



*САМАЙ ТӨМЕНГІ ЖАҚ
БУЫНЫН
ДИАГНОСТИКАЛАУ
ӘДІСТЕРІ.*

Орындаған: Мәрзеев Асхат

Факультет: стоматология

Курс: 3

Топ: 331

Қабылдаған: Мұстафаев А

Жоспар.

I Кіріспе

II СТЖБ аурулары;

III СТЖБ диагностика әдістері;

IV Қорытынды.

Кіріспе.

- СТЖБ патологиясы клиникалық көріністерінің қиындығымен және невропатолог,оториноларинголог, психиатр дәрігерлерінің құзыреттілігіне кіретін аурулар бойынша стоматологиялық аурулардың ішінде негізгі орын алып отыр.
- СТЖБ аурулары халықтың 25-65% кездеседі. (В.А. Хватова и др.,1982).

Төменгі жақсүйегі бассүйекпен 3 нүктеде байланысады (2 жұп симметриялы СТЖБ және жоғары және төменгі жақ тіс қатарлары), яғни 3 буынды кешен құрады.

СТЖБ адамның буындары ішінде ең белсенді жұмыс жасайтын буындарының бірі. Төменгі жақсүйегі үнемі қозғалып тұрады - (күніне 2000 рет): тағам ішкенде, сөйлеу кезінде, есінеуде, т.б.



СТЖБ құрылысы

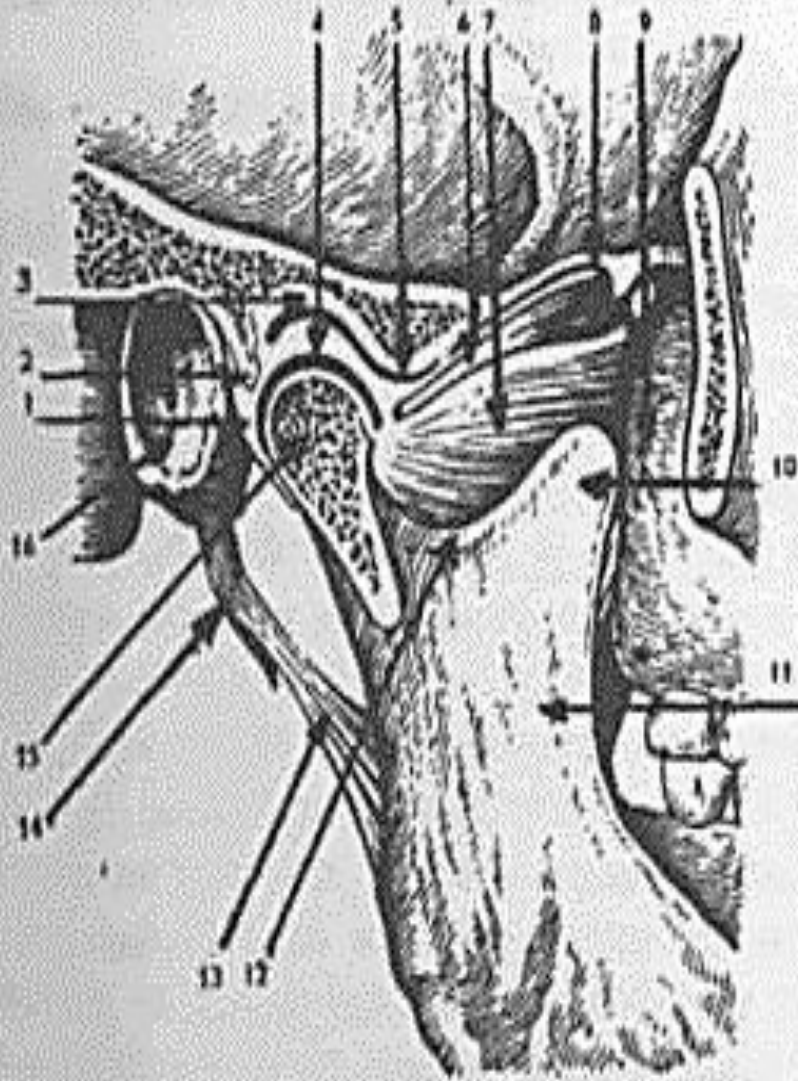


Рис. 1.5.1. Строение височно-нижнечелюстного сустава.

1-капсула сустава; 2-позадисуставной бугорок; 3-нижнечелюстная ямка; 4-суставной диск; 5-суставной бугорок; 6-верхняя головка латеральной крыловидной мышцы; 7-нижняя головка латеральной крыловидной мышцы; 8-подвисочный гребень; 9-бугор верхней челюсти; 10-венечный отросток; 11-ветвь нижней челюсти; 12-вырезка нижней челюсти; 13-шилонижнечелюстная связка; 14-шиловидный отросток; 15-головка нижней челюсти; 16-наружный слуховой проход.

Суставная ямка

Мениск

Капсула сустава

Суставной
отросток

• **СТЖБ – күрделі буын.**
Ауызды ашқанда
барлық жүйе ретімен
жұмыс жасайды.

