

## Глава 2

## Височно-нижнечелюстная дисфункция

*«Лечению должна предшествовать диагностика,  
а это означает, что, в первую очередь,  
необходимо выполнить именно диагностику, а мы  
можем диагностировать только то, что нам известно».*  
Сэр Уильям Ослер

## ВВЕДЕНИЕ

На протяжении 25 лет часть моей профессиональной и интеллектуальной деятельности была посвящена поиску способов лечения патологических нарушений, вызванных дисбалансом нижней челюсти. В течение этого времени данное заболевание называли по-разному, но ни одно из его наименований не пролиvalo свет на ту тайну, которой оно являлось для пациентов.

В 1993 г. мной была написана книга на эту тему, однако ввиду своей сложности она предназначалась исключительно для специалистов в этой области. В ней содержатся анатомические и физиологические данные, касающиеся этого заболевания, а также описание методов лечения болезненно-дисфункционального синдрома жевательного аппарата, который в данной книге мы называем височно-нижнечелюстной дисфункцией.

Первое описание симптомов, вызванных дисбалансом нижней челюсти, было сделано в 1934 г. американским отоларингологом Костеном (Costen), который назвал совокупность этих симптомов «синдромом Костена».

Понятие «синдром» означает совокупность признаков и симптомов, которые характеризуют патологическое состояние (словарь «Larousse»).

### СИНДРОМ КОСТЕНА

Доктор Костен разделил симптомы на две группы в соответствии с их различной локализацией.

Симптомы, локализованные в височно-нижнечелюстных суставах:

- боли;
- хруст;
- ограничение при открывании рта.

Симптомы, локализованные в других частях тела:

- боль и шум в ушах;
- головокружения;
- боли в шее;
- мигрени;
- ощущения жжения в языке, в крыльях носа и в губах;
- сухость во рту;
- язвочки в уголках губ.

Доктор Костен был отоларингологом. Он хорошо описал симптомы, но недостаточно полно охарактеризовал причины этого заболевания. Он приписывал данную патологию недостаточной высоте нижней части лица, расположенной между переносицей и окончанием подбородка. Его гипотеза не является абсолютно ложной, но далее мы увидим, что за возникновение данной патологии отвечают многие другие факторы.

### ВЕРТИКАЛЬНЫЙ РАЗМЕР ПРИКУСА<sup>6</sup>

Физиологические пропорции лица имеют важное значение как для красоты человека, так и для его рото-лицевых функций.

Леонардо да Винчи определил идеальные гармоничные пропорции для разных частей лица. Он расположил лицо в круге, центр которого располагался перед ухом. Радиус этого круга касался окончаний подбородка, носа, а также верхушки лба. Эти контуры образуют определенный угол, а лицо разделяется на три части.

---

<sup>6</sup>Прикус (окклюзия) — положение челюстей, когда человек сжимает зубы (Словарь «Larousse»).

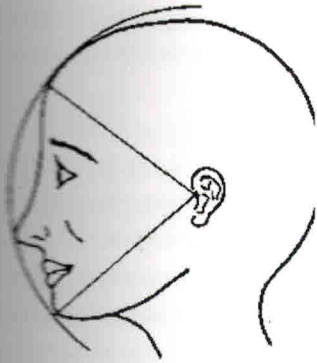


Рис. 1  
Концепция гармонии лица, согласно Леонардо да Винчи

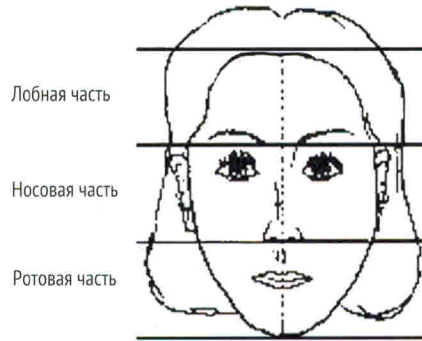


Рис. 2  
Равенство трех частей лица: лобной, носовой и ротовой

Три части лица: ротовая, носовая и лобная. Они должны иметь равную высоту.

Ротовая часть идет от окончания подбородка до начала носа. Носовая часть идет от начала носа до начала бровей. Лобная часть идет от начала бровей до корней волос.

