



Орындаған: Төлеген Жасұлан  
Факультет : стоматология  
Тобы: 15-005-2  
Кабылдаған: Гүлдана Асановна

**Кіріспе**

**Негізгі бөлім**

- **СТЖБ-ң анатомиясы, физиологиясы;**
- **СТЖБ-ң қызметінің бұзылысы;**
- **Артикулатемпералды синдром.**

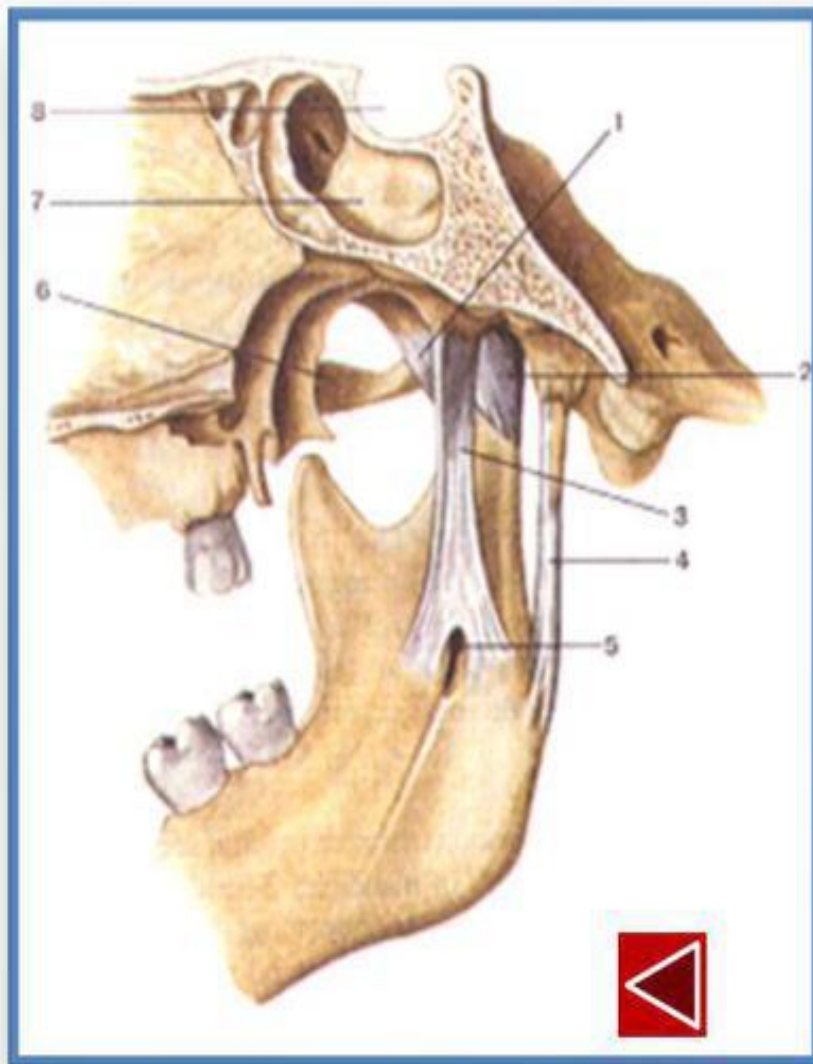
**Қолданылған әдебиеттер**



**Самай төменгі жақ буыны** адам денесіндегі кездесетін құрылысы жағынан ең қиын буын болып келеді.

Төменгі жақ буын өсіндісі мен самай сүйегінің буын шұңқыры **самай төменгі жақ буынын** құрайды.

