

С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық  
Медицина Университеті

Самай – төменгі жақсүйек  
буындарының аурулары мен  
зақымданулары. Жіктелуі.  
Ортопедиялық емі

Орындаған: Рисбекова А.А.  
Факультет: стоматология  
Тобы: 12-001-02  
Қабылдаған: Есиркепов А.А.

# Жоспары:

- I. Кіріспе**
- II. Негізгі бөлім**
  - Самай-төменгі жақ буындарының зақымдану ауруларының жіктемесі.
  - Артрит. Этиологиясы, патогенезі, клиникасы, емі.
  - Артроз. Этиологиясы, патогенезі, клиникасы, емі.
  - Самай-төменгі жақ буындарының ауырсыну дисфункциясы. Этиологиясы, патогенезі, клиникасы, емі.
- I. Қорытынды**
- II. Әдебиет тізімі**

# Кіріспе







## **В.И.Бургонский, Ю.И. Бернадский (1970)жіктемесі:**

- артриттер (жедел жӘне созылмалы),

- артроздар (склерозирленген жӘне деформацияланған),

- артритартроз.

## **В.А.Хватова (1982)жіктемесі:**

- артриттер (жедел жӘне созылмалы),
- артроздар (склерозирленген жӘне деформацияланған , Өршу жӘне созылмалы сатылары),
- буын-бұлшықеттік дисфункциясы,
- анкилоз,
- ісіктер.
- **Асқынулары:** стоматоневрологиялық симптомдар, буын дискісінің, төменгі жақтың шығуы.

**П.Г. Сысолятина, В.М. Безрукова, А.А. Ильина (1997)**  
**жіктемесі:**

**АРТИКУЛЯРЛЫ:** (буын тіндерінде зақымдалған орын болады)

1. Қабынумен (артрит).

2. Қабынусыз.

2.1. Ішкі бұзылыстар.

2.2. Остеоартроздар:

· ішкі бұзылыстармен байланысты емес ВНЧС (біріншілік немесе генерализденген)

· ішкі бұзылыстармен байланысты ВНЧС (екіншілік)

2.3. Анкилоздар.

2.4. Туа п.б.кемістіктері

2.5. ісіктер

**АРТИКУЛЯРЛЫ ЕМЕС** (шайнау бұлшықеттінің зақымдануымен байланысты).

1. Бруксизм.

2. СТЖБ ауырсыну синдромының дисункциясы.

3. шайнау бұлшықетінің контрактурасы.



# **Диагностикалық сәулелік әдістері :**

**1. Рентгенография**

**2. Компьютерлі томография**

**3. Магниторезонансты томография**




# Артриттер

**Этиологиясына байланысты жіктейді:**

инфекциялық және травматикалық артриттер,  
даму сипатына байланысты —жедел және созылмалы.

**Инфекциялық артриттердің өзі:**

спецификалық және спецификалық емес деп бөлінеді.  
Травматикалық артриттер механикалық зақымдану  
нәтижесінде дамиды.



Науқастар зақым алған жердегі ауырсынуға, ауыз қуысын ашқанда ауырсынуға шағымданады, иек бұл кезде зақымдалған жаққа ығысады. Ісіну дамиды.

Пальпациялағанда ауырсынады.

Рентгенологиялық зерттеуде, байлам аппараты үзілсе, буынға қан құюлымен жүреді; бұл жағдайда рентгенде буын саңылауының кеңеюімен байқалады.

# Артриттер

- Жедел артрит
- Жедел артриттің инфекциялық түрі
- Іріңді артрит
- Ревматоидты артрит
- Травмалық артрит
- Ревматикалық және ревматоидты артритті
- Іріңді артрит
- Созылмалы артрит
- Инфекциялық-спецификалық артрит
- Туберкулезды артриттің үш формасы кездеседі:  
біріншілік-сүйектік, біріншілік-синовиальды және  
инфекциялы-аллергиялық
- Актиномикоздық артрит
- Мерездік артрит



## Емі:

- Комплексті ем
- Миогимнастика
- Физиотерапевтік ем
- Ортодонтиялық
- Хирургиялық
- I. **Ортопедиялық**
  - *Таңдамалы егеу*
  - *Алмалы, алынбайтын аппараттар*
  - *Таңдайлық пластинка*
  - *Каппа*






# **Аппарат - сплинта**


## Артроз

Негізгі себебі болып дистрофиялық сипаттағы процесстер, ұзақ дамидын, созылмалы жүретін қабыну және созылмалы микротравмалар, дефектілер, тісжақтық деформациялар болып табылады.

