

Модуль: Ортопедиялық стоматология

СТЖБ ауруларының қазіргі заманғы диагностикалау әдістері



Орындаған: Үргенішбаева Ж.

Факультет : стоматология

Тобы: 007-02-1

Қабылдаған: доцент Шаяхметова М.К.

Жоспар:

- Кіріспе
- СТЖБ
топографоанатомиялық
суреттемесі
- СТЖБ ауруларында МРТ
қолдану
- СТЖБ ауруларында
модульденген импульстік
электромагниттік өрісті
қолдану
- Қорытынды
- Пайдаланылған әдебиеттер

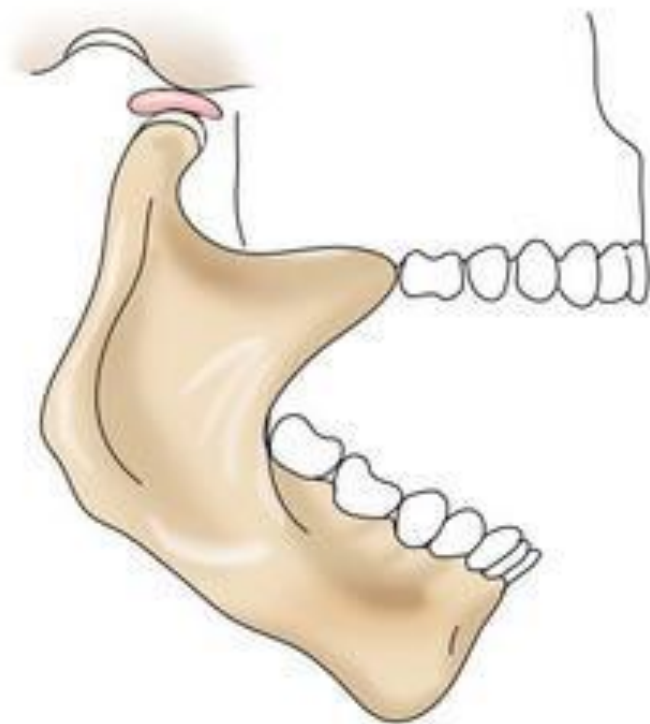
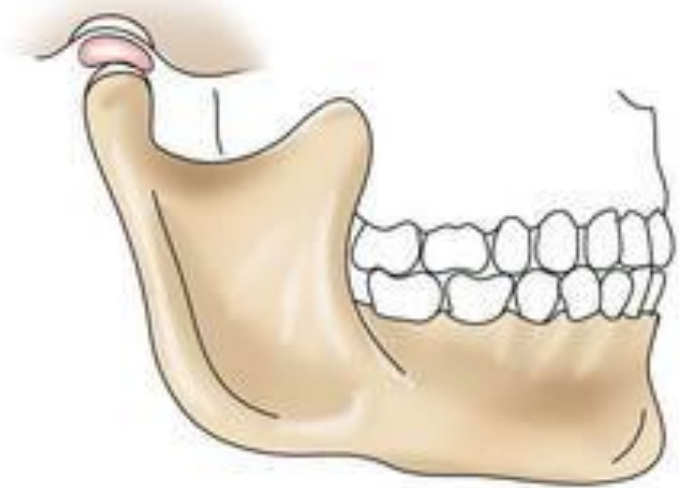


кіріспе

- СТЖБ патологиясы клиникалық көріністерінің қиындығымен және невропатолог, оториноларинголог, психиатр дәрігерлерінің құзыреттілігіне кіретін аурулар бойынша стоматологиялық аурулардың ішінде негізгі орын алып отыр.
- СТЖБ адамның буындары ішінде ең белсенді жұмыс жасайтын буындарының бірі. Төменгі жақсүйегі қозғалысы тұрақты (күніне 2000рет.) тағам ішкенде, сөйлеу кезінде, есінеуде, т.б.
- СТЖБ аурулары халықтың 25-65% кездеседі. (В.А.Хватова и др., 1982).

СТЖБ топографияанатомиялық суреттемесі

- **СТЖБ – күрделі буын. Ауызды ашқанда барлық жүйе кезектесіп жұмыс жасайды. Алғашқыда алдыңғы бөлігі : басы мен байлам дискімен, көлденең ось айналасында буын басы ротациясы, буынның төменгі этажында аяқталады. Кейін буын басы комплексі төменнен буын төмпешігі шыңына қарай, қозғалыс орнынан жылжып, буынның жоғарғы этажында аяқталады. Қозғалыс жолымен оның осі ауыз ашуды аяқтап қалған уақытта буын төмпешігінің ортасында аяқталады.**
- **Құрылысы бойынша диартрозды және синовиалды буынға жатады және төменгі жақсүйегін қозғалтатын үлкен түзілісті кешен: сүйекті және шеміршекті, байламдар және бұлшықеттер.**



