

Самостоятельная работа студента

Тема : Обследование альвеолярного отростка верхней и нижней челюсти. Функциональные особенности строения альвеолярного отростка верхней и нижней челюсти. Обследование височно- нижнечелюстного сустава, и его функциональной связи с зубочелюстной системой. Основные и дополнительные методы обследования височно-нижнечелюстного сустава.

Мамандығы: стоматология

Кафедра: Терапевтік және ортопедиялық стоматология

Дисциплина: Окклюзия мен жақтар функциялары

Курс: 4

Группа: 401

Орындағандар: Тұрарбеков А
Сердалы Н

Тексерген: Есенғалиев Е.Т

Жоспары:

- Альвеолярлы өсінді
- Альвеолярлы өсіндінің функционалды ерекшеліктері
- Шықшыт буынының функционалды анатомиясы
- Тіс-жақ жүйесінің функционалды анатомиясы



Альвеолярный
отросток

• Альвеолярлы өсінді – тістер орналасатын жақ сүйектің анатомиялық бөлігі. Төменгі және жоғарғы жақ сүйектерінде болады. Остеоннан (тістік алвеоланың қабырғалары) тұратын меншікті альвеолярлы сүйектен және компактты және губчатый заттан тұратын қолдаушы альвеолярлы сүйектерді ажыратады.

. Альвеолярлы өсінділер екі қабырғадан тұрады: сыртқы ұрттық немесе еріндік және ішкі ауыздық немесе тілдік және олар жақ сүйектердің шеттерінде доға түрінде орналасады.

. Альвеолярлы өсінділердің сыртқы және ішкі қабырғаларының арасындағы кеңістікте ұяшықтар тістер орналасатын альвеолалар болады. Альвеолярлы өсінді жоғарғы және төменгі жақ сүйектердің жұқа кортикальды қабатпен жабылған бөлігі болып табылады. Сыртқы компактты пластинка альвеолярлы сүйектің вестибулярлы және оральды беттерін құрайды. Сыртқы кортикальды пластинканың қалыңдығы әр жақ сүйекте әр түрлі. Ішкі компактты пластинка альвеоланың ішкі қабырғасын құрайды.

- Альвеоланың қыры тістің эмаль-цементтік байланыстан 1-2 мм төмен орналасды. Көрші альвеолалардың арасындағы сүйек тіні альвеолааралық қалқанды түзеді. Альвеолааралық қалқандар алдыңғы тістерде – пирамидатәрізді, ал бүйір тістер аумағында – трапециятәрізді пішінде болады.
- Альвеолярлы сүйек арасында коллаген басым болатын органикалық және бейорганикалық заттардан тұрады. Сүйек тінінің жасушалары остеобласттардан, остеокласттардан және остециттерден тұрады. Бұл жасушалар тіннің остеогенез бен резорбцияның үздіксіз процессінде қатысады. Қалыпты жағдайда бұл процесстер теңдестірілген, және олар альвеолярлы сүйектің үздіксіз ағымда өтетін қайта құрылу негізінде жүзеге асады. Сол себепті ол сүйектің тістің даму кезінде орынының өзгеруіне, жарып шығуына және қызметік кезеңінің барлық сатысында айқын серпімділігі мен бейімделушілігін сипаттайды.

- Сүйек тінінің резорбция дәрежесін бағалау үшін ескеру кажет:
 - кортикальды пластинканың қалыңдығының айырмашылығы;
 - жақсүйектің микроберіктілігі;
 - құрылымының петлистось;
 - сүйектік бағанының бағыты.

- Альвеолярлы өсіндінің бірнеше бөлігін ажыратады:
 - сыртқы – ауыз қуысының кіреберісіне, ерін мен ұрт жаққа бағытталған;
 - ішкі – қатты таңдай мен тіл жаққа бағытталған;
 - альвеолярлы тесіктер(ұяшықтар) және тістер орналасқан бөлігі.

Альвеолярлы өсіндінің жоғарғы бөлігі тіс түскеннен кейін айқын көруге болатын альвеолярлы қалқан деп аталады. Альвеолярлы қалқанға жүктеме болмаса оның биіктігінің біртіндеп кемуі жүреді.

