

**Л.И. НИКОГДА**

Областная стоматологическая поликлиника, Ульяновск

## **ПРИМЕНЕНИЕ РАДИОХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИКРОНАРИТОВ**

В кн.: Современные тенденции развития здравоохранения. Тезисы XXXII научно-практической конференции врачей Ульяновской области. Ульяновск, 1997.

Как известно, затрудненное прорезывание третьих моляров в 24% -71,6% случаев служит причиной таких тяжелых осложнений, как одонтогенные остеомиелиты, абсцессы и флегмоны челюстно-лицевой области (А.Т.Рузенко, 1971; Г.И.Семенченко и соавт., 1981; И.И.Муковозов, 1982).

Первым и наиболее частым признаком затрудненного прорезывания зуба мудрости является перикоронарит. На этом этапе заболевания очень важно провести адекватное лечение с целью купирования воспалительного процесса, для чего необходимо полное иссечение слизистого лоскута вокруг коронки зуба до возможно полного ее освобождения. Как правило, иссечение "капюшона" производится с помощью скальпеля или ножниц, что имеет ряд существенных недостатков: операция сопровождается сильным кровотечением, мешающим обзору и удлиняющим время оперативного вмешательства, края раны обычно получаются неровными, размятыми.

Предложенные рядом авторов методы иссечения "капюшона" с помощью специальных приспособлений - лигатур, трепанов, конхатома и др. (В.Р.Жабин, 1977; В.В.Федоров, А.И.Кузьмин, 1977) несколько помогают при проведении операции, но на состояние послеоперационной раны положительно не влияют.

На следующий после операции день, как правило, в ответ на травму появляется затрудненное открывание рта и боли при глотании. Требуется назначение медикаментозных противовоспалительных средств и наблюдение за больным в течении 3-4 дн. после вмешательства. Операции, проведенные в недостаточном объеме, часто приводят к осложнениям, и врач, во избежание дальнейшего распространения воспалительного процесса, поставлен перед необходимостью удаления зуба, несмотря на его благоприятные топографо-анатомические соотношения с окружающими тканями.

Использование углекислотного лазера, луч которого обеспечивает гемостаз в ране, асептику и минимальный травматизм тканей в результате бесконтактного воздействия позволяет избежать вышеперечисленных осложнений. Однако применение лазерных методов хирургического лечения требует от врача определенных навыков работы с лучом. Кроме того, имеются чисто технические сложности манипулирования в ретромолярном пространстве, опасность повреждения эмали зуба. Эти обстоятельства препятствуют широкому применению лазерного скальпеля при массовом поликлиническом приеме для лечения перикоронаритов.

Поэтому мы использовали новый радиохирургический метод лечения перикоронаритов с помощью прибора "Surgitron™" фирмы "Ellman International" (США).

Под воздействием тепла, выделяемого в ткани при сопротивлении проникновению высокочастотных волн, исходящих из тонкого электрода, клетки, находящиеся на пути волн, подвергаются распаду и испарению - происходит тонкий, атравматичный разрез. Помимо разреза, с помощью прибора "Surgitron™" можно производить коагуляцию и фульгурацию тканей. Каждой функции соответствует своя длина волны и соответствующий электрод.

Нами прооперированы 19 человек по следующей методике. Под проводниковой анестезией проводили иссечение "капюшона" хирургическим электродом в виде петли, чаще одномоментно. Если перикоронарит на момент обращения был осложнен периоститом, абсцессом ретромолярного пространства или челюстно-язычного желобка, то линейный разрез для доступа к очагу делали тонким игольчатым электродом, который позволяет практически бескровно легко раздвигать ткани. Операция проходила быстро - в течение 20-60 с. и легко переносилась больными.

В начале освоения метода первым десяти больным выдавался больничный лист с целью беспрепятственного посещения пациентами поликлиники для наблюдения за ними в послеоперационном периоде. Однако на второй день все больные были

трудоспособны, температурной реакции не было, боль или отсутствовала, или была незначительной.

В последующих случаях больничный лист выдавался только больным с осложненными формами перикоронарита на 1-2 дня. Аналгетики принимали трое больных однократно через 2-3 ч. после вмешательства. Осложнений, связанных с распространением воспалительного процесса в соседние пространства, у данной группы больных не выявлено.

Многолетний опыт работы с лазерным скальпелем позволяет сказать, что послеоперационное лечение при иссечении "капюшона" углекислотным лазером и радиножом клинически отличается мало (Л.И.Никогда, 1987), но применение радиножа значительно упрощает и сокращает саму манипуляцию, метод полностью исключает повреждение тканей зуба, не требует длительного освоения и доступен врачу-стоматологу любой квалификации.

Прибор "Surgitron™" может быть рекомендован для широкого применения в условиях массового хирургического приема в стоматологических поликлиниках.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Жабин В.Е. Стоматология, 1977, № 3, стр. 81-82.
2. Муковозов И.И. Дифференциальная диагностика хирургических заболеваний челюстно-лицевой области. Л., 1982, стр. 102.
3. Никогда Л.И. Лечение перикоронарита с помощью лазерного скальпеля. В кн.: Основные тенденции в развитии здравоохранения: профилактика, диспансеризация. Ульяновск, 1987, стр. 210-212.
4. Семенченко Г.И., Вакуленко В.И., Лукьяненко В.А. Влияние иммунологической реактивности на возникновение, течение и исходы острых гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. В кн.: Труды 72-го съезда стоматологов. М., 1981, стр. 9-12.
5. Федоров В.В., Кузьмин А.И. Стоматология, 1977, № 3, стр. 84.