СТЖБ қозғалыстары
түрлері:

- 1. шарнирлі**
- 2. сырғымалы**
(скользящие)



Безруков (1997) бойынша СТЖБ аурулары жіктелуі

Артикулярлы аурулар

- 1) қабыну(артрит)
- 2) қабыну емес:
 - а) ішкі бұзылыстар
 - б) остеоартроз(біріншілік,екіншілік)
 - в) анкилоз
 - г) туа біткен аномалиялар
 - д) ісіктер

Артикулярлы емес аурулар:

- а) анкилоз
- б) СТЖБ дисфункциясы ауру сезімі синдромы
- в) шайнау бұлшықеттер контрактурасы

СТЖБ қабынулы аурулары (артрит)

- Буын элементінің бұл бұзылысы инфекция әсерінен пайда болады
- Инфекциялық (спецификалық, спецификалық емес) және жарақаттық (жедел, созылмалы)

***Жедел артриттің
клиникалық көрінісі:***

буын аймағында тұрақты
және өздігінен пайда
болатын ауру сезімі,
төменгі жақ
қозғалысының шектелуі,
ісуі және буын үстінің
қызаруы, қысылу сезімі,
температура көтерілуі



Созылмалы артрит клиникалық көрінісі:

- Бірде күшейетін бірде азаятын ауру сезімі буын аймағында, кейіннен төменгі жақ қозғалысы кезінде сықыр дыбыс естілуі және мүжбүрлі қалыпта болуына әкеледі.
- *Рентген суретте 3 аптадан кейін өзгеріс болады: буын қуысы тарылуы, буын қызметі бұзылысы, буын басы мен төмпешігі деструктивті өзгерістері (жеке деструктивті бөліктер склерозды өзгерістер буын бөліктерінің деформациясы).*

Артикулярлы емес аурулар.

Бруксизм

- **Бруксизм** - түнде тістерін қайрау (ОНЖ немесе ішек құрты инвазиясы).
- Клиникалық көрінісі: шайнау бұлшықеттерінде тұрақты куштеме, тістердің қажалуы, ауру сезімі синдромы алып келетін СТЖБ дисфункциясы.
- Емі: себебін анықтап, жою, дамыған дисфункция кезінде – ауру синдромын жою.





СТЖБ дисфункциясының ауру сезімі синдромы

- СТЖБ- ның жиі патологиялық жағдайы – 80% буынның патологиялық жағдайы.
- **Клиникалық көрінісі** - төменгі жақ қозғалыстарына байланысты буын аймағындағы ауру сезімі пайда болуы, шайнау бұлшық еттері бойымен қысым және тартылу сезімі, шулы дыбыстар (сыртылдау, сықырлау) ауызды ашқанда және жапқанда, төменгі жақ қозғалыстарының әртүрлі фазаларында шектелуі және бұзылуы.



Төменгі жақ қозғалысында буын аймағында шулы дыбыс шығу себептері

- 1) остеоартроз
- 2) психофизиологиялық
үрдіс немесе
окклюзиялық бұзылыс
әсерінен буын басы
мен буын дискісі
қозғалысының
дискоординациясы

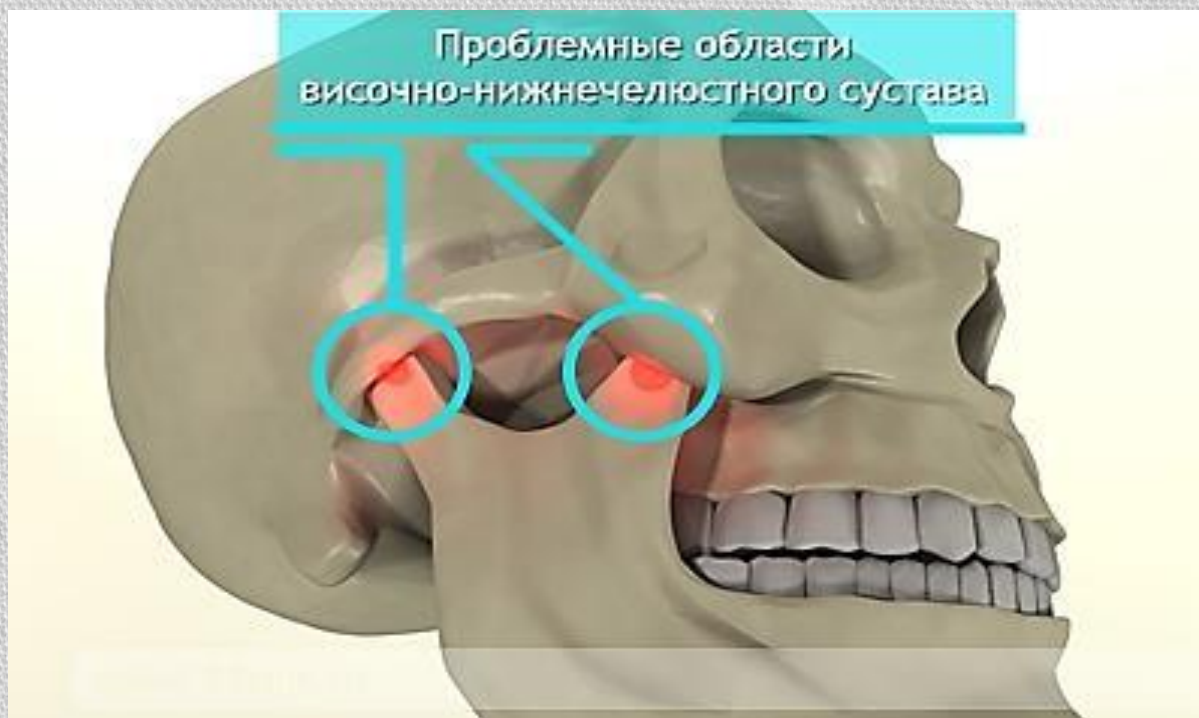


СТЖБ ауруларының пайда болу себептері:

- Буын жарақаттары;
- Тістерді, әсіресе шайнау тістерін жоғалтуға байланысты тістем биіктігінің төмендеуі;
- Бруксизм, қажалу (стресс әсерінен);
- Спортпен айналысу барысындағы артық жүктеме;
- Дұрыс емес тістем.

Сонымен қатар, СТЖБ қызметі дисфункциясының себебі стоматолог дәрігерлердің – ортопедтер, ортодонттар, терапевттер және хирург дәрігерлерінің қателіктері болуы мүмкін.

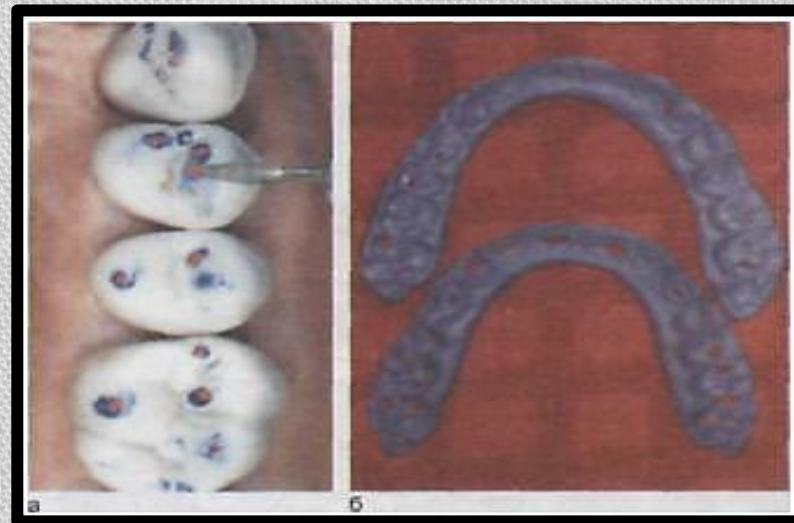
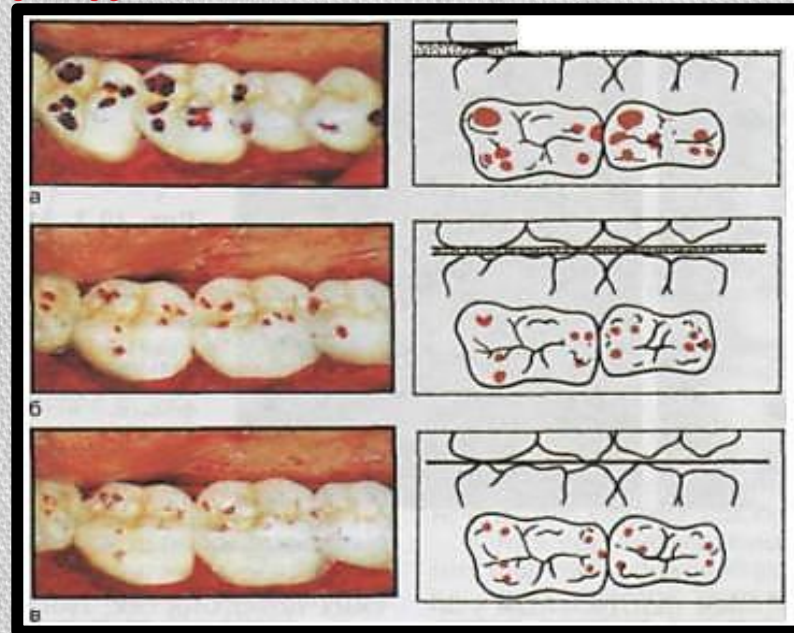
Шайнау тіске дұрыс емес қойылған пломбаның өзі, СТЖБ жұмысындағы симметриялылықты бұзады, біржақты жүктемеге әкеледі, дисктердің ығысуына және соңында, СТЖБның аурулық дисфункциясына әкеледі.



