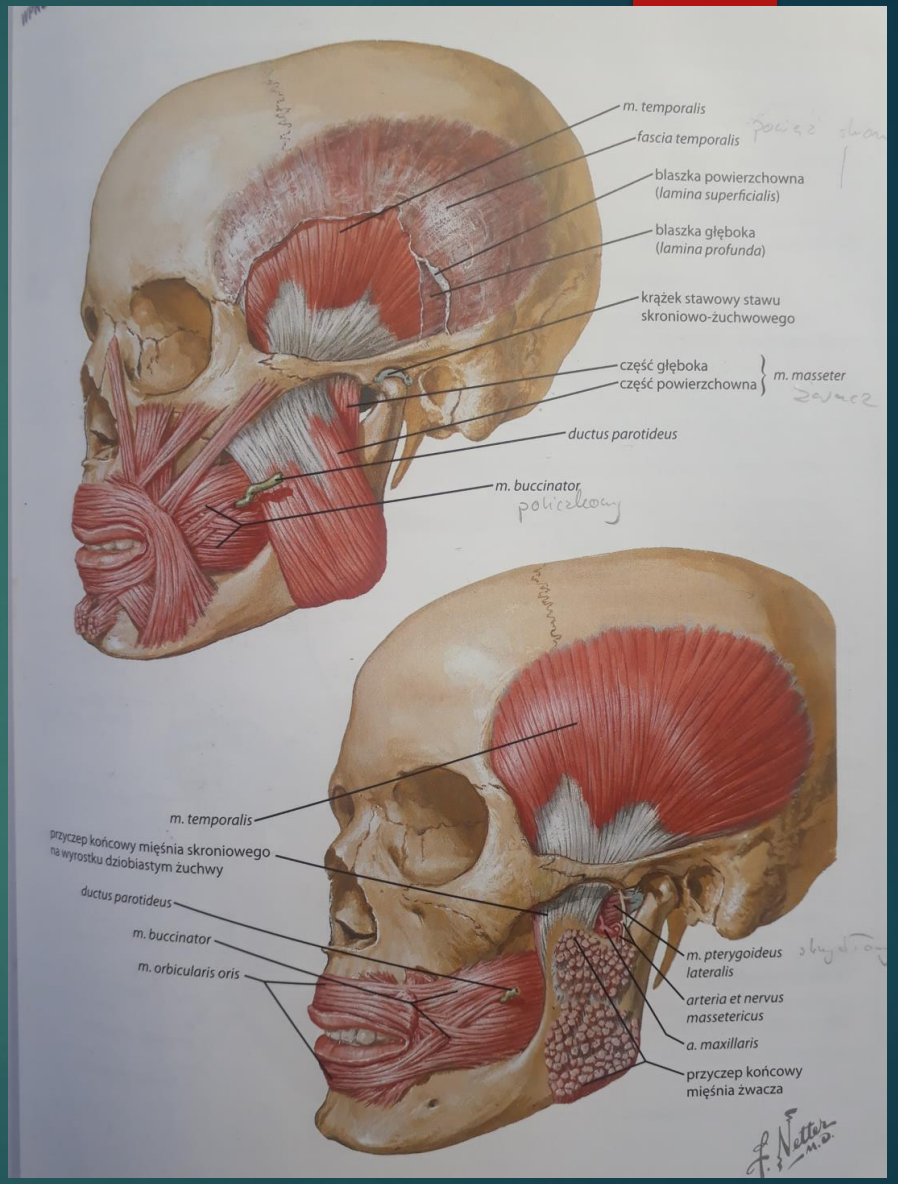
UWAGA! PROSZĘ ZAKRESKOWAĆ OKOLICE TWARZY, GŁOWY I CAŁEGO CIAŁA, W KTÓRYCH WYSTĘPUJE U PANI/A NAPIĘCIE LUB BÓL MIĘŚNI I/LUB STAWÓW WZGLĘDNIE INNE DOLEGLIWOŚCI, BOLESNE PUNKTY ZAKREŚLIĆ KÓŁKIEM, A STRZAŁKAMI OZNACZYĆ PROMIENIOWANIE BÓLU I KIERUNEK ROZPRZESTRZENIANIA SIĘ INNYCH, BEZBÓLOWYCH OBJAWÓW. NA ODWROCIE PROSZĘ SZCZEGÓŁOWO OPISAĆ SWOJE DOLEGLIWOŚCI.

Palpacja mięśni narządu żucia



Palpacja mięśnia skroniowego:

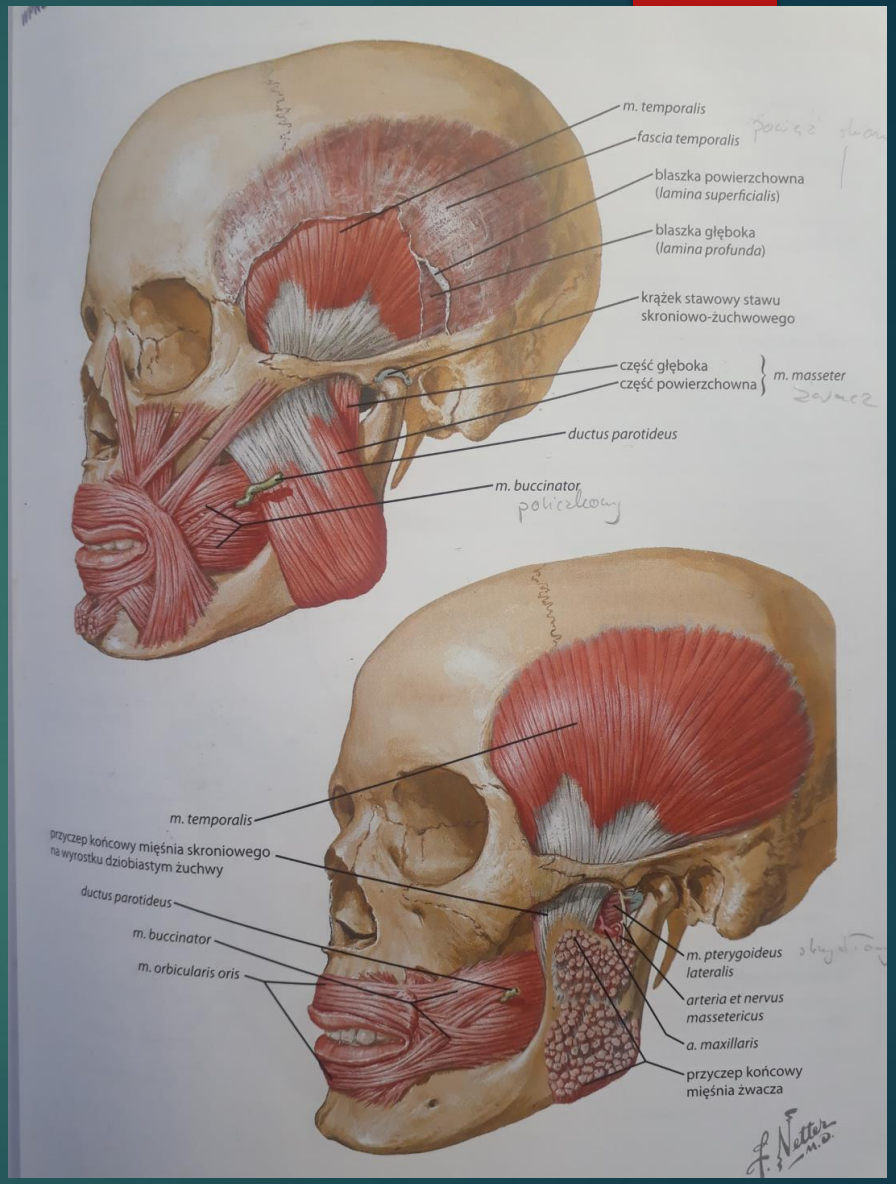
1) Palpujemy tylne włóka w tyle za uchem, bezpośrednio powyżej uszu;
2) Palpujemy środkowe włókna w zagłębieniu około 4-5 cm bocznie do bocznej krawędzi łuku brwiowego;
3) Palpujemy przednie włókna nad dołem skroniowym, bezpośrednio nad wyrostkiem jarzmowym.



Atlas anatomii głowy i szyi dla stomatologów Nettera, Neil S. Norton, Wyd. Elsevier Urban & Partner Wrocław 2012

Palpacja żwaczy:

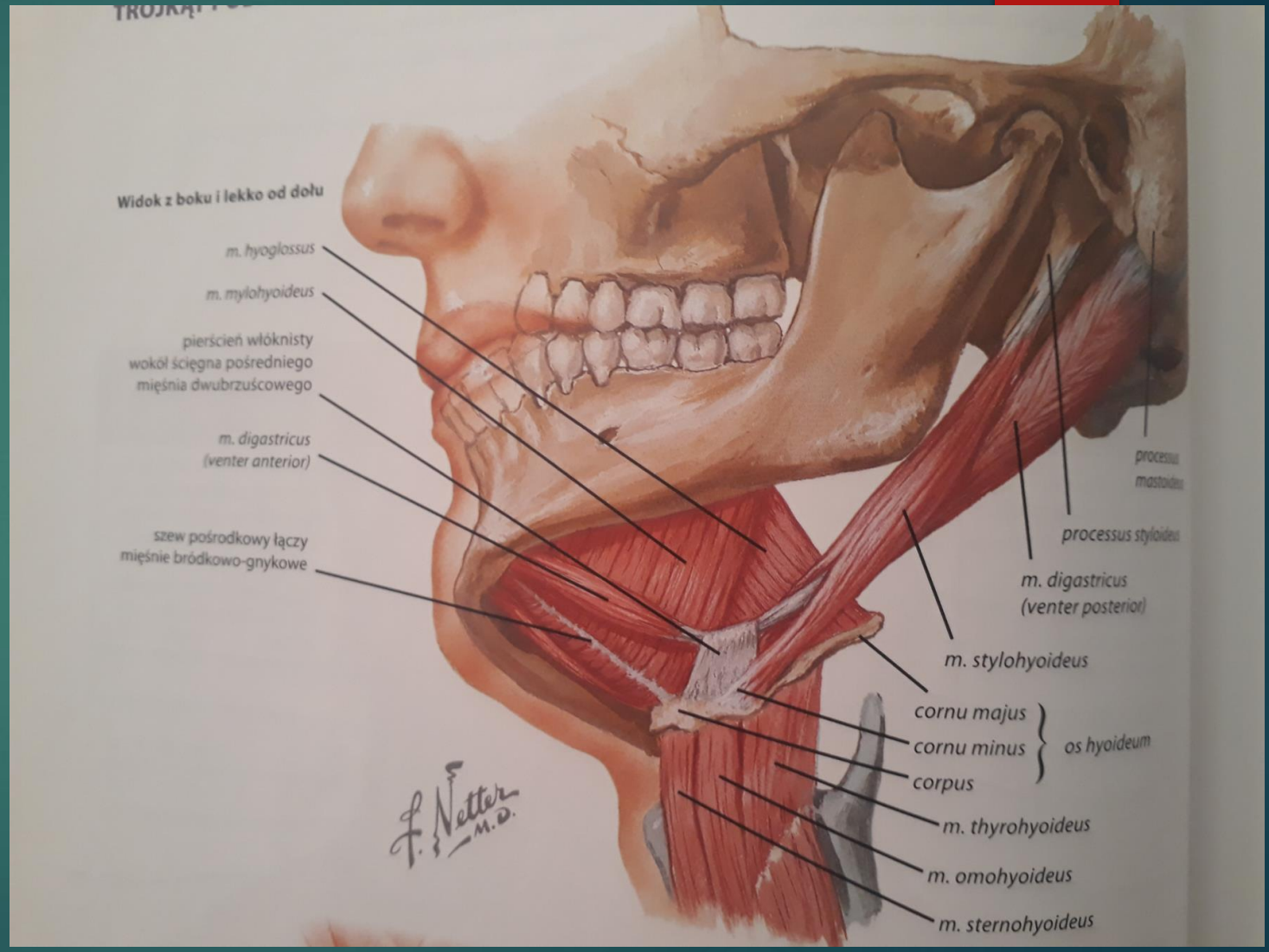
1) Palpujemy górną część żwacza, zaczynając 1 cm od ssż, zaraz poniżej łuku jarzmowego;
2) Palpujemy środkową część żwacza w połowie między przyczepem początkowym a końcowym;
3) Palpujemy dolną część żwacza. Rozpoczynamy na tylnej granicy w okolicach kąta żuchwy.



Atlas anatomii głowy i szyi dla stomatologów Nettera, Neil S. Norton, Wyd. Elsevier Urban & Partner Wrocław 2012

Palpacja mięśni rylcowo-gnykowego oraz tylnego brzuśca dwubrzuścowego:

Prosimy pacjenta, aby głowę odchylił lekko do tyłu. Szukamy miejsca palpacji między początkiem mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego a tylną granicą żuchwy. Kładziemy palec tak, aby był przyśrodkowo i do góry (i nie dotykał żuchwy). Badamy palpacyjnie okolice przednio i przyśrodkowo.



Atlas anatomii głowy i szyi dla stomatologów Nettera, Neil S. Norton, Wyd. Elsevier Urban & Partner Wrocław 2012

Wolne ruchy żuchwy

Opuszczanie żuchwy

- Zakres: …mm
- Zbaczanie:
- Ból:
- Trzaski i trzeszczenia:

Wolne ruchy żuchwy

Przywodzenie żuchwy

- Zakres: …mm
- Zbaczanie:
- Ból:
- Trzaski i trzeszczenia:

Wolne ruchy żuchwy

Wysuwanie żuchwy

- Zakres: …mm
- Zbaczanie:
- Ból:
- Trzaski i trzeszczenia:

Wolne ruchy żuchwy

Ruch w lewo żuchwy

- Zakres: …mm
- Zbaczanie:
- Ból:
- Trzaski i trzeszczenia:

Wolne ruchy żuchwy

Ruch w prawo żuchwy

- Zakres: …mm
- Zbaczanie:
- Ból:
- Trzaski i trzeszczenia:

Arkusz badania

OSŁUCHIWANIE LEWEGO I PRAWEGO KŁYKCIA (KLIKANIE, KREPITACJE):

1. ODWIEDZENIE
2. PRZYWIEDZENIE
3. WYSUWANIE
4. RUCH W LEWO
5. RUCH W PRAWO

Arkusza badania

STATYCZNY TEST:

TERAPEUTA PRZYTRZYMUJE ŻUCHWĘ (POD BRÓDKĄ) PACJENTA. NASTĘPNIE ZACHĘCA PACJENTA BYŁ WYKONAŁ RUCH OTWARCIA UST, PRZESUNIĘCIA W BOK ORAZ RUCH DOPRZEDNI. TERAPEUTA WYKONUJE MOCNY OPÓR.

Arkusza badania

TEST DYNAMICZNY:

TERAPEUTA PRZYTRZYMUJE ŻUCHWĘ (POD BRÓDKĄ) PACJENTA. NASTĘPNIE ZACHĘCA PACJENTA BYŁ WYKONAŁ RUCH OTWARCIA UST, PRZESUNIĘCIA W BOK ORAZ RUCH DOPRZEDNI. TERAPEUTA WYKONUJE LEKKI OPÓR.