Это правило называется «правилом античной скульптуры».

Утрата вертикального размера прикуса — это недостаточная высота ротовой или нижней части лица.

С этим странным заболеванием я столкнулся случайно. Подобно многим моим коллегам кинезиотерапевтам и остеопатам, я не был знаком с нарушениями височно-нижнечелюстных суставов. Я наивно полагал, что в этой части тела не может быть патологии.

В 1984 г. я лечил одного педиатра, который рассказал мне, что его стоматолог по имени Тим Амме ищет остеопата. Он работал на отделении челюстно-лицевой хирургии и стоматологии в региональном больнично-университетском центре г. Лилль, и занимался лечением болей в височно-нижнечелюстных суставах. Он работал со сложными случаями и хотел бы сотрудничать с остеопатом, так как слышал о том, что остеопатия может быть полезна при некоторых проблемах, вызванных височно-нижнечелюстной дисфункцией.

Поскольку данная тема меня интересовала, я решил получить эту должность и послал свое резюме доктору Амму, который принял меня на работу после изучения моих моральных и профессиональных качеств.

Сразу после этого я начал посещать разные семинары на эту тему. Один из них проходил в Париже и был посвящен височно-нижнечелюстным суставам. Стоматолог, проводивший этот семинар, произвел большое впечатление на аудиторию, используя кинезиологические тесты. Эти тесты показывают важность равновесия нижней челюсти, а также влияние дисбаланса височно-нижнечелюстного сустава на тело в целом. Лектор говорил о необходимости сотрудничества между остеопатами и хирургами-стоматологами. Хирург-стоматолог должен уравновесить нижнюю челюсть, в то время как остеопат уравнивает тело.

Во время этого семинара я познакомился с зубным хирургом по имени С. К. Он комментировал выступление лектора, и, казалось, был хорошо знаком с этой темой. Он также являлся ортодонтом и остеопатом, получившим диплом на медицинском факультете университета Бобиньи. Поскольку он сам проводил семинары, то пригласил меня посетить их в одной парижской школе остеопатии.

Я был впечатлен его лекцией о височно-нижнечелюстных суставах и их влиянии на позу тела. Он рассказывал о многих сделанных им клинических и параклинических констатациях.

Позже я познакомился с профессором Мишелем Доназзаном, руководителем отделения челюстно-лицевой хирургии и стоматологии в региональном больнично-университетском центре г. Лилль. Несмотря на оказанный им радушный прием, я почувствовал, что остеопатия вызывает у него скорее недоверие, чем симпатию. Он разрешил мне принять участие в консультации, посвященной височно-нижнечелюстной дисфункции.

Для того чтобы углубить свои знания перед этой консультацией, я обратился к С. К. и попросил его дать мне совет относительно того, что я мог бы сделать на этой консультации. Он предложил мне поработать вместе с ним в течение одного дня, и я отправился к нему домой в г. Питивье. Мы работали весь день, я познакомился с его женой Полетт и мы вместе пообедали. Я покинул их дом, приобретая некоторые знания на эту тему.

В то время очень малое количество людей обладали знаниями об идеальных методах лечения височно-нижнечелюстной дисфункции, но я этого не знал. Я наивно полагал, что кто-нибудь

## Глава 4

### Прогресс

*«Прогресс возможен благодаря опыту других».*  
Бруно Пейрон

*«Все мы испытываем непреодолимую склонность к изучению науки, и считаем, что это ее превосходное знание прекрасно».*  
Цицерон

Постепенно я изучал правила прикуса и начинал лучше понимать слова доктора Г.

Я еще очень мало знал о биомеханике нижней челюсти и прикуса, когда Мишель Доназзан попросил меня представить мою работу на ежемесячном симпозиуме, проводимом на его отделении. Ги Аммэ согласился подготовить стоматологическую часть выступления. Я должен был рассказать о постуральных изменениях, связанных с височно-нижнечелюстной дисфункцией, а также об определенных мной типах патологии — восходящих, нисходящих и смешанных, и об их особенностях.

Я тщательно подготовил свой доклад, проиллюстрировав его слайдами, на которых были изображены клинические случаи, с которыми я работал в больнице и в своем кабинете. Я был уверен в своих знаниях, но опасался вопросов на темы, которые выходили за пределы моей компетенции, и на которые должен был отвечать Ги Аммэ. Однако я узнал, что он не сможет приехать. Мишель Доназзан успокоил меня, сказав, что заменит его.

