



RS Global
Journals

Scholarly Publisher
RS Global Sp. z O.O.
ISNI: 0000 0004 8495 2390

Dolna 17, Warsaw, Poland 00-773
Tel: +48 226 0 227 03
Email: editorial_office@rsglobal.pl

JOURNAL	World Science
p-ISSN	2413-1032
e-ISSN	2414-6404
PUBLISHER	RS Global Sp. z O.O., Poland
ARTICLE TITLE	МАНУАЛЬНА ТЕРАПІЯ В ЛІКУВАННІ ВІВІХУ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА І ЙОГО МЕНІСКА
AUTHOR(S)	Сергій Франк, Михайло Франк, Георгій Франк
ARTICLE INFO	Sergii Frank, Michael Frank, George Frank. (2020) Manual Therapy in the Treatment of Temporomandibular Joint and Meniscus Dislocation. World Science. 7(59). doi: 10.31435/rsglobal_ws/30092020/7198
DOI	https://doi.org/10.31435/rsglobal_ws/30092020/7198
RECEIVED	20 July 2020
ACCEPTED	29 August 2020
PUBLISHED	04 September 2020
LICENSE	 This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License .

МАНУАЛЬНА ТЕРАПІЯ В ЛІКУВАННІ ВИВИХУ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА І ЙОГО МЕНІСКА

Сергій Франк,

Ортопед-травматолог, мануальний терапевт, МЦ «Український Травмоцентр», Київ, Україна, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-0053-6898>

Михайло Франк,

Інтерн, мануальний терапевт, МЦ «Український Травмоцентр», Київ, Україна, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-5145-9290>

Георгій Франк,

Інтерн, мануальний терапевт, МЦ «Український Травмоцентр», Київ, Україна, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-2377-1337>

DOI: https://doi.org/10.31435/rsglobal_ws/30092020/7198

ARTICLE INFO

Received: 20 July 2020

Accepted: 29 August 2020

Published: 04 September 2020

KEYWORDS

temporomandibular joint dislocation, dislocation of the temporomandibular joint meniscus, temporomandibular joint disc displacement, cervical spine, manual therapy, shock-wave therapy.

ABSTRACT

The treatment of temporomandibular joint and meniscus dislocation belongs to the field of dentistry and maxillofacial surgery and is considered to be a lengthy and complex process. In this paper, the authors attempt to link the occurrence of such dislocations with pathological conditions of the upper segments of the cervical spine and prove that manual correction of the affected segments of the spine significantly accelerates and facilitates the treatment of temporomandibular joint and meniscus dislocations.

Citation: Sergii Frank, Michael Frank, George Frank. (2020) Manual Therapy in the Treatment of Temporomandibular Joint and Meniscus Dislocation. *World Science*. 7(59). doi: 10.31435/rsglobal_ws/30092020/7198

Copyright: © 2020 **Sergii Frank, Michael Frank, George Frank.** This is an open-access article distributed under the terms of the **Creative Commons Attribution License (CC BY)**. The use, distribution or reproduction in other forums is permitted, provided the original author(s) or licensor are credited and that the original publication in this journal is cited, in accordance with accepted academic practice. No use, distribution or reproduction is permitted which does not comply with these terms.

Вступ. Скренево-нижньощелепний суглоб (СНЩС) розташований перед нижньою частиною вуха і призначений для забезпечення руху нижньої щелепи. СНЩС має шарнірну будову – коли рот широко відкривається, суглобова голівка (мищелок) виходить із суглобової ямки і висувається вперед. При закриванні рота мищелок повертається на місце. В ICD-10: 2019 вивих скренево-нижньощелепного суглоба і його меніска описано в розділі S03.0.

Розлади скренево-нижньощелепного суглоба – збірний термін, що включає в себе різноманітні патологічні стани в суглобі, серед них звичайний вивих самого суглоба, вивих диска (меніска) від його зміщення аж до повного розриву, дегенеративні зміни в суглобі та його анкілоз [12, 15, 17, 23]. Вивих СНЩС стається, якщо при відкриванні рота мищелок висувається надто далеко, застрягає в положенні перед суглобовим горбиком і не може повернутися на місце. Таке найчастіше трапляється через послаблення зв'язок, які мають утримувати мищелок на місці. При цьому сусідні м'язи часто охоплюють судоми і вони утримують мищелок у зміщеному положенні.