Arkusza badania

TEST CZUCIA KOŃCOWEGO:

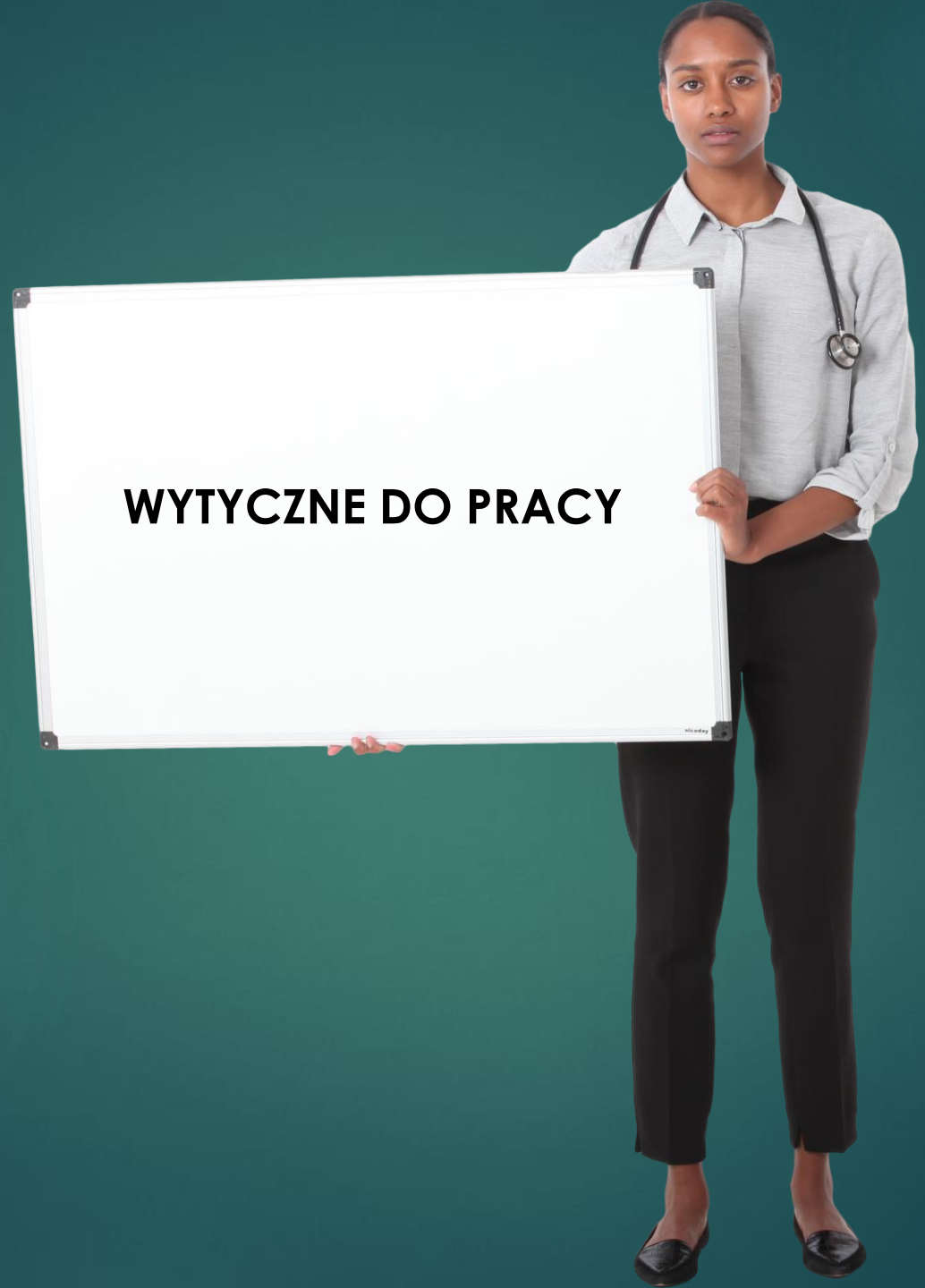
TERAPEUTA OTWIERA USTA PACJENTA DWOMA PALCAMI, UŁOŻONYMI "SCYZORYKOWO" MIĘDZY SIEKACZAMI.
TERAPEUTA OCENIA MOŻLIWOŚĆ MAKSYMALNEGO OTWARCIA UST.

Arkusza badania

TEST CZUCIA KOŃCOWEGO:

CZUCIE ELASTYCZNE I BOLESNE - OGRANICZENIA MIĘŚNIOWE

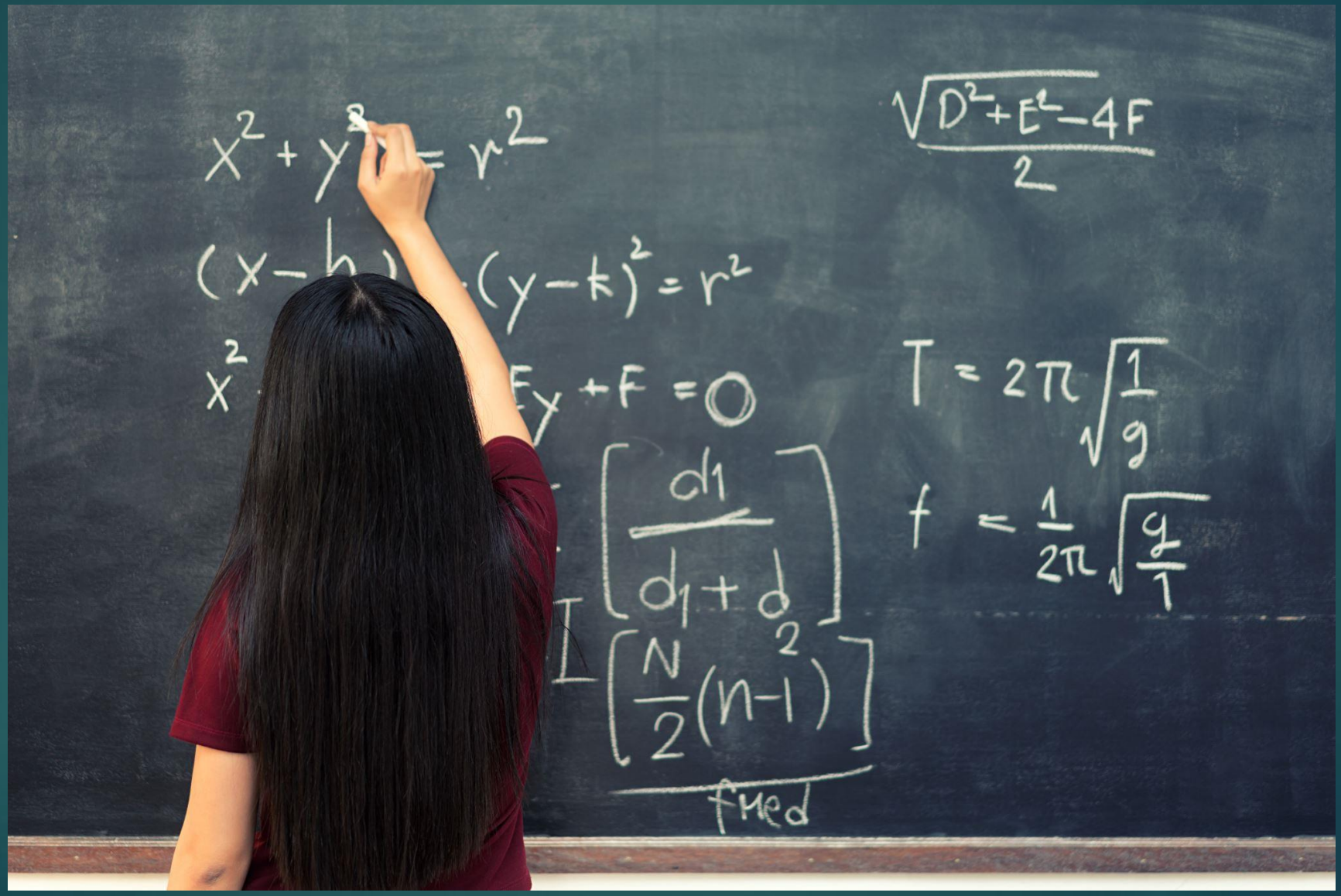
CZUCIE TWARDE I BOLESNE - OGRANICZENIE STAWOWE


WYTYCZNE DO PRACY

PRZYSZŁOŚĆ

RADOŚĆ

Edukacja pacjenta



Edukacja pacjenta

1) UNIKAJ TWARDEGO JEDZENIA.
2) UNIKAJ DŁUGIEGO ŻUCIA.
3) ZWRACAJ UWAGĘ NA KĘSY, KTÓRE ODGRYZASZ.
4) UNIKAJ SZEROKIEGO OTWIERANIA BUZI W TRAKCIE ZIEWANIA.
5) ZWRACAJ UWAGĘ NA SWOJĄ POSTAWĘ.
6) ZWRACAJ UWAGĘ, BY TWOJE ZĘBY NIE BYŁY W KONTAKCIE.
7) UNIKAJ ŚRODOWISKA, W KTÓRYM ODCZUWASZ STRES.
8) UNIKAJ SPANIA NA BRZUCHU I BOKU.
9) UNIKAJ SZEROKIEGO OTWIERANIA UST W TRAKCIE CAŁOWANIA.
10) UNIKAJ PALENIA.

Hipermobilność

OCENIANA STRONA PRAWA I LEWA:

1) PRZEPROST W STAWIE ŁOKCIOWYM > 10 STOPNI;
2) BIERNE PRZECIĄGNIĘCIE KCIUKA DO PRZEDRAMIENIA;
3) PRZEPROST W STAWACH MCP (ŚRÓDRĘCZNO-PALICZKOWYCH) > 90 STOPNI;
4) PRZEPROST W STAWIE KOLANOWYM > 10 STOPNI;
5) POŁOŻENIE DŁONI PŁASKO NA PODŁODZE PODCZAS SKŁONU W PRZÓD PRZY WYPROSTOWANYCH KOLANACH

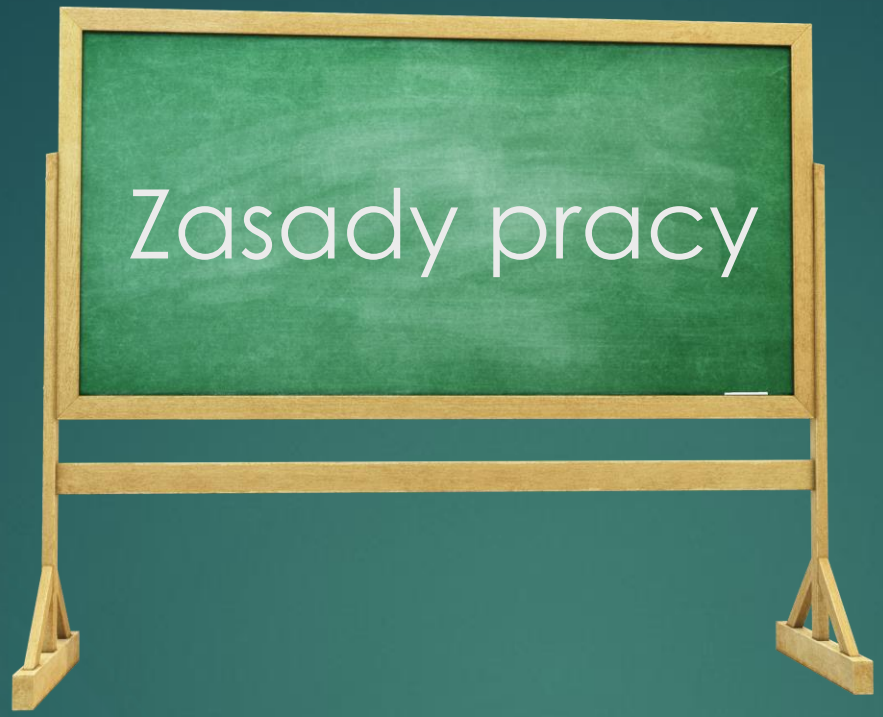
MAKSYMALNA LICZBA PKT. 9

O OBECNOŚCI HIPERMOBILNOŚCI STAWÓW ŚWIADCZY WYNIK > LUB RÓWNY 4

Zmodyfikowana Skala Beighton

Hipermobilność - postępowanie

1) UNIKANIE PRACY SIEDZĄCEJ: OBSŁUGA KOMPUTERA, STOMATOLODZY, KIEROWCY.
2) UNIKANIE SPORTÓW, W KTÓRYCH WYKORZYSTUJE SIĘ ROZCIĄGANIE: AKROBATYKA, GIMNASTYKA, SIATKÓWKA, SPORTY WALKI.
3) UNIKANIE ĆWICZEŃ ROZCIĄGAJĄCYCH I ROZLUŹNIAJĄCYCH STAWY.
4) WSKAZANE TRENINGI ZWIĘKSZAJĄCE SIŁĘ MIĘŚNIOWĄ I STABILIZACJE STAWÓW (ĆWICZENIA PROPRIOCEPCJI).
5) ZALECENIE PŁYWANIA STYLEM GRZBIETOWYM, NORDIC WALKING, ĆWICZENIA TRX, JAZDA KONNA, NARCIARSTWO BIEGOWE, SIŁOWNIA.
6) DOSTARCZANIE ORGANIZMOWI WITAMINY E, MAGNEZU, SELENU, CYNKU.
7) UNIKANIE SZEROKIEGO OTWIERANIA UST, W TRAKCIE ZIEWANIA ZALECANIE PACJENTOM DOTYKANIA CZUBKIEM JĘZYKA DO PODNIEBIENIA GÓRNEGO.