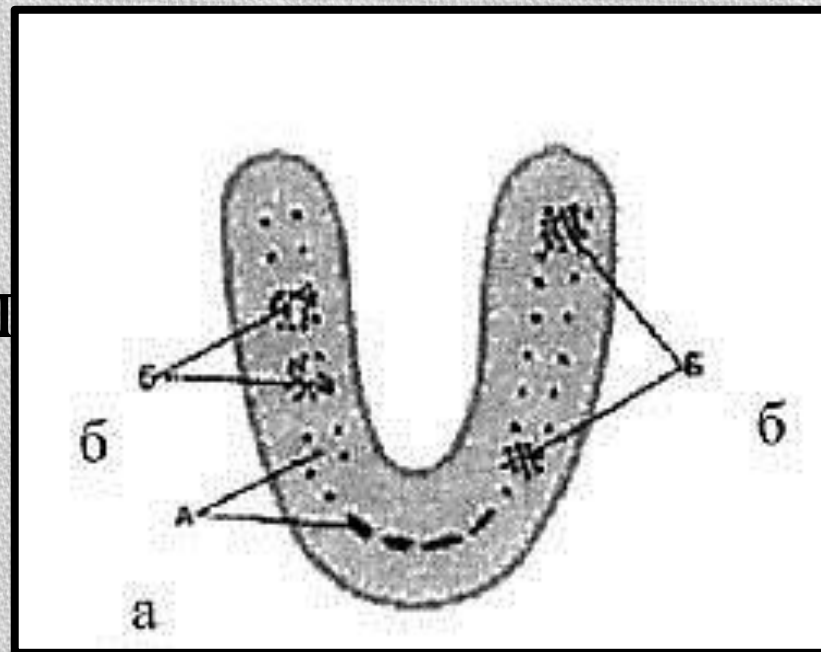
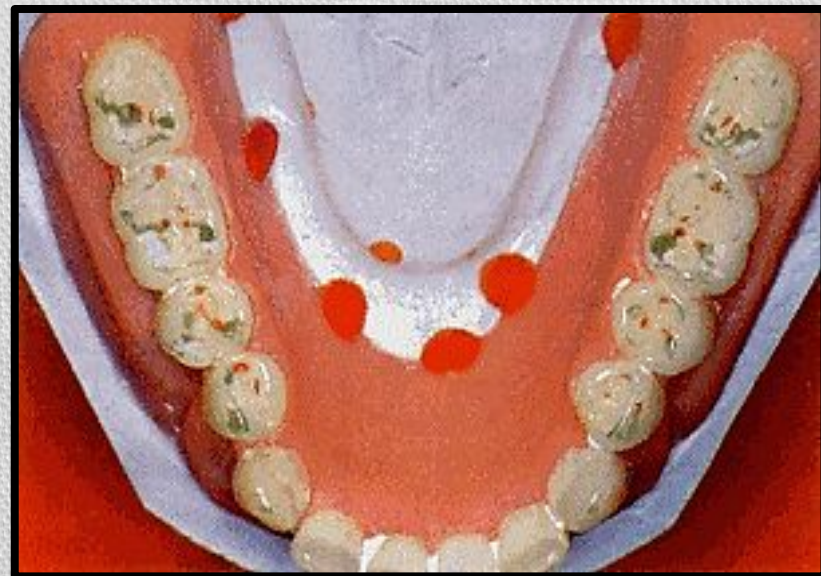
Окклюзиялық-артикуляциялық

диагностика

- СТЖБ дисфункциясы бар науқастардың 73 %-да супраконтакттармен байланысты окклюзияның бұзылыстары бар.
- Дисфункция пайда болуының себебі: алдын ала контакттар шайнау бұлшық еттерінің дискоординациясына әкеледі, содан кейін СТЖБ қызметінің қызметінің бұзылыстарына әкеледі.
- Реставрацияланған тістердегі алдын ала контакттер СТЖБ қызметінің бұзылыстарына әкелуі мүмкін.



- Суперконтакттарды анықтайтын әр түрлі әдістер бар.
- Олардың ішіндегі жеңілдеуі: визуальды бақылау, балауызды окклюзиограммаларды және артикуляциялық қағазды қолдану болып табылады.