Вивихи СНЩС складають 1,5-5,7% усіх вивихів, трапляються частіше в жінок 20-40 років, бо зв'язковий апарат їх суглобів недостатньо міцний, а нижньощелепна ямка скреневої

кістки мілка [29, 34, 35]. В залежності від напрямку зсуву голівки нижньої щелепи вивихи бувають передні й задні. Останні трапляються рідко і зазвичай при ударах у підборіддя, при цьому нижня щелепа зміщується назад. Передні вивихи СНЩС бувають частіше, їх спричиняє надмірне опускання нижньої щелепи під час крику, при кашлі, позіханні, сміхові, в процесі їжі, при лікарських маніпуляціях з відкритим ротом – зондуванні шлунку, зуболікуванні [34]. Розрізняють односторонні й двосторонні вивихи СНЩС. Клінічно при односторонньому вивиху потерпілий не в змозі закрити рот, підборіддя зміщене вперед у здоровий бік, болі в привушних областях більш виражені з ураженого боку. При двосторонньому вивихові через неможливість закрити рот людина не може нормально говорити, турбують двосторонні привушні болі, гіперсалівація, підборіддя зсовується вперед, подовжуючи овал обличчя [34]. Існує цілий ряд методів лікування вивихів СНЩС, зокрема Гіппократа, Ходоровича П.В., Блехмана Г.Л., Гершуні Ю.Д., Попеску В., але загальний їх принцип однаковий: під місцевою анестезією адекватно розтягнути зв'язково-м'язовий апарат, поставити на місце голівки нижньої щелепи та іммобілізувати нижньощелепний суглоб на кілька тижнів [2, 8-10, 34]. У разі звичайного вивиху відбувається його мимовільне вправлення без лікарського втручання. Однак таким хворим слід пройти курс лікування в клініці ортопедичної стоматології [2, 34]. Складні й невірні вивихи СНЩС часто лікують хірургічно [11, 14].

Вивих меніска являє собою зсув меніска з поверхні суглобової голівки і заклинювання його між елементами скронево-нижньощелепного суглоба [3]. Вперше вивих меніска був описаний Аннандале в 1887 році [13]. Вивих меніска зустрічається значно рідше, ніж вивих і підвивих нижньої щелепи. Згідно з даними дослідження [3] серед захворювань скронево-нижньощелепного суглоба на вивих меніска припадає 12,4% звернень. При вивиху диска в більшості випадків він зміщується наперед, але зрідка буває й заднє зміщення [12, 23, 31]. Клінічні симптоми залежать від напрямку зміщення диска та його тяжкості. Зміщення меніска наперед викликає обмеження відкриття щелепи, біль у суглобах, клацання при відкриванні рота. Заднє зміщення створює дискомфорт та обмеження при закриванні рота і гострі оклюзійні зміни [12, 27]. Вивих меніска може варіюватися від зміщення диска вперед або назад і аж до його повного перелому [12, 27, 30]. Перелом диска скронево-нижньощелепного суглоба є маловідомим патологічним станом через його велику рідкість і трапляється зазвичай у людей старшого віку [12]. На вивихи меніска страждають пацієнти віком здебільшого 15-30 років, при цьому жінки втричі частіше за чоловіків [4]. Легковправні вивихи меніска СНЩС зустрічаються частіше, ніж тяжковправні й невірні (застарілі) [4]. Лікування патології спрямоване на відновлення нормального положення диска. «Схема лікування вивихів меніска включає в себе усунення етіологічного фактора, міогімнастичні вправи, застосування ортопедичних і ортодонтичних апаратів у комплексі з фізіотерапією; ортопедичне лікування, спрямоване на вправлення меніска в його фізіологічне положення з наступним відновленням сили і синхронності скорочення парних жувальних м'язів, зняттям спазму м'язів, відновленням плавності і узгодженості рухів суглобових головок нижньої щелепи та запобіганням рецидивів. Після досягнення свободи рухів у суглобі хворому виготовляється індивідуальний модифікований ортопедичний апарат для користування протягом 4-6 місяців» [4-6, 7 с.13]. У випадку невірних вивихів меніска доводиться застосовувати хірургічне втручання [4, 13, 18, 25, 26].