СТЖБ ерекшелігі

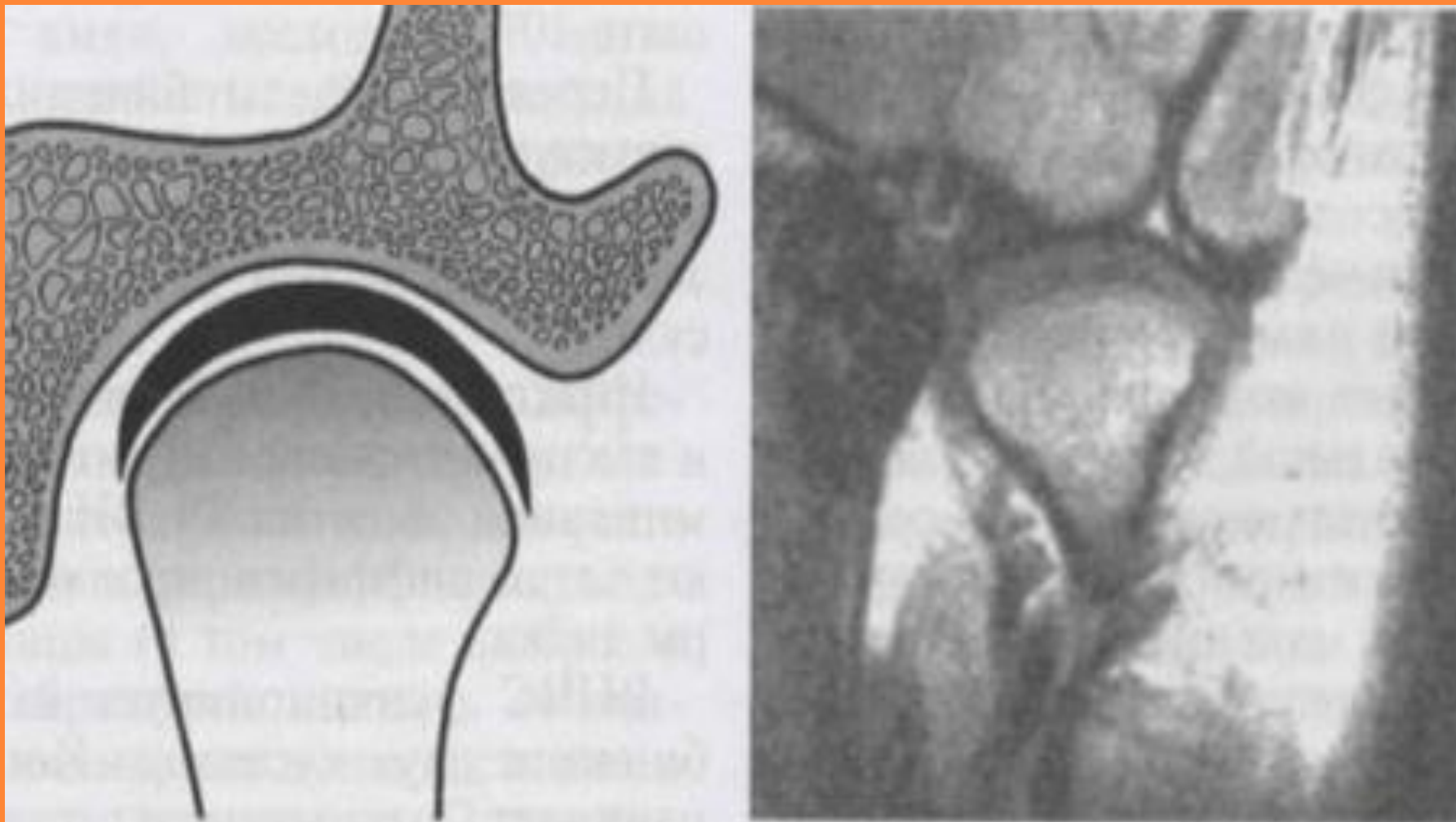
- Буын беткейлері . Гиалинді шеміршекпен емес, нашар жұқа дәнекер тінді шеміршекпен қапталған. Бұл ерекшелігі буынның жиі жарақаттанып, іріңді қабыну дерттері кезінде тыртық не сүйек тініне ауысып кетуіне бейімділігін сипаттайды.(анкилоз)
- Буын қабының қалыңдығы бірдей емес. Алдыңғы жағы жұқа болғандықтан оңай созылады. Бұл буын басының алға шығуының себебі болып табылады.

- Сырт жағынан буын тарамдары самай сүйегінің бет сүйегі өсіндісінен басталатын мықты сіңірмен бекітілген. Оның талшықтары төмен және артқа бағыттталып буын өсіндісі мойынның артқы және сыртқы бөлігінде қосылады. Талшықтардың біраз бөліктері буын қабымен бірігіп кетеді. Өзінің күрделі құрылысына байланысты сіңір буын өсіндісінің соғылған кезде төмен, сыртқа және ішке қарай ығысуына кедергі жасайды.

Зерттеу әдістері:

- Рентгенография (Шюлер, Пордас)
- Ортопантомограмма
- Электромиография
- МРТ
- КТ
- Аксиография

Орталық окклюзия жағдайындағы буын құрылымдарының орналасуы. Диск буын басын жауып тұр.



Ауыз ашық кездегі буынішілік құрылымдардың орналасуы. Буын дискісі-буын төмпешігінің ұшында, ал дисктің орталық бөлігі буын басы мен төмпешіктің арасында орналасқан.



Қалыпты жағдайдағы буын құрылымдарының орналасуы. Стрелкамен буын дискісінің ортасы мен шайнау бұлшықеттерінің векторы көрсетілген.



Магнитті резонансты томография

- МРТ тіндерді 1,5-3 мм қашықтықта қабатпен көруге мүмкіндік береді. Компьютерлі томографиядан ерекшелігі МРТ –да буын қапшығына бекитін бұлшықеттерді, СТЖБ дискісін, буын сұйықтығын көруге мүмкіндік береді.
- МРТ –ң ең бағалы қасиеті ол ауыздың ашық және жабық күйінде дисктің қалай орналасқанын біле аламыз, ол ауызды ашқанда және жапқанда пайда болатын шуды, сықырды анықтауда, буынның шығып кетуінің себебін анықтауға мүмкіндік береді. МРТ-нің фронтальді кесіндісінде латеральді қанаттәрізді бұлшықеттің гипертонусын, сагиттальді кесіндісінде буын басының деформациясын анықтауға болады.

Клиникалық жағдай

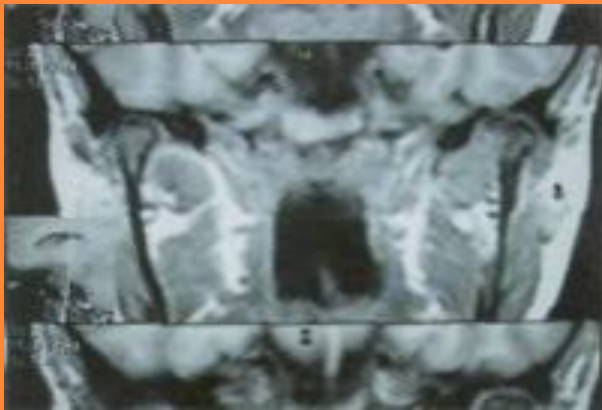
- Науқас К., 23 жаста ортопедиялық стоматология клиникасына екіжақты СТЖБ аймағындағы ауру сезімі мен сықырына шағымданып келген. Анамнезін жинап, объективті тексерістен кейін супергипстен науқасқа диагностикалық мүсін дайындалды. Төменгі жақ тың жеке қозғалысын ауызышілік әдіспен жазып алынды.
- Жақсүйек мүсіндері артикуляторға орнатылып, алдыңғы және бүйір окклюзияда 3.8 бен 4.8 тістерде супержанасу анықталды. Антогонисті жоқ болғаннан кейін төменгі 8-тіс жылжып окклюзиялық жазықтықты бұзған. Науқасқа таңдап егелу жүргізілген . Науқас жағдайы шамалы жақсарғанмен СТЖБ аймағында ауру сезімі мен сықыр жалғаса берген.