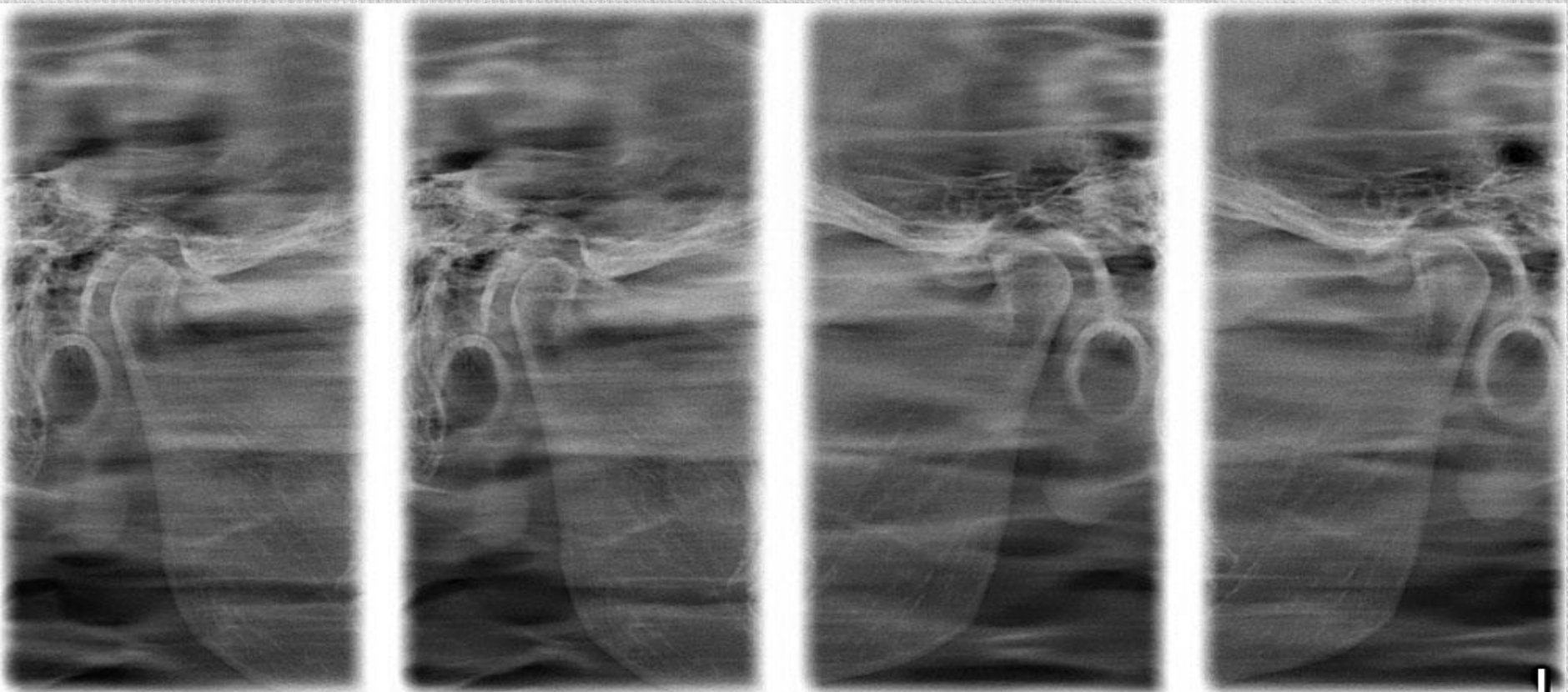
Рентгенограмма

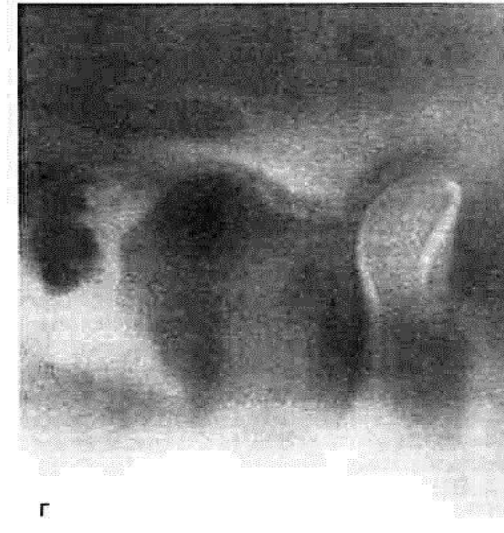
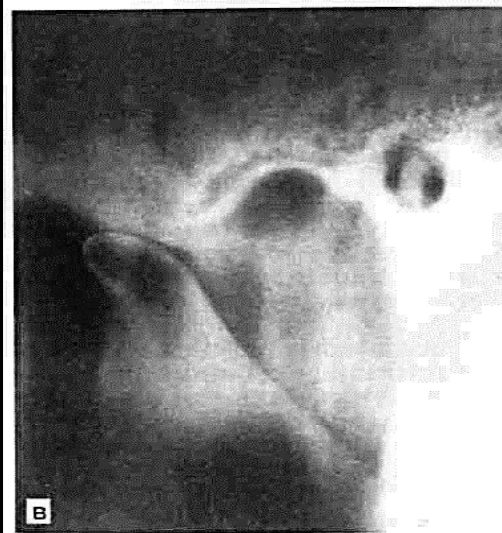
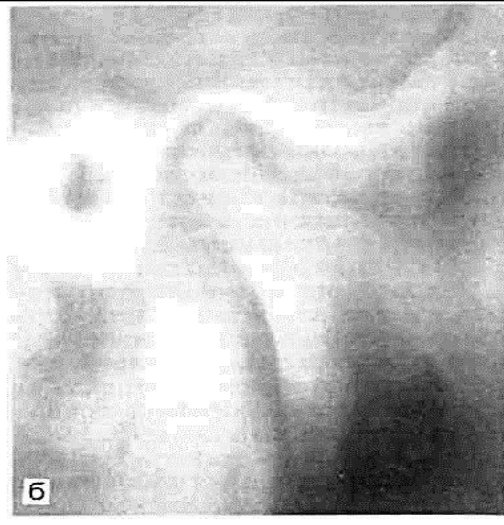
- Рентгенография (англ. *projection radiography, plain film radiography, roentgenography*,) — рентген сәулелерін проецирлеу көмегімен арнайы пленкаға объекттердің ішкі құрылымын зерттеу.
- Бұл әдіс инвазивті емес медициналық әдіс болып есептеледі.



Қалыпты буынның рентгенологиялық белгілері (Н.А.Рабухина, 1994):

- ❖ Буындық фрагменттердің тұйықталуының үзіліссіздігі;
- ❖ Буын бастары буын ойысының ортасында немесе жоғарышкі қалыпта орналасады;
- ❖ Ауызды ашу кезінде буын басының буындық ауданмен ойыстың буындық беті жанасады.
- ❖ Егерде буын басы одан да алға ығысса – буынның шығу белгісі.
- ❖ СТЖБ зонографиясы көмегімен орталық окклюзия кезінде және функционалды сынама кезіндегі буындық дисктің орналасу жағдайын болжап көруге болады.