Зазвичай вивихи скронево-нижньощелепного суглоба та його менісків є компетенцією стоматологів, але якщо глянути на питання ширше і зосередитися на іннервації суглоба, то відкриваються додаткові можливості в плані мануального лікування даної патології. «Основні джерела іннервації СНЩС – вушно-скроневий, жувальний та крилоподібний нерви. Крім того, зовнішня поверхня капсули іннервується гілочкою лицьового нерва. У диску та капсулі суглоба проходять симпатичні волокна від сплетіння навколо поверхневої скроневої артерії, які виходять від верхнього шийного симпатичного вузла. Особливо багата іннервація в задньому відділі диска. Очевидно місцевий біль спричинений тиском голівки суглоба на цю ділянку. Концентрація нервових закінчень наявна в місцях кріплення м'язів. Багата рефлексогенна зона і в передньому відділі капсули. В зоні СНЩС перехрещуються нерви: вушно-скроневий, великий вушний, малий потиличний та вушна гілочка вагуса, яка має анастомози з язикоглотковим. Складна іннервація суглоба ускладнює диференційну діагностику обличчя і щелеп» [1, с.12]. Отже, оскільки іннервація СНЩС здійснюється від третьої гілки трійчастого нерва, а ядро його поверхневої (больової й тактильної) чутливості є прямим продовженням

задніх рогів спинного мозку і воно проходить через міст мозку, продовгуватий мозок та **два верхні шийні сегменти спинного мозку** [16, 36], то логічно припустити, що блокування саме шийних сегментів С1, С2 і ближнього С3 може бути тісно пов'язане з вивихом як самого СНЩС, так і особливо його меніска. А консервативне чи хірургічне лікування вивихів СНЩС і меніска без зняття блокування шийних сегментів хребта буде тривалим і недостатньо ефективним. Тому застосування мануальної корекції на блокованому шийному відділі хребта при вивихах СНЩС і меніска видається вкрай раціональним.

Мета даного дослідження – вивчити результати впливу мануальної терапії на вивихи скронево-нижньощелепного суглоба та його меніска.

Матеріали і методи.

Проведено ретроспективний аналіз результатів лікування методами мануальної терапії в МЦ «Український Травмоцентр» у період із квітня 2016 по липень 2020 року загальним числом 19 пацієнтів із вивихами скронево-нижньощелепного суглоба і його меніска, з них 12 хворих із вивихом скронево-нижньощелепного суглоба і 7 – із вивихом меніска скронево-нижньощелепного суглоба. Усі хворі дослідницької групи, окрім вивихів скронево-нижньощелепного суглоба і його меніска, мали різні патології шийного відділу хребта і лікування включало поряд із вправленням вивихів мануальну корекцію цільових ділянок ший. Контрольна група з 20 осіб у той же період проходила консервативне лікування вивихів скронево-нижньощелепного суглоба і меніска традиційними методами без використання мануальної корекції шийного відділу хребта.

Обстеження хворих у МЦ «Український Травмоцентр» передбачало проведення огляду ортопедом-травматологом мануальним терапевтом, а також, при необхідності, для уточнення локалізації патології, виконання рентгену, КТ, МРТ цільових ділянок обличчя та хребта. Мануальна діагностика СНЩС включала: визначення стану суглобової голівки ззовні і з боку слухового проходу в спокої і при русі нижньої щелепи, пальпацію доступних жувальних м'язів для визначення їх тону, виявлення наявності спазму та больових зон; проведення проб із навантаженням для аналізу рухів нижньої щелепи й оцінки прикусу.

Мануальна діагностика хребта передбачала ручну діагностику рухомості і «суглобової гри» дуговідросткових (фасеткових) суглобів за допомогою пасивних рухів і зміщень у різних площинах вісей руху хребта, а також спеціальні прийоми досліджень функціонального стану м'язової сфери і рухового стереотипу з метою визначення ділянок функціональної блокади рухових сегментів хребта [19-22, 28]. Вимірювання інтенсивності болю здійснювалося методом оцінки больових відчуттів за допомогою візуальної аналогової шкали (ВАШ). Позитивним результатом лікування вважалося зниження больового синдрому на 80% і більше.

У даній роботі ставилося завдання дослідити можливий зв'язок рецидивуючих вивихів скронево-нижньощелепного суглоба і його меніска з патологічними станами верхніх сегментів шийного відділу хребта та визначити ступінь впливу мануальної корекції хребта на хід лікування вивихів СНЩС.