1 W TRAKCIE ĆWICZEŃ NIE DOPROWADZAMY DO TRZASKÓW W TMJ;

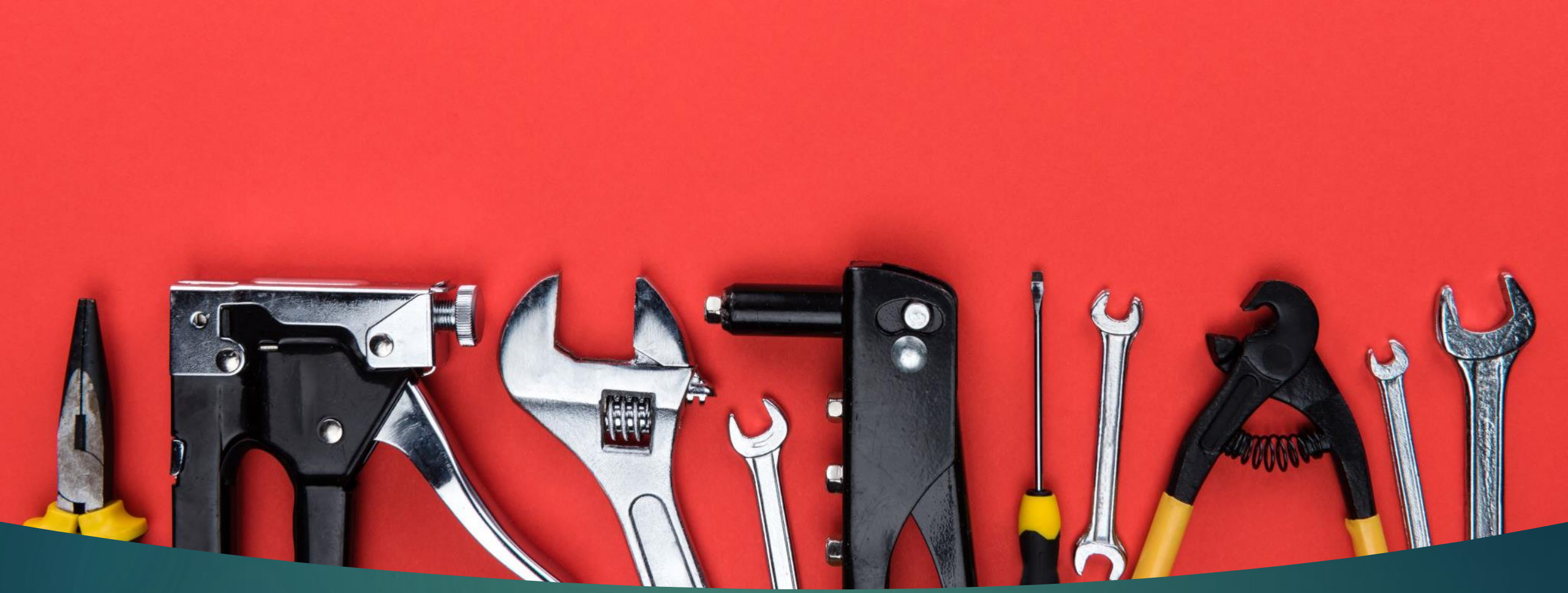
2 ZAKRES RUCHOMOŚCI NIE POWINIEN PRZEKRACZAĆ FIZJOLOGII I BÓLU.

Mobilizacja TMJ

- Zmniejszenie ciśnienia wewnątrzstawowego
- Zwiększenie ruchomości w obrębie stawu

ZABLOKOWANIE KRĄŻKA

50% - 80% PROCENT ZABLOKOWANYCH KRĄŻKÓW MOŻE ULEC ODBLOKOWANIU PRZEZ NASTAWIENIE W CIĄGU DO 2 TYGODNI, JEDNAK PRZED WYKONANIEM MANIPULACJI, NALEŻY ROZLUŹNIĆ MIĘŚNIE



Mobilizacja TMJ

TRAKCJA I TRANSLACJA

MÓW-MOVE Kraków, 13.05.2023

Mobilizacja TMJ

TRAKCJA

- Pacjent ułożony na plecach.
- Terapeuta stoi z boku pacjenta.
- Kciuk terapeuty umieszczany jest na górnej powierzchni trzonowców żuchwy.
- Druga ręka stabilizuje głowę.
- Kciuk wywiera nacisk na trzonowce w dół - wzdłuż przebiegu gałęzi żuchwy

Mobilizacja TMJ

TRANSLACJA

- Pacjent ułożony na plecach.
- Terapeuta stoi z boku pacjenta.
- Kciuk terapeuty umieszczany jest na górnej powierzchni trzonowców żuchwy.
- Druga ręka stabilizuje głowę.
- Terapeuta wykonuje ruch przesunięcia gałęzi żuchwy przyśrodkowo.

Terapia mięśniowa

PIR

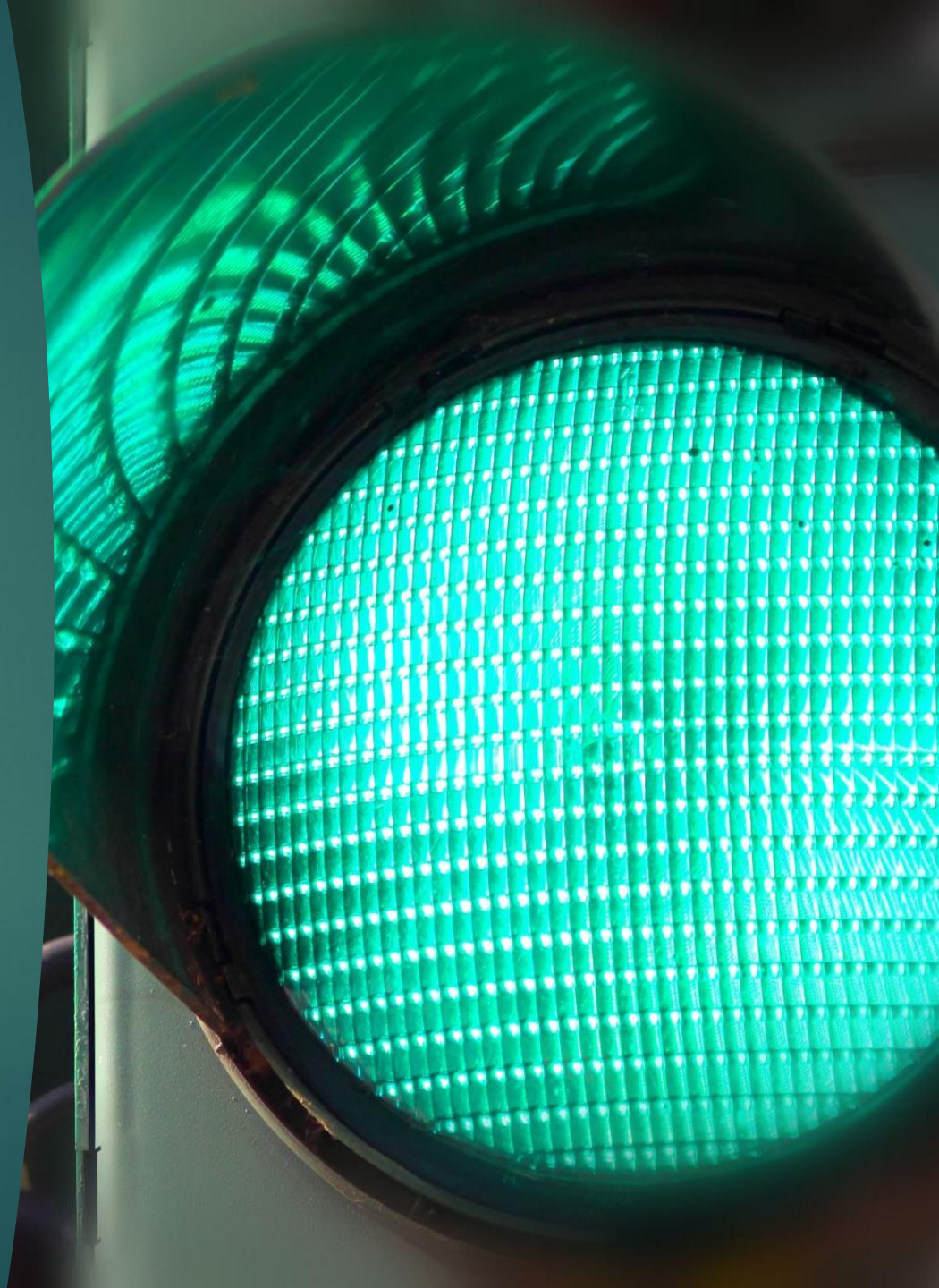
Rozluźnianie mięśniowo-powięziowe

Uwolnienie podłużne

Kompresja ischemiczna

Poizometryczna relaksacja mięśni

- ROZLUŹNIA PRZYKURCZE MIĘŚNIOWE;
- LIKWIDUJE PUNKTY SPUSTOWE;
- UŚMIERZA BÓL W NARZĄDZIE ŻUCIA;
- POPRAWIA RUCHOMOŚĆ UKŁADU ŻUCIA, NP. PO DŁUGOTRWAŁYM UNIERUCHOMIENIU.



Poizometryczna relaksacja mięśni

- BRAK WSPÓŁPRACY PACJENTA Z TERAPEUTĄ;
- ZŁAMANIA, ZWICHNIĘCIA;
- ZERWANIE MIĘŚNI, PRZERWANIE CIĄGŁOŚCI TKANEK.

Zasady stosowania

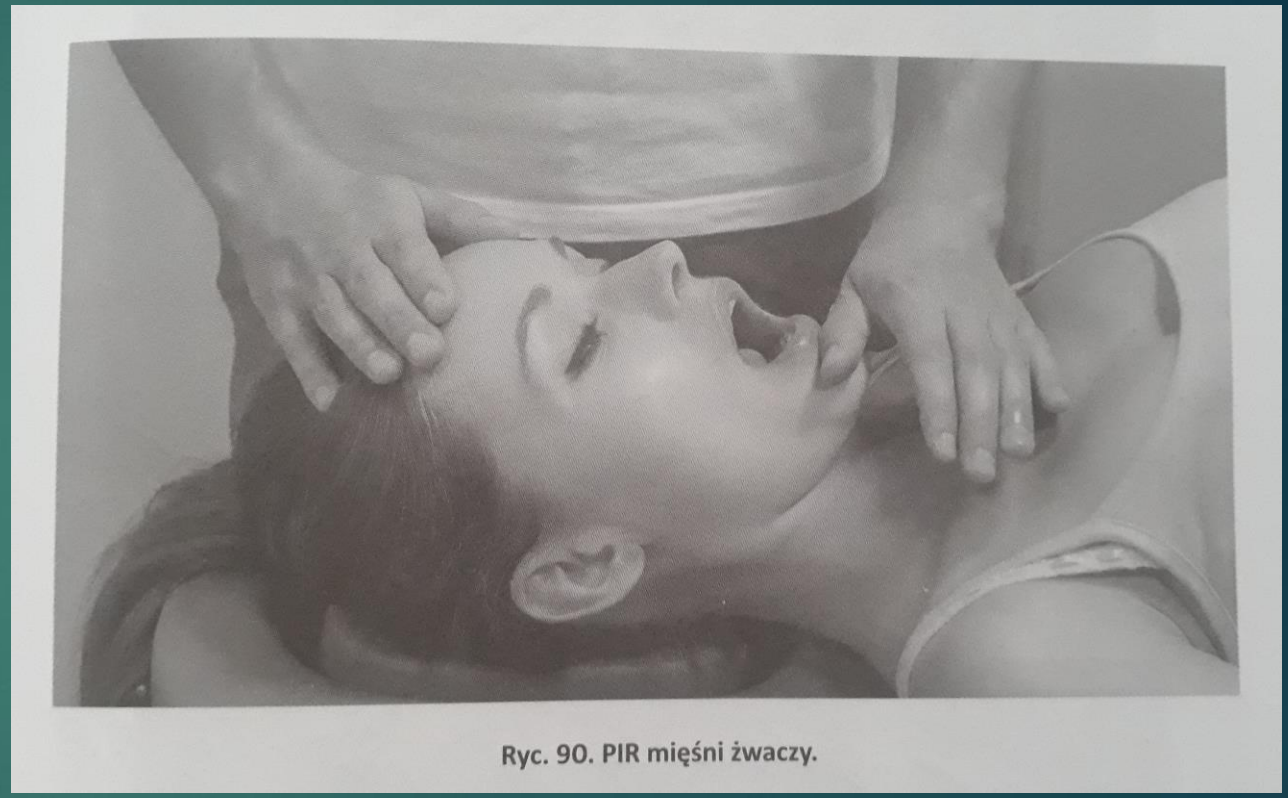
Każdy cykl składa się z 3 faz:

- Rozciągnięcie mięśnia do pierwszego, najmniejszego uczucia rozciągnięcia lub bólu i następnie zatrzymanie ruchu rozciągającego.
- Naciskanie przeciwko oporowi przez ok. 10 sek. z minimalną siłą, wyzwalające napięcie izometryczne (bez wykonania ruchu).
- Zaprzestanie naciskania naprzeciw oporowi powoduje rozluźnienie mięśni. Następnie powoli przesuwa się daną część ciała w kierunku rozciągającym mięśnie.
- Cykl powtarzamy 3-5 razy.
- Na koniec wykonujemy skurcz mięśni antagonistycznych.

Ćwiczenia

Mięśnie żwacze

- Terapeuta układa kłęb kciuka na bródce i delikatnie odwodzi żuchwę do uczucia bólu lub ograniczenia otwarcia.
- Pacjent wykonuje napięcie, jakby chciał zamknąć usta, a terapeuta stawia delikatny opór. Napięcie trwa ok. 10 sek.
- Po 10 sek. pacjent wykonuje wydech, a terapeuta znów delikatnie odwodzi żuchwę do miejsca uczucia bólu lub ograniczenia ruchowego.
- Po wykonaniu od 3 do 5 cykli, pacjent wykonuje skurcz mięśni antagnonistycznych - ruch brody w kierunku mostka.

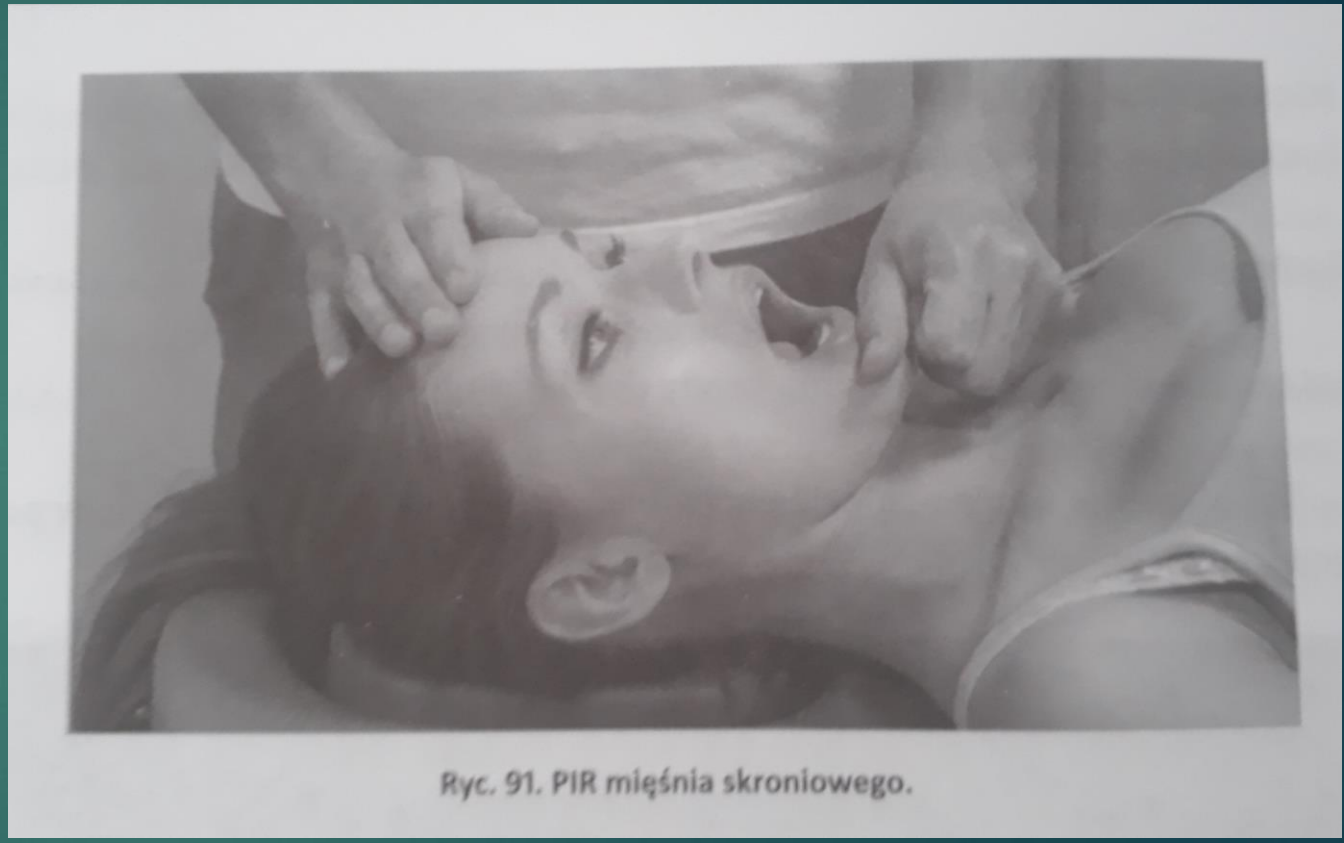


Ryc. 90. PIR mięśni żwaczy.