Нәтижесінде қабыну процессі және дегенерация бір уақытта дамиды, деструкция мен сүйек тінінің және шеміршектің пролиферациясымен, самай-төменгі жақ сүйектерінің анатомиялық құрылымының остеосклероз және остеопороз дамуымен жүретін, нәтижесінде олардың деформациясы мен конгруэнттілігінің бұзылысына әкеледі. Айқындалу дәрежесіне байланысты склерозирленген және деформирленген артроз деп ажыратады.



- 
- Науқас өткір емес ауырсынуға,буынға функциональды жүктеме түскен кезде күшеюіне шағымданады. Айқын жағдайда екіншілік реактивті синовиттің дамуы мүмкін, тұрақты болады,әсіресе ылғалды ауа райында, жүктемеден кейін,кешкілік уақытта және тыныштық жағдайдағы қозғалыста байқалады. Сонымен қатар науқастар зақымдалған аймақ жақтағы құлақтың және көздің ауырсынуына, бас ауруына, глоссалгияға,ауыз қуысының шырышты қабатының парестезиясына ,естудің төмендеуіне шағымданады.



**Склерозирленген артроздың** клиникалық көрінісі айқындылығы шамалы, деформирленгенге қарағанда. Рентгенограммада склерозирленген артрозда сүйектің анатомиялық дамыған жерінде губка тәрізді зат қабатында төменгі жақтың басның деформациясын және беткейлік склероз анықтаймыз.

**Деформирленген артроз** кезінде экзостоз және остеофит түріндегі сүйектік өсулер байқалады, нәтижесінде буын түбіршегінің және төменгі жақ басының қайтымсыз құрылымының өзгерістеріне әкеледі. Буындық саңылау тарылған, ауру баяу дамиды.