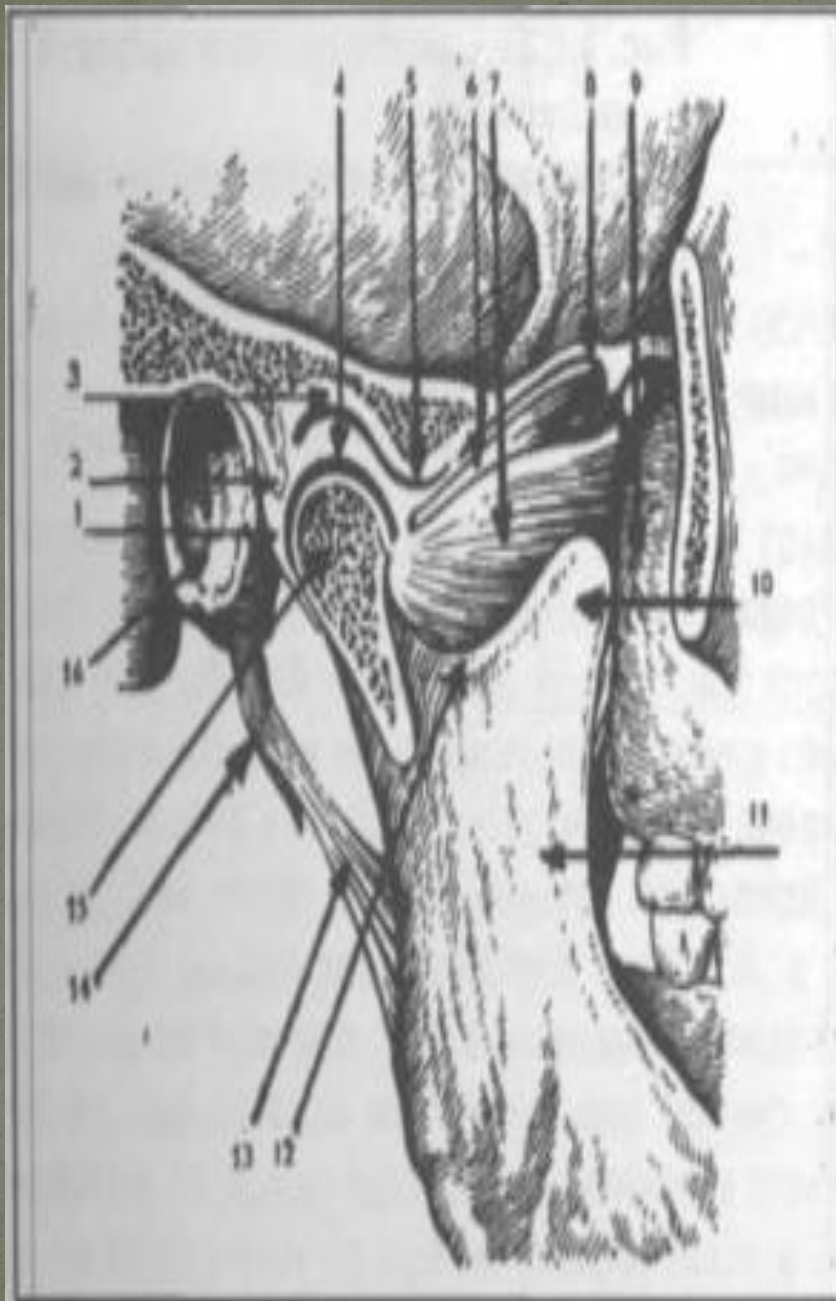
- Төменгі жақ сүйегінің буын басы;
- Самай сүйегінің шұңқыры;
- Буын төмпешігі;
- Буын дискісі;
- Буын капсуласы;
- Буын байламдары;



**Рис. 77. Связки височно-нижне-челюстного сустава. Вид с медиальной стороны.**

- 1-латеральная связка (височно-нижнечелюстного сустава);
- 2-капсула височно-нижнечелюстного сустава;
- 3-клиновидно-нижнечелюстная связка;
- 4-шило-нижнечелюстная связка;
- 5-от-верстие нижней челюсти;
- 6-скуловая дуга;
- 7-клиновидная пазуха;
- 8-гипофизарная ямка (турецкого седла).