- Костная ткань альвеолярного отростка на протяжении всей жизни человека претерпевает изменения, так как функциональная нагрузка на зубы изменяется. Высота отростка бывает различной и зависит от многих факторов – возраста, стоматологических заболеваний, наличия дефектов в зубном ряду.

Малая высота, то есть недостаточный объем костной ткани альвеолярного отростка является противопоказанием для проведения дентальной имплантации зубов. Для того чтобы закрепление имплантата стало возможным, проводят костную пластику.

Выполнить диагностику альвеолярного отростка возможно с помощью проведения рентгенологического исследования.

- Альвеолы отделены друг от друга костными межальвеолярными перегородками (septa inter alveolaria). Альвеолы многокорневых зубов содержат межкорневые перегородки (septa intraradicularia), разделяющие корни зуба. Форма и величина альвеол соответствуют форме и величине корней зуба. В первых двух альвеолах лежат корни резцов, они конусовидные, в 3-й, 4-й и 5-й альвеолах — корни клыка и премоляров. Они имеют овальную форму и несколько сдавлены спереди назад. Альвеола клыка является самой глубокой (до 19 мм). У первого премоляра альвеола часто разделена межкорневой перегородкой на язычную и щечную корневые камеры. В 3 последних небольших альвеолах находятся корни моляров. Эти альвеолы разделены межкорневыми перегородками на 3 корневые камеры, из которых две обращены к вестибулярной, а третья — к нёбной поверхности отростка. Вестибулярные альвеолы несколько сжаты с боков, поэтому их переднезадние размеры меньше, чем нёбно-щечные. Язычные альвеолы более округлые. В связи с непостоянным числом и формой корней 3-го моляра его альвеола может быть одинарной или разделенной на 2—3 корневые камеры и более. На дне альвеол находится одно или несколько отверстий, которые ведут в соответствующие каналцы и служат для прохождения сосудов и нервов. Альвеолы прилежат к более тонкой наружной пластинке альвеолярного отростка, что лучше выражено в области моляров. Позади 3-го моляра наружная и внутренняя компактные пластинки сходятся и образуют альвеолярный бугорок (tuberculum alveolare). Участки альвеолярного и нёбного отростков верхней челюсти, соответствующие резцам, у зародыша представляют самостоятельную резцовую кость (os incisivum), которая соединяется с верхней четкостью посредством резцового шва. Часть резцового шва на границе между резцовой костью и альвеолярным отростком зарастает до рождения. Шов между резцовой костью и нёбным отростком имеется у новорожденного, а иногда сохраняется и у взрослого.

- Височно-нижнечелюстной сустав — парное сочленение суставных головок нижней челюсти с суставными поверхностями нижнечелюстных ямок височных костей.
- Правое и левое сочленения физиологически образуют одну систему, движения в них совершаются одновременно. По своему строению височно-нижнечелюстной сустав имеет ряд общих черт с другими суставами, однако обладает и специфическими особенностями, определяющими его своеобразную функцию. Каждое сочленение состоит из головки суставного отростка нижней челюсти, суставной ямки барабанной части височной кости, суставного бугорка, диска, капсулы и связок (рис. 1).