Rehabilitacja stomatologiczna, K. Gorzchechowski, Wyd. Kargo, Białystok 2016

Mięśnie skroniowe

- Terapeuta układa kłęb kciuka na bródce i delikatnie odwodzi żuchwę do uczucia bólu lub ograniczenia otwarcia.
- Pacjent wykonuje napięcie, jakby chciał zamknąć usta, a terapeuta stawia delikatny opór. Napięcie trwa ok. 10 sek.
- Po 10 sek. pacjent wykonuje wydech, a terapeuta znów delikatnie odwodzi żuchwę z przesunięciem w bok, w kierunku przeciwnym do rozciąganego mięśnia.
- Po wykonaniu od 3 do 5 cykli, pacjent wykonuje skurcz mięśni antagonistycznych - ruch brody w kierunku mostka.

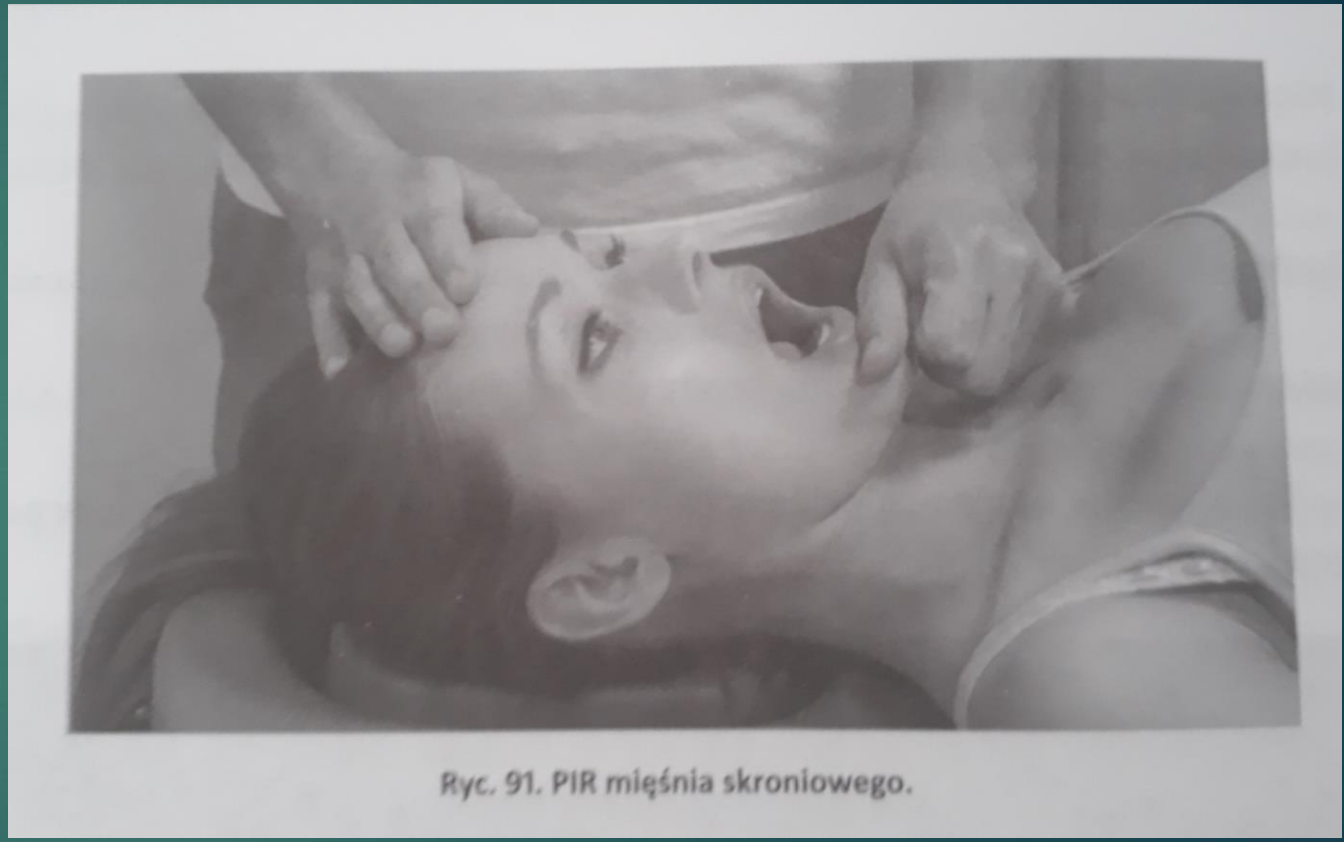


Ryc. 91. PIR mięśnia skroniowego.

Rehabilitacja stomatologiczna, K. Gorzchechowski, Wyd. Kargo, Białystok 2016

Mięśnie skrzydłowe przyśrodkowe

- Terapeuta układa kłęb kciuka na bródce i delikatnie odwodzi żuchwę do uczucia bólu lub ograniczenia otwarcia.
- Pacjent wykonuje napięcie, jakby chciał zamknąć usta, 10 sek.
- Po 10 sek. pacjent wykonuje wydech, a terapeuta znów delikatnie odwodzi żuchwę z przesunięciem w bok, w tę samą stronę co leczony mięsień.
- Po wykonaniu od 3 do 5 cykli, pacjent wykonuje skurcz mięśni antagonistycznych - ruch brody w kierunku mostka.

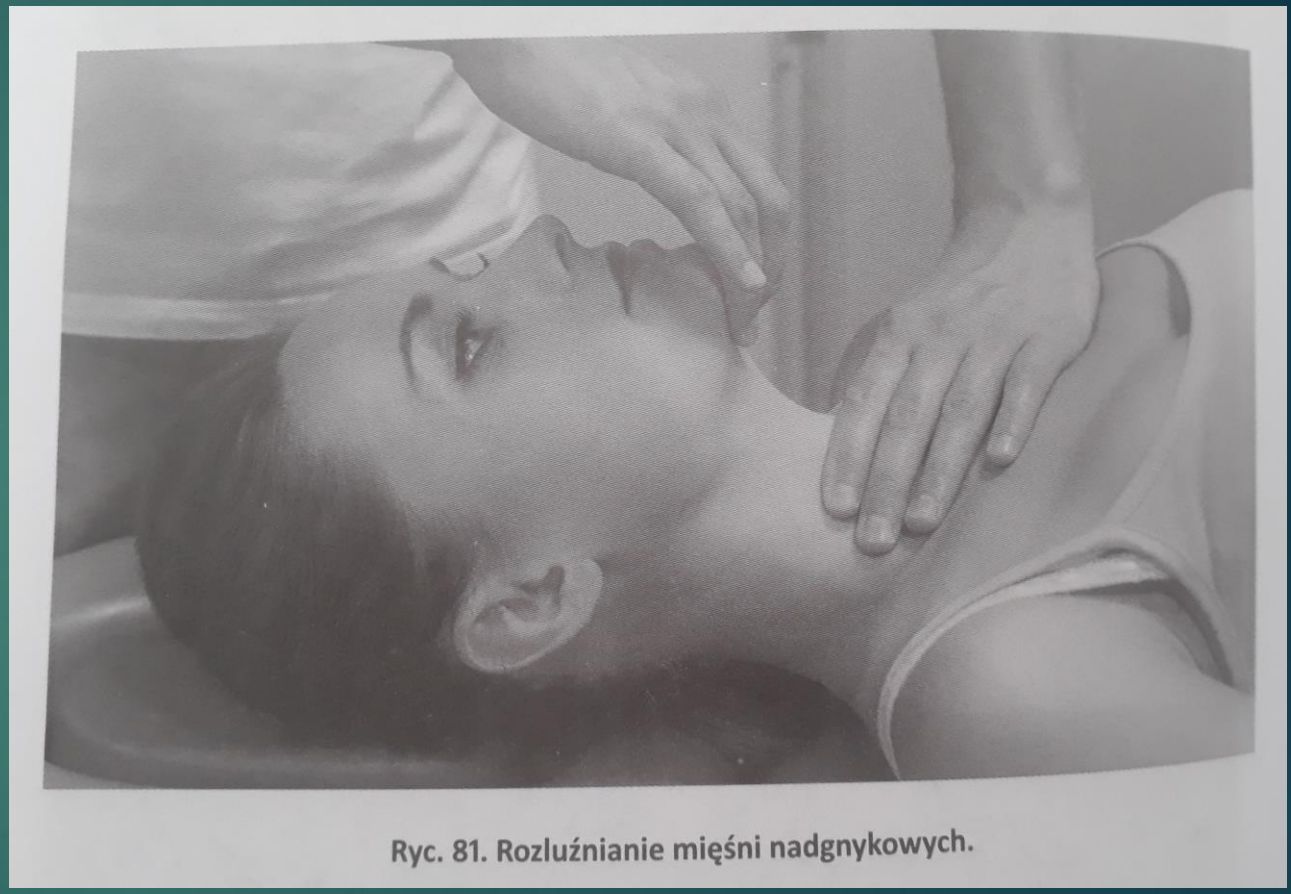


Ryc. 91. PIR mięśnia skroniowego.

Rehabilitacja stomatologiczna, K. Gorzchechowski, Wyd. Kargo, Białystok 2016

Mięśnie nadgnykowe

- Jedna ręka terapeuty spoczywa na kości gnykowej a druga na mięśniach nadgnykowych.
- Jedną ręką kość gnykową spychamy lekko w dół.
- Palce drugiej ręki wywierają ucisk w kierunku od kość gnykowej do żuchwy.
- Powtarzamy kilka razy.

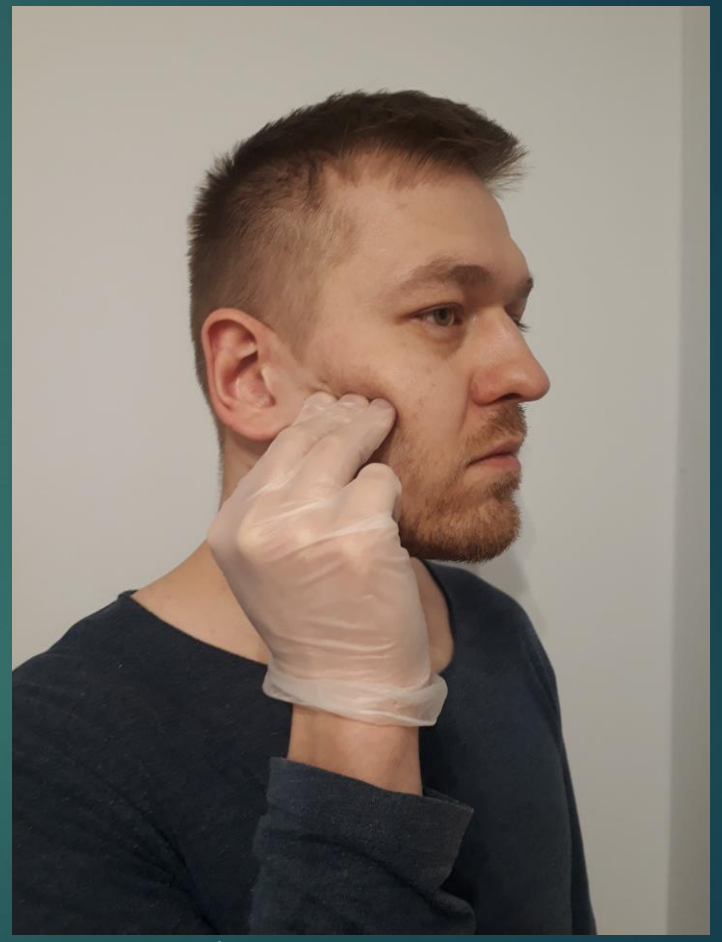


Ryc. 81. Rozluźnianie mięśni nadgnykowych.