## **Емі комплексті:**

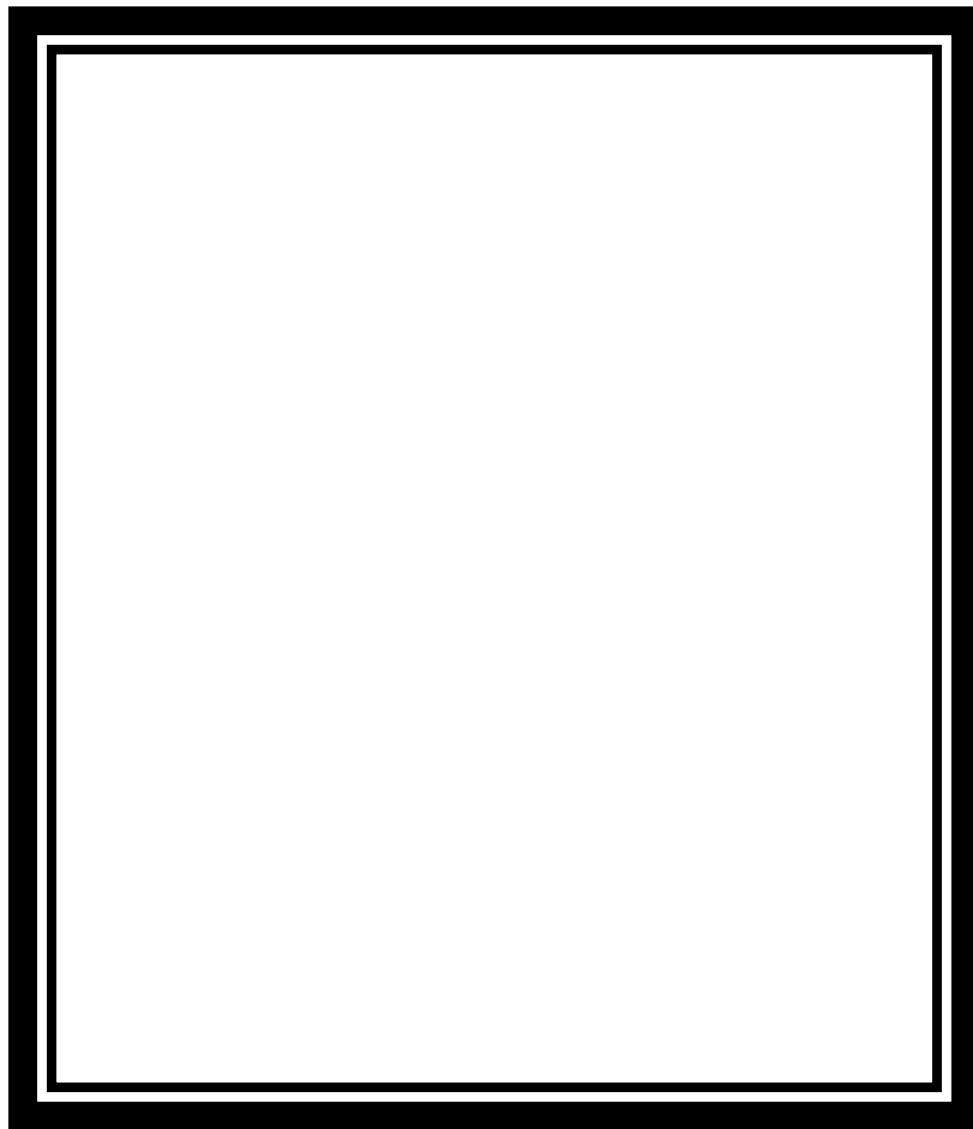
- медикаментозды,
- физиотерапевтикалық,
- хирургиялық