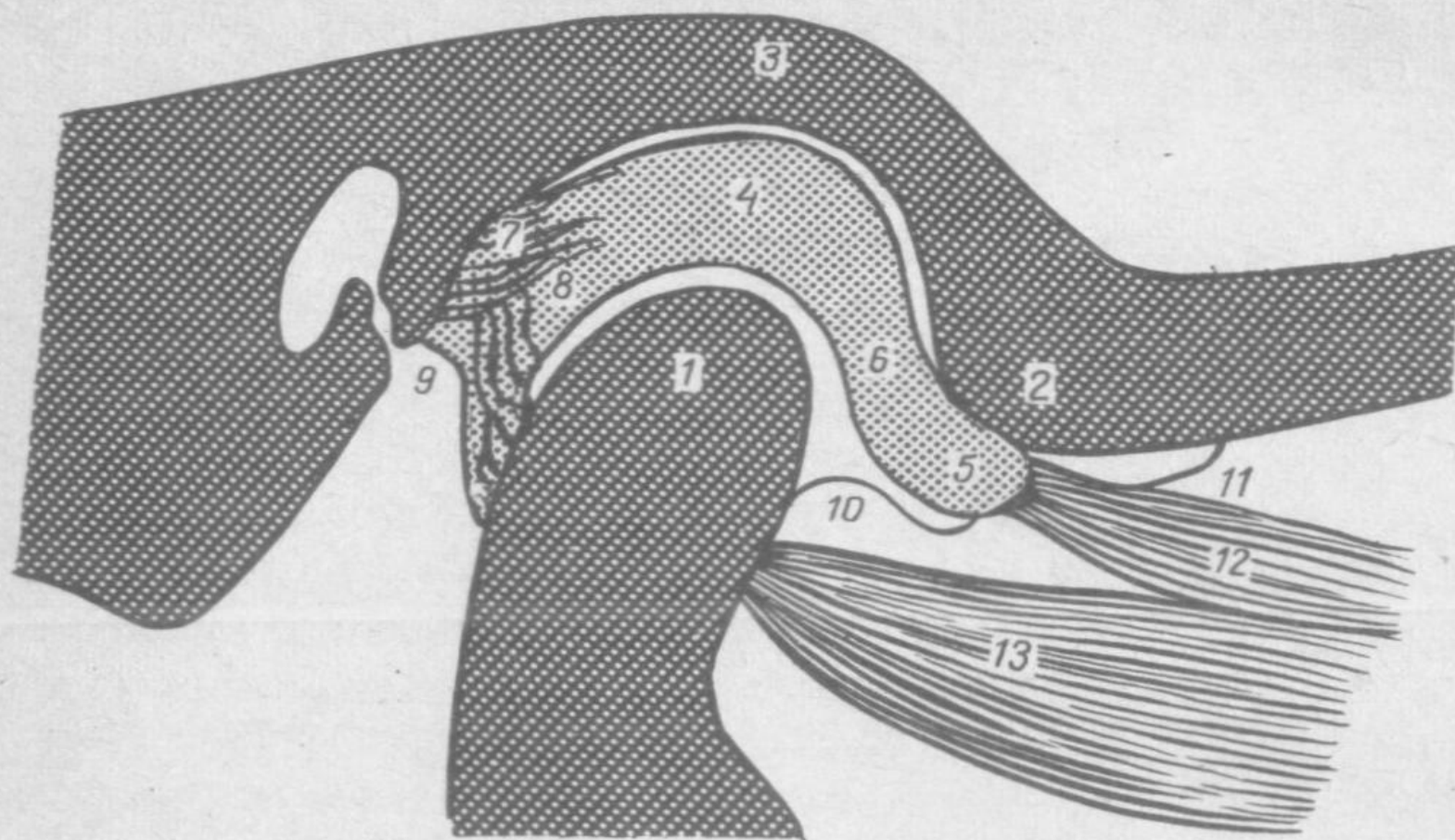


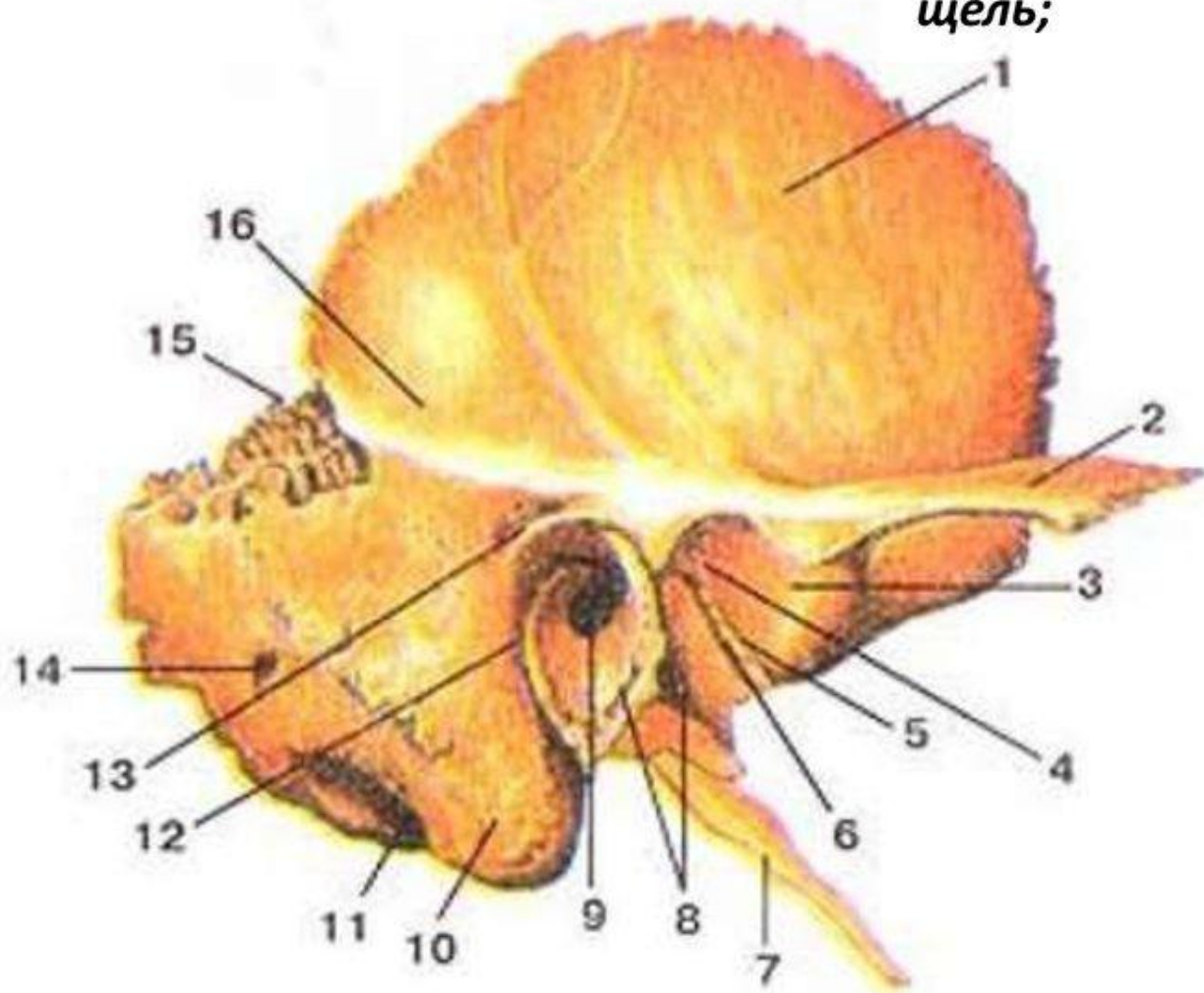
Рис. 1. Височно-нижнечелюстной сустав (схема).

1 — головка; 2 — бугорок; 3 — ямка; 4 — задний полюс диска; 5 — передний полюс диска; 6 — центральный бессосудистый участок; 7 и 8 — «задисковая подушка» (7 — задняя дисковисочная связка, 8 — задняя дискочелюстная связка); 9 — капсула; 10 — передняя дискочелюстная связка; 11 — передняя дисковисочная связка; 12 и 13 — наружная крыловидная мышца (12 — верхняя часть, 13 — нижняя часть).