1. Төменгі жақтың жеке қозғалысын ауызішілік әдіспен анықтау.

2. Алдыңғы окклюзия. Төменгі жақтың 3.8 бен 4.8 тістерден шектелуі.





Науқасқа МРТ жүргізу жоспарланған.

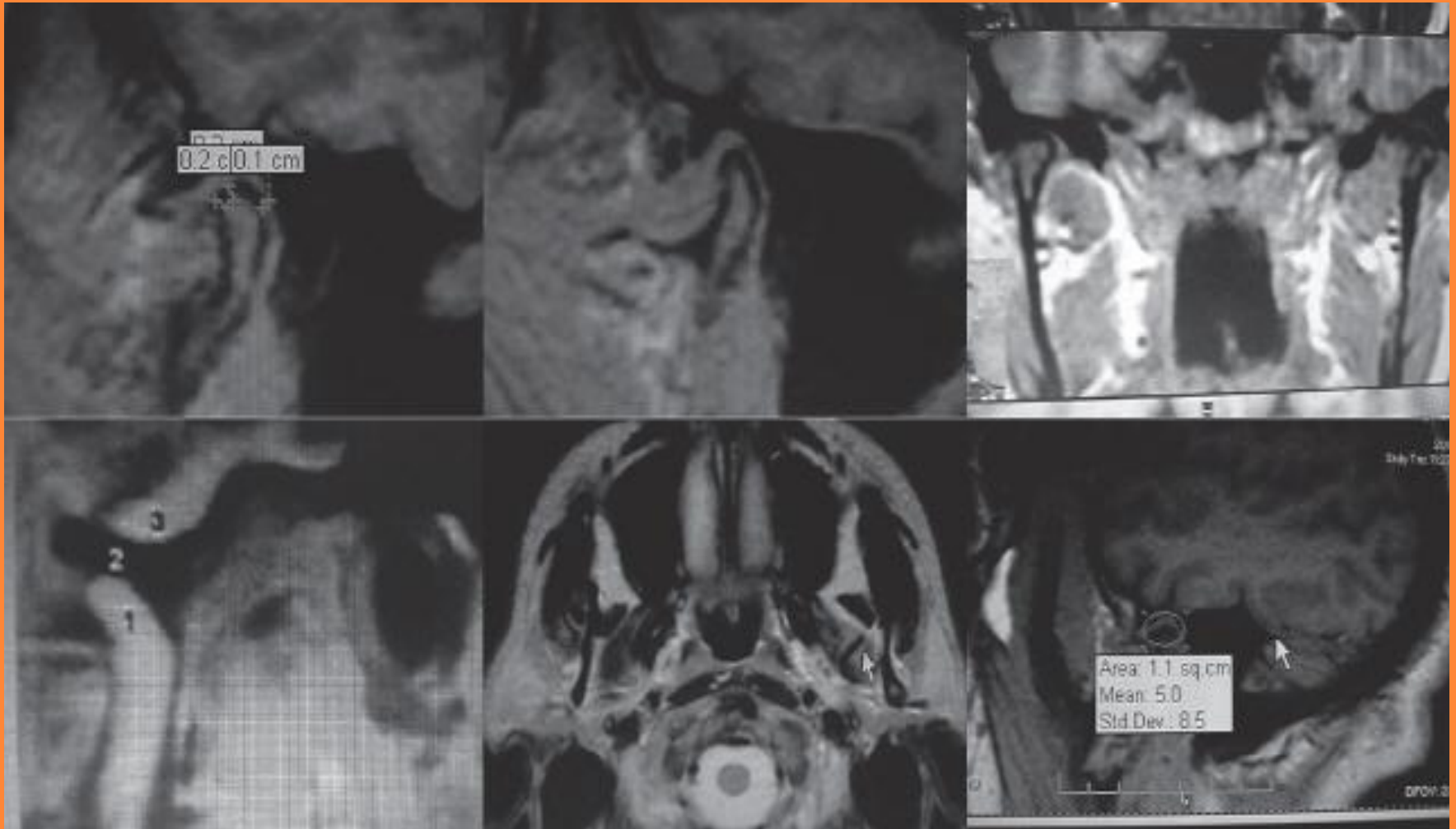
1. Оң жақ төменгі жақ буын басының артрозды деформациясы мен шеміршекті қабатындағы кистозды өзгерістері.

2. Сол жақ буын басы. Артрозды деформация белгілері.