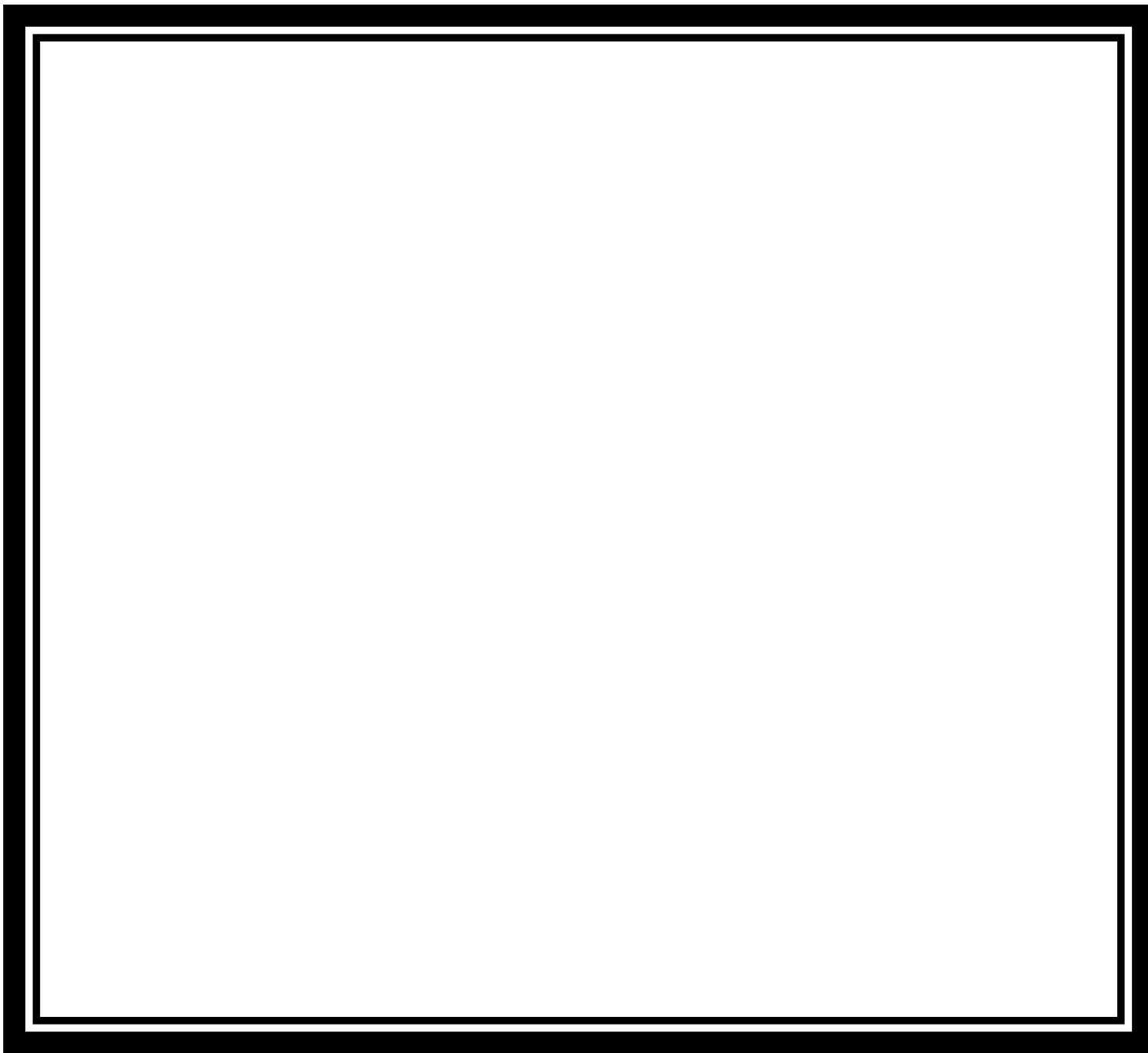
### **1. ортопедиялық**

### **2. Мақсаты :**

- Тістердің окклюзиялық беттерін қалыптастыру
- Тіс қатарының ара қатынасын қалыптастыру
- Тістің, тіс қатарының анатомиясын қалпына келтіру
- Төменгі жақ қозғалысын қалпына келтіру
- *Таңдамалы егеу*
- *Алмалы, алынбайтын аппараттар*
- *Таңдайлық пластинка*
- *Каппа*

- 
- ***Таңдамалы егеу***









## Шығулар

Төменгі жақ басының алдыңғы және артқы шығуларды ажыратады. Жиі алдыңғы шығулар кездеседі, төменгі жақтың алға қарай ығысуының да себебі осы болып табылады. Бұл деген алдыңғы буынның капсуласы жұқа болып табылады, артқыға қарағанда. Артқы шығулар өте сирек кездеседі. Шығулар бір жақты және екі жақты болуы мүмкін.