Лікування здійснювалося за авторською методикою С. Франка [19-22], в основу якої покладені кращі досягнення європейської школи мануальної терапії К. Левіта [28], розвинені й доповнені власними напрацюваннями автора і досягненнями українських колег. Європейська школа мануальної терапії К. Левіта бачить передумови для мануального лікування в порушенні функції рухової системи. Найбільш адекватний метод лікування зворотних функціональних обмежень руху – це маніпуляції [28, с. 20]. Мета маніпуляційного лікування полягає у відновленні функції суглоба в тих місцях, де вона загальмована (блокована) [28, с. 23]. Об'єктом маніпуляції є функціональні порушення, в основному блокування в суглобах. Під блокуванням розуміють обмеження руху в руховому сегменті [28, с. 20]. Авторська методика С. Франка захищена науковими публікаціями в європейській науковій медичній періодиці [19-22]. Суть методу полягає в застосуванні прийомів мануальної терапії (мобілізації, маніпуляції, тракції, форсованої флексії, пасивних вправ) в поєднанні, за потреби, з ударно-хвильовою терапією (УХТ). Використання цих двох компонентів у одній методиці дозволяє здобути синергетичний ефект [19-22].

Вказана методика після зібраного анамнезу передбачає:

- Уточнення пальпацією і, за потреби, датчиком УХТ локалізації блокованих сегментів і тригерних точок.

- Використання УХТ, за потреби, для зниження больової чутливості в цільових зонах, покращення трофічної функції нерва, посилення кровообігу на ділянці блокованого сегмента по ходу нерва, який турбує, в м'яких тканинах, у відростках кісток, суглобах і місцях, де нерв входить у вузькі канали (при цьому рівень енергії має утримуватися в максимальних комфортних для пацієнта межах).

- Застосування прийомів мануальної терапії на ділянках хребта в наступній послідовності: поступове зменшення зміщення й ротації окремих хребців дуги викривлення та торсії сегментів цієї дуги в зоні їх рухливості.

- Періодичне повторення вказаних процедур до отримання позитивного клінічного результату [19-22].

Даний метод успішно практикується протягом останніх п'ятнадцяти років для лікування також і вивихів ШНЦС та його меніска.

Результати та їх обговорення.

У період із квітня 2016 по липень 2020 року дослідницька група із 19 пацієнтів з легко- і тяжковправними вивихами скронево-нижньощелепного суглоба і його меніска та патологіями верхніх сегментів шийного відділу хребта проходила лікування методами мануальної терапії в МЦ «Український Травмоцентр». Із 19 хворих 12 осіб (63,2%) мали вивих скронево-нижньощелепного суглоба, серед них 8 пацієнтів (66,7%) – односторонній і 4 (33,3%) – двосторонній; 9 пацієнтів (75%) – передній і 3 (25%) – задній; група налічувала 9 (75%) жінок у віці від 15 до 75 років (середній вік 36 років) і 3 чоловіків у віці від 18 до 79 років (середній вік 39 років). 8 із 12 хворих (66, 7%) страждали на рецидивуючий вивих скронево-нижньощелепного суглоба, з них 6 (75%) жінок і 2 (25%) чоловіків. 7 (36,8%) із 19 пацієнтів дослідницької групи мали вивих меніска скронево-нижньощелепного суглоба, з них 6 (85,7%) – передній і 1 (14,3%) – задній; в групі було 5 (71,4%) жінок віком від 17 до 56 років (середній вік 32 роки) і 2 (28,6%) чоловіків віком 24 і 32 років (середній вік 28 років). 4 (57,1%) із 7 хворих страждали на рецидивуючий вивих меніска скронево-нижньощелепного суглоба, з них 3 (75%) жінки і 1 (25%) чоловік. Всі пацієнти дослідницької групи мали діагностовані в МЦ «Український Травмоцентр» патології верхніх сегментів шийного відділу хребта, підтверджені МРТ. Ортопедичне лікування вивихів скронево-нижньощелепного суглоба і його меніска полягало в адекватному розтягуванні зв'язково-м'язового апарату суглоба, вправлянні мищелка щелепи в суглобову ямку чи меніска в його фізіологічне положення. Замість подальшої традиційної примусової тривалої іммобілізації суглоба проводилася мануальна корекція блокувань верхніх сегментів шийного відділу хребта С1, С2, С3, розблокування яких відновлювало складну нормальну фізіологічну іннервацію складових ШНЦС. Відновлена нормальна фізіологічна іннервація ШНЦС в свою чергу поступово повертала силу й синхронність скорочень парних жувальних м'язів, знімала спазми м'язів, відновлювала плавність і узгодженість рухів суглобових голівок нижньої щелепи та запобігала рецидивам вивихів. Сеанси мануальної корекції верхніх сегментів шийного відділу хребта тривали до повного зняття блоків С1, С2, С3, їх кількість становила від 1 до 5, а загальна тривалість лікування від одного прийому до 1-2 місяців. Подальший моніторинг стану пацієнтів через кожні 6 місяців серед 8 осіб із рецидивуючим вивихом скронево-нижньощелепного суглоба та 7 осіб із рецидивуючим вивихом меніска скронево-нижньощелепного суглоба виявив протягом двох років спостережень по одному рецидиву кожної патології, відповідно 12,5% та 14,3%.