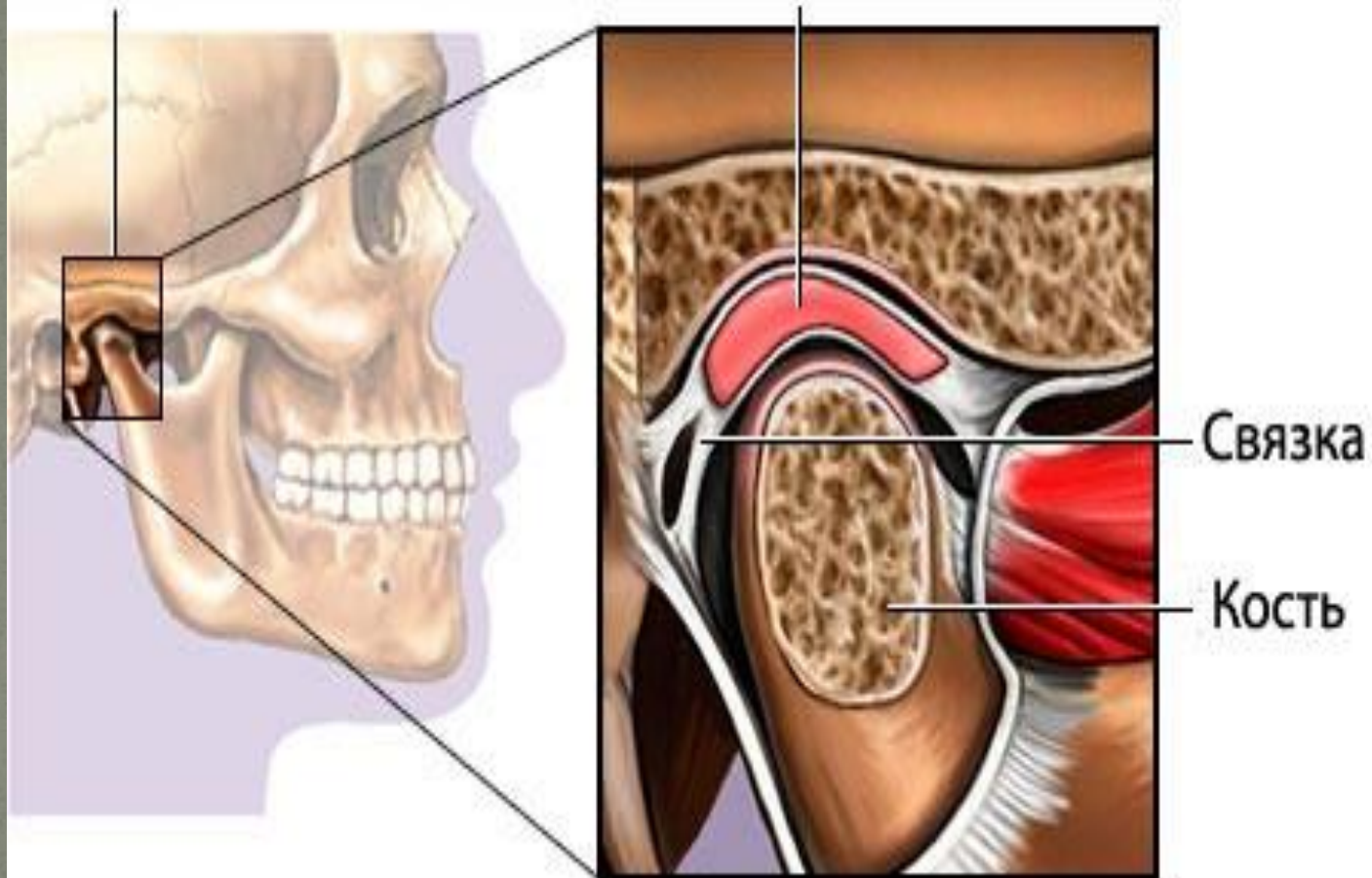


**Рис. 1.5.1.** Строение височно-нижнечелюстного сустава.

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.

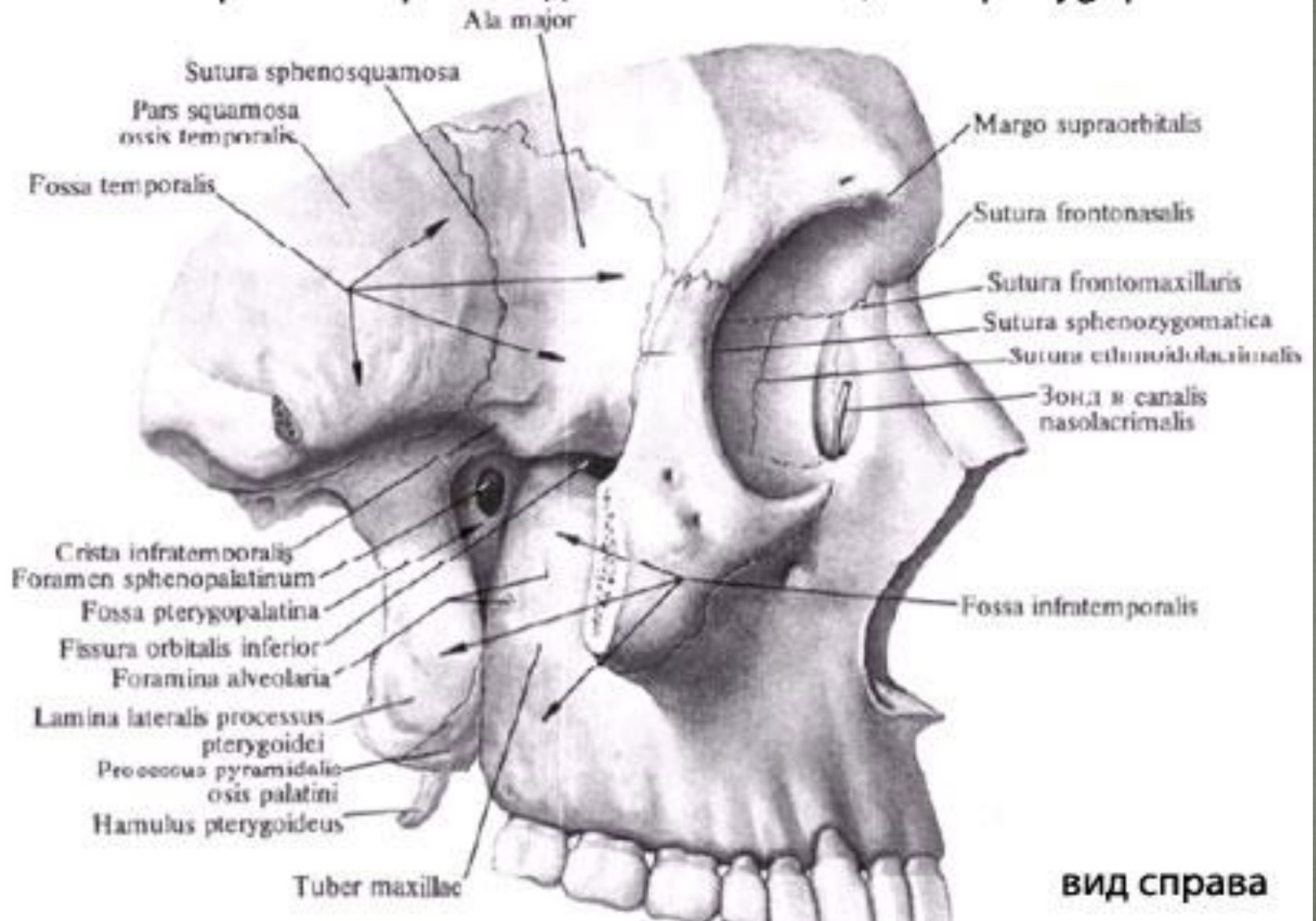
Височно-нижне-  
челюстной сустав

Суставной диск





# Височная ямка, fossa temporalis, подвисочная ямка, fossa intratemporalis и крыловидно-небная ямка, fossa pterygopalatina



- **Төменгі жақ сүйегінің буын басы-** эллипс
- пішінді құрылым. Оның негізі кеуекті сүйектен, сырты компактiлi сүйектiң жiңiшке қабатымен жабылған. Буын өсiндiсiнiң алдыңғы бетiнде қанатша шұңқыры бар. Ол жерге сыртқы қанатша тәрiздi бұлшықет төменгi шоғыры бекидi. Бұдан басқа буын байламдары бекидi.