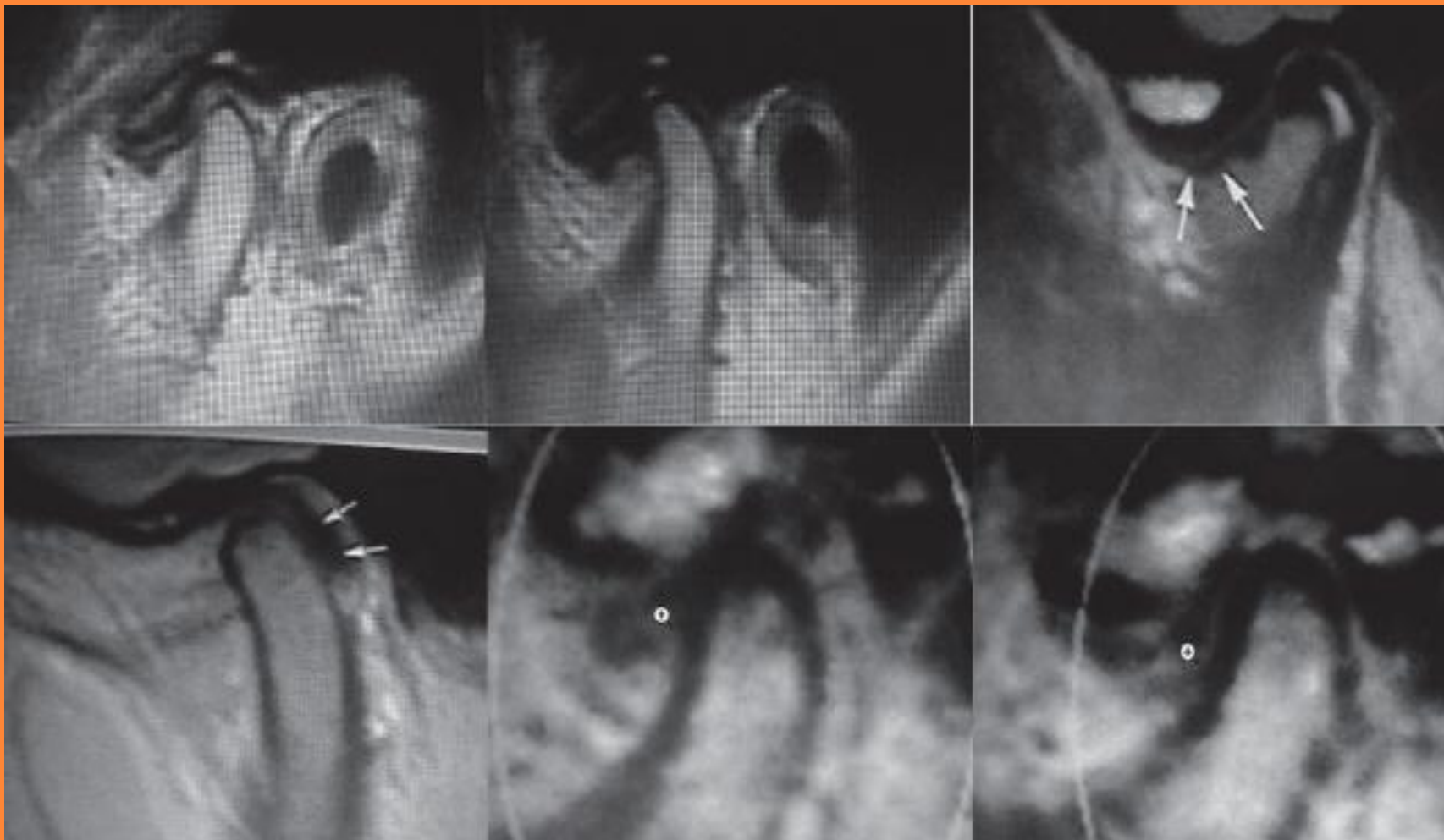
3. Сол жақ буын басының деформациясы. Буын дискісінің орталық сызыққа қарай ығысуы. Фронтальдң проекция.

МРТ қорытындысы бойынша хирургиялық ем жүргізілу тиіс.

МРТ жүргізгендегі СТЖБ патологиялық өзгерістер. Буын кеңістігінің тарылуы.(ауыз ашық кездегі) **Ущемление мениска** — 2, буын басы мен — 1 және буын төмпешігі арасында — 3.



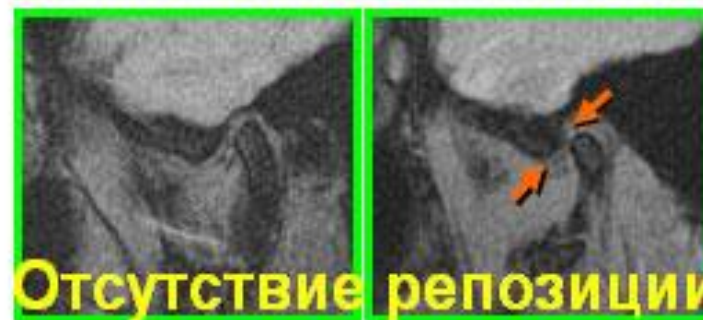
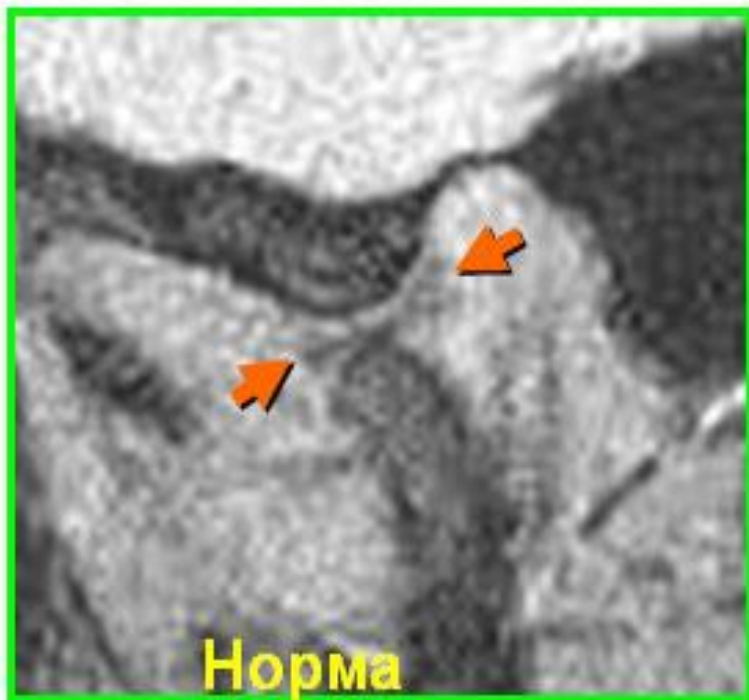
Дисктің патологиялық жағдайда орналасуы



