

Т. А. Чи́жик

**ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО
ПЕРИКРОНИТА НА АМБУЛАТОРНОМ ПРИЕМЕ**

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Т. Л. Шевела

Кафедра хирургической стоматологии,

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Резюме. Цель исследования заключалась в проведении сравнительного анализа лечения

хронического перикоронита стандартным методом с применением скальпеля и методики с использованием тканевого триммера. На базе 14 ЦРП г. Минска было проведено лечение 51 пациентов с диагнозом хронический перикоронит. Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от хирургического метода лечения.

Ключевые слова: *Хронический перикоронит, триммер, скальпель, угловой наконечник, психологический эффект.*

Resume. *The purpose of the study was to conduct a comparative analysis of the treatment of chronic pericoronitis standard method of using a scalpel and a technique using tissue trimmer. On the basis of 14 PCR Minsk were treated 51 patients with a diagnosis of chronic pericoronitis. Patients were divided into two groups depending on the surgical method of treatment.*

Keywords: *chronic pericoronitis, trimmer, scalpel-angle handpiece, the psychological effect.*

Актуальность. Перикоронит возникает при неполном или сложном прорезывании третьих моляров. Клинически это проявляется возникновением болевых ощущений в области десны, когда слизистая оболочка закрывает в виде «капюшона» коронковую часть зуба. Из-под затянувшегося десневого капюшона начнет сочиться экссудат, вызывающий неприятный привкус и запах во рту. Часто плотная слизистая оболочка над зубом затрудняет его прорезывание, замедление процесса прорезывания остальной части зуба ведет к тому, что болезнетворные бактерии начинают скапливаться, вызывая инфицирование. В таком случае лечение проводится путем хирургического вмешательства. Операция осуществляется в амбулаторных условиях, хирург-стоматолог иссекает нависающую слизистую оболочку над зубом, после чего решается вопрос о целесообразности его сохранения.

Успешно применяется лазерная терапия – это современный метод лечения перикоронита. Лазер, оказывая противовоспалительное действие, снимает отечность, стимулирует подачу кислорода и метаболизм тканей десны, благодаря глубокому проникновению под кожу. Но такой вид лечения длится 10-15 дней и предполагает проведение по одной лазерной процедуре каждый день и имеет противопоказания у пациентов с общесоматической патологией.

Для практического внедрения новой методики лечения крайне желательны положительные результаты ее применения, простота в использовании и сокращение сроков реабилитации. Заслуживает внимания метод применения хирургического инструмента производства NTI – RotaryDental Instruments для операций на мягких тканях полости рта – тканевого триммера (Tissue Trimer). Тканевой триммер используется в обычном турбинном наконечнике и не требует дополнительного дорогостоящего оборудования как в случае с электро- или лазерным скальпелем. Рабочая часть триммера изготовлена из специальной керамики, которая усиливает коагуляцию путем облитерации кровеносных капилляров боковой стороной режущей головки, минимально инвазивный разрез упрощает восстановление десны, исключает некроз, значительно повышает эффективность регенерации.

Цель: провести сравнительный анализ лечения хронического перикоронита

стандартным методом с применением скальпеля и методики с использованием тканевого триммера.

Задачи:

1. Изучить особенности применения тканевого триммера.
2. Оценить методы хирургического лечения по клиническим показателям.

Материал и методы. На базе 14 ЦРП г. Минска было проведено лечение 51 пациентов с диагнозом хронический перикоронит. Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от хирургического метода лечения. В 1-ой группе (26 пациентов) проводилось лечение хронического перикоронита с помощью тканевого триммера, второй группе (25 пациентов) проводилось лечение с помощью хирургического скальпеля.

Пациентам 1-й группы под местной анестезией раствором ультракаина 4% – 1,7 мл. проводили иссечение слизистой оболочки десны над зубом с помощью триммера производства NTI (New Technology Instruments – NTI-Kahla GmbH). Инструмент помещали в угловой наконечник с рабочей скоростью 400000 об/мин. Нависающая слизистая оболочка обрабатывалась боковой керамической поверхностью инструмента в одном направлении, исключая попадания влаги, до полного раскрытия коронки зуба.

Во 2-й группе пациентов под местной анестезией раствором ультракаина 4% – 1,7 мл. иссечение слизистой оболочки десны над зубом проводилось с помощью скальпеля, гемостаз в области операционной раны проводили с применением иодоформной турунды.

Обследование пациентов после хирургического лечения проводилось в динамике, в течение 6 суток, и включало следующие клинические показатели:

- 1) наличие боли в области операционной раны

0 баллов – отсутствие боли;

1 балл - незначительная болезненность в области раны;

2 балла – локализованная боль в области раны;

3 балла – выраженная разлитая боль.

- 2) местный отек и гиперемию слизистой оболочки десны

0 баллов – отсутствие отека;

1 балл – локализованный отек в области операционной раны;

2 балла – отек в области слизистой альвеолярного отростка;

3 балла – распространение отека в область крылочелюстной складки

3) коллатеральный отек мягких тканей лица. Трехбалльный тест степени изменения конфигурации лица за счет отека околочелюстных мягких тканей по методике профессора И.О. Походенько-Чудаковой, 2005 г.

0 баллов- отсутствие отека мягких тканей лица;

1 балл – незначительный отек околочелюстных мягких тканей;

2 балла – выраженный отек околочелюстных мягких тканей;

3 балла – распространение отека на соседние области.

4) боль при глотании;

5) степень открывания рта

Результаты и их обсуждение. В результате проведенного исследования, у группы пациентов, которым проводилось лечение хронического перикоронита методом с применением тканевого триммера болезненные ощущения в области операционной раны наблюдались трое суток, во второй группе пациенты жаловались на боль в течение 6 суток. Отек окружающих тканей и боль при глотании сохранялись в течение 6 суток во 2-й группе. В отличие от 1-й группы, где отек и боль при глотании купировались уже на 3-е сутки. Ограничение открывания рта в первой группе пациентов наблюдалось в течение трое суток.

Выводы:

1. Воспалительные явления у пациентов 1-й группы купировались в 2 раза быстрее.

2. Пациентами был отмечен психологический эффект от данного вида лечения.

3. Данная методика может быть рекомендована при лечении и профилактике перикоронита, которая заключается в своевременном иссечении слизистой оболочки в области третьих моляров.

T. A. Chyzhyk

**SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC
PERICORONITIS IN THE CLINIC**

Tutor Associate professor T. L. Shevela

Department of Oral Surgery,

Belarusian State Medical University, Minsk

Литература

1. Луцкая, И. К. Использование тканевых триммеров для формирования десны вокруг имплантатов / И. К. Луцкая, Т. Л. Шевела // Кафедра. Стоматологическое образование. – 2014. – № 49 – С. 51–53.

2. Бернадский, Ю. И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / Ю. И. Бернадский. - Витебск : Белмедкніга, 1998. – 404 с.

3. Походенько-Чудакова, И. О. Операция — сложное удаление третьих моляров нижней челюсти: учеб.-метод. пособие / И. О. Походенько-Чудакова, Ю. М. Казакова, Е. А. Авдеева. - Минск: БГМУ, 2009. – 62 с.

4. Робустова, Т. Г. Хирургическая стоматология / Т. Г. Робустова. - М.: Медицина, 2003. – 504 с.