**Самай сүйегінің шұңқыры-**алдынан буын төмпешігінен,артынан самай сүйегінің барабанды бөлігімен сыртынан самай сүйегінің бет өсіндісінің негізімен,ішкі жағынан бұрыштық осьпен шектелген. Буын шұңқыры жіңішке сүйек пластинкасынан түзілген,ол буынды бассүйек қуысынан бөліп тұрады. Күмбездің артқы бөлігі барабанды бөлігімен шектеседі.Онда ортаңғы және ішкі құлақтың элементтері орналасады.

- **Буын төмпешігі-** самай сүйегі бет өсіндісінің төменгі бөлігінде орналасқан.Эллипс тәрізді шығыңқы бөліктен түзілген.Оның алдыңғы беті самай асты шұңқырға қараған.Артқы буын беті болып есептеледі.Ол арқылы төменгі жақтың басы қозғалады.



- **Буын дискісі-шеміршекті жасушалары бар тығыз фиброзды дәнекер тіннен құралады. Диск екі еселене иілген, сопақ пішінді, линза тәрізді болып келеді. Дисктің төменгі бөлігі буын басының пішінін қайталайды. Оның ортасы жұқа, шеттері қалың. Оның шеттері буын қапшығымен бірігіп кеткендіктен, оны төменгі және жоғарғы қабаттарға бөледі. Дискінің атқаратын қызметі орасан зор. Ең алдымен ол буынның сүйек беттерін бір-бірінен ажыратып, олардың бірігіп кетуіне кедергі жасайды. Төменгі жақтың оңай қозғалысына мүмкіндік туады. Төменгі жақтың көтеріліп түсуі, дискімен буын шұңқыры тұтас құрылым құрайды, себебі диск қозғалыссыз қалады.**

● **Буын капсуласы-** берік,эластикалық дәнекер тінді қабат,ол буын шұңқырындағы буын басының қозғалысын бағыттап отырады.Буын капсуласы алдынан буын төмпешігінің алдыңғы және бүйір қырына бекиді,артынан-тасты барабанды(глазер), жүлгенің алдыңғы қыры-төменгі жақ шұңқырын ішкі және сыртқы капсулярлы бөліктерге бөледі де буын шұңқырының өлшемдерін кішірейтеді. Төменгі жақта капсула буын өсіндісінің мойнына бекиді.Капсуланың қалыңдығы 0,4-1,7 мм.Буын капсуласы екі қабаттан тұрады:

1. Фиброзды дәнекер тін мен коллаген талшықтары(сыртқысы);
2. Синовиальді қабық (ішкісі)



## Буын байламдары:

- Самай-төменгі жақ байламы  
(lig.temporomandibulare);
- Сыналы -төменгі жақ байламы  
(lig,sphenomandibulare);
- Қанатша -төменгі жақ байламы  
(lig.pterigomandibulare)

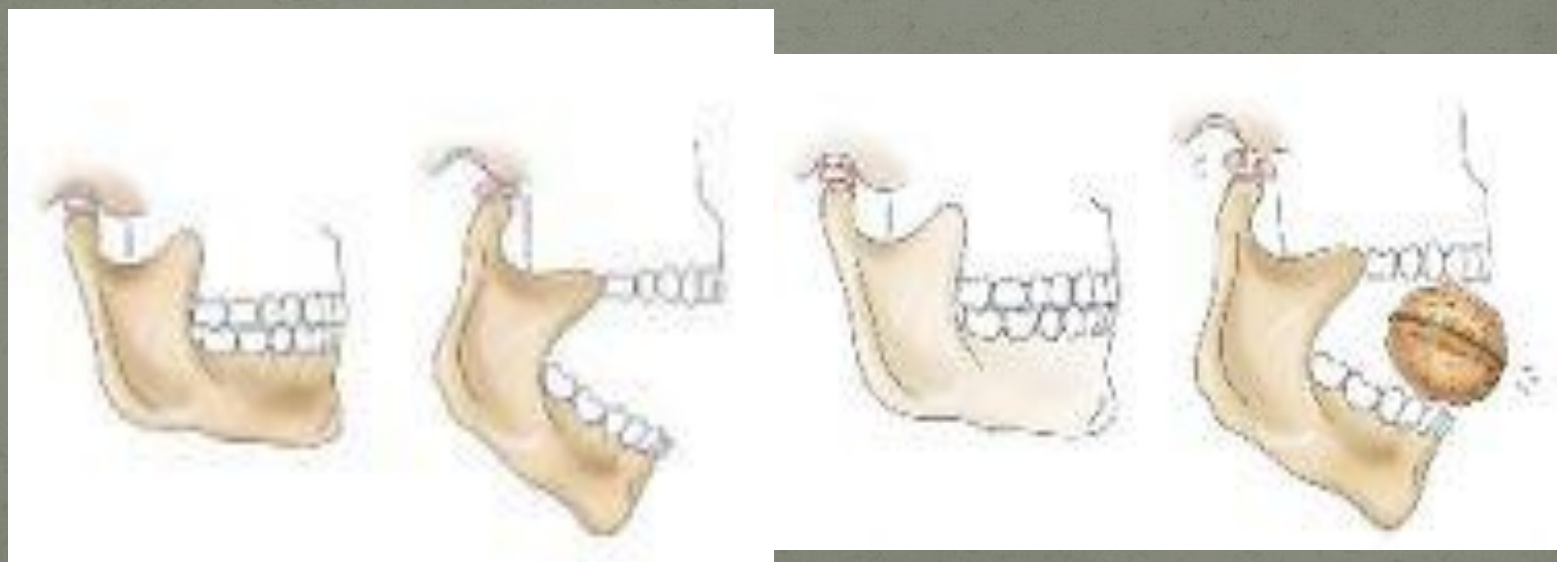
● **Мешікті шайнау бұлшық еттері екіге бөлінеді:**

