

СТАЦИОНАРНОЗАМЕЩАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЧЕЛЮСТИО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

СОВРЕМЕННАЯ РАДИОВОЛНОВАЯ ХИРУРГИЯ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

Труфанов В.Д., Гунько В.И.

*Российский Университет дружбы народов,
г. Москва, Россия*

На протяжении всей истории развития медицины выбор оптимального инструмента для рассечения тканей был и остается актуальным. Несмотря на большое разнообразие существующих режущих инструментов (механические, электрохирургические, лазерные, ультразвуковые), «идеальный скальпель» пока не создан и научные поиски в этом направлении продолжают [1]. Около 40 лет назад в клиническую практику начато внедрение лазерной и ультразвуковой хирургической аппаратуры, что внесло значительные изменения во все хирургические специальности и расширило представления о новых возможностях проведения операций.

Начало радиоволновой хирургии было положено в 1978 году, когда W.L. Maness и F.W. Roeber в эксперименте установили, что оптимальной для разрезов и одновременной коагуляции биологических тканей является частота тока, равная 3,8 МГц. Исследованиями определено, что радиоволновые хирургические аппараты обладают преимуществами перед другими электрохирургическими инструментами, в частности их применение не вызывает ожога и некроза тканей, окружающих разрез [2, 4, 5