Во время своего выступления я не смог не упомянуть про движения костей черепа. Мои слова вызвали разные реакции в аудитории, к счастью, Мишелю Доназзану удалось всех успокоить. Он подчеркнул важность моего вклада в классификацию патологий и в понимание височно-нижнечелюстной дисфункции.

После симпозиума был организован фуршет, во время которого участники задали мне много вопросов относительно моей работы.

Я был удивлен, встретив там Рафаэля Фенара (Fenart), который был другом Мишеля Дорназана. С. К. всегда цитировал труды Делаттра (Delattre) и Фенара, посвященные «гоминизации» черепа. Рафаэль Фенар изучал форму черепов в соответствии с позой тела и эволюцией человека.

Рафаэль Фенар был очаровательным, веселым и приятным человеком. Подобно всем великим людям, он не смотрел на других свысока и любил знакомиться с новыми теориями, а также вступать в дискуссии на тему научных работ.

Я представился ему. Он слышал мое выступление на тему движений костей черепа и любезно посоветовал мне быть очень осторожным в подобных высказываниях. С его точки зрения, рассказывать о фактах, не имеющих научных доказательств, очень опасно, особенно в медицинской среде. Он знал, что кости черепа движутся, и сам это доказал, однако сделал это не так, как описывают остеопаты. Не было сделано ни одного научного доказательства этого движения. Я читал о том, что в США были выполнены опыты на белых обезьянах, но у меня не было ссылок на публикации, посвященные этим исследованиям. После этого был проведен один эксперимент на швах черепа убитого ягненка, в ходе которого потребовалось приложить силу равную пятидесяти килограммам к шву для того, чтобы измерить его движение.

Рафаэль Фенар доказал наличие движений костей черепа в ходе филогенеза<sup>14</sup> разных видов животных. Эти же движения были обнаружены и в ходе онтогенеза<sup>15</sup> человеческого рода. Они заметны на рентгеновских снимках, сделанных с неизменными костными ориентирами. Упоминание об остеопатическом движении черепа порядка от 8 до 12 микронов вызвало у Фенара улыбку. Если мы знаем, чему равен один микрон<sup>16</sup>, то восприятие движений, равных нескольким микронам, кажется невозможным. Размер одного эритроцита составляет 7 микронов. Можно ли ощущать между пальцами размер двух эритроцитов?

Фенар посоветовал остеопатам избегать любых утверждений, которые могли бы дискредитировать их перед учеными. Каждый исследователь обязан доказать то, о чем он говорит. После этого мы часто встречались с ним, и я подарил ему свою книгу, опубли-

<sup>14</sup> Филогенез — исследование образования и эволюции разных видов животных и растений с целью установления их родства [Larousse].

<sup>15</sup> Онтогенез — развитие человека, начиная от оплодотворенной яйцеклетки до взрослого состояния [Larousse].

<sup>16</sup> Микрон — единица измерения длины, равная миллионной доле метра [Larousse].

изданную в 1993 году, первая глава которой посвящена его работам. Наука не может опираться на приблизительных оценках.

Когда мы возвращались после симпозиума, Мишель Доназзан объяснил мне свое мнение об остеопатии до моего прихода в больницу. Как и многие врачи, он считал, что остеопатия — это мистификация, которая достигала эффекта плацебо<sup>17</sup> благодаря доверчивости пациентов.

Он был убежден, что я ненадолго задержусь в больнице после того, как осознаю свое невежество и бесполезность.

Он рассказал мне про свой опыт выполнения анестезии при помощи иглоукалывания несколько лет назад. Ему предложил выполнить это один иглотерапевт, и Доназзан, всегда открытый к новым техникам, согласился. Речь шла об удалении зуба мудрости.

В назначенный день он предоставил иглотерапевту кабинет, в котором были приготовлены все необходимые инструменты для удаления зуба. Также было приготовлено все для выполнения местной анестезии на случай, если иглотерапия не подействует. После первого же надреза пациент ощутил боль, тогда операция была приостановлена, чтобы иглотерапевт дополнил свое лечение. После того как операция была продолжена, пациент по-прежнему чувствовал боль. Местная анестезия оказалась необходима. Игло-терапевт ушел и больше никогда не возвращался, а эта неудачная попытка доказала неэффективность его техники.