*Дисфункция кезіндегі
СТЖБ толық шығуы*

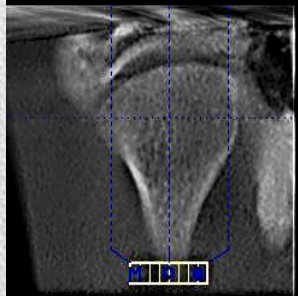
**а, б — ауыздың
жабық күйінде ;
в, г — ауыздың ашық
күйінде (буын басы
буын ойысынан тыс
орналасқан).**

Компьютерлі томография

- Компьютерлі томография (КТ). Бұл әдістің негізінде, рентген сәулесінің көмегімен зерттелуші объект қабат-қабатпен түсіріледі. Рентген түтігі объектіті айналып қозғалу барысында бейне көшірмесі жасалады.



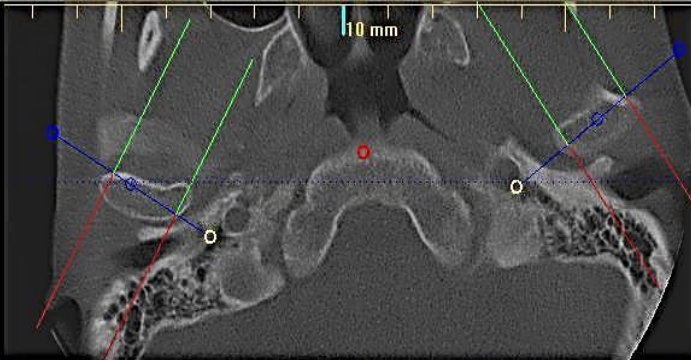
Right Condyle



RIGHT

Angle: 29,8 °

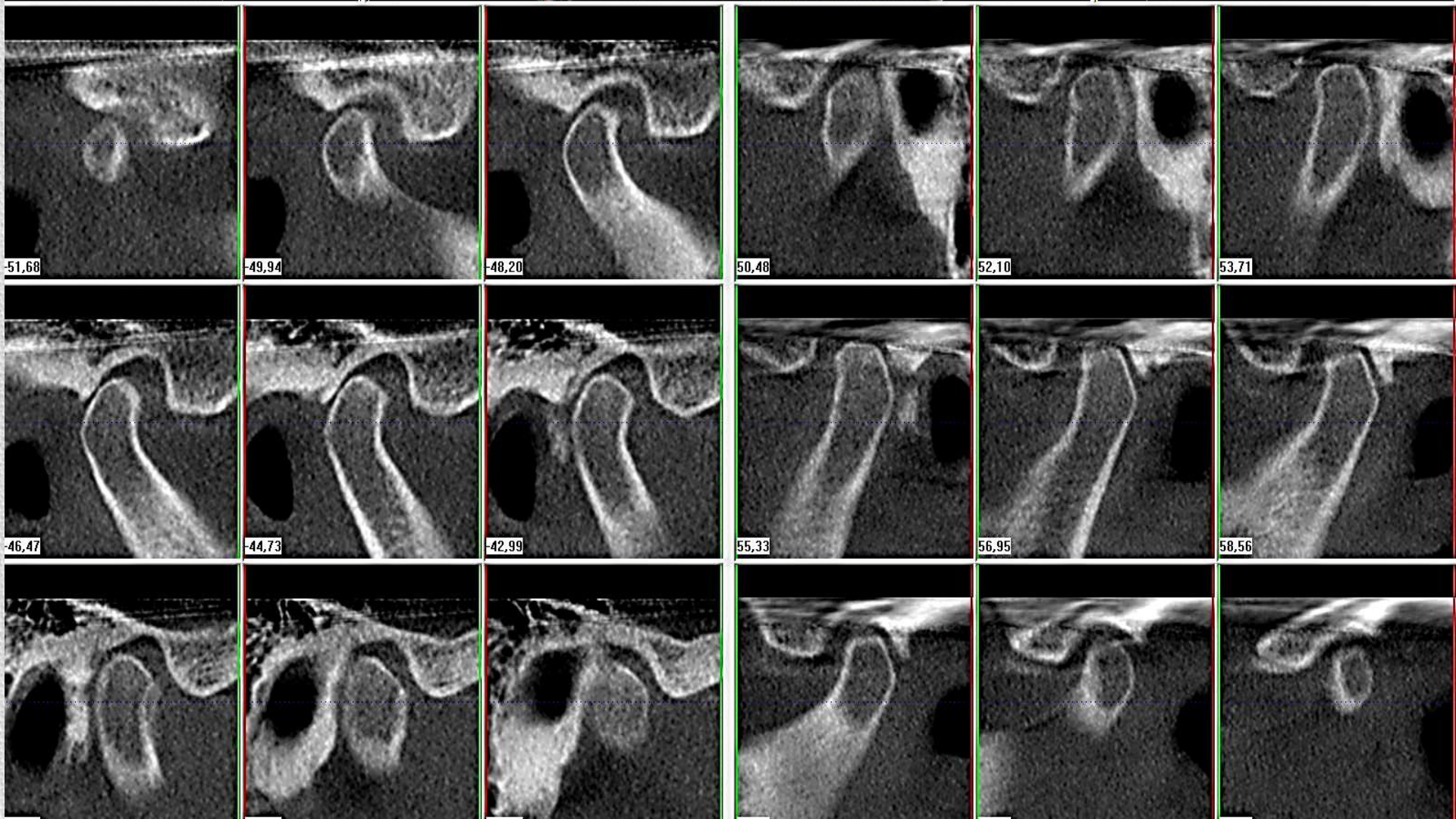
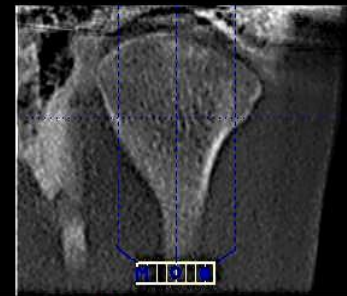
10 mm