1. төменгі жақты көтеретін немесе артқы топ меншікті шайнау бұлшық еті
2. -m.masseter шайнау бұлшық еті;
3. -самай бұлшық еті;
4. -қанатша бұлшық еттер;
5. -сына тәрізді сүйектің қанатша өсіндісінің бұлшық еті;
6. 2.ауызды ашатын немесе алдыңғы топ бұлшық еттері
7. -тіл асты бұлшық еті;
8. -қос қарыншалы бұлшық еті;





Самай - төмен жақ буыны - өз траекториясы бойынша адам организмдегі жалғыз жұп буын болып табылады. Буын қалыпты жағдайда оң және сол жағыда әрдайым сәйкес қозғалыс жасауы керек.



- *Самай – төменгі жақ буыны дисфункциясының этиологиясына келетін болсақ осы күнге дейін дәрігерлердің айтуы бойынша бруксизм негізгі себеп болып табылады(шайнау бұлшық еттінің гипертонусы). Ал қазіргі таңда самай төменгі жақ буынының дисфункциясының дамуы көбейіп келеді, себебі көбіне стрестік жағдайлар әсер етеді деп есептеледі. Мысалы әлеуметтік жағдайдың дұрыс болмауы, жұмыс орнына байланысты әр түрлі стрестік жағдайлар әсер етеді.*



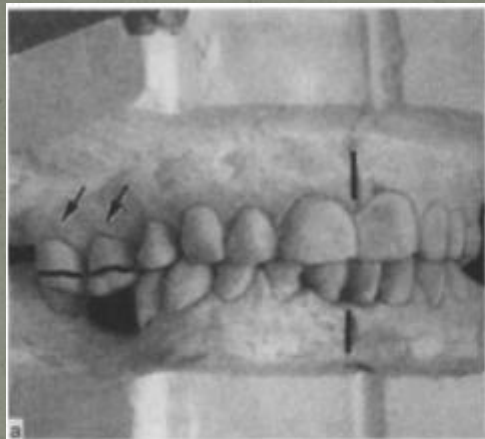


Самай - төмен жақ буыны аурулары көбіне буынның симметриялы қозғалысы бұзылғанда, жоғарғы және төменгі тіс қатарының сәйкес келмеуі кезінде, яғни тістемнің дұрыс болмауында, бұлшық еттерінің тырысуы болғанда, сонымен қатар ревматоидты артритпен ауыратын науқастарда кездеседі.

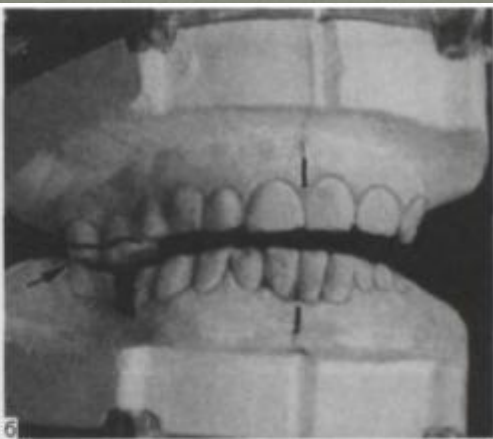




- Қазіргі таңда самай төменгі жақ буынының дисфункциясымен көбінесе орта жастағы адамдар ауырады. Себебі ауыз қуысының гигиенасын дұрыс сақтамағандықтан тістерінен ерте айрылып жатады сонымен қатар тістердің уақытылы емделмегендіктен, яғни тіс протездерін уақытылы жасалмағандықтан тіс қатарының бұзылысы болады және протездердің дұрыс салмауы. Ал тіс қатарының бұзылысы самай төменгі жақ буынының дисфункциясына әкеліп соғады.