Контрольна група складала 20 осіб із легко- і тяжковправними вивихами скронево-нижньощелепного суглоба і його меніска, з них 12 осіб (60%) із вивихами скронево-нижньощелепного суглоба, 9 (75%) односторонніх і 3 (25%) двосторонніх, 8 (66,7%) передніх і 4 (33,3%) задніх; в складі групи було 9 (75%) жінок віком від 17 до 82 років (середній вік 35 років) і 3 (25%) чоловіків віком від 16 до 73 років (середній вік 32 роки). 7 (58,3%) із 12 страждали на рецидивуючий вивих скронево-нижньощелепного суглоба, з них 5 (71,4%) жінок і 2 (28,6%) чоловіків. 8 (40%) із 20 хворих мали вивихи меніска скронево-нижньощелепного суглоба, з них 7 осіб (87,5%) – передні і 1 особа (12,5%) – задній. У складі групи було 6 (75%) жінок віком від 15 до 70 років (середній вік 33 роки) і двоє (25%) чоловіків віком 19 і 41 років (середній вік 30 років). 5 хворих (62,5%) страждали на рецидивуючий вивих меніска скронево-нижньощелепного суглоба, з них 4 (80%) жінки і 1 (20%) чоловік. Ортопедичне лікування вивихів скронево-нижньощелепного суглоба і його меніска в контрольній групі полягало в адекватному розтягуванні зв'язково-м'язового апарату суглоба, вправлянні мищелка в

суглобову ямку чи меніска в його фізіологічне положення та іммобілізації нижньощелепного суглоба на кілька тижнів із подальшим встановленням обмежувальних апаратів різних конструкцій на термін від 2 до 6 місяців. Таким чином лікування вивиху нижньої щелепи тривало від 2-3 до 6-8 місяців. Кількість рецидивів за два роки спостережень становила 5 у групі з 7 рецидивуючих вивихів скронево-нижньощелепного суглоба і 4 в групі з 5 рецидивуючих вивихів меніска скронево-нижньощелепного суглоба, відповідно 71,4% та 80% .

З наведеної статистики порівняльного лікування хворих дослідницької і контрольної груп можна зробити наступні висновки:

- Вивихи скронево-нижньощелепного суглоба і його меніска успішно піддаються мануальному лікуванню при поєднанні вправлення нижньої щелепи з подальшою мануальною корекцією патологій верхніх сегментів шийного відділу хребта

- Поєднання мануального лікування вивиху нижньої щелепи з мануальною корекцією шийного відділу хребта усуває причину вивиху – порушення іннервації СНЩС, яке веде до послаблення зв'язково-м'язового апарату суглоба

- Мануальне лікування вивиху нижньої щелепи дозволяє в 5-10 разів скоротити загальний термін лікування і в 7-8 разів – кількість рецидивів

Отже, проведене дослідження підтвердило доцільність консервативного лікування методами мануальної терапії вивихів СНЩС і його менісків. В порівнянні з іншими методами застосування мануальної терапії для цієї мети має ряд суттєвих переваг: це і відсутність побічної дії, безпечність, простота у використанні, швидке досягнення результату, неінвазивність, економічність, ефективність.

Таким чином, метод мануальної терапії в поєднанні з ударно-хвильовою терапією дозволяє надавати допомогу хворим із легко- і тяжковправними, а також рецидивуючими вивихами скронево-нижньощелепного суглоба і його меніска, які не отримали бажаного результату при використанні традиційних методів лікування.

Клінічний випадок №1

Пацієнтка М., жінка, 32 роки, менеджер. Вперше звернулася в МЦ «Український Травмоцентр» у травні 2016 р.

DS: Двосторонній передній тяжковправний рецидивуючий вивих скронево-нижньощелепного суглоба.

Скарги: Сильний біль у верхньому відділі навколоротових областей, неможливість закрити рот, рясне слиновиділення при сухому язичі, невиразна мова, зсунуте вперед підборіддя.

