

3. Высокая эффективность, отсутствие осложнений и побочных явлений при его применении, экономическая целесообразность позволяют рекомендовать Текназол как препарат выбора при системной противогрибковой терапии больных.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Лещенко В.М. Грибковые заболевания: современное состояние проблемы // Международные медицинский журнал. – Харьков, 1999. – №3. – Т.3. – С. 51-55
- 2 Лещенко В.М. Первый съезд микологов России // Вестник дерматол. и венерол. – 2002. – №6. – С.70-71
- 3 Лещенко В.М. Современная микология в России. Труды Первого съезда микологов России. – М.: 2002. – С. 328
- 4 Сергеев Ю.В., Шпигель Б.И., Сергеев А.Ю. Фармакотерапия микозов. – М., Медицина для всех. – 2003. – 200 с.
- 5 Рукавишников В.М. Микозы стоп. – Москва: «МСД», 1999
- 6 Сергеев Ю.В., Сергеев А.Ю., Аещенко В.М. Современная программа борьбы с дерматомикозами. Успехи медицинской микологии. Первый конгресс по медицинской микологии. – М., 2003. – С. 19-20
- 7 Скрипкин Ю.Ж., Кубанова А.А., Богуш П.Г., Лещенко В.М. и соав. Мифунгар в терапии микозов // Вестник дерматол. и венерол. – 2001. – №4. – С. 65-67
- 8 Елинов И.П. Научно-практическая конференция по

медицинской микологии (VII Капжинские чтения) // Фарматека. – 2004. – №12

9 Дубенский В.В. Современный взгляд на проблему онихомикозов // Клиническая дерматология и венерология. – 2004. – №3

### Т Ұ Ж Ы Р Ы М

**Д.К. ЖАҢАБЕРГЕНОВА**

*Тері-венерологиялық диспансер, Теміртау қ.*

### ТАБАН МЕН ҚОЛ БУЫНДАРЫНЫҢ ОНИХОМИКОЗЫ КЕЗІНДЕ ТЕКНАЗОЛ ПРЕПАРАТЫНЫҢ ТИІМДІЛІГІ МЕН КӨНДІГҮ ҚАБІЛЕТТІЛІГІН ЗЕРТТЕУ

Табан және/немесе қол буындарының онихомикозымен науқастанатын пациенттерді отандық итраконазолдың дженеригі – Текназолмен нәтижелі емдеу туралы деректер көрсетілген.

### SUMMARY

**D.K. ZHANABERGENOVA**

*Dermatovenerologic dispensary, Temirtau c.*

### EFFICACY AND ENDURANCE OF ITRACONAZOLE'S GENERIC – TEKNAZOL BY ONICHO MYCOSIS OF FEET AND HANDS

Itraconazole's generic – Teknazol has been investigated in 30 patients with onychomycosis of feet and hands induced by dermatomycetes and/or yeast and mould fungi. Results of treatment were successful.

## ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ

УДК 616.716.4-0,89.844

**Г.Б. ЗАЙТЕНОВА**

*Алматинский государственный институт усовершенствования врачей*

## ВОССТАНОВЛЕНИЕ МЫШЦЕЛКОВОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Полученные анатомо-клинические и функциональные результаты свидетельствуют о перспективности как восстановительный материал – конструкции из титанового имплантата для мышцелкового отростка нижней челюсти.

**Ключевые слова:** суставная головка, дефект мышцелкового отростка, титановый имплантат.

Существует большое количество способов пластики поврежденного мышц или елкового отростка после кондилэктомии ауто- аллотрансплантатами и др. Актуальность данной проблемы в настоящее время обусловлена увеличением с каждым годом числа повреждений и опухолевых процессов и «омолаживанием» контингента больных.

Несмотря на большое количество предложенных способов лечения, каждый из них имеет свои недостатки, тем более что не все клиники располагают материалами для хирургического лечения восстановления мышцелкового отростка.

В связи с этим мы поставили своей целью произвести имплантацию дистального отдела ветви нижней челюсти, формирования и выбора суставной головки из титана в зависимости от состояния суставной ложи, перемещение ее в суставную впадину.

### Материал и методика

Наше сообщение основано на анализе лечения больных (4 мужчины и 2 женщины) в возрасте 18 – 42 лет. В 1-ю группу включили больных с деформированной суставной ложей; во 2-ю – пациентов с нормальной суставной ямкой. В каждой группе по 3 пациента. У всех 6 больных дефект мышцелкового отростка после удаления его по поводу поражения опухолевым процессом.

Во всех случаях проводили детальное клиническое и лабораторное обследование общепринятыми методами с выяснения состояния органов и систем организма для подготовки к операции. Особое внимание уделяли рентгенологическому исследованию для уточнения состояния суставной впадины. Для более детального уточнения локализации и характера суставной впадины, проводили томографию. Всем больным при поступлении в клинику накладывали индивидуальную двухчелюстную шину Тигерштедта.

Операцию проводили под назотрахеальным наркозом подчелюстным доступом. Послойно рассекали мягкие ткани до кости. Скелетировали дистальный отдел остеомированного фрагмента нижней челюсти.

Затем в зависимости от суставного ложа выбирали титановую суставную головку мышцелкового отростка. Имеются стандартные имплантаты мышцелковых отростков двух видов (сферическая и анатомическая) позволяют решать вопросы эндопротезирования височно-нижнечелюстного сустава. Сферической формы имплантат применяли в тех случаях, когда суставная впадина деформирована, и если впадина в удовлетворительном состоянии, то в этих случаях титановая головка мышцелкового отростка повторяла анатомическую форму, которая имеет правую и левую стороны (рис. 1).