a



b



c



d



# Самай-төменгі жақ буынының артрозы

*Буынның нейродистрофикалық және эндокринопатиялық зақымдануларынан дамиды. Ондай жағдайларға дұрыс жасалмаған тіс протездері мен шайнау бұлышықеттерінің өзгерістері де жатады. Остеоартроздың негізгі себебі, буынның шеміршекті тіннің төзімділігі мен түсірілген күштің сай келмеуі болып табылады.*

*Деформациялаушы артроздар кезінде төменгі жақтың буын өсіндісінде біз тәрізді сүйек өсінділері шығып кетеді. самай-төменгі жақ буынның артрозында ауыру сезімі байқалмайды. Науқастар көбінесе буындарының сықырлайтынына, таңертен дұрыс қозғалмай уқалағаннан кейін түзелетіндігіне шағымданады. Олар әдетте мұндай аса мазаламайтын нәрселерге көңіл аудармай дәрігерлерге қайтпайтын өзгерістер шыққан кезде келеді. Буынның сықырлауы кейде аурудың басында болса, кейде буынның қызметі бұзылған кезде пайда болады. бұл кезде төменгі жақ төмен және екі жағына қозғалысы шектеледі.*

*Рентген көрінісі СТЖБ зақымдалу дәрежесіне байланысты. Склерозды артрозда буын сықырлауының тарылғаны, буын басының деформациясы байқалса, деформациялы артрозыда буын басы мен буын төмпешігінің қатты деформациясы байқалады.*

# Артроздардың консервативті емі:

- Буынға бір ай бойы түнге қарай өтпен компресс жасау;
- Буын аймағына медициналық өтпен электрофорез жасау;
- Парафин емі;
- Батпак емі;
- Егер, процесс асқынса төменгі жақты уақытша бекіту, содан кейін механотерапия жасау.

Буын басында өзгерістер қайтымсыз болғанда консервативті ем тиімсіз болса оперативті ем қолданылады.

Жарақатты деформациялы артроздың хирургиялық емінің негізгі мәселесі тек қана зақымданған буын басын алып тастау емес, сонымен қатар буынның анатомиялық біртұтастығымен, оның қызметін қалпына келтіру. ең тиімді әдіс алдын ала консервіленіп дайындалған өліктің төменгі жағының буын өсіндісін ортотопиялық трансплантация жасау. Себебі ол материалмен, аурудың алып тастаған өсіндісінің құрылысы мен пішіні ұқсас. Бұл операция кезінде тек буын өсіндісі ғана емес, бұлшықеттер, буын қапшығы буын шеміршектері қоректенетін сұйық бөлетін синовиальды қабаты қалпына келтіреді.



# Самай-төменгі жақ буынының анкилозы

- Анкилоз — дегеніміз төменгі жақтың қозғалысы жартылай немесе түгелдей шектеліп, буын беттері фиброзды немесе сүйекті бітісіп кететін самай-төменгі жақ буынының тұрақты деформациясы. Буынның мұндай өсіп кетуіне көбіне инфекциялы процестер, сирек буынның механикалық зақымданулары себепкер болады. Самай-төменгі жақ буынының анкилоздарын туғызатын инфекциялық аурулардың қатарына , дифтерия, сүзек, оспа, туберкулез, актиномикоз және жақтардың остеомиелиттері жатады. Инфекциялы процестердің ішінде төменгі жақтың остеомиелиті алдыңғы орында тұр. Ортаңғы құлақтағы қабыну процестері кезінде ірің дабыл жарғаның шырышты қабығын ерітіп Гассер саңылауы арқылы самай-төменгі жақ буынына енеді. Іріңді артриттерден кейін анкилоз балаларда да ересектерде де кездеседі.

- Анкилоздарды туа және жүре пайда болған, қабынбалы және жарақатты деп бөлу қабылданған. Сонымен қатар түгел және жартылай, сүйек және фиброзды, біржақты және екіжақты деп бөлінеді. Буынға енген инфекция онда жедел ағымды немесе созылмалы қабыну процестерін тудырады. Қабыну процестері салдарынан буын беттері мен мениск өлеттенеді. Ақауланған жерлер гранулденген тіндермен алмасып, одан кейін фиброзды және сүйек тіндерінде алмасады.
- Көбінесе буындағы жедел қабыну процесі айналасындағы сүйек және жұмсақ тіндерге жайылып, сол жерлерде пролиферативті процестің қарқынды дамуына себеп болады. Соның салдарынан самай сүйегі және оның бетсүйегі өсіндісінде, төменгі жақ бұтағының жоғарғы бөлігінің арасында дөрекі тыртықтар мен сүйектенулер пайда болады. Балада және жас кезде сүйек анки-лоздары, ал ересектерде фиброзды аниклоздар кездеседі.