Rehabilitacja stomatologiczna, K. Gorzchechowski, Wyd. Kargo, Białystok 2016

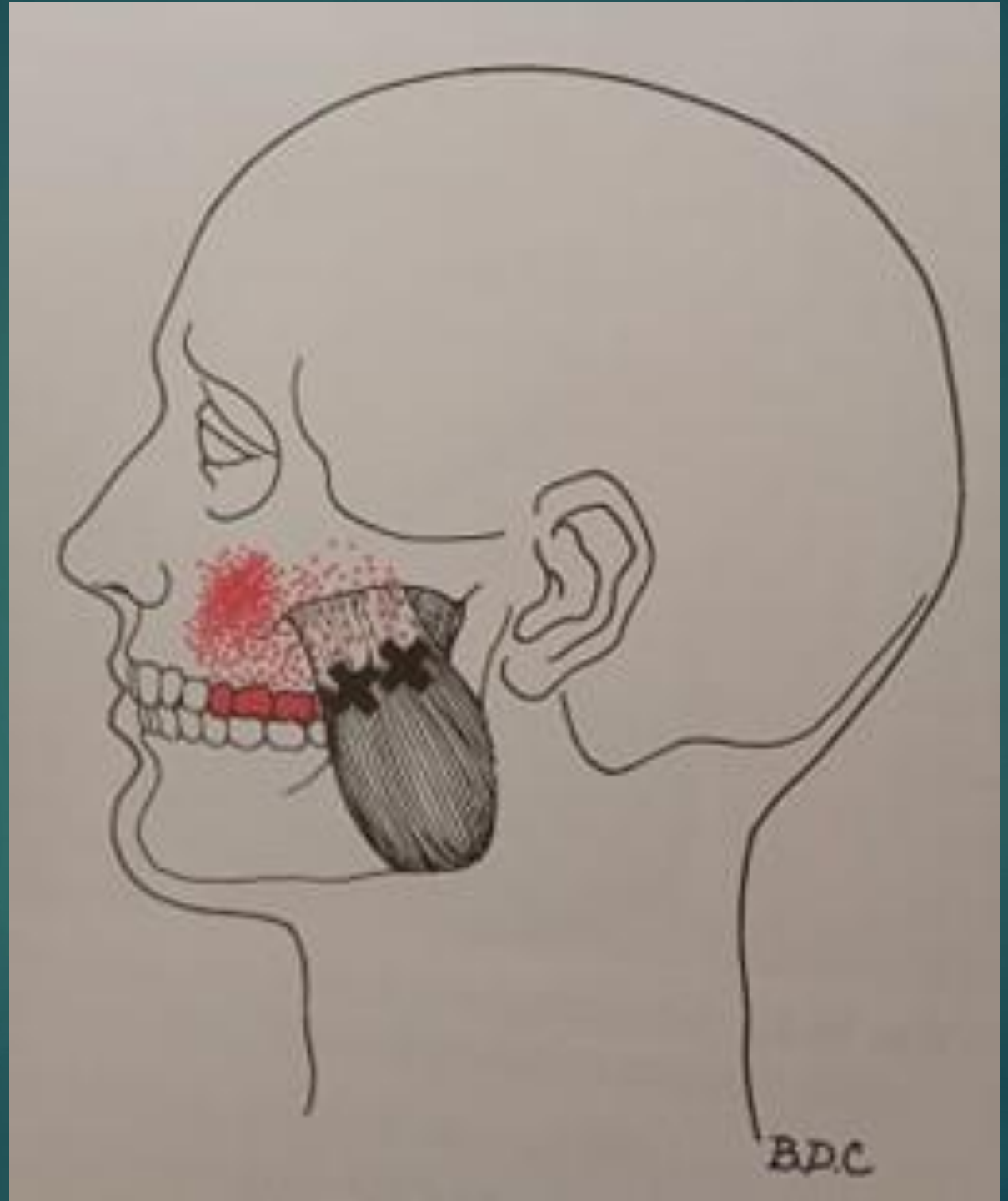
Uwolnienie poprzeczne żwacza

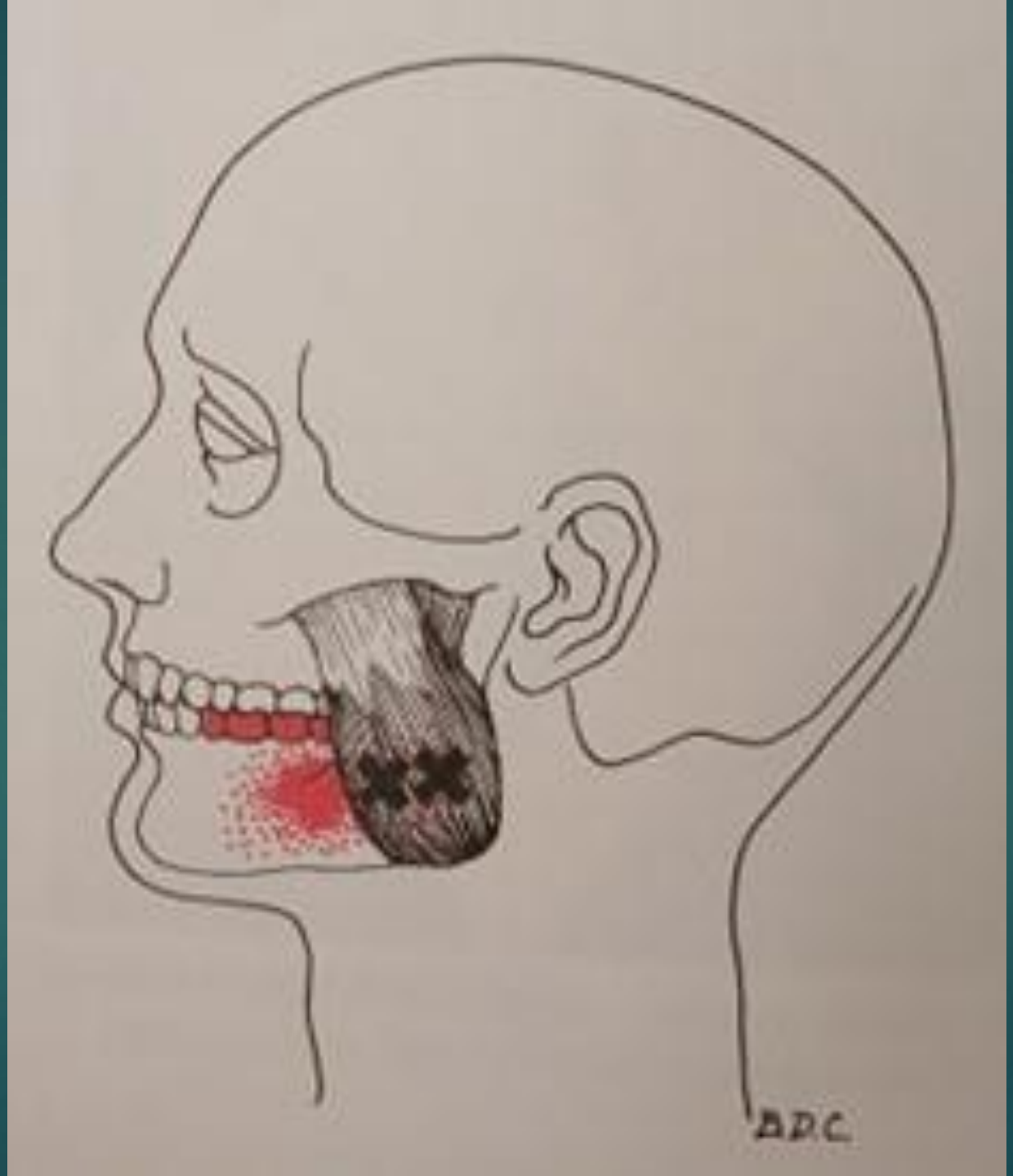
- Dwa lub trzy palce kładziemy na żwaczach.
- Utrzymujemy ucisk przyśrodkowo.
- Powoli ześlizgujemy się dobrzusznie.
- Wykonujemy 3-4 uwolnienia poprzeczne, rozpoczynając od przyczepów początkowych, kierując się ku przyczepom końcowym.