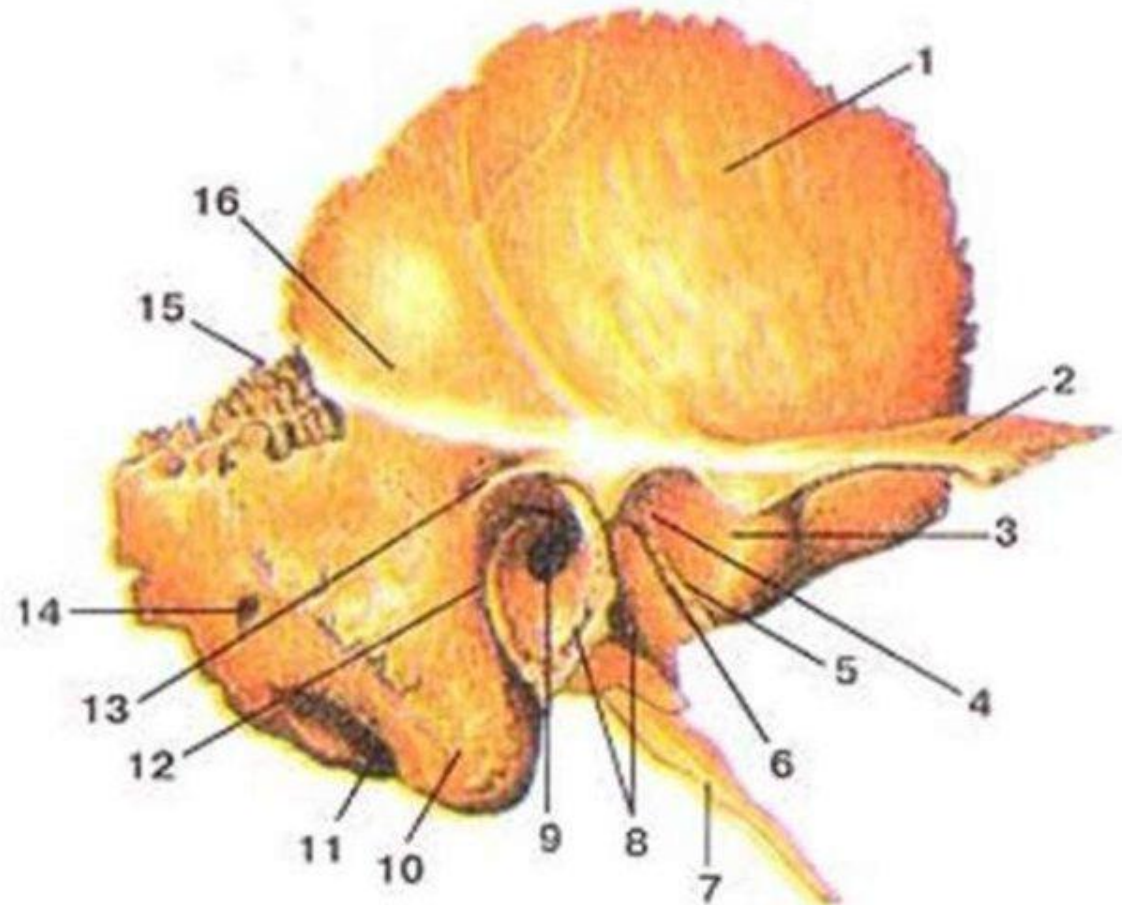
- Суставная ямка имеет форму эллипса, состоит из передней выпуклой части — суставного бугорка и задней вогнутой части. По задней поверхности суставного бугорка совершает экскурсии суставная головка. У новорожденных суставной бугорок отсутствует, появляясь в зачаточном состоянии к 7—8 мес жизни. Окончательно он оформляется к 6—7 годам, т. е. к началу прорезывания постоянных зубов.
- Высота бугорка определяется возрастом и зубной окклюзией. Наибольшего развития суставные бугорки достигают у лиц среднего возраста с интактными зубными рядами. С возрастом и потерей зубов высота суставного бугорка уменьшается. При низких бугорках чаще наблюдаются вывихи и подвывихи.
- Инконгруэнтность сустава выравнивается благодаря двум факторам. Суставная капсула прикрепляется не вне ямки (как в других суставах), а внутри ее — у переднего края каменисто-барабанной (глазеровой) щели, что обуславливает сужение суставной полости. Суставной диск, располагаясь в виде двояковогнутой пластинки между суставными поверхностями, создает своей нижней поверхностью как бы иную ямку, более соответствующую суставной головке.
- Спереди граница суставной поверхности нижнечелюстной ямки проходит по переднему краю переднего ската суставного бугорка. Медиальная граница проходит по основанию ости клиновидной кости и шву между большим крылом клиновидной кости и височной костью, а латеральная — по краю задней ножки скулового отростка. Сзади граница суставной поверхности проходит по основанию позадисуставного отростка суставной кости и по переднему краю каменисто-барабанной щели височной кости.

И через каменно-барабанную (глазерову) щель в области наружной стенки слухового прохода вблизи височно-челюстного сустава.

6-каменно-барабанная (глазерова) щель;



Воспалительный процесс может по этому пути распространиться из барабанной полости в нижнечелюстной сустав [наблюдение Фельгера (Volger)].