Анамнез захворювання: При лікуванні 7-го нижнього корінного зуба з широко відкритим ротом стався вивих скронево-нижньощелепного суглоба. Хвора страждає на дану рецидивуючу патологію 8 років, вивих часто провокується кашлем, сміхом, різкими рухами нижньої щелепи, зазвичай трапляється 3-4 рази на рік. Після кожного чергового вправлення суглоба з наступною його іммобілізацією триває 2-3 місячна реабілітація в спеціальному фіксуєчому апараті. Цього разу через дві години після вивиху СНЩС в кабінеті стоматолога пацієнтка вперше звернулася в МЦ «Український травмоцентр».

Клінічні дані: При огляді ортопедом-травматологом мануальним терапевтом був діагностований двосторонній передній вивих скронево-нижньощелепного суглоба, підтверджений кількома попередніми однотипними результатами рентгенограм і томограм нижньої щелепи, виконаних у боковій проекції. Крім того були виявлені функціональні блоки в рухомих сегментах С1, С2, С3 шийного відділу хребта.

Лікування: В день звернення під місцевою анестезією був адекватно розтягнутий зв'язково-м'язовий апарат СНЩС та поставлені на місце голівки нижньої щелепи. Іммобілізація суглоба не проводилася. Була здійснена також мануальна корекція блокувань верхніх сегментів шийного відділу хребта С1, С2, С3. Пацієнтці надані рекомендації найближчі кілька днів вживати лише рідку їжу, не здійснювати різких рухів нижньою щелепою. Протягом двох наступних тижнів із інтервалами 3-4 дні було проведено ще 4 сеанси мануальної корекції сегментів С1, С2, С3 шийного відділу хребта до повного їх розблокування. Болі в суглобі припинилися відразу ж після вправлення вивиху, спазми м'язів проходили поступово, сила і синхронність скорочень парних жувальних м'язів та плавність і узгодженість рухів суглобових голівок нижньої щелепи відновлювалися по мірі розблокування верхніх сегментів шийного відділу хребта. Моніторинг стану пацієнтки протягом 2016-2020 років рецидивуючих вивихів СНЩС не зафіксував.

Клінічний випадок №2

Пацієнтка В., жінка, 20 років, солістка танцювального ансамблю. Вперше звернувся в МЦ «Український Травмоцентр» у січні 2018 р.

DS: Передній правосторонній рецидивуючий вивих меніска скронево-нижньощелепного суглоба.

Скарги: Болі в області правого СНЩС, які посилюються при рухові нижньої щелепи, постійне клацання в правому суглобі, раптове блокування суглоба з різким болючим клацанням і обмеженням відкривання рота, зигзагоподібний рух нижньої щелепи, втомленість жувальних м'язів, біль і обмеження рухливості в шийному відділі хребта.

Анамнез захворювання: Пацієнтка пов'язує початок захворювання з падінням на репетиції в липні 2017 р. і травмуванням плечового суглоба та шийного відділу хребта, зокрема атланта. Через місяць після травми почалося наростаюче клацання в правому СНЩС при відкриванні рота і болі в суглобі, несиметричне відкривання рота, зміщення нижньої щелепи вліво і перекіс зверху до низу. Рентген, МРТ і КТ не виявили патологій у суглобі, було проведено курс фізіотерапевтичного лікування без покращень. У вересні 2017 р. пройшла місячний курс остеопатичного лікування після якого припинилося клацання в суглобі й послабилися болі, але вже в листопаді симптоматика почала наростати з новою силою, збільшилася асиметричність обличчя, погіршилися слух і зір, обмежилася рухливість шийного відділу хребта, різко посилілися болі в правому СНЩС. Була проведена двоконтрастна артрографія і МРТ СНЩС, на основі яких поставлено діагноз: передній правосторонній вивих меніска скронево-нижньощелепного суглоба і рекомендована хірургічна операція – меніскектомія. Перед її проведенням пацієнтка звернулася по консультацію в МЦ «Український Травмоцентр».

Клінічні дані: При огляді ортопедом-травматологом мануальним терапевтом був підтверджений діагноз передній правосторонній вивих меніска скронево-нижньощелепного суглоба і виявлені блокування верхніх сегментів С1, С2 шийного відділу хребта.