LEFT

Angle: 36,3 °

Left Condyle



Компьютерлі томография әдісінің СТЖБ патологиясын диагностикалауда артықшылықтары.

Аксиальды проекция негізінде буындық беттердің пішіндерін толық қалыптастыру;

Оң және сол жақтан СТЖ көрінісі;

Қабаттасулар мен проекциялық қисаю болмайды;

Буындық дискті және шайнау бұлшық еттерін зерттеу мүмкіндігі;

Кез келген кезде бейнені көру;

Буындық тіндер мен бұлшық еттердің қалыңдығын өлшеу мүмкіншілігі.

- **Аксиография** — төменгі жақтың қозғалысы кезіндегі СТЖБның трансверсалды ығысу траекториясын жазу әдісі.
- **Аксиограф** — аксиографияны жүргізетін құрылғы.



Аксиографияны қолданады:

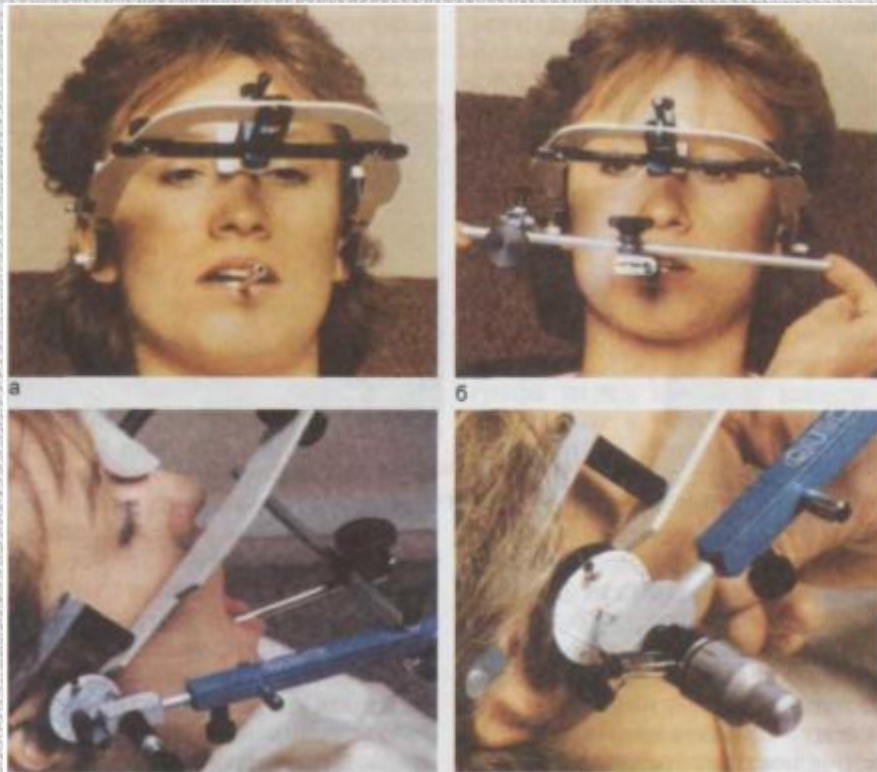
- Емдеу алдында СТЖБ қызметін анықтау үшін;
- СТЖБ-ның ішкі бұзылыстарын диагностикалау үшін;
- Қосымша диагностика әдісі ретінде (егер бұрын қабылдаған ем дұрыс нәтиже бермесе);
- емді бастау алдында, окклюзиялық шиналарды және тістем пластинкаларын қолдану керек болғанда;
- Оперативті араласулар алдында.



- Последовательность подготовки аксиографа к записи:

1) ложку со слепочной массой устанавливают на нижней челюсти так, чтобы стержень ее был в сагиттальной плоскости черепа; нижняя челюсть должна быть в центральном соотношении с верхней;

2) верхнюю дугу устанавливают по франкфуртской горизонтали, ушные пеллоты вводят в наружные слуховые проходы. Резиновый стабилизатор удерживает дугу на затылке. Для поддержания дуги спереди используют носовой упор. На площадке для записи закрепляют диски с миллиметровыми делениями (рис. 3.44, а);