Я ответил Доназзану, что когда впервые пришел на его отделение, то осознавал, что должен был доказать, что моя работа является полезной и эффективной. Как я должен был это сделать, я не знал. Я должен был доказать, что способен помогать врачам в выполнении их работы. В случае неудачи я должен был бы поблагодарить их или незаметно покинуть отделение, чтобы обо мне все забыли. Я рассказал ему, сколько усилий я приложил для выполнения своей работы, а также признался в своем невежестве в области стоматологии и ортодонтии и постоянном желании учиться. Я поблагодарил его за то, что он дал мне время, чтобы я смог доказать свою эффективность.

---

<sup>17</sup>Эффект плацебо — положительный эффект неэффективного терапевтического воздействия или неактивного вещества, связанный с психологическим воздействием на пациента [Larousse].

Мишель Доназзан ответил, что высоко оценил мою осторожность и скромное поведение. Он привык слышать от специалистов параллельных медицинских отраслей, что именно они способны все исцелить, а классическая медицина лечит пациентов, используя лишь ятрогенные средства<sup>18</sup>.

Я сказал, что это не моя позиция. Я считаю, существуют не разные медицины, а одна — та, которая лечит и исцеляет. Все медицинские дисциплины должны приносить пользу пациенту, а все врачи должны не критиковать друг друга, а сотрудничать. Именно эту цель я преследую, принимая участие в лечении височно-нижнечелюстной дисфункции.

Исследования и открытия в любой области не могут являться плодом работы одного человека. Они обязательно основаны на предшествующих работах, выполненных другими учеными. Необходимо знать эти работы для того, чтобы выдвигать свои собственные гипотезы. Бывает так, что приходится опровергать одни теории и подтверждать другие.

Ко мне в больницу приходило все больше и больше пациентов. Несмотря на то, что наши успехи в лечении увеличивались, мы не были довольны нашими результатами, в частности, что касается хруста в суставах, связанного с вывихом диска.

На сеансах мы назначали пациентам рентгеновские снимки, получали благодаря им, клинические сведения, но не могли сделать выводов ни о причине, ни о необходимом лечении. Позже я пойму причину этого.

Вывиху диска посвящено много научных трудов, особенно в области хирургии. Хирурги утверждают, что для устранения болей в острых случаях необходима операция, в ходе которой диск помещается в сустав. Мишель Доназзан считал, что хирургическое вмешательство не должно систематически проводиться для лечения височно-нижнечелюстной дисфункции. Его мнение было основано на результатах статистических исследований, которые были не очень обнадеживающими.

В 1987 году я познакомился с зубным хирургом Жаном-Люком Робером, с которым начал сотрудничать и продолжил свои исследования. Он обратился ко мне с болью в спине. Я рассказал ему о прикусе, а он ответил, что является специалистом по окклюзодонтии. В то время

---

<sup>18</sup>Ятрогенный — вызванный медицинским лечением или медикаментами (говоря о болезни, патологическом состоянии), (Larousse).



редко можно было встретить стоматологов, хорошо знакомых с этой темой, и мы начали сотрудничать. Я рассказал ему о разных описанных мной формах патологии и о постуральных признаках, которые я использовал для выполнения диагностики и назначения лечения. Он дополнил мои знания в области прикуса, а затем начал посещать курсы доктора Кардоннэ в г. Монпелье, посвященные методу лечения височно-нижнечелюстной дисфункции. Он приглашал меня на научные вечера местных ассоциаций зубных хирургов. Также я сопровождал его на семинаре доктора Кардоннэ, посвященном рентгеновским снимкам височно-нижнечелюстных суставов.

В то время научные исследования были направлены на суставной диск. Некоторые врачи использовали декомпрессионные каппы для устранения вывиха и хруста.

В 1970 г. американский врач Фаррар (Farrar) опубликовал диаграмму, на которой щелканье в височно-нижнечелюстных суставах было систематизировано в зависимости от разных положений вывихнутого диска. Чем позже происходит щелканье во время открывания рта, тем более выражена степень вывиха. Иногда щелканье исчезает спонтанно. Это не обязательно происходит потому, что вывих устранен, а часто потому, что диск вышел из сустава и располагается спереди от него. Исследования на эту тему мне были переданы Ги Аммэ.