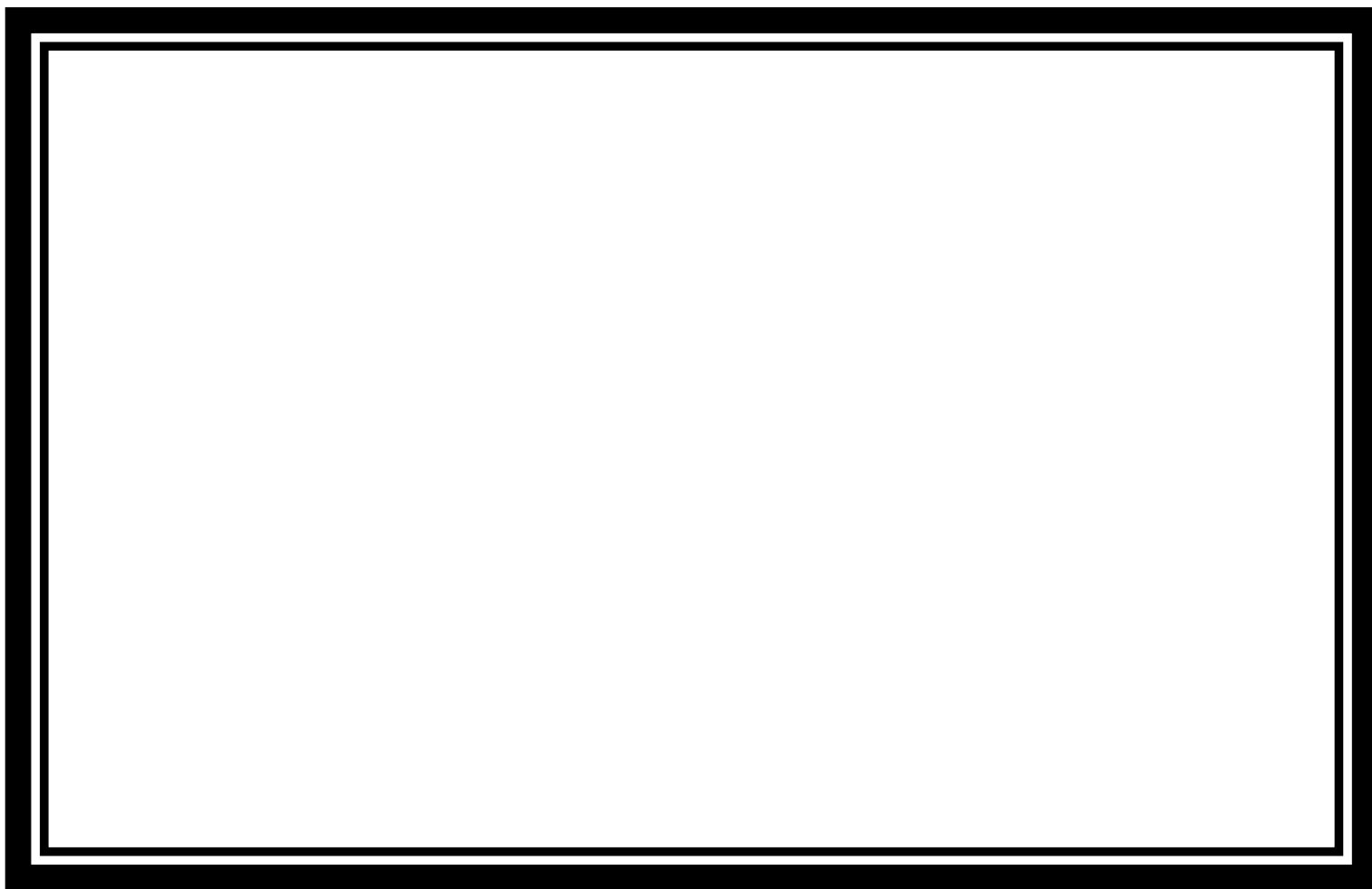


Төменгі жақ басының алға қарай шығуы соққы нәтижесінде, шектен тыс ауызын ашқанда, тісін жұлғанда, яғни дәрігер кең ашқызып, бірақ жағын қолмен фиксация жасамауы нәтижесінде дамиды т. б.