Рисунок 1 – Титановые имплантаты для мыщелкового отростка

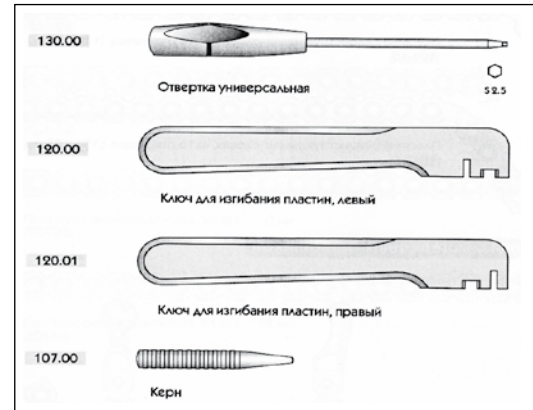


Рисунок 2 – Набор инструментов для установки титановых пластин

Титановая пластина устанавливалась на область дефекта к оставшемуся костному фрагменту специальными винтами для крепления имплантата, закреплялась выбранная головка мыщелкового отростка после перемещения ее в суставную впадину с помощью универсальной отвертки, и для полной фиксации применялся инструмент Керна (рис. 2). Мягкие отслоенные ткани возвращались на место, и на края раны послойно накладывали швы.

На следующий день после операции надевали резиновые кольца на зацепные петли двухчелюстной шины. Приводим наблюдение.

**Большой Ш., 23 лет,** поступил на стационарное лечение с диагнозом: дефект ветви нижней челюсти.

Травму получил два месяца назад в автомобильной катастрофе. Находился на лечении в клинике травматологии и нейрохирургии. В анамнезе кровотечение из слухового прохода справа. Отмечалась асимметрия лица за счет укорочения нижней трети и смещения подбородочного отдела назад. Определялось глубокое резцовое перекрытие со снижением высоты нижнего отдела лица. Между резцами верхней и нижней челюстей отмечалась щель 0,5-1 см. При боковых движениях появлялась боль в височно-нижнечелюстном суставе. На томограмме виден оскольчатый перелом мыщелкового отростка с вывихом головки, которая раздроблена на мелкие костные фрагменты.

Больной оперирован под зонотрахеальным наркозом. Произведены удаление мелких костных фрагментов и очистка суставной ямки. Дистальный фрагмент ветви нижней челюсти восстановлен титановой пластиной. Выбрана титановая головка анатомической формы, правосторонняя, которая помещена в подготовленное суставное ложе и фиксирована к титановой пластине. Перемещенный титановый имплантат фиксировали возвращенными на место мягкими тканями. Рану зашивали послойно.

Послеоперационный период без осложнений. Больной выписан через недели для амбулаторного лечения. Через один месяц сняты шины. Получено ортогнатическое соотношение зубных рядов. При контрольном осмотре через год осложнений не выявлены.

**Результаты и обсуждение**

По описанной методике оперированы 3 больных с дефектом ветви нижней челюсти. Отдаленные результаты изучены у всех шести больных в течение 5 лет – у 5-х, у одного в течение 6 лет. Критерием оценки результатов лечения являлись объективные данные (состояние прикуса, объем вертикальных, сагиттальных и трансверсальных движений нижней челюсти, степень открывания рта, наличие неприятных ощущений в области ВНЧС, отсутствие болевого синдрома) и данные рентгенографии или томографии. У всех пациентов степень открывания рта варьировала от 3,0 до 4,0 см. Рентгенологические

исследования свидетельствовали о том, что суставная высота не нарушена. Адаптированный прикус у всех больных сформировался после операции.

Таким образом, применяемая нами методика операции для хирургического лечения устранения дефектов в области мыщелкового отростка нижней челюсти дает возможность полностью восстановить анатомическую форму головки ее, утраченную функцию ВНЧС, устранить имеющуюся деформацию и может служить методом выбора при устранении таких дефектов.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1 Семкин В.А., Ляшев И.Н. Смещение титанового эндопротеза мыщелкового отростка нижней челюсти в сторону средней черепной ямки и способ его устранения // *Стоматология.* – 2002. – № 3. – С. 41-43  
 2 Гуманенко Е.К., Белоус И.М., Мацай Д.Ю. От истоков истории эндопротезирования мыщелкового отростка нижней челюсти до 1990-х годов // *Материалы X Международной конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов.* – СПб., 2005. – С. 44-45  
 3 Шенталь В.В., Бржезовский В.Ж., Любаев В.Л. Восстановление непрерывности нижней челюсти титановым имплантатом после резекции по поводу злокачественных новообразований // *Материалы V Международной конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов.* – СПб., 2000. – С. 154

**Т Ы Ж Ы Р Ы М**

**Г.Б. ЗАЙТЕНОВА**

*Алматы мемлекеттік дәрігерлер білімін жетілдіру институты*

**ТӨМЕНГІ ЖАҚТЫҢ БУЫН ӨСІНДІСІН ҚАЙТА ҚАЛПЫНА КЕЛТІРУ**

Осы әдістеме төменгі жақтың айдаршық өсіндінің аймағында басының ақауларын жою және анатомиялық пішінін толықтай қалпына келтіру, СТЖБ қызметін жоғалтқан, бар деформацияны жою және осындай ақауларды жою кезіндегі таңдалған әдіс болып келеді.

**SUMMARY**

**G.B. ZAYTENOVA**

*Almaty State Extension Course Institute for Medical Practitioners*

**RESTORATION OF CONDYLAR PROCESS OF MANDIBLE**

This technique of the defect correction in the area of condylar process of mandible enables to restore the anatomic shape of its head, the lost function of temporomandibular joint, to remove the existing deformity and may serve as a method of choice for the removal of such defects.