Лікування: Лікування патології спрямоване на відновлення нормального положення диска (меніска) СНЩС, для цього перш за все необхідно покращити його іннервацію. Тому спочатку було проведено два сеанси мануальної корекції блокувань сегментів С1, С2 шийного відділу хребта, що дозволило в подальшому досить безболісно із застосуванням місцевої анестезії мануальними методами відновити нормальне положення меніска між мищелком нижньої щелепи та суглобовою ямкою і суглобовим горбиком барабанної частини скроневої кістки. Надалі наступними трьома сеансами мануальної корекції були повністю розблоковані сегменти С1, С2 шийного відділу хребта, повернена нормальна фізіологічна іннервація зв'язково-м'язового апарату суглоба, що дозволило відновити силу і синхронність скорочення парних жувальних м'язів, зняти спазм м'язів, відновити плавність і узгодженість рухів суглобових голівок нижньої щелепи та запобігти рецидивам. В даному клінічному випадку мануальними методами вдалося уникнути: хірургічного втручання, довгострокового апаратного лікування, а також значно скоротити й полегшити термін реабілітації.

ЛІТЕРАТУРА

1. Артюшкевич А.С. (2014) Заболевания височно-нижнечелюстного сустава. Современная стоматология. Минск.: 1: 11-14.
2. Девдариани Д.Ш., Васильев А.В., Ипатова В.Я. (2011) Метод устранения привычного вывиха нижней челюсти // Клиническая стоматология.: 2: 52-53.
3. Петросов Ю.А., Сидоренко А.Н., Сеферян Н.Ю., Сеферян К.Г. (2007) Диагностика, клиника и ортопедическое лечение вывихов мениска височно-нижнечелюстного сустава. Современная ортопедическая стоматология.: 8. 106-112.
4. Сеферян К.Г. (2002) Ортопедическое лечение вывиха мениска височно-нижнечелюстного сустава. Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Ставрополь.: 190.
5. Сеферян К.Г., Еричев В.Г. (2001) Дифференциальная диагностика вывиха мениска височно-нижнечелюстного сустава. Тезисы XXVIII научной конференции студентов и молодых ученых Юга России, Краснодар.: 108.
6. Сеферян К.Г., Еричев В.Г. (2001) Миогимнастические упражнения при вывихе мениска височно-нижнечелюстного сустава. Тезисы XXVIII научной конференции студентов и молодых ученых Юга России, Краснодар.: 109.
7. Сеферян К.Г. (2002) Ортопедическое лечение вывиха мениска височно-нижнечелюстного сустава. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Ставрополь.: 19.
8. Хватова В.А. (1982) Заболевания височно-нижнечелюстного сустава. – М.: Медицина: 160.
9. Хирургическая стоматология: учебник / Под общ. ред. В.В. Афанасьева. 2011. – М.: ГЭОТАР-Медиа.: 880.