# Клиникалық көрінісі

- Самай-төменгі жақ буынының анкилозы ауыздың түгелдей немесе жартылай ашулуымен, зақымданған буында жылжу қимылының болмауымен ерекшеленеді.
- Біржақты анкилоз. Егер ауруға бала кезден шалдықса зақымданған жағынан төменгі жақ пен оның бұтағының зақымдануына байланысты беттің асимметриясы дамиды. Бұл кезде иек, мұрынның ұшы, төменгі еріннің тартпасы, ауру жағына қарай ауытқыған құлақ қалқаны сау жағынан төмен орналасқан. Беттің сау жағы ауру жағына қарай ауысуына байланысты тегістеліп кеткен секілді көрінеді.
- Екіжақты анкилоздарда қалыпты тамақ қабылдау мүмкін емес. Науқас сұйық немесе тістерінің арасынан өтетіндей ботқа тамақтарды ішеді. Тамақты дұрыс шайнап жей алмағандықтан ауызда гингивит дамып, тіс тастары көбейіп, тістер қозғалмалы бола бастайды. Науқас өте әлсіз, жүдеу болады. Олардың сөйлеуі бұзылған, ауырған тістерін емдеу немесе жұлу тіпті мүмкін емес. Мұндай аурулардың құсуы кезінде аспирация мен асфиксия даму себептерінен өміріне қауіп тууы мүмкін. Жақтың өспеуінен науқас шалқасынан жатқан кезде тілдің артқа түсіп кетуінен тұншығып немесе қатты қорылдайды.

- Сүйек анкилозының рентген суреттерінде: а) буын саңылауының жоқтығы, б) бір сүйектің екінші сүйекке өтуі; в) сүйектің буын басы контурының жоқтығы көрінеді.
- Фиброзды анкилоз кезінде буындағы барлық шеміршек жойылып, буын басы буын шұңқырына тығыз фиброзды тінмен бітіп кетеді. Буын қапшығында да фиброзды тіннің дамуынан тыртықты өзгерістер пайда болады.
- Фиброзды анкилозды буын бөлігінің остеопорозы, буын саңылауының тарылуы мен ауызды ашқандағы буын басының қозғалмауы сияқты белгілер тән. Анкилозды төменгі жақтың қарысуынан және ауыздың механикалық кедергілерінен ажырату керек. Оның диагнозын анаменезді анықтай отырып, этиологиялық факторлар мен ауру динамикасын, клиникалық және рентге-ишграфиялық зерттеулердің көрінісіне арқа сүйеп қою керек.



# Емі

- Сүйек анкилоздарының барлығы хирургиялық жолмен емделеді. Анкилоздардың хирургиялық емі өзінің мақсаты мен мәселелеріне байланысты екі үлкен топқа бөлінеді. 1. Анатомиялық компоненттерін қайта қалыпқа келтірмей-ақ буын қызметін атқаратын тұрақты жалған буын жасау.
- 2. Самай-төменгі жақ буыны қызметін, анатомиялық компоненттерін және беттің төменгі бөлігінің косметикалық ақауларын қалыпқа келтіруге бағытталған операциялар.

# Самай-төменгі жақ буынының артриті

- Бүкіл одақтық анти-ревматикалық комитетінің жіктеуіне байланысты артриттерді: Жарақатты артриттер созылмалы микрожарақаттардың (тіс қатарының бұзылуының) немесе жедел жарақаттардың (кұлау, соққы, оқпен немесе оқсыз жарақаттар) әсерінен болад

Инфекциялық  
1-арнайы (гонорейалық,  
туберкулездік, актиноми-  
коздық  
2-арнайы емес (ревматикалық  
және ревматоидты)

Бейинфекциялық  
алмасудистрофиялық,  
нерводистрофиялық,  
эндокринопатиялық  
және т. б. деп бөлінеді.



- Самай-төменгі жақ буынының арнайы емес инфекциялық артриттері жедел ағымды, созылмалы деп бөлінеді. Ауру инфекцияның қанмен немесе көрші аймақтан келуінен (отит, жақтың остеомиелиті, құлақмаңы аймағының флегмо­насы, паротит, мастоидит) басталады. Балалардағы артритке көбінесе ортаңғы құлақтағы іріңді қабыну процестері себеп болады. Артрит сонымен қатар, организмдегі созылмалы инфекцияның әсерінен, оның ішінде одонтогенді хронический, ревматикалық полиартриттің әсерінен де болады.
- Самай-төменгі жақ буынының жедел ағымды артриті кезінде науқастар жалпы жағдайының нашарлығымен қатар, құлағы мен самай буындарындағы қатты ауыру сезімге шағымданады. Ауызды ашу мен шайнаудың мүмкіндігі болмайды. Науқас тек сұйық тамақпен ғана қоректені алады. Буынның айналасындағы жұмсақ тіндер инфильтраттанған, беткей терісі қызарған. Буын аймағын басқанда ауырады. Сыртқы дыбыс жолы тарылып, науқастың құлағы ауырлайды. Дене қызуы жоғарылап, лейкоцитоз және ЭТЖ жылдамдайды. Көп жағдайда процесс іріңдіктер түзілуімен аяқталады. Ол көбінесе сыртқы дыбыс жолына жарылады. Сыртқа құлақмаңы аймағына сирек тесіліп шығады.