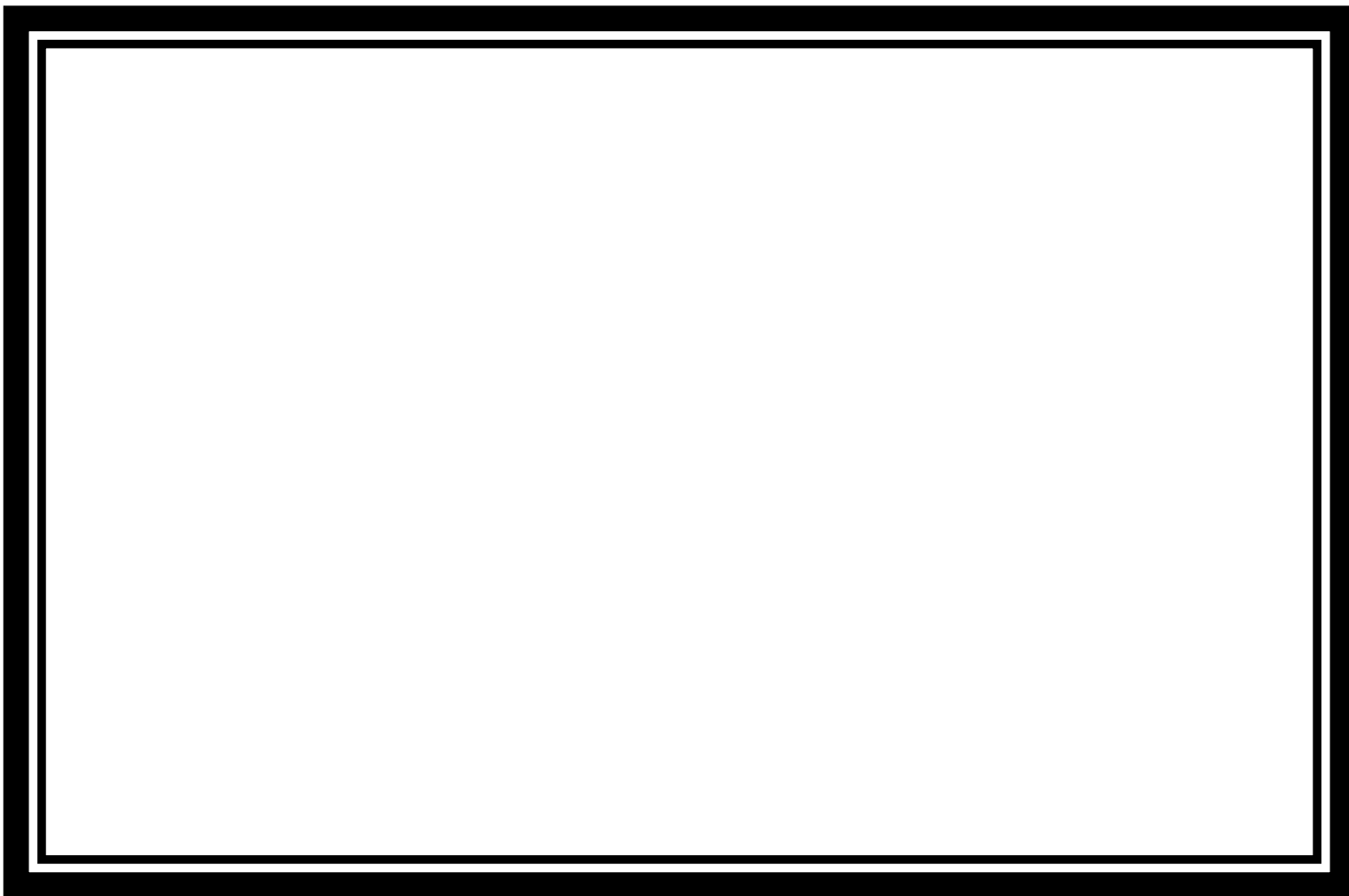
Төменгі жақ басының алға шығуына тән клиникалық көрінісі. Науқастың сөйлеген сөзі түсініксіз, зақымдалған буынның ауырсынуына шағымданады, иек ығысқан қарама қарсы жаққа, беті асимметриялы.