МТР. СТЖБ жұмсақ тіндеріндегі өзгерістер: дегенеративті өзгерістер

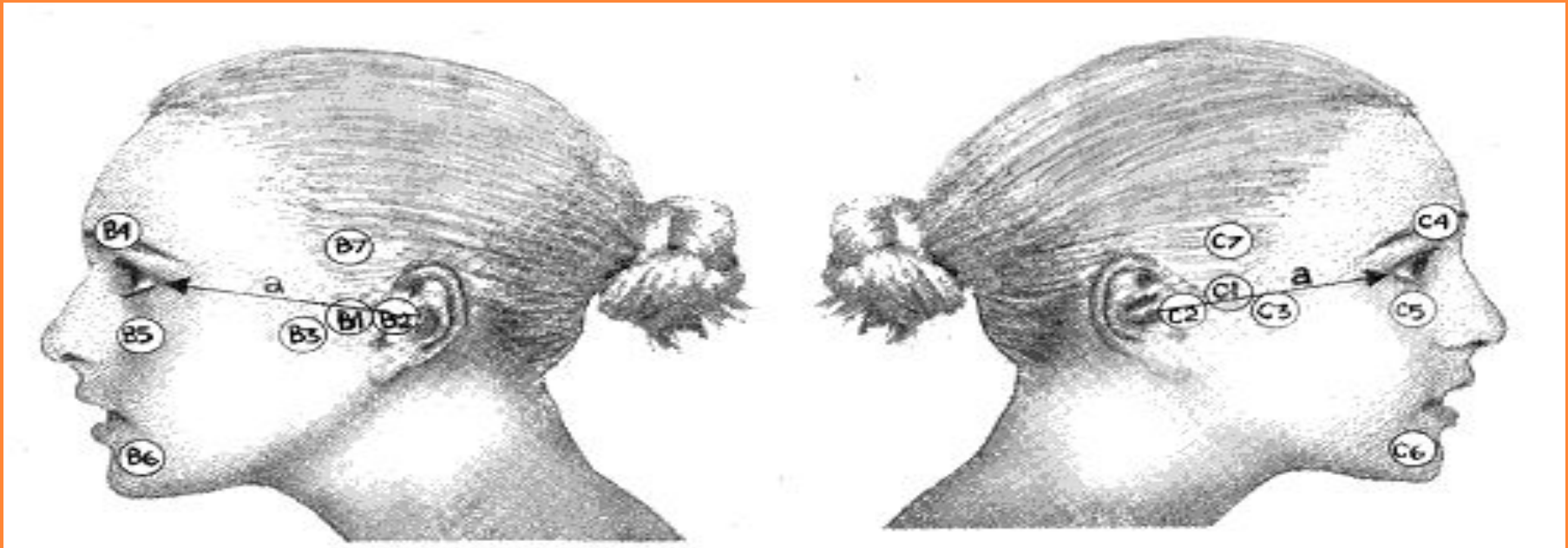


МТР. СТЖБ жұмсақ тіндеріндегі өзгерістер: буындық дисктің алдыңғы дислокациясындағы репозиция варианттары



СТЖБ ауруларын диагностикалауда күрделі модульденген импульстік электромагниттік өрістің қасиеттерін қолдану

- Тірі ағзаның электромагниттік өріспен байланысы биоэлектромагнитті реактивтілік деп аталады. ол ағзадағы зат алмасу процесі мен микроциркуляциялық өзгерістерге байланысты түсіндіріледі.
Лира-100 жиынтығының ішінде:
- ЛИРА-100 датчигі
- ЛИРА-100 программалық қамтамасыз етілуінен тұрады.



СТЖБ буындық және буыннан тыс нүктелері:

а – трагоорбитальді сызық. Буындық нүктелер: В1, С1- құлақ сырғалығынан 10 мм алыс орн.нүкте;

В2, С2 - құлақ сырғалығы аймағындағы нүкте;

В3, С3 - В1, С1 нүктелерінен 10 мм алдыға және төмен орн.

Буыннан тыс нүктелер: В4, С4 – көзүсті аймағындағы нүкте;

В5, С5 - көзасты аймағындағы нүкте;

В6, С6- ментальді тесік аймағындағы нүкте;

В7, С7 – самай артериясы маңындағы нүкте

(ФСС) буынның функционалды жағдайы-БФЖ-1,2,3.

(ФОС) буынның функционалды қамамасыз етілуі-БФҚЕ4,5,6,7.

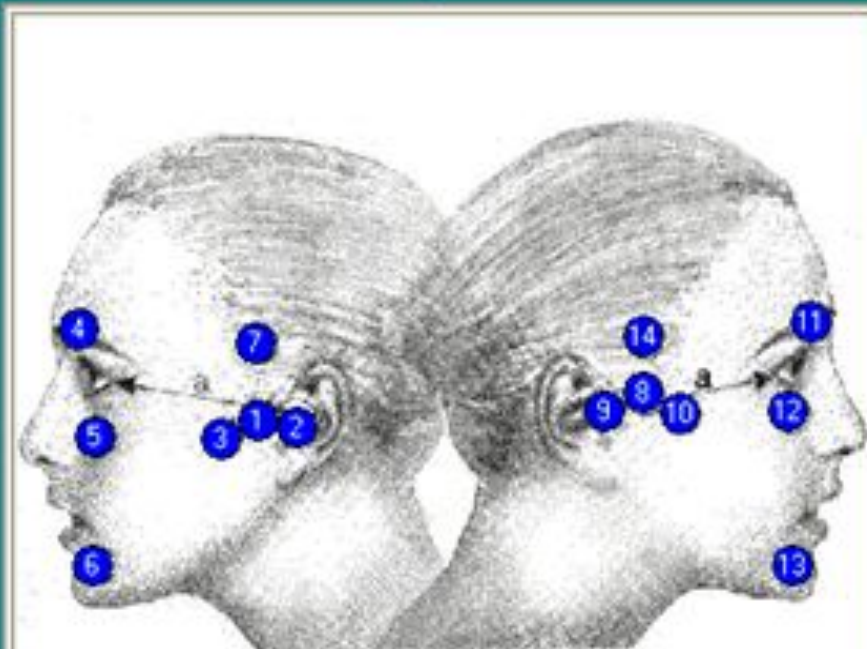
Архив

Измерение

Настройки



О программе



Тестируемый: Иванов Иван Иванович
Текущее измерение отсутствует
Базовое измерение не загружено

Панель управления



Начать измерение



Сохранить точки



Сохранить измерение



Загрузить точки



Загрузить измерение



Стереть точки



Назначить базовое изм.