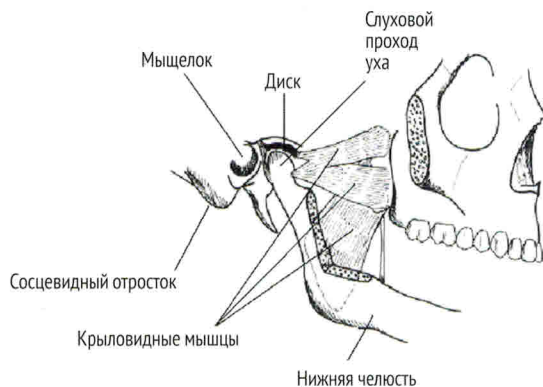
Позже известный американский окклюдодонт Доусон (Dawson) более образно описал разные этапы вывиха диска.

Легко представить, что щелканье диска происходит в тот момент, когда мышелок помещается под диск. Таким образом, чем более спереди будет располагаться диск, тем позже произойдет щелканье при открывании рта. Когда диск полностью покинет суставную полость, щелканье окончательно исчезнет.

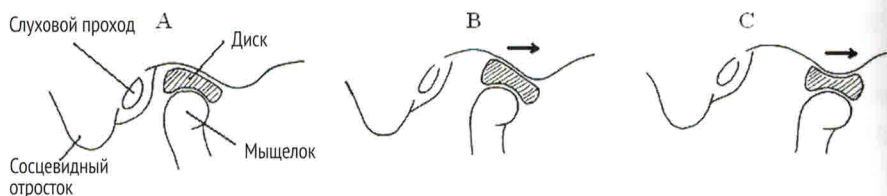
В нормальном суставе диск и мышелок взаимосвязаны, и движения мышелка и диска выполняются синхронно.

## НОРМАЛЬНЫЙ СУСТАВ

Для того, чтобы лучше визуализировать схемы, иллюстрирующие этапы вывиха, ниже изображен вид сбоку на височно-нижнечелюстной сустав в сагитальном разрезе.

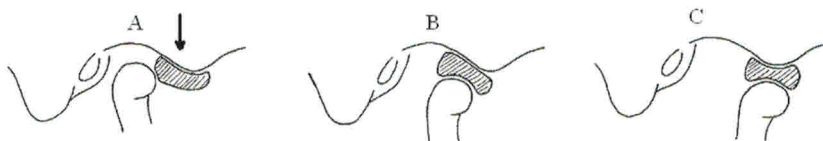


**Рис. 22**  
Височно-нижнечелюстной сустав в сагитальном разрезе.  
Рис. Б. Делаттра



**Рис. 23**  
На рис. А — нормальное положение диска и мыщелка, когда рот закрыт. На рис. В — положение при наполовину раскрытом рте. На рис. С — положение при раскрытом рте, мыщелок и диск выполняют перемещение вперед. Рис. Б. Делаттра

## СУСТАВ НА НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ ВЫВИХА ДИСКА



**Рис. 24**  
На рис. А — диск слегка спереди, когда рот закрыт. На рис. В — в начале раскрытия мыщелок соединяется с диском, проходя под его задним выступом, что вызывает щелканье. На рис. С мыщелок и диск продолжают двигаться вперед, следуя за раскрытием рта. Также может произойти щелчок при закрытии в момент, когда мыщелок отделяется от диска, чтобы вернуться в свою полость. Рис. Б. Делаттра

## СУСТАВ С СЕРЬЕЗНОЙ СТЕПЕНЬЮ ВЫВИХА

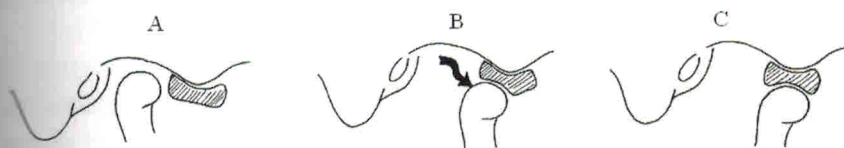


Рис. 25

На рис. А диск расположен более спереди. На рис. В щелчок возникает с запозданием. На рис. С мыщелок соединяется с диском. Рис. Б. Делаттра