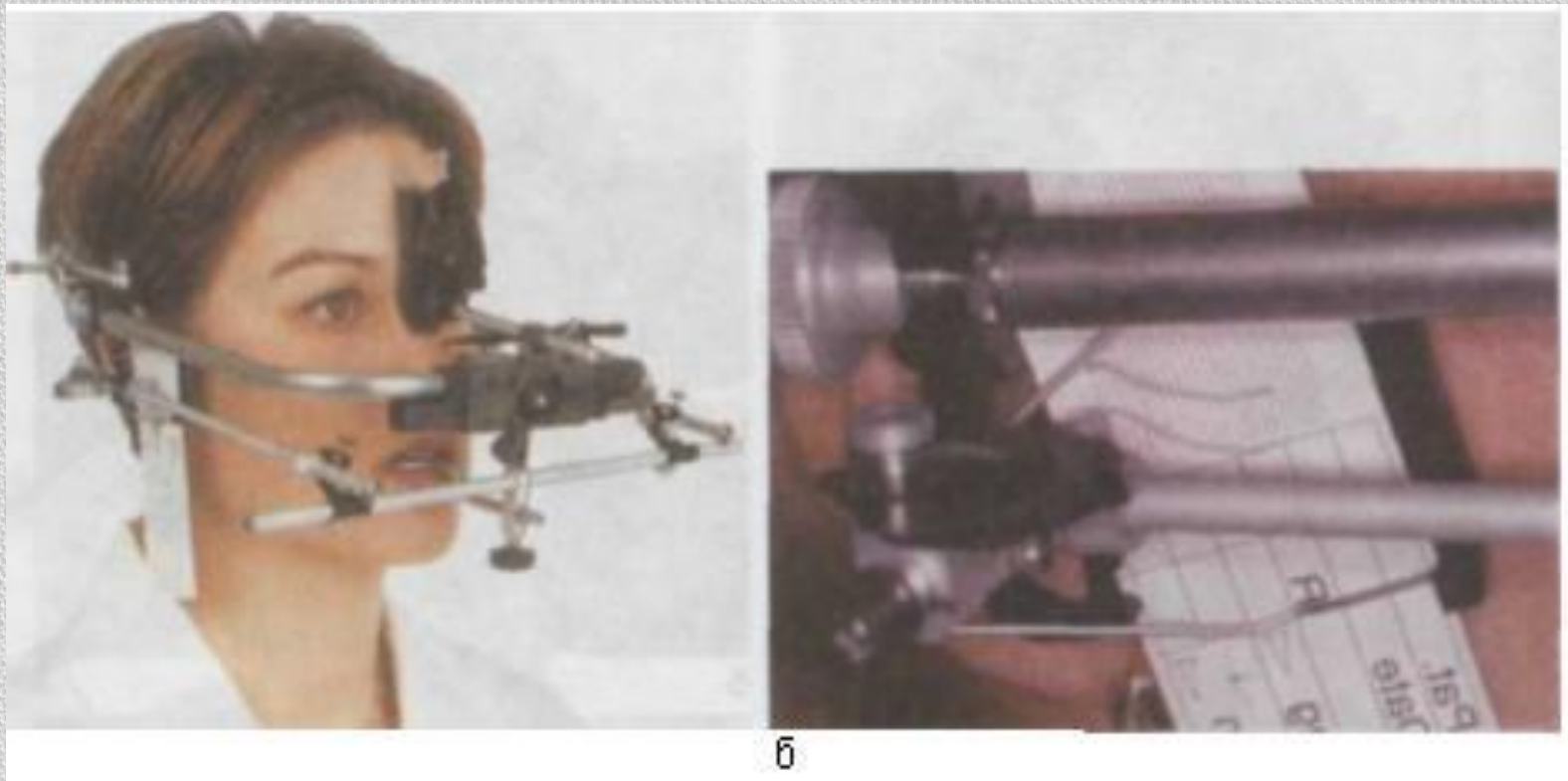


3) на стержень ложки насаживают поперечный кронштейн, к которому зажимом прикрепляют боковой сагиттальный кронштейн (рис. 3.44, б).

Боковой кронштейн имеет телескопическое устройство и винт, с помощью которых писчик подводят к площадке для записи и укрепляют винтом (рис. 3.44, в).

Кончик писчика устанавливают на пересечении линий бумажного диска. Для этого используют телескопическое приспособление бокового кронштейна. Стержень писчика выдвигают и ставят на ребро, вводят его в отверстие бокового кронштейна до контакта с диском;

4) нижнюю челюсть исследуемого устанавливают в центральное соотношение с верхней. Из этого положения производят открывание и закрывание рта в пределах 12 мм. При этом конец писчика должен находиться на пересечении линий бумажного диска.



Магнитті-резонансты томография

- *СТЖБ-ның магнитті-резонансты томографиясы жұмсақ тіндердегі өзгерістерді анықтайтын ең сезімтал әдіс болып табылады.*
- *Бұл әдіс зерттелушінің дене қалпына байланыссыз кез келген жазықтықта бейнені алуға мүмкіндік береді. Адамға тиерлік зияндығы өте аз.*
- *Бұл әдістің кемшілігі оның ұзақтылығы (30-60 минут).*
- *Исследование противопоказано при наличие сердечного водителя ритма, слуховых аппаратов.*
- *Не рекомендуется выполнять магнитно-резонансную томографию при наличии в организме металлических имплантатов, клемм, инородных тел; людям, страдающим клаустрофобией.*







*Назарларыңызға
рахмет!!!*