Поменять картинку



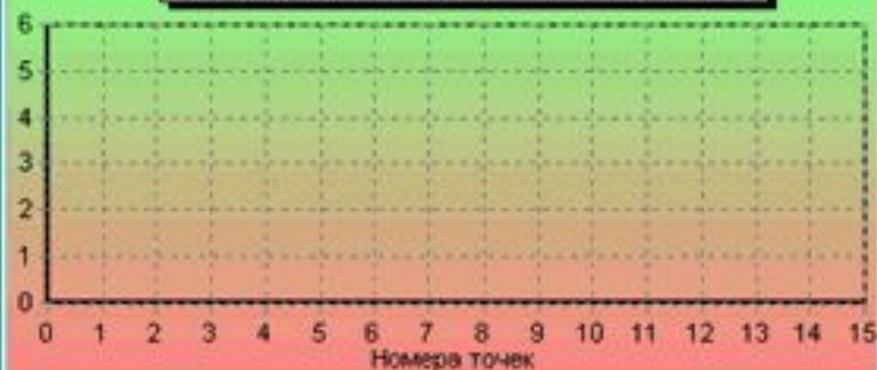
Заключение



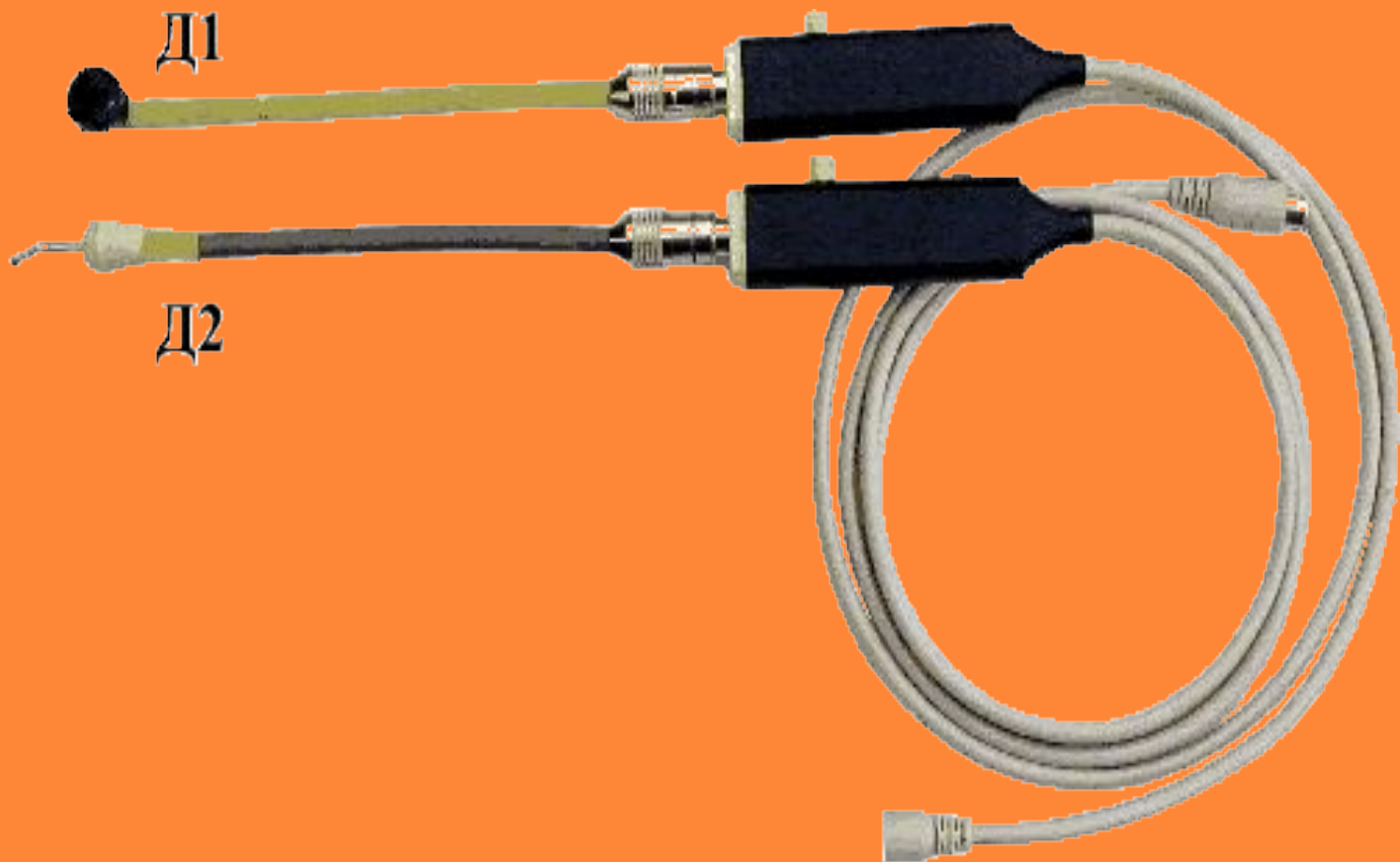
Что тестируется? (выбор-двойной щелчок мыши)

- Психофизиология
- Стоматология
 - Подбор материала
 - Гальваноз
 - ВНЧС
- Травматология
- Прочее