- Созылмалы ревматикалық артрит кезінде буын екі жағынан да зақымданып, оқтын-оқтын өршуімен, субфибрилді дене температурасымен, самай-төменгі жақ буынымен қатар, басқа да буындардың ауруымен ерекшеленеді. Буынның айналасындағы тіндердің жағдайы өзгеріссіз болады. Буынның қызметі өзгерген. Кешенді емдер қабылданса қабыну әрекеттері ертерек ба-сылады.
- Ревматоидты артритпен ауыратын науқастарда патологиялық процесс көбінесе бір буынында болады, бірақ кейде басқа буындарында да кездеседі (тізе, тобық және т. б.). Суық тиген кезде осы буындардың барлығында да ауыру сезімдері қайталап өршиді, ал буынның сіресуі барлық уақытта болады.
- Егер самай-төменгі жақ буынының ревматикалық артриті бар науқастарда жүрегінде патологиялық өзгерістер кездесе (ревмокардит және т. б.) аталған өзгерістер мүлде анықталмайды.
- Аталған ерекшеліктерімен қатар, атай кететін нәрсе ревматоидты артритті емдеу, ревматикалық артритті емдегенге қарағанда айтарлықтай әсер бермейді (тіпті емнен кейін де), қайталай береді.
- Самай-төменгі жақ буынының кез келген артритіндегі рентгенограммада саңылаудың кеңейгені, тыртықты түрінде тарылғаны байқалады.



# Емі

- Жақтың функциялық ерекшеліктеріне байланысты емдеу қиынға түседі. Себебі емдеу кезеңдерінде буынды ұзақ уақыт мүмкіндігінше қозғалтпай қоюға тура келеді. Сондықтан жедел арнайы емес артритті емдеу әртүрлі шаралар комплексінен тұрады.
- 1) . Буыннан тыс қабыну ошақтарының инфекция көзін жою (тістердегі, ортаңғы құлақтағы, бадамша бездегі, гаймор қуысындағы). Гангренозды тістерді немесе қабынған бадамша бездерді алу операцияларынан соң артриттің қайтадан өршуінің алдын алу үшін ацетилсалицил қышқылымен, амидопирин, бутадион, сульфаниламидтермен және антибиотиктермен емделеді.
- 2). Организмнің жалпы иммунологиялық реактивтілігін және десенсибилизациясын күшейту, қуаты майдаланған және сұйық тамақ, ацетилсалицил қышқылы, кортизон немесе преднизалон. АҚГ өнімдерін кезектестіріп пайдалану.
- 3) . Буынға тыныштық беру (Айви таңбасы, екіжақты жай байлап бекіту немесе азу тістердің тұсына қалыңдығы 5—10 мм-дей резеңке қойып иекті жоғары қарай сақпан тәрізді таңбамен таңу).
- 4) . Физиотерапия: жедел ағымында — жылу (қыздыру компрестері, УЖЖ, соллюкс), басылған кезде — вирапинмен немесе медициналық өтпен (Бернадский Ю. Д) электрофорез жасау.

# Созылмалы жарақатты артрит.

- Көбінесе созылмалы майда жа-рақаттардың ' ұзақ уақыт әсерінен болады. Мысалы терең тістесуде, жоғары үйкелістен, азу тістерді жоғалтудан, протез дер кезінде салынбағандықтан, әсіресе төменгі жақтарда. Созылмалы жарақатты артритте науқас ауызды ашқанда және шайнау, сөйлеу кезінде үнемі үдей түсетін ауыру сезіміне шағымдайды. Жиі жағдайда ол үшкүл нерв невралгиясындағыдай ұстамалы болады. Кей жағдайларда науқастарда Костен синдромы кездеседі: төменгі жақ буын аумағында мойынға, құлаққа, тілге, жарақатты артритке ұшыраған бетінде басының жартысы ирради-яцияланып ауыруы, буын аумағында [терінің гиперестезиясы](#), аузын ашқанда буынның сықырлауы, кейде ауыздың құрғауы, естудің, төменгі жақ қимылының нашарлауы. Көп жағдайларда осы айтылған белгілердің біреуі немесе бірнешеуі байқалады.
- Ем жүргізгенде әуелі буынға құйылған қан мен экссудаттың ыдырауын көздейді, осымен қатар 2—3 күнге тіс аралығына төсем салып төменгі жақты сақпан тәрізді таңғышпен таңып тастайды да, ауын қуысына 1—2 рет 2 мл 2% новокаинға араласқан 1 мл гидрокортизон және антибиотиктер ерітіндісін жібереді. Бірінші срітіндіні жіберу мен екіншісінің арасы 2—3 күн. Гидрокортизон қан мен экссудаттың құрамындағы фибриннің ыдырап тарауына әсер етсе, новокаин ауыру сезімін жояды, ал антибиотик қанмен бірге буынға инфекция ентен жағдайда оның алдын алады. Гидро-кортизонды жүкті әйелдерге, бауыры, бүйрегі және жүрек ауруы бар науқастарға жіберуге болмайды. Осымен қатар, гиалорунида құрамына кіретін ара уымен (вирапин) не болмаса калий йодиды және новокаинмен ионофорез жасалады. Осы аталған емге к.осымша аналгетиктер, күніне 100 мг С витамині және 1—2 сеанс Бсрнардың диадинамикалық тогын тағайындайды. 3—4 күн ем қолданғаннан кейін барлық науқастарда [ауыру сезімі жойылды](#),
- Олар тамақ шайнай алады, тек кейбір науқастардың буынында 2—3 аптаға дейін буын қозғалысы нашар болады.
-



# Қолданылған әдебиеттер:

- 1,“Хирургиялық стоматология” Оразалин Ж.Б. Төлеуов Қ.Т. Білім баспасы 1998ж
- 2,Интернет [www.google.kz](http://www.google.kz).
- Mail.ru.