- Каменисто-барабанная щель пересекает нижнечелюстную ямку поперек примерно посередине и таким образом делит ямку на переднюю, интракапсулярную часть, лежащую в полости сустава, и заднюю, экстра-капсулярную часть, лежащую вне полости сустава.
- Хрящом покрыта передняя часть ямки до каменисто-барабанной щели и суставная головка. Хрящ костных суставных поверхностей негиалиновый, а соединительнотканый, тонкий и непрочный. Передняя часть ямки представлена суставным бугорком — плотным костным образованием, приспособленным для восприятия жевательного давления, а задняя часть ямки — тонкой костной пластинкой (ее толщина 0,5—2 мм), отделяющей суставную ямку от средней черепной ямы. Эта пластинка является одновременно нижней и передней стенкой наружного слухового прохода, барабанной полости и латеральной стенкой слуховой трубы, через которую осуществляется вентиляция среднего уха.
- Через каменисто-барабанную щель проходят из нижнечелюстной ямки в барабанную полость барабанные артерия, вена и струна. Здесь располагается также передний отросток слуховой косточки-молоточка. Указанные кровеносные сосуды принимают участие в кровоснабжении среднего уха и капсулы височно-нижнечелюстного сустава.
- Суставная головка, совершая экскурсии по заднему скату суставного бугорка, в норме передает жевательное давление через суставной диск на толстый костный суставной бугорок. Такие топографические отношения поддерживаются в норме окклюзией зубных рядов и напряжением наружных крыловидных мышц. При нарушениях окклюзии и смещении суставных головок происходит микротравма мягких тканей сустава, а затем возникают воспалительные и дегенеративные процессы, боль и дисфункция сустава.

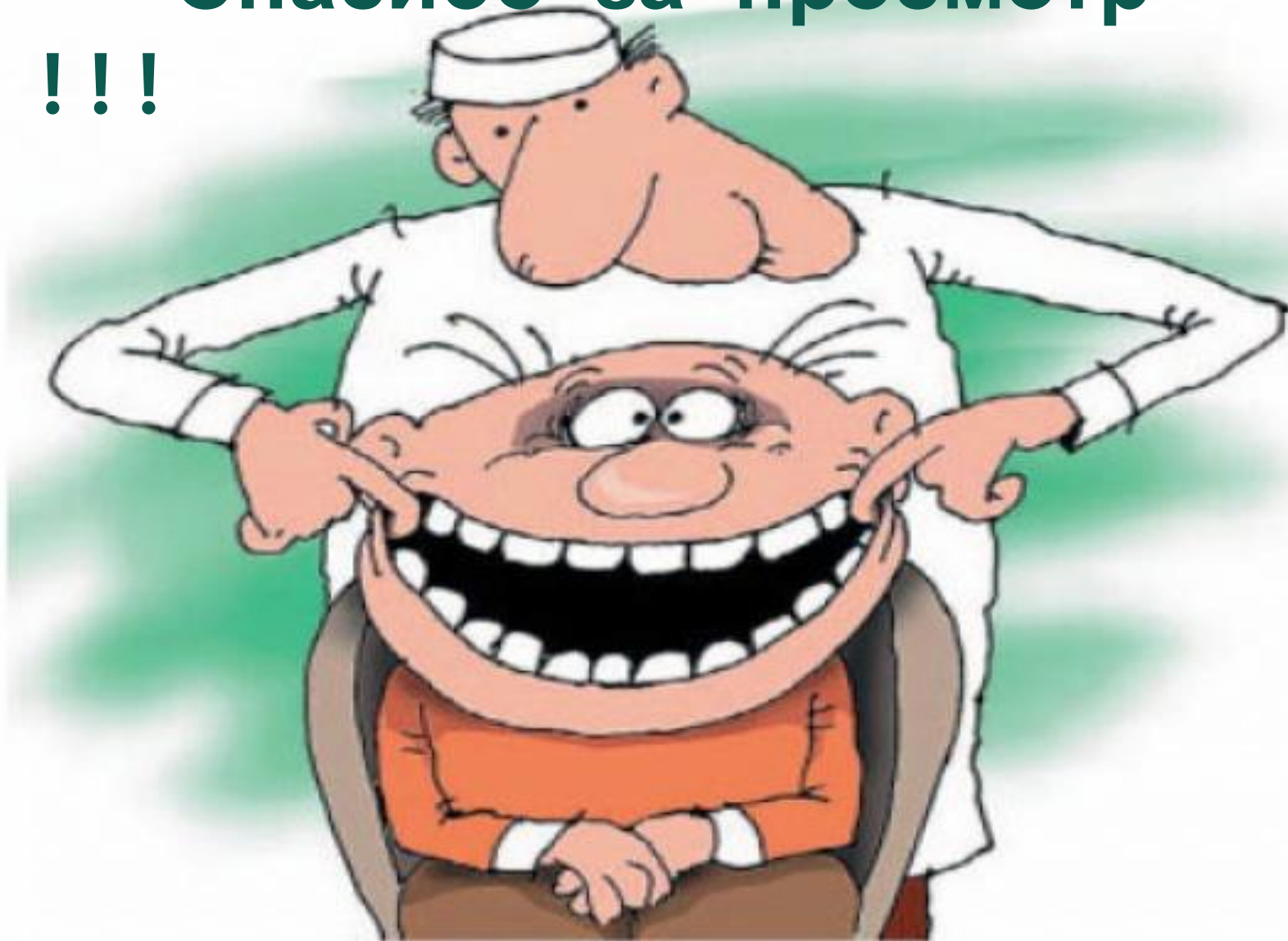
- Суставная головка — валик эллипсоидной формы на конце суставного отростка нижней челюсти, покрытый волокнистым хрящом. Она состоит из тонкого слоя компактной кости, под которым находится губчатое костное вещество. Передняя поверхность суставного отростка имеет крыловидную ямку, где прикрепляются нижние пучки наружной крыловидной мышцы. Верхние (меньшие) пучки этой мышцы прикрепляются к суставной капсуле и диску. Суставные поверхности бугорка и головки соприкасаются своими выпуклостями. Это облегчает всевозможные поступательные движения головки, но в то же время способствует чрезмерным экскурсиям суставных головок при нервно-мышечном дисбалансе, растяжении сустава. Инконгруэнтность суставных поверхностей создает неустойчивость внутрисуставных взаимоотношений, полную зависимость этих взаимоотношений от смыкания зубных рядов, состояния жевательных мышц.