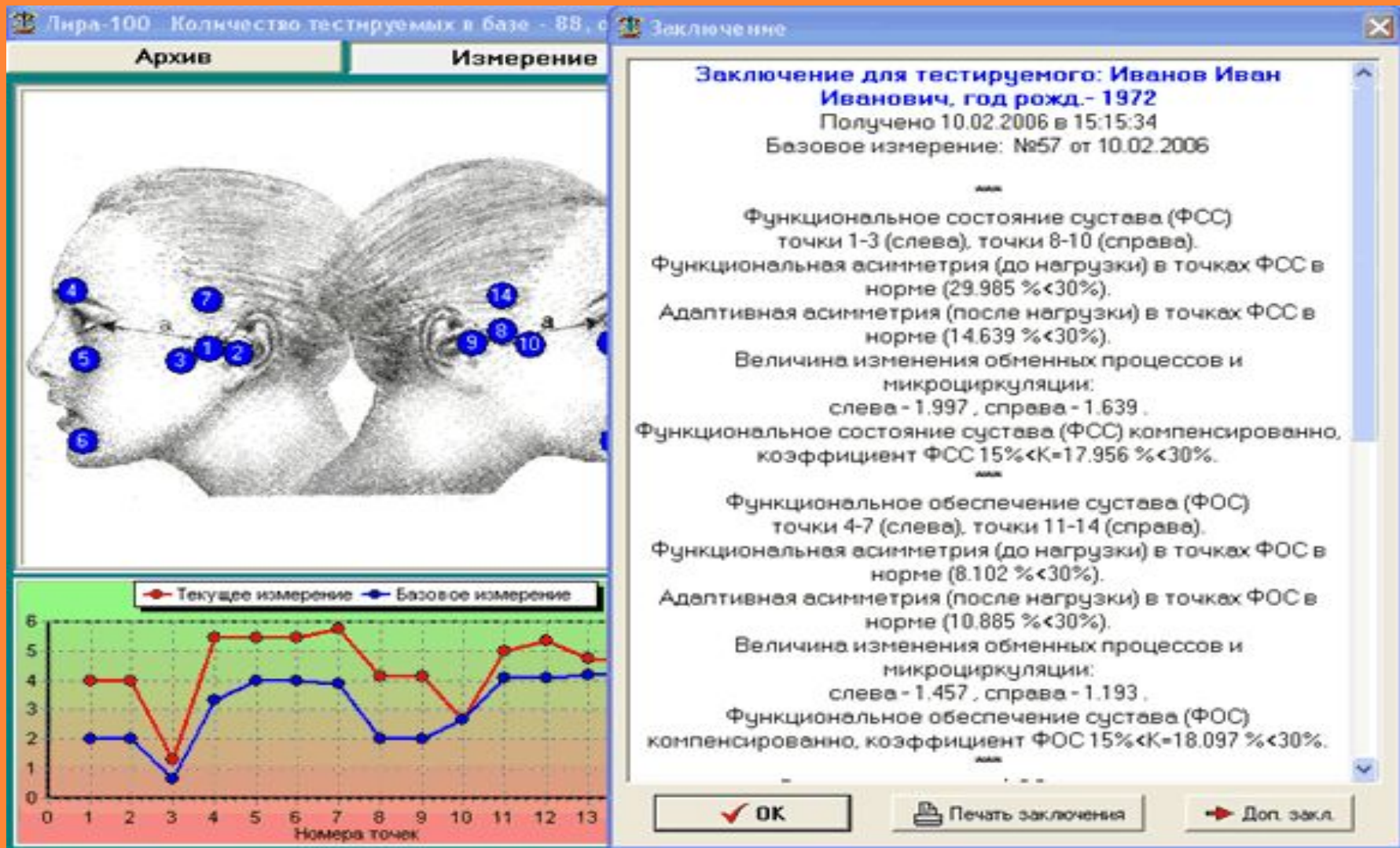
— Текущее измерение — Базовое измерение



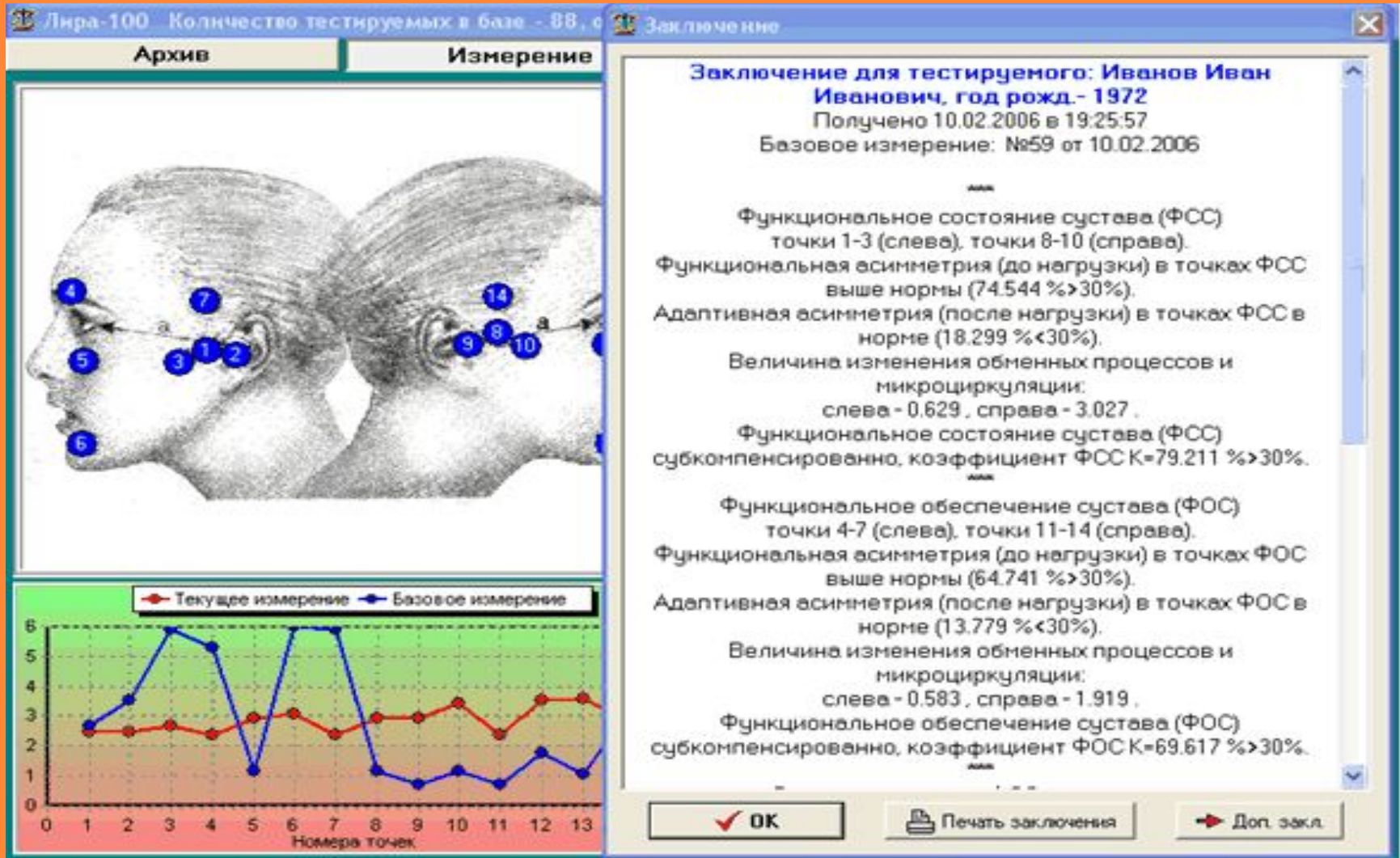
Датчик ДК "Ли́ра-100".