## СУСТАВ, ИМЕЮЩИЙ ПОЛНЫЙ И НЕУСТРАНИМЫЙ ВЫВИХ

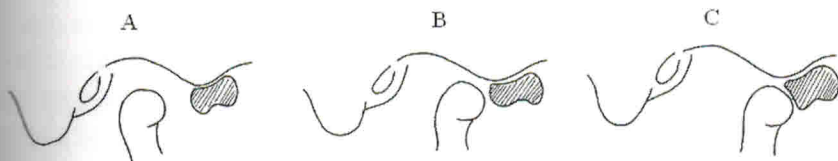


Рис. 26

На рис. А, В и С диск полностью вывихнут и расположен спереди от сустава. Мыщелок не может с ним соединиться. Щелканье исчезает. Вывих можно устранить только при помощи хирургического вмешательства. Рис. Б. Делаттра

Некоторые врачи используют аксиографию для объективной оценки положения диска.

Аксиография — это техника, которая позволяет регистрировать движения мыщелка на миллиметровой бумаге, помещенной на металлический диск. Прибор аксиограф состоит из двух частей. Одна из них фиксируется к нижней челюсти и сопровождает ее движения, а другая — к черепу. Соединение между этими двумя частями расположено напротив височно-нижнечелюстных суставов. Специальное устройство записывает на рулоне миллиметровой бумаги перемещения нижней челюсти. Если диск вывихнут, то след неровный, его резкое поднятие соответствует тому моменту, когда мыщелок помещается под диск. Мишель Доназзан не был уверен в пользе такого обследования из-за сложности его установки и малого количества информации относительно причин патологии. Мы никогда его не использовали. Кроме того, после установки это устройство было мало совместимо с физиологическими движениями.

В скором времени аксиография была заменена на обследование височно-нижнечелюстных суставов при помощи МРТ, который давал более достоверные изображения. Это обследование

## Глава 9

# Создание условий височно-нижнечелюстной дисфункции

*Ничто не может сравниться с экспериментом,  
если мы сомневаемся в реальности,  
что довольно парадоксально означает,  
что также мы сомневаемся в вымысле.*

Иоланда Вильмэр, отрывок из книги «Жизнь в прозе»

Лучший способ доказать все, что было рассказано выше о причинах височно-нижнечелюстной дисфункции, заключается в том, чтобы проверить, приведет ли временное создание этих причин у здорового человека к такому же нарушению биомеханики височно-нижнечелюстных суставов и позы тела.

## ВЛИЯНИЕ НАРУШЕНИЯ ПОЗЫ ТЕЛА НА БИОМЕХАНИКУ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И НА МЫШЦЫ, УЧАСТВУЮЩИЕ В ЖЕВАНИИ И ГЛОТАНИИ

Проводя эксперименты на самом себе и на многих здоровых добровольцах, я обнаружил, что положение нижней челюсти сразу изменялось после изменений в позе тела. Каждое изменение позы тела вызывало полностью воспроизводимую компенсаторную реакцию нижней челюсти. У пациента с нормальным движением нижней челюсти искусственно создавалось состояние постурального дисбаланса, чтобы наблюдать за изменением при открывании рта.

### Таз

Подпяточник толщиной 5 мм, помещенный под правую ногу незамедлительно приводил к отклонению нижней челюсти вправо во время открывания рта.

Когда мы помещали его под левую ногу, то нижняя челюсть смещалась влево.

### **Плечи**

Если попросить пациента открыть рот, подняв правое плечо, то нижняя челюсть сместится вправо.

Если он поднимет левое плечо, то она сместится влево.

### **Наклон головы в сторону**

Если пациент наклонит голову вправо, прежде чем раскрыть рот, то нижняя челюсть сместится вправо. Если он наклонит голову влево, то нижняя челюсть сместится влево.

### **Поворот шеи**

Если пациент повернет голову вправо, прежде чем раскрыть рот, то нижняя челюсть сместится влево.

Если пациент повернет голову влево, то нижняя челюсть сместится вправо.