10. Швырков М.Б. (2012) Способ лечения больных с хроническим вправляемым вывихом нижней челюсти // *Стоматология*.: 3: 42-45.
11. Agerberg G, Lunberg M (1971) Change in the temporo mandibular joint after surgical treatment. *Oral Surg.*; 32: 865 [Scopus] [PubMed] [Abstract] [Full Text PDF] [Google Scholar]
12. An S-Y, Jung S-Y (2014) Fracture of the articular disc in the temporomandibular joint: two case reports. *A Journal of Head & Neck Imaging. The British Institute of Radiology* <https://doi.org/10.1259/dmfr.20140218>
13. Annandale T (1887) Displacement of the interarticular cartilage of the lower jaw, and its treatment by operation. *Lancet.*; 1: 411 [Scopus] [Abstract] [Google Scholar]
14. Dingman RO et al. (1975) Surgical correction of lesions of the temporomandibular joint. *Plast Reconstr Surg.*; 55: 335 [Scopus] [PubMed] [Crossref] [Google Scholar]
15. Dixon AD (1962) Structure and functional significance of the intra-articular disc of the human temporomandibular joint. *J Oral Surg.*; 15: 48 [Scopus] [Abstract] [Full Text PDF] [Google Scholar]
16. Donkelaar H. J. (2011) *Clinical Neuroanatomy: Brain Circuitry and Its Disorders*. – Springer,: 860 ISBN 978-3-642-19134-3.
17. Dworkin SF, Huggins KH, LeResche L, Von Korff M, Howard J, Truelove E, et al. (1990) Epidemiology of signs and symptoms in temporomandibular disorders: clinical signs in cases and controls. *J Am Dent Assoc*; 120: 273–81. [PubMed] [Google Scholar]
18. Eriksson L, Westesson P (1985) Long term evaluation of meniscectomy of the temporomandibular joint. *J Oral Maxillofac Surg.*; 43: 203 [Scopus] [Abstract] [Full Text PDF] [Google Scholar]
19. Frank Sergii. (2019). Experience in treating long-term effects of concussions and PTSD using manual therapy combined with shock wave therapy. *World Science*. 4(44), Vol.2. doi: 10.31435/rsglobal_ws/30042019/6470.
20. Frank Sergii, Frank Michael, Frank George. (2019). Manual Therapy as an Alternative Treatment for Panic Attacks. *World Science*. 8(48), Vol.2. doi: 10.31435/rsglobal_ws/31082019/6633.
21. Frank Sergii, Frank Michael, Frank George. (2019) Manual Therapy in Treating Primary Nocturnal Enuresis. *World Science*. 11(51), Vol.2. doi:10.31435/rsglobal_ws/30112019/6775.
22. Frank Sergii, Frank Michael, Frank George (2020) Rehabilitation Treatment of Lumbarization-Related Pathologies Via Manual Therapy. *World Science*. 6(58), Vol.2. doi: 10.31435/rsglobal_ws/30062020/7113.
23. Gallagher DM. (1986) Posterior dislocation of the temporomandibular joint meniscus: report of three cases. *J Am Dent Assoc*; 113: 411–15. [PubMed] [Google Scholar]
24. Gallagher DM, Wolford LM (1987) Comparison of Silastic and Proplast implants in the temporomandibular joint after condylectomy for osteoarthritis. *J Oral Maxillofac Surg.*; 40: 267 [Google Scholar]
25. Hall DH (1985) Meniscectomy for damaged discs of the temporomandibular joint. *South Med J.*; 78: 569 [Scopus] [PubMed] [Crossref] [Google Scholar]
26. Kiehn CL (1952) Meniscectomy for internal derangement of temporomandibular joint. *Am J Surg.*; 33: 364 [Scopus] [Abstract] [Full Text PDF] [Google Scholar]
27. Kuribayashi A, Okochi K, Kobayashi K, Kurabayashi T. (2008) MRI findings of temporomandibular joints with disk perforation. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*; 106: 419–25. doi: 10.1016/j.tripleo.2007.11.020 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
28. Lewit K., Sachse J., Janda V. (1993) *Manual Medicine*. – M.: Medicine.
29. McCarty W.L., Farrar W.B. (1979) Surgery for internal derangements of the temporomandibular joint. *J. Prosthet. Dent.*: 42 (2): 191–196.
30. Melis M, Di Giosia M, Secci S. (2011) Temporomandibular joint disk fracture: a case report. *Cranio*; 29: 227–31. [PubMed] [Google Scholar]
31. Okochi K, Ida M, Honda E, Kobayashi K, Kurabayashi T. (2008) MRI and clinical findings of posterior disk displacement in the temporomandibular joint. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*; 105: 644–8. doi: 10.1016/j.tripleo.2007.07.034 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
32. Stegenga B, de Bont LG, Boering G. (1989) Osteoarthritis as the cause of craniomandibular pain and dysfunction: a unifying concept. *J Oral Maxillofac Surg*; 47: 249–56. [Crossref] [Medline] [ISI] [Google Scholar]
33. Tanaka E, Detamore MS, Mercuri LG (2008) Degenerative disorders of the temporomandibular joint: etiology, diagnosis, and treatment. *J Dent Res*; 87: 296–307. [Crossref] [Medline] [ISI] [Google Scholar]
34. Volkov S.I., Bogdanov A.O. (2016) Method for reduction of mandibular dislocation. *Upper Volga Medical Journal.*: Vol. 15: 3
35. Watatani K., Shirasuna K., Morioka S. et al. (1992) Surgical treatment using porous hydroxyl apatite blocks for severe habitual dislocation of the bilateral temporomandibular joint in patient with epilepsy. *J. Osaka Univ. Dent. Sch.*; 32: 1–5.
36. Wonil Joo, Fumitaka Yoshioka, Takeshi Funaki, Koji Mizokami, Albert L. Rhoton (2013) Microsurgical anatomy of the trigeminal nerve // *Clinical Anatomy*. Vol. 27.: 61-88. ISSN 08973806. doi:10.1002/ca.22330
37. Yun PY, Kim YK (2005) The role of facial trauma as a possible etiologic factor in temporomandibular joint disorder. *J Oral Maxillofac Surg*; 63: 1576–83. [Crossref] [Medline] [ISI] [Google Scholar]
38. Zhang ZK, Ma XC, Gao S, Gu ZY, Fu KY (1999) Studies on contributing factors in temporomandibular disorders. *Chin J Dent Res*; 2: 7–20. [Google Scholar]