- Все ортопедические мероприятия направлены на реабилитацию зубочелюстной системы, воссоздание утраченной формы и восстановление функции отдельных органов этой системы при обязательном соблюдении всех топографических и функциональных взаимоотношений. Поэтому для зубного техника важным моментом в процессе освоения специальности является знание не только анатомии органов, составляющих зубочелюстную систему, функциональное назначение отдельных анатомических образований, но и их функциональные взаимоотношения и взаимозависимость в процессе приема пищи, при разговоре и мимике.
- Зубочелюстная система образована целым комплексом органов, выполняющих различную, но соподчиненную функцию. В нее входят: 1) твердые ткани —кости лицевого скелета, включая верхнюю и нижнюю челюсти; 2) зубы, образующие зубные ряды —систему органов, предназначенных для откусывания, дробления и размельчения пищи; 3) височно-нижнечелюстные суставы — подвижные соединения нижней челюсти с височными костями черепа; 4) жевательные мышцы, обеспечивающие пространственное перемещение нижней челюсти по отношению к неподвижной верхней; 5) мимическая мускулатура, губы, щеки, небо, язык — комплекс органов, выполняющих функцию захватывания, перемещения и глотания пищи; 6) слюнные и слизистые железы рта, выделяющие секрет для смачивания и первичной ферментативной обработки пищи. Зубочелюстная система имеет обильную и разветвленную сосудистую сеть, обеспечивающую питание тканей и органов, и нервно-рецепторный аппарат.

- 
- 
- Разветвленная сеть нервных окончаний обеспечивает восприятие весьма разнообразных раздражителей (механических, температурных, химических) и через центральную нервную систему регулирует двигательную функцию мускулатуры, трофику (питание) тканей, секреторную деятельность желез и координирует их деятельность при жевательной, речевой и мимической функции.
 - Рассмотрим строение отдельных органов зубочелюстной системы, подлежащих ортопедической восстановительной терапии, а также основные формы поражения этих органов.

Спасибо за просмотр

!!!



Мы заставим Вас улыбаться !