Поворот шеи оказывает противоположное действие, чем наклон головы в сторону и подъем плеча.

### **Заключение**

Эти эксперименты свидетельствуют о связи, существующей между нижней челюстью и разными частями тела. На биомеханику нижней челюсти оказывает влияние каждое движение скелета. Эта особенность лежит в основе того, что мы называем восходящей патологией в височно-нижнечелюстной дисфункции.

У некоторых детей с врожденной кривошеей, лечение которой не было проведено, может возникнуть асимметрия лица и нижней челюсти.

Влияние тазового и плечевого поясов на биомеханику нижней челюсти настолько велико, что необходимо устранить любое нарушение их равновесия, прежде чем начинать остеопатическое лечение.

Если у пациента отсутствует истинное неравенство длины нижних конечностей, то необходимо устранить при помощи остеопатических манипуляций постуральные нарушения, связанные с дисбалансом таза и механическими межпозвоночными дисфункциями.

## ВЛИЯНИЕ НАРУШЕННОГО ГЛОТАНИЯ НА БИОМЕХАНИКУ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

### **Глотание с выдвинутым вперед языком**

Всего одно глотание слюны, при котором язык выдвигается вперед и вправо, вызывает отклонение влево нижней челюсти при открывании рта, а левая лопатка поднимается.

Если язык расположен спереди и слева, то нижняя челюсть смещается вправо, при открывании рта, а правая лопатка поднимается.

### **Глотание с задней интерпозицией (с задним промежуточным положением языка)**

Если пациент глотает слюну, поместив свой язык между молярами и премолярами справа, то при открывании рта нижняя челюсть будет смещена влево, а левая лопатка будет подниматься.

Если язык расположен слева, нижняя челюсть будет смещена вправо, а правая лопатка будет подниматься.

### **Глотание с низким языком**

Для того чтобы при глотании язык располагался внизу рядом с резцами, достаточно приоткрыть губы.

Если поместить язык немного более влево и проглотить с приоткрытыми губами, то открывание рта после такого глотания будет смещено вправо; а правая лопатка будет подниматься.

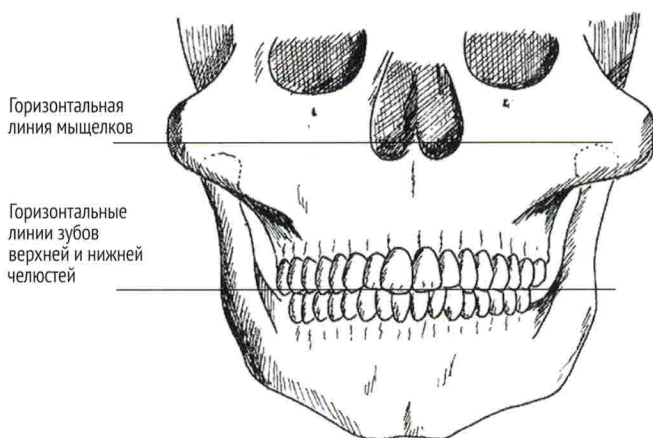
Если язык расположен немного более справа, то открывание рта будет смещено влево; а левая лопатка будет подниматься.

### **Заключение**

При первичном обследовании необходимо учитывать влияние глотания слюны на биомеханику нижней челюсти, и любую диспраксию следует устранить до начала одонтологического лечения.

## ВЛИЯНИЕ ИСКУССТВЕННО СОЗДАННОГО НАРУШЕНИЯ ПРИКУСА НА БИОМЕХАНИКУ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

В норме прикус должен поддерживать идеальное равновесие нижнечелюстных мышцелков. Это означает, что при закрывании рта верхние и нижние зубы должны смыкаться одновременно, и при этом нижняя челюсть должна находиться в горизонтальном положении.



**Рис. 63**  
На этом рисунке нижняя челюсть расположена горизонтально, когда рот закрыт, поскольку верхние и нижние зубы параллельны.  
Рис. Б. Делаттра

Право

Лево



**Рис. 64**

Если нижняя челюсть находится в таком положении, то височно-нижнечелюстные суставы центрированы и уравновешены.  
Рис. Б. Делаттра

Нарушенный прикус нарушает горизонтальное положение нижней челюсти. Он может вызывать «хромоту», ротацию или их сочетание.