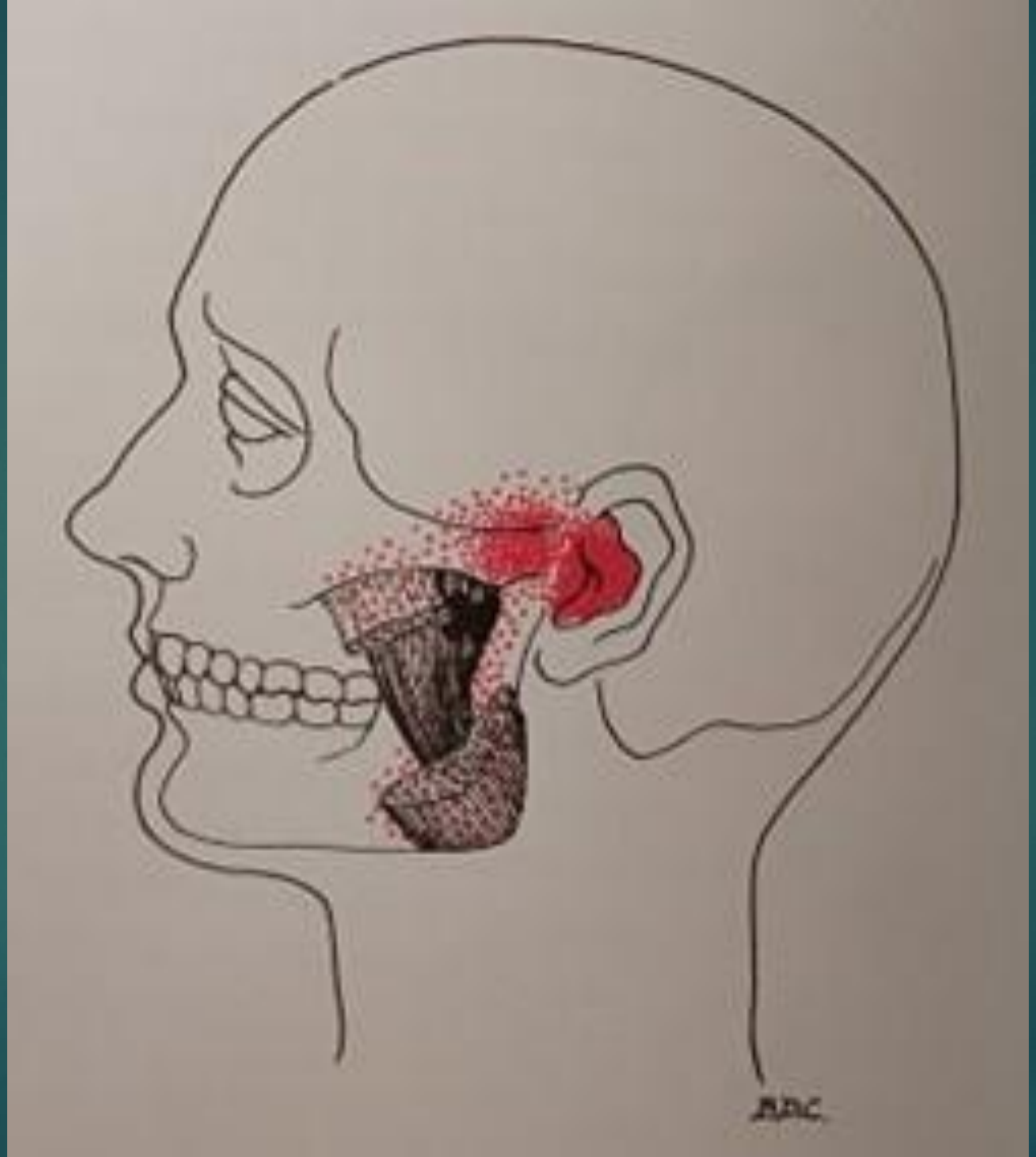
Źródło: dokumentacja własna

Kompresja ischemiczna

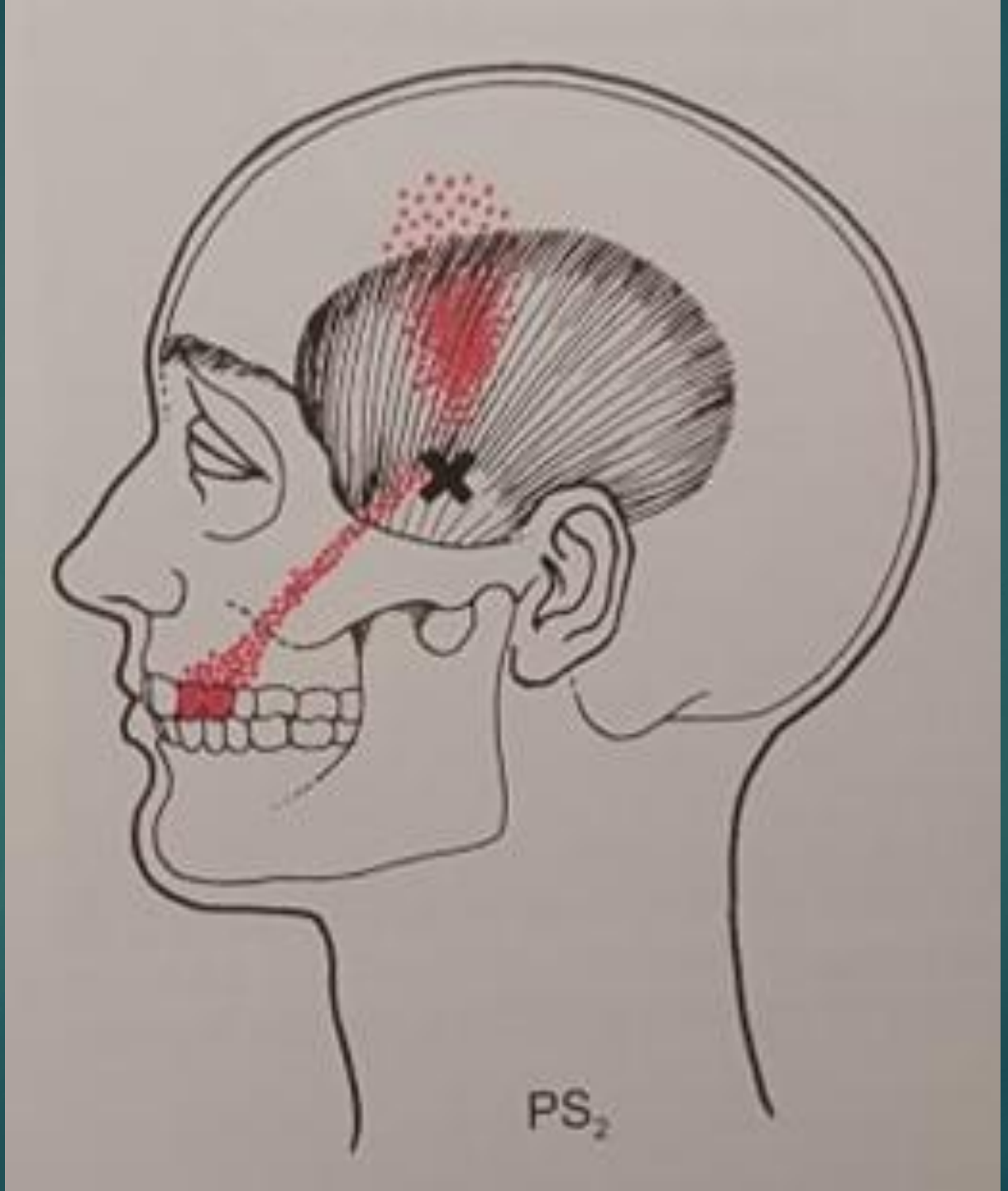

B.D.C



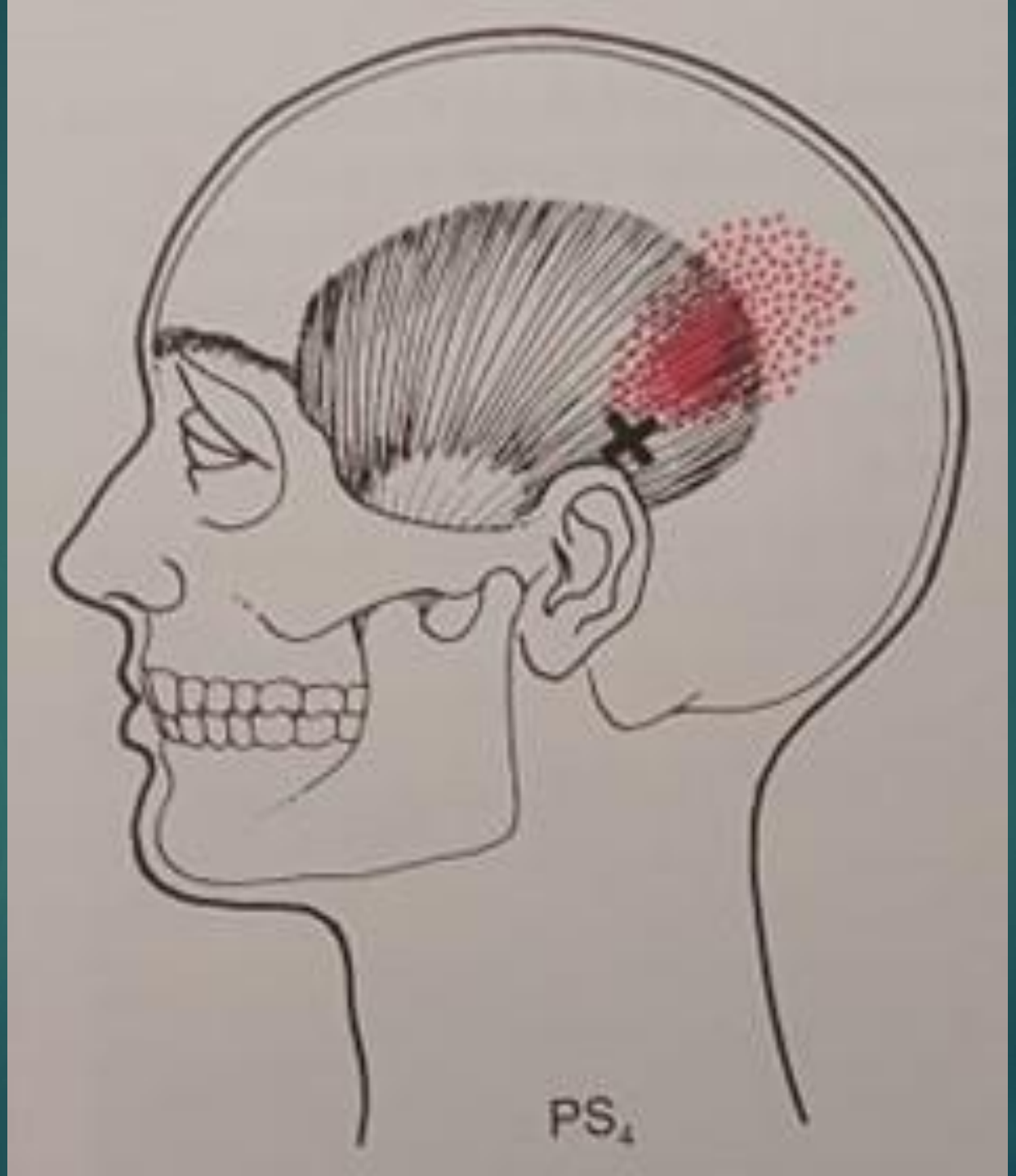
BDC.

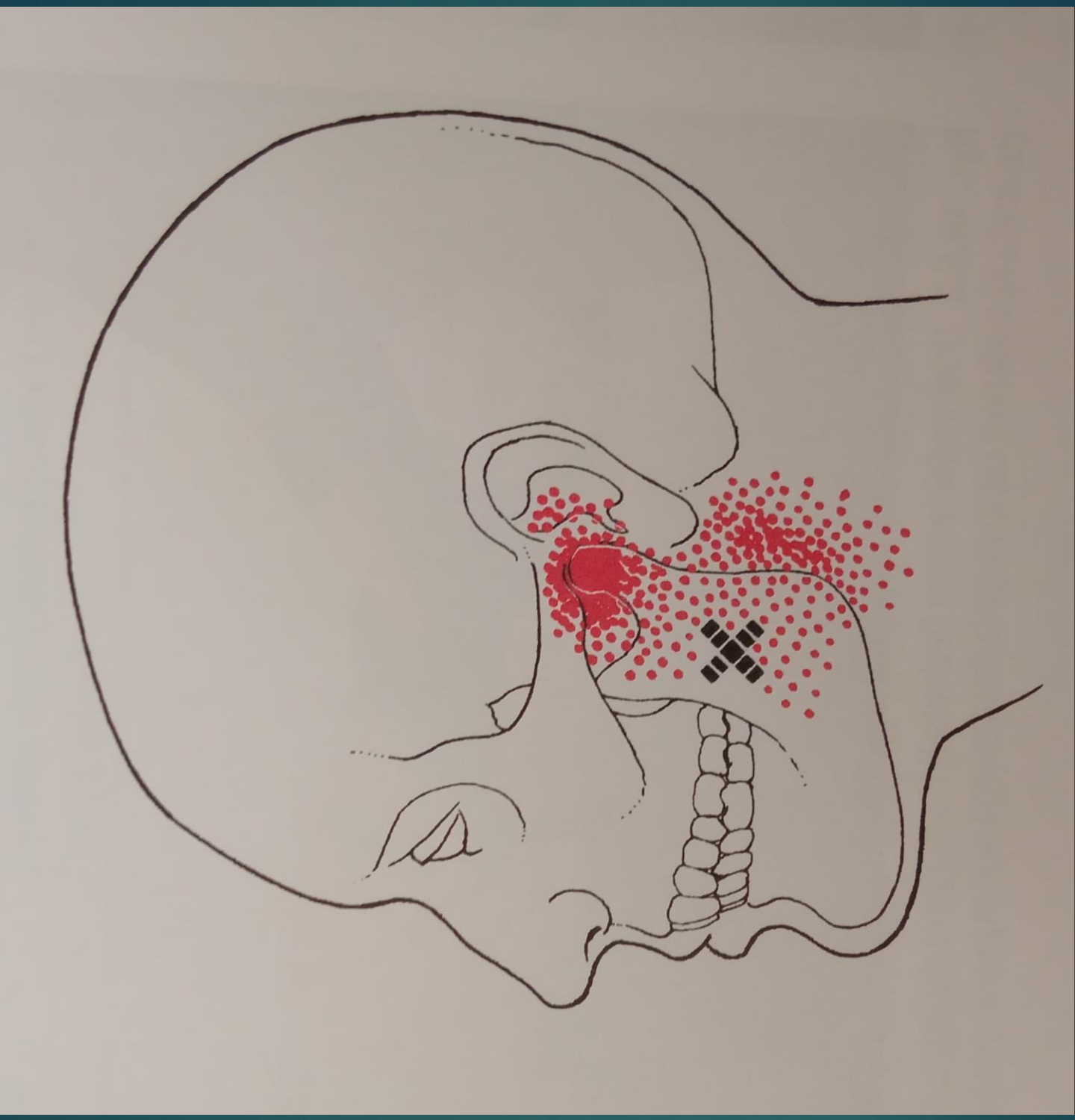


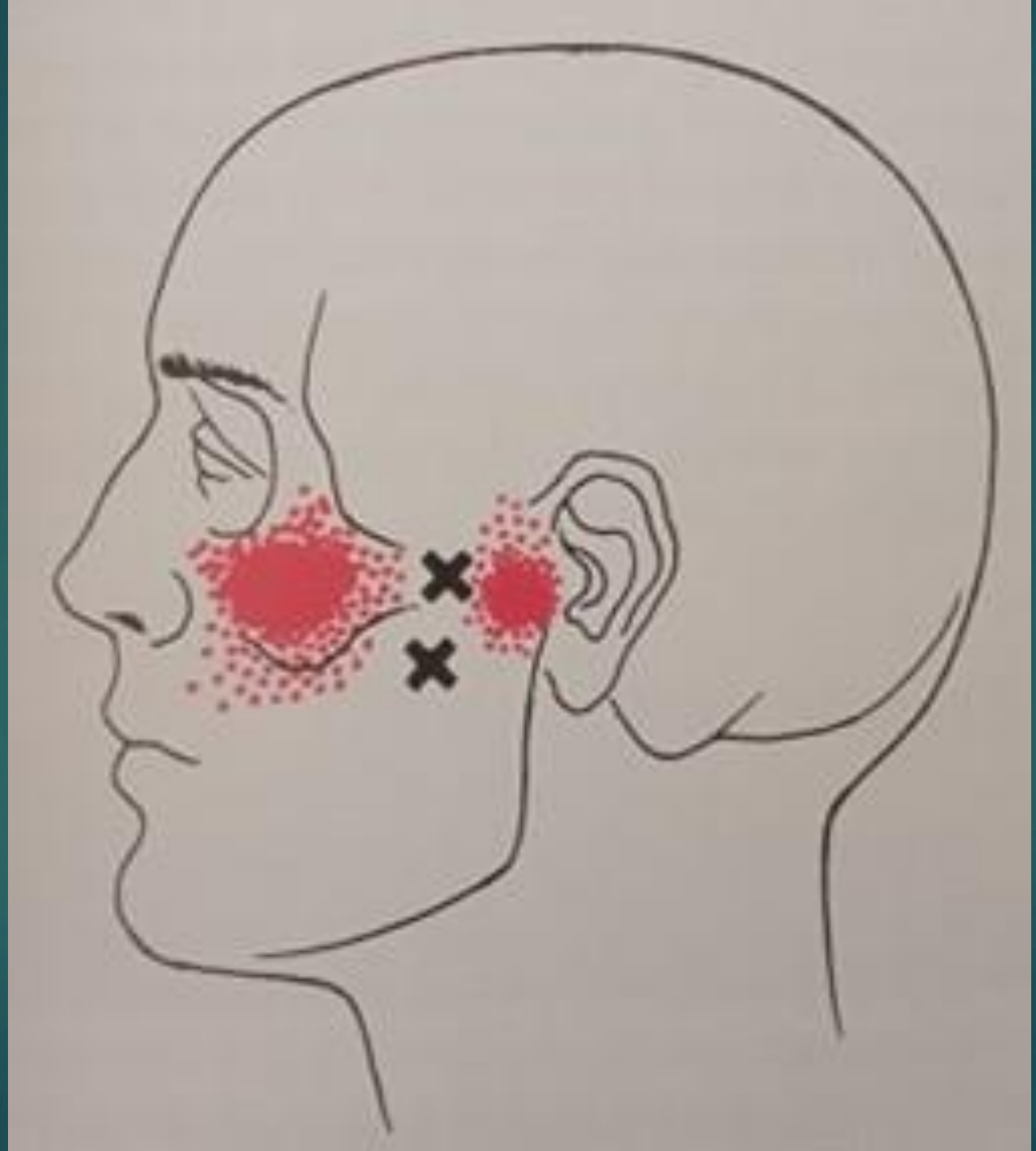
PS1

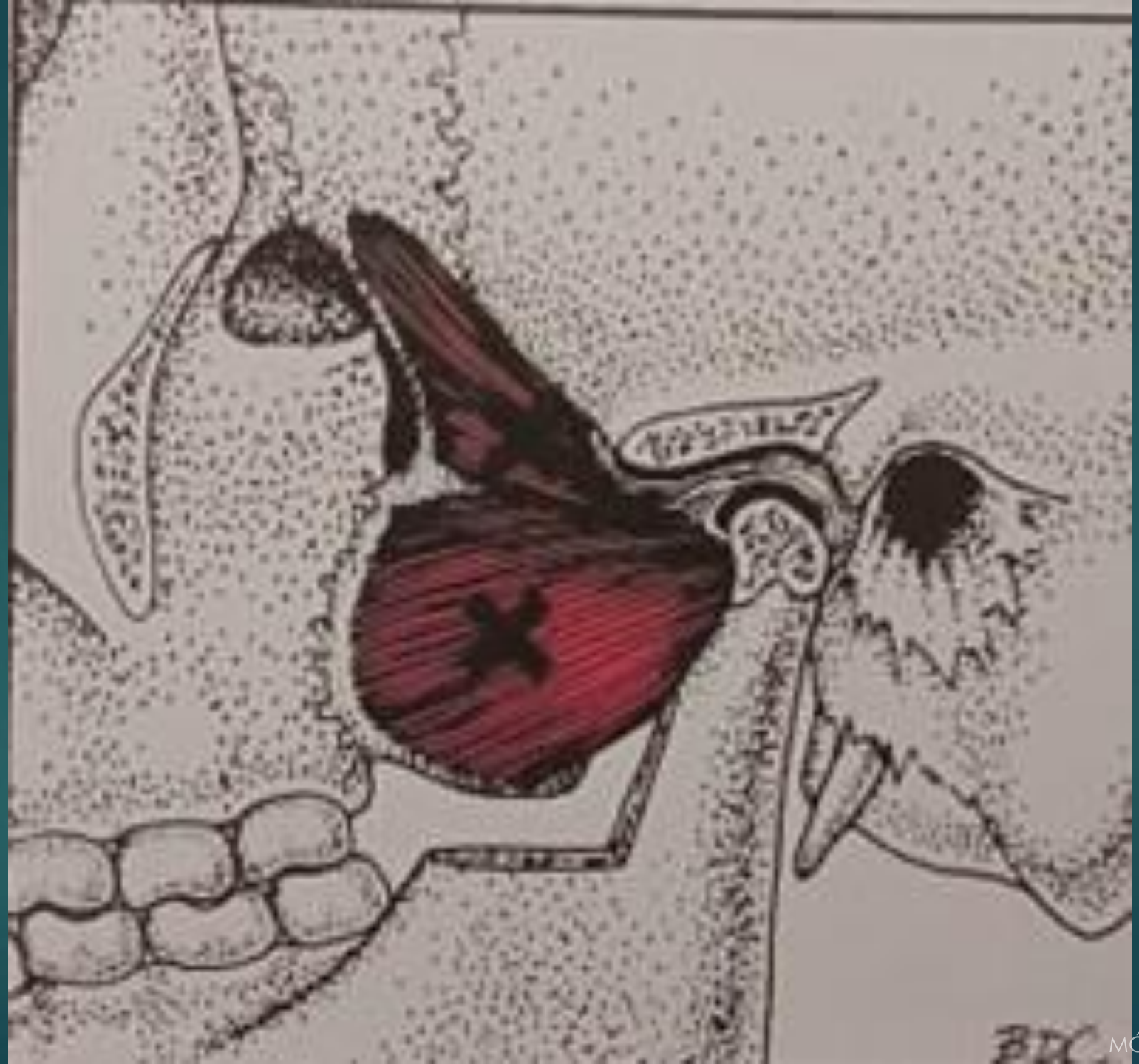

PS2

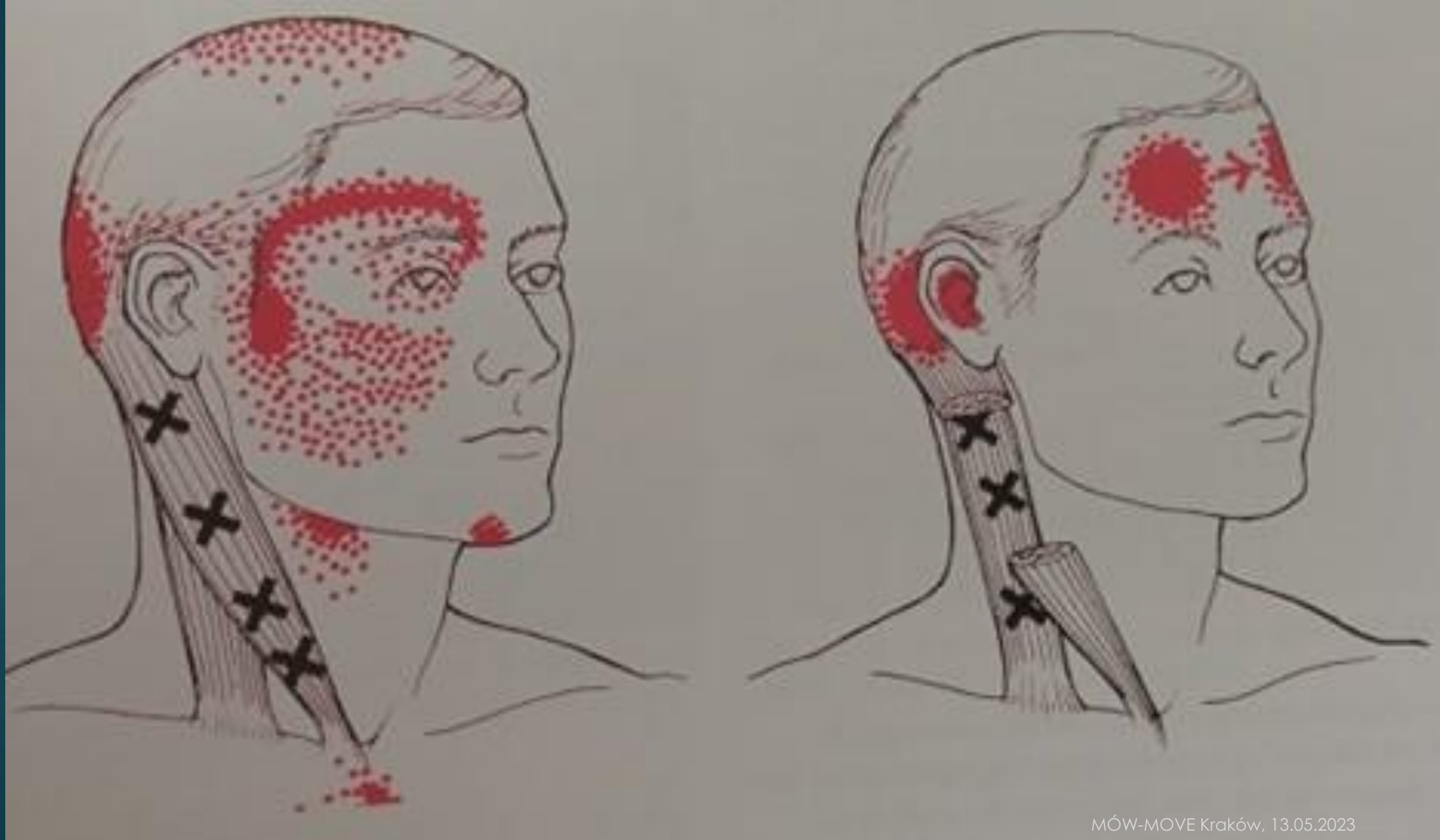
PS3

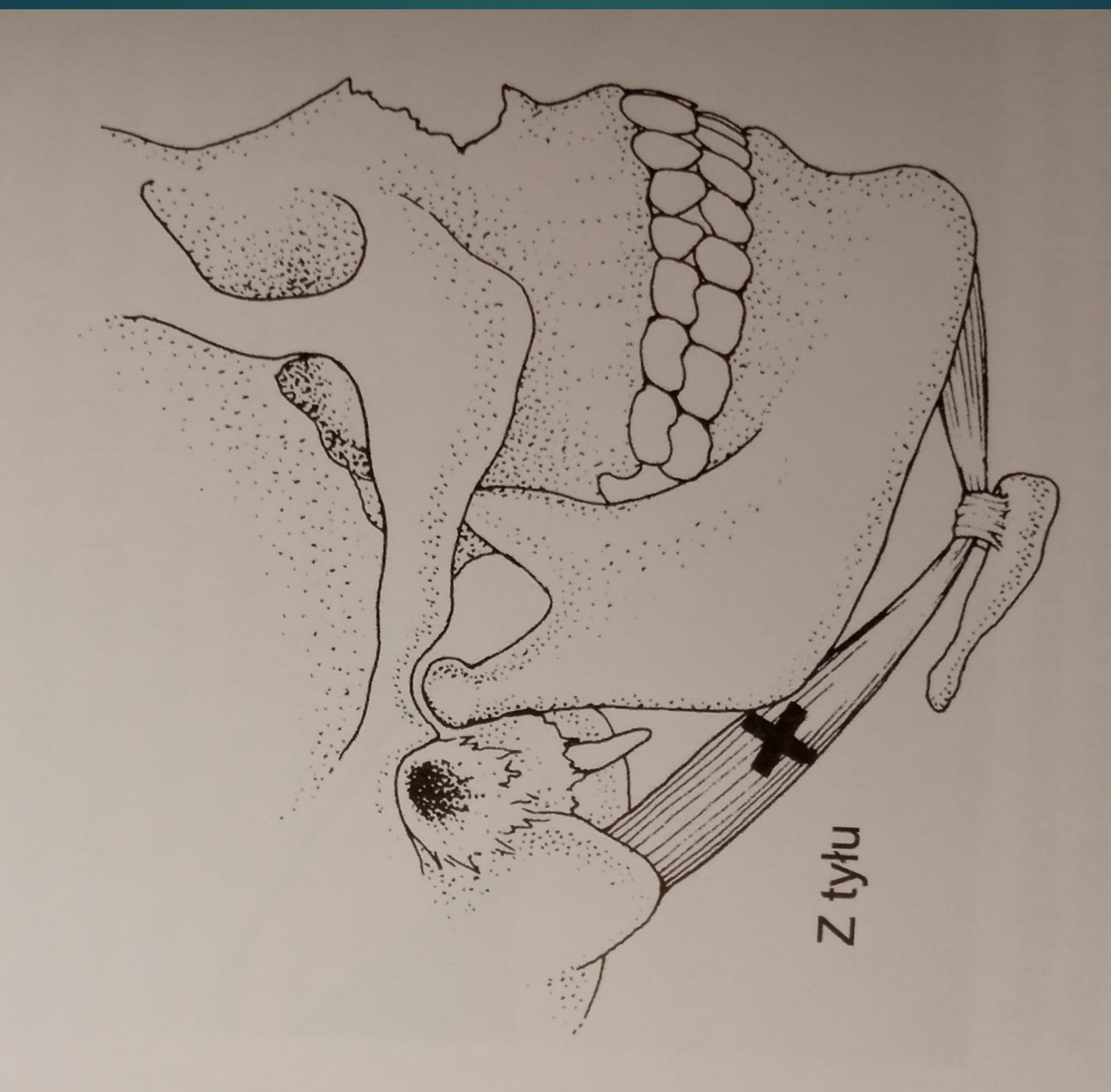

PS1

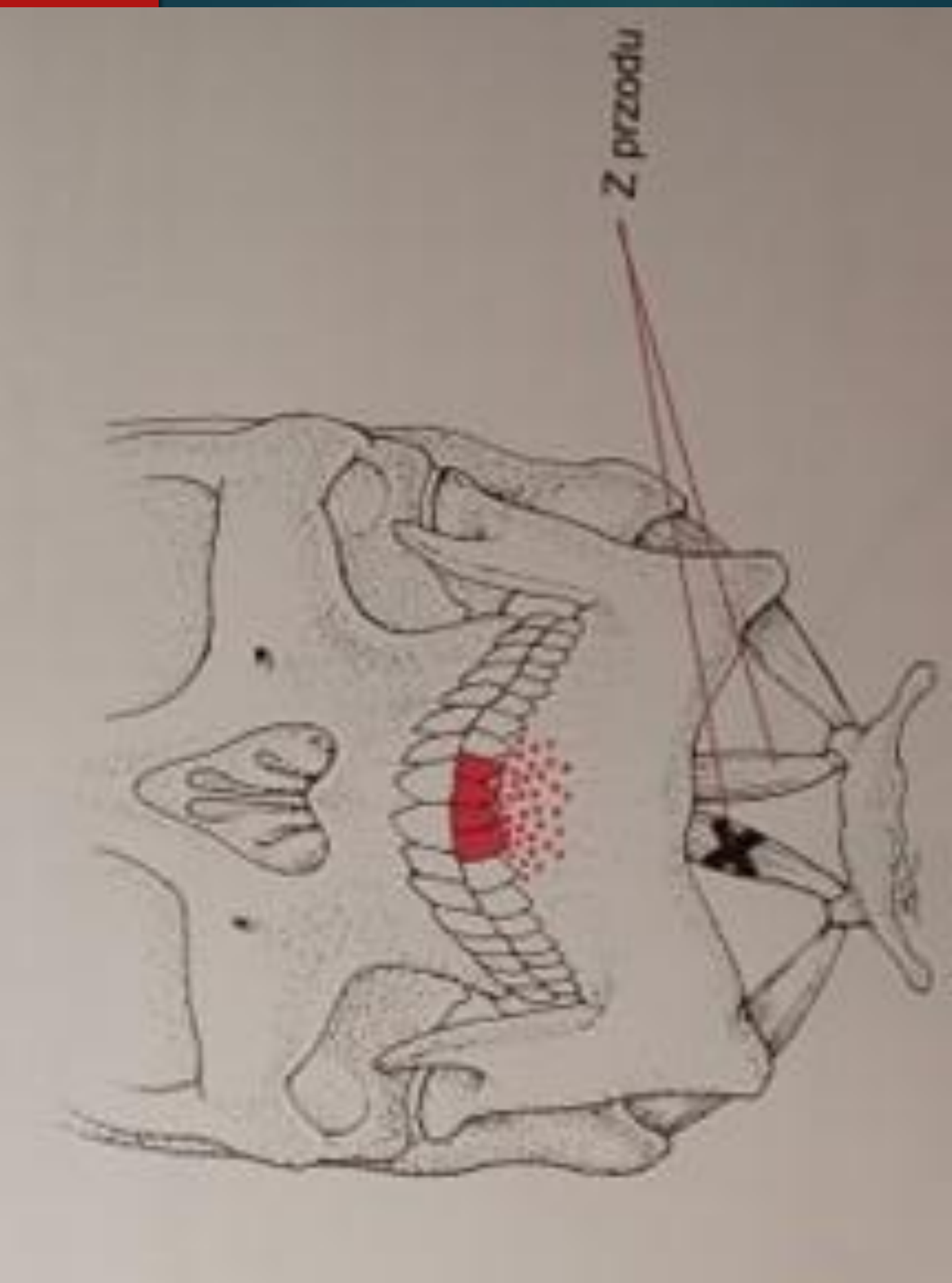









Z tyłu


Z przodu

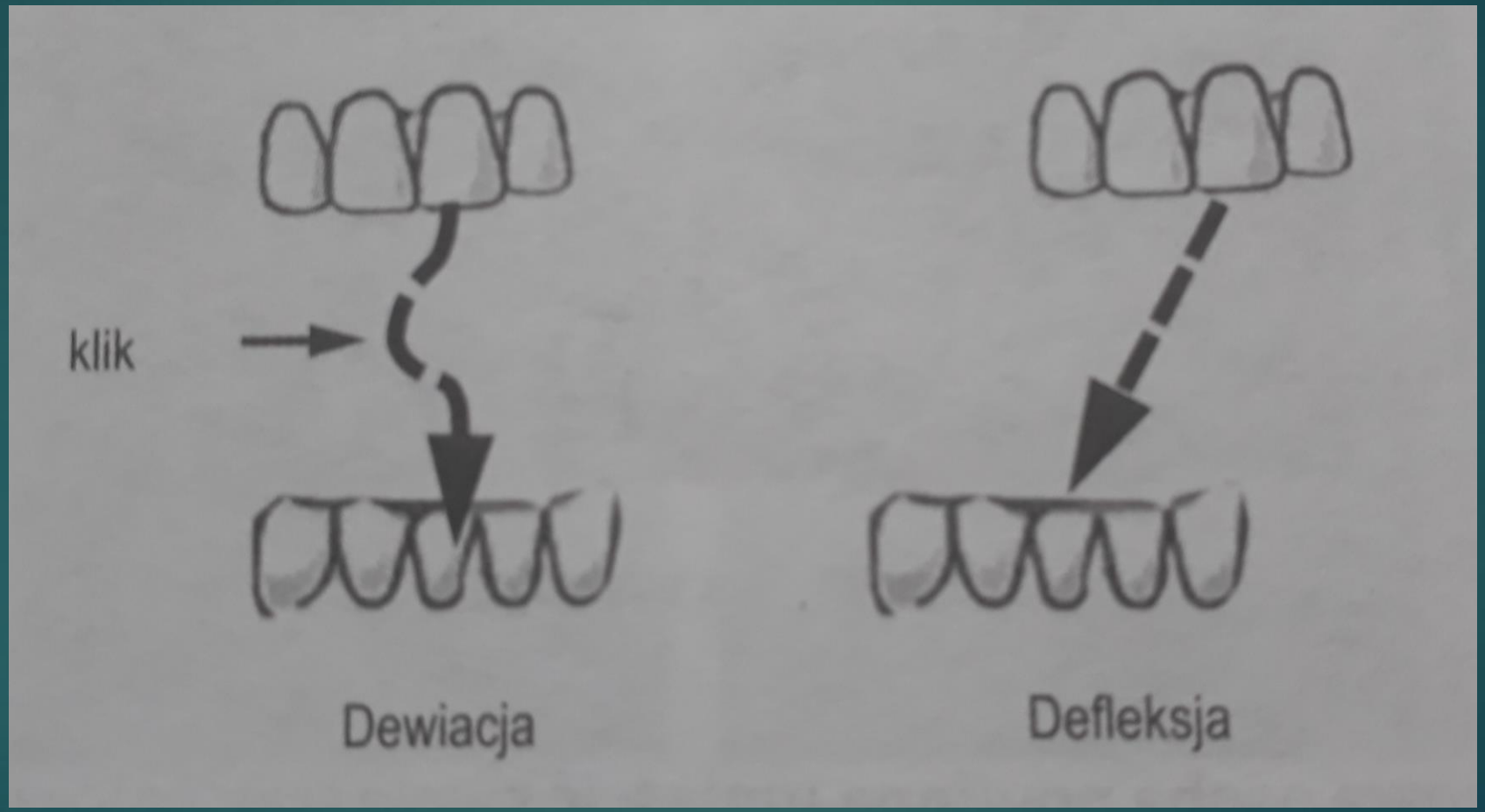
Ćwiczenia Gerry'ego z koordynacją językowo-żuchwową

- Pacjenci z nadmiernym odwodzeniem żuchwy;
- Pacjenci z nadwichnięciem żuchwy;
- Pacjenci z nadmiernym wysunięciem żuchwy;
- Pacjenci ze zbaczaniem żuchwy w ostatniej fazie ruchu

Podstawowe objawy dysfunkcji

- ZABURZENIA W PRZEBIEGU POSZCZEGÓLNYCH WOLNYCH RUCHÓW ŻUCHWY ORAZ TOWARZYSZĄCE IM TRZASKI W SSŻ;
- ZABURZENIA RUCHOMOŚCI GŁÓW ŻUCHWY W POSTACI TZW. „PRZESKAKIWANIA GŁÓW ŻUCHWY”;
- BÓL TOWARZYSZĄCY RUCHOM ŻUCHWY.

Dewiacja i defleksja



Rehabilitacja stomatologiczna, K. Gorzchechowski, Wyd. Kargo, Białystok 2016

OBJAW NIEZWARCIOWY

RYC. 4–1. Stan paznokci u nastolatka ze szkoły podstawowej po długotrwałym ich obgryzaniu.

Przemieszczenie krążków stawowych stawów skroniowo-żuchwowych - rozpoznawanie i leczenie,
M. Kleinrok, Tom II, Wyd. Czelej, Lublin 2013

Inne objawy wewnątrzustne

- BOLESNOŚĆ PALPACYJNA MIĘŚNI NARZĄDU ŻUCIA I ICH PRZYCZEPÓW;
- ŚLADY NAGRYZANIA BŁONY ŚLUZOWEJ POLICZKÓW;
- IMPRESJE ZĘBÓW NA JĘZYKU;
- PIECZENIE I BÓL JĘZYKA, GARDŁA I/LUB KRTANI;
- TRUDNOŚCI W POŁYKANIU I/LUB BÓL W CZASIE POŁYKANIA;
- OKRESOWE WYSTĘPOWANIE „WYGÓROWANIA" NA PODNIEBIENIU I ZMIAN W BŁONIE ŚLUZOWEJ PODNIEBIENIA;
- MÓWIENIE „PRZEZ ZACIŚNIĘTE ZĘBY";
- METALICZNY SMAK W USTACH;
- ZABURZENIA WYDZIELANIA ŚLINY;
- PATOLOGICZNE STARCIE ZĘBÓW;

Inne objawy wewnątrzustne

- DYSPLAZJA, PĘKNIĘCIA SZKLIWA, UBYTKI KLINOWE;
- ROZCHWIANIE POJEDYNCZYCH ZĘBÓW LUB GRUP ZĘBOWYCH;
- PRZEMIESZCZENIE ZĘBÓW;
- ODSŁONIĘCIE SZYJEK ZĘBOWYCH;
- ZŁAMANIA ZĘBÓW Z ŻYWĄ MIAZGĄ;
- DOLEGLIWOŚCI O CHARAKTERZE ZAPALEŃ MIAZGI;
- ODONTALGIA (BÓL ZĘBÓW);
- „DRĘTWIENIE" I „MROWIENIE" ZĘBÓW I/LUB WYROSTKÓW ZĘBODOŁOWYCH;
- BÓL ZWIĄZANY Z PRZECIĄŻENIEM ZĘBÓW W ZWARCIU;
- PRZEROST KOŚCI ZĘBODOŁU.

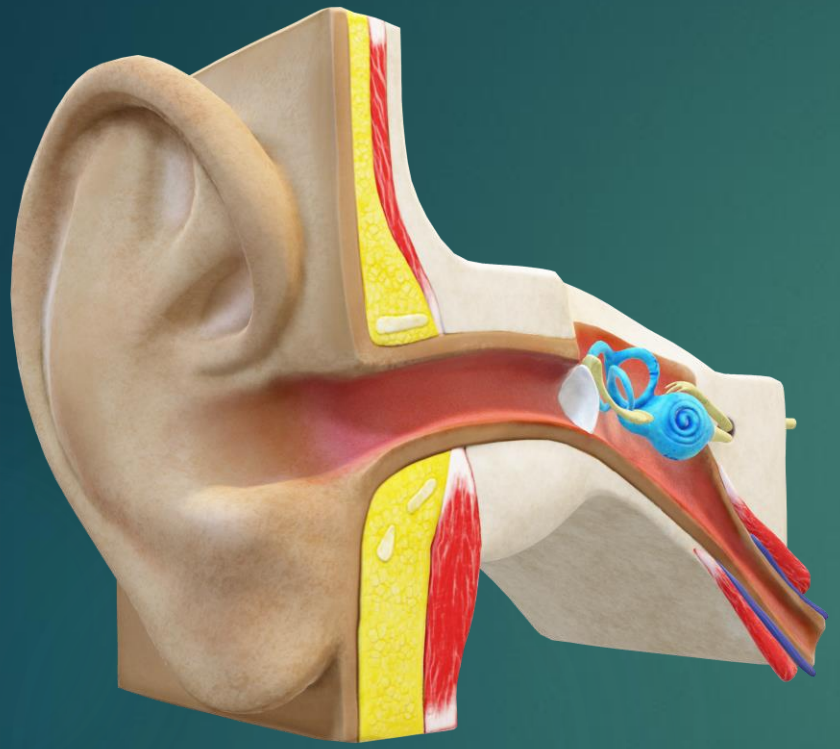
Objawy zewnątrzustne

- BOLESNOŚĆ DOTYKOWA MIĘŚNI ŻWACZOWYCH;
- BÓL RÓŻNYCH OKOLIC TWARZY BEZ LUB Z BOLESNOŚCIĄ DOTYKOWĄ ODPOWIEDNICH MIĘŚNI;
- PORANNA SZTYWNOŚĆ MIĘŚNI TWARZY I MIĘŚNI SKRONIOWYCH;
- PRZEROST MIĘŚNI ŻWACZY „KWADRATOWA TWARZ”;
- DRĘTWIENIE POLICZKA I INNYCH OKOLIC TWARZY;
- PODRAŻNIENIE LUB MECHANICZNE ZAPALENIE WARG ZE ŚLADAMI ICH NAGRYZANIA;
- OBJAWY ZWIĄZANE Z PRZYŚRODKOWYM PRZEMIESZCZENIEM KRĄŻKÓW SSŻ, W TYM WYGÓROWANIE OD STRONY POLICZKOWEJ W OKOLICY SSŻ I/LUB UCZUCIE UCISKU I ROZPIERANIA W SSŻ W KIERUNKU PRZECIWNYM DO PRZEMIESZCZONEGO PRZYŚRODKOWO KRĄŻKA, JAK RÓWNIEŻ WRAŻENIE ROZCIĄGANIA TWARZY W OKOLICY POLICZKÓW ORAZ DRĘTWIENIE BRÓDKI W PRZYPADKU OBUSTRONNYCH PRZYŚRODKOWYCH PRZEMIESZCZEŃ KRĄŻKÓW SSŻ;
- OBJAWY TYPOWE DLA NEURALGII NERWU TRÓJDZIELNEGO;
- BÓL GŁOWY UMIEJSCOWIONY W OKOLICY CZOŁOWEJ, SKRONIOWEJ, CIEMIENIOWEJ I/LUB PODPOTYLICZNEJ.

Objawy narządu wzroku

- ✓ UCZUCIE WYSADZANIA GAŁKI OCZNEJ;
- ✓ PROMIENIOWANIE BÓLU DO OKA I/LUB OCZODOŁU;
- ✓ BÓL OKA I/LUB OCZODOŁU;
- ✓ ZMNIEJSZENIE OSTROŚCI WIDZENIA;
- ✓ SENSACJE WZROKOWE;
- ✓ ZAPADNIĘCIE LUB WYTRZESZCZ GAŁKI OCZNEJ;
- ✓ OPADNIĘCIE POWIEKI;
- ✓ DRŻENIE MIĘŚNI PONIŻEJ OKA;
- ✓ BÓL PODCZAS RUCHU GAŁKI OCZNEJ;
- ✓ OBJAWY SPOJÓWKOWE, PODRAŻNIENIE POWIEK;
- ✓ ŁZAWIENIE BEZ WIDOCZNEJ PRZYCZYNY;
- ✓ ZAPALENIE TĘCZÓWKI;
- ✓ OSŁABIONY ODRUCH ROGÓWKOWY;
- ✓ NIERÓWNOŚĆ ŹRENIC;

Objawy narządu słuchu



- SWĘDZENIE ;
- ZALEGANIE WOSKOWINY;
- UCZUCIE ZATKANIA USZU;
- SZUM I/LUB INNE OBJAWY AKUSTYCZNE W USZACH;
- ZABURZENIE SŁUCHU;
- „BÓL UCHA" – OTALGIA;
- BOLESNOŚĆ DOTYKOWA MAŁŻOWINY USZNEJ;
- ZAWROTY GŁOWY.

Inne objawy

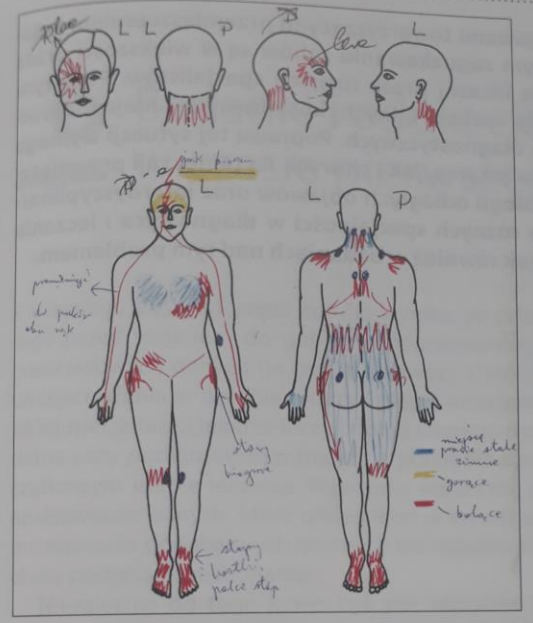
- MIMOWOLNE RUCHY PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO W ROZWARCIU;
- MIMOWOLNE RUCHY WARG (SPORADYCZNE LUB CIĄGŁE);
- ZESPÓŁ NIESPOKOJNYCH NÓG;
- NEURALGIA NERWU JĘZYKOWO-GARDŁOWEGO;
- NEURALGIA POTYLICZNA;
- BÓL PIERSI;
- DŁUGOTRWAŁA SZTYWNOŚĆ KARKU Z POCHYLENIEM GŁOWY DO PRZODU.

Odległe objawy

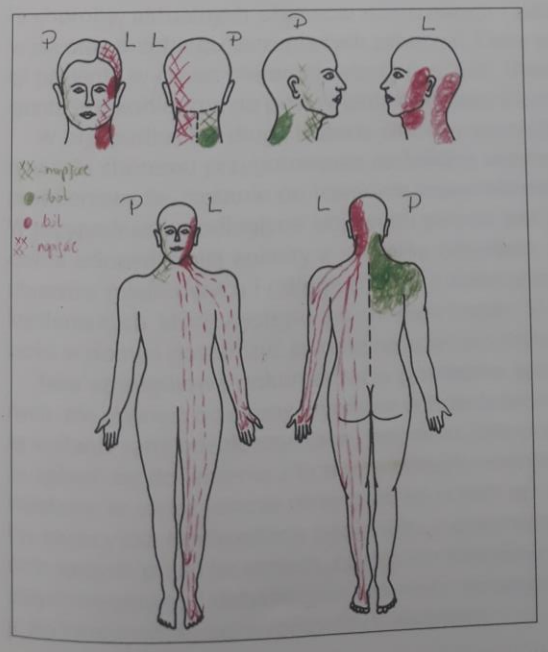
a) OGÓLNY DYSKOMFORT;
b) ZŁE SAMOPOCZUCIE PSYCHICZNE;
c) CHRONICZNE ZMĘCZENIE;
d) MARZNIĘCIE – NIETOLERANCJA ZIMNA;
e) ZABURZENIA SNU – SEN NIEDAJĄCY WYPOCZYNKU;
f) BÓLE GŁOWY;
g) BÓL TWARZY;
h) PIECZENIE, SWĘDZENIE OCZU;
i) ZABURZENIE CZYNNOŚCI ŻUCHWY;
j) SZTYWNOŚĆ PORANNA MIĘŚNI;
k) BÓLE STAWÓW: ŁOKCIOWE, RĘKI, KOLANOWE, NADGARSTKA;
l) ZESPÓŁ NIESPOKOJNYCH NÓG;

Odległe objawy

a) NASILENIE BÓLU I IN. DOLEGLIWOŚCI PRZY WYSIŁKU, PRZY PORUSZANIU SIĘ, POD WPŁYWEM ZIMNA I/LUB ZMIAN POGODY;
b) OSŁABIENIE SIŁY MIĘŚNIOWEJ;
c) DRĘTWIENIE, MROWIENIE I PIECZENIE SKÓRY, PARESTEZJE;
d) POTLIWOŚĆ;
e) NOCNE POCENIE SIĘ;
f) UCZUCIE DUSZNOŚCI, NAPADY DUSZNOŚCI;
g) KŁUCIE SERCA, NAPADY BICIA SERCA;
h) BÓLE BRZUCHA;
i) ZESPÓŁ JELITA DRAŻLIWEGO;
j) SKURCZE JELIT;
k) BOLESNE ODDAWANIE MOCZU, ZESPÓŁ CEWKOWY U KOBIET.



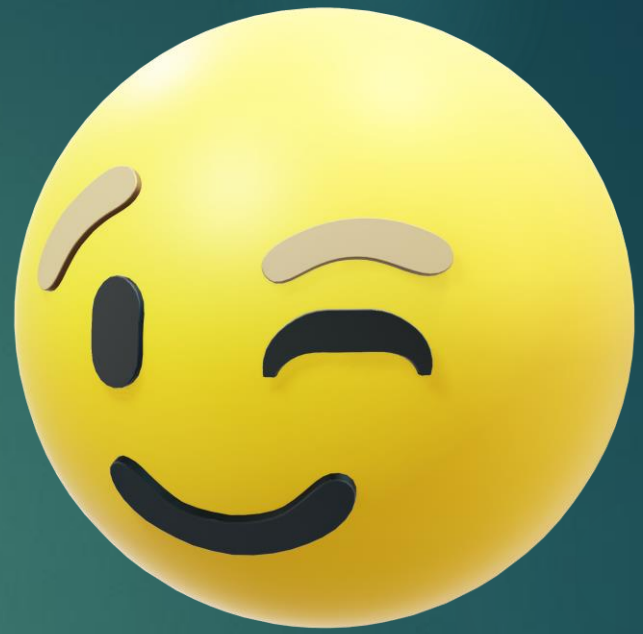
RYC. 5–2. Obustronne umiejscowienie objawów bólowych naszkicowanych przez chorą z obustronnymi złożonymi przemieszczeniami krążków ssż z miejscowymi i odległymi objawami bólowymi, wegetatywnymi, czynnościowymi i innymi. Umiejscowienie bólu chora zaznaczyła kolorem czerwonym, punkty bólowe kółkami, promieniowanie bólu strzałkami, kolorem niebieskim okolice, w których miała „prawie stale" uczucie zimna, żółtym uczucie gorąca.



RYC. 5–3. Jednostronne umiejscowienie bólu twarzy i odległego bólu oznaczone na czerwono oraz napięcie mięśni zakreślone na zielono po lewej stronie z odległymi objawami wegetatywnymi, czynnościowymi i innymi u chorej ze złożonym doprzednio-bocznym przemieszczeniem krążka bez repozycji w lewym ssż.

Przemieszczenie krążków stawowych stawów skroniowo-żuchwowych - rozpoznawanie i leczenie, M. Kleinrok, Tom II, Wyd. Czelej, Lublin 2013

kbienie87@outlook.com

https://www.facebook.com/MowMoveKrzysiekBieniekLogopeda/

Dziękuję za uwagę