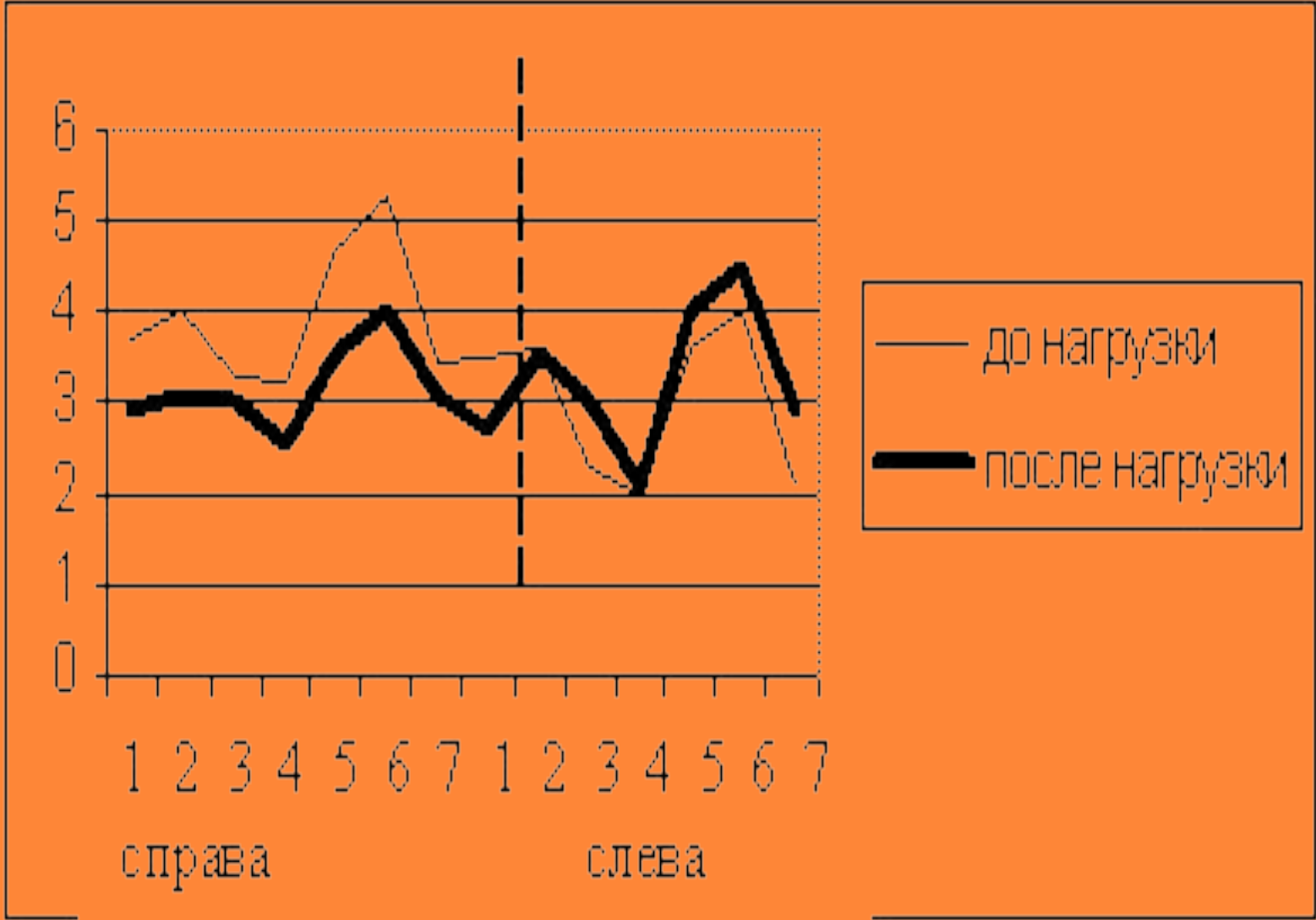
Қалыпты жағдайдағы СТЖБ көрсеткіштері



Реактивті артрит кезіндегі көрсеткіштер.



- **жүктемеге дейін сол және оң жақ буындағы асимметрия 30% жоғары (74,5% и 64,7%), яғни қабыну бар. Сол жағында БФЖ мен БФҚЕ көрсеткіштері оң жағынан жоғары. жүктемеден кейін буындық нүктелерде сол және оң жақта асимметрия азаяды да 30% төмен болады. (18,2% и 13,7%), солжақта көрсеткіш төмендейді, ал оң жақта көтеріледі.(асимметрия инверсиясы)слева происходит уменьшение показаний, а справа их увеличение (инверсия асимметрии), ол СТЖБ артритіне тән. Сол жақта бейімделу-компенсаторлық механизм бұзылған, БФЖ(79,2)және БФҚЕ(69,6)-30% жоғары- субкомпенсация.**



- **Диаграмма. Науқас К., 18 жаста. Диагноз: СТЖБ аурулық дисфункция синдромы.**
- **жүктемеге дейін сол және оң жақ буындағы асимметрия 30% (28,2%), яғни қабыну жоқ; жүктемеден кейін буындық нүктелерде сол жақта=15,9%, оң жақта = 33,5%, буын маңы аймағында сол жақта=10,2%, оң жақта=38,4%; сау жағында жүктемеден кейін сандық көрсеткіштер төмендеген. Яғни сол жақта трофикалық процес бұзылған.**

Қорытынды.

- Қазіргі заманғы технологиялардың көмегімен ауруға нақты диагноз қойып, емнің уақтылы жүргізілуі мен нәтижелі болуына мүмкіндік туды.

Пайдаланылған әдебиеттер:

- 1. Баньков В.И., Макарова Н.П., Николаев Э.К. Низкочастотные импульсные сложно модулированные магнитные поля в медицине и биологии (экспериментальные исследования), Екатеринбург, Издательство Уральского университета, 1992 г., с. 99.
 - 2. Андреев А.И., Соколова Л.А., Пирумян А.Г. Реактивный артрит, Екатеринбург, 2001, с135.
 - 3. Миллер Т.Д. Диагностика и лечение дисфункциональных синдромов височно-нижнечелюстного сустава / Учебно-методическое пособие. Пермь, 1996, 37 С.
 - 4. Рабухина Н.А. Заболевания височно-челюстного сустава и их рентгенологическое распознавание.-М.: Медицина.,1966.
 - 5.Ткачев В.А, Савин В.В., Иванов И.А. Случай синдрома Элерса-Данлоса, осложненного массивными кровоизлияниями. / Терапевтический архив, 1992, №2, с. 98-100.
 - 6.Вязьмин А.Я. Диагностика и комплексное лечение синдрома дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук. Иркутск, 1999, с. 45
- Интернет www.mail.ru
 - www.google.ru