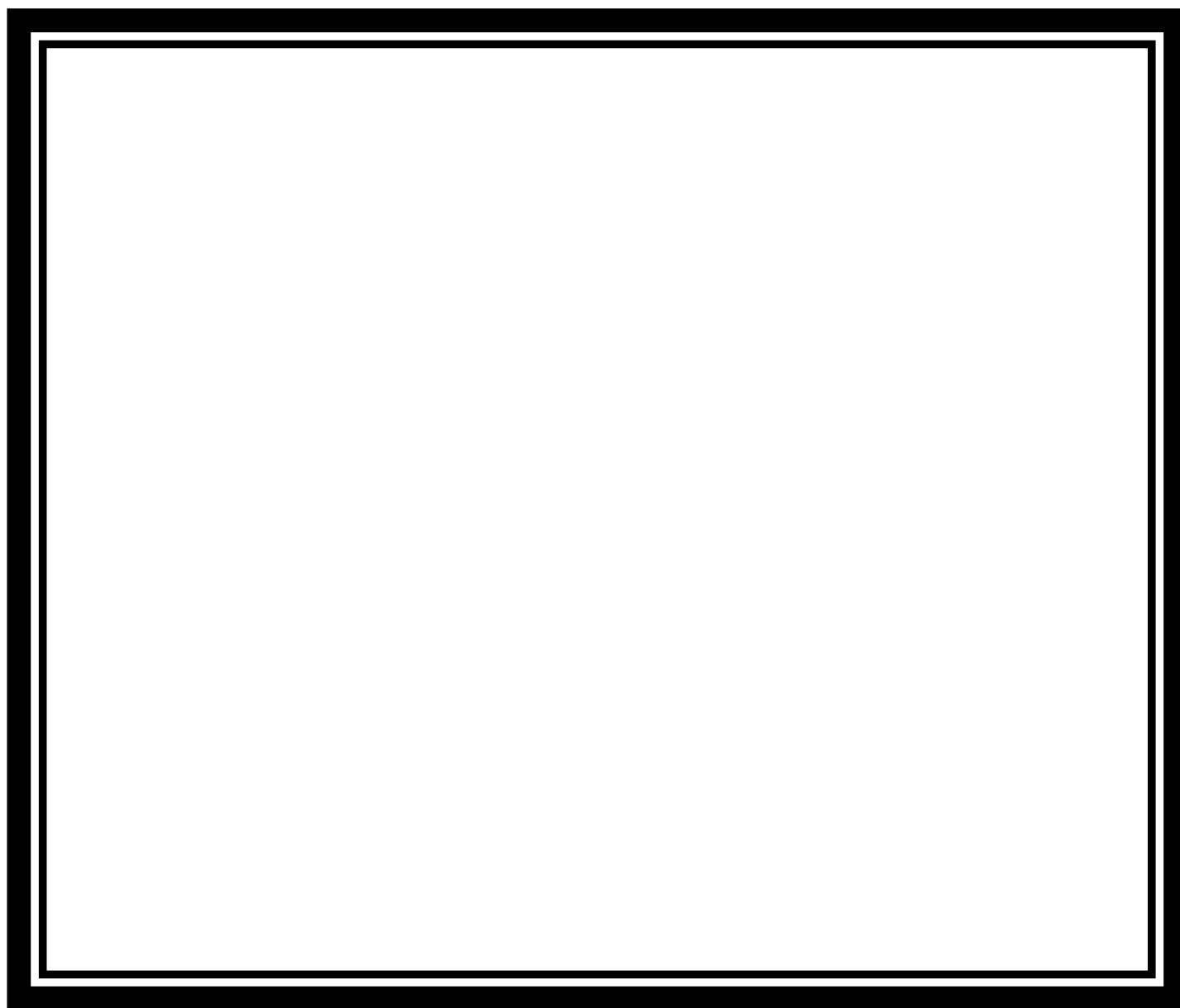
- 
- Жаңа шыққан жарақаттардың емі жергілікті анестезиядан бастайды, оқталған жарақатта жалпы жансыздандыру жүргізеді. Науқасты аласа орындыққа отырғызып, басының шүйде бөлігін қабырғаға тақап, дәрігер бір саусағымен төмен қарай басып, ал қалғанымен жоғары қарай көтереді, яғни жақты артқа қарай ығыстырады. Шыққанды қалпына келтірген соң төменгі жақты 10—12 күнге байламмен фиксациялайды. Қайталана беретін шығуда оперативті ем көрсетілген.











# Қолданылған әдебиеттер:

- Бастың және мойынның клиникалық анатомиясы: Оқулық/ЕММА; А.Г.Құраш.-Қарағанды:Қазақстан-Ресей университетінің баспасы.
- Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия детского вохраста:Учебник для медвузов/Л.В.Харьков



НАЗАРЛАРЫҢЫЗГА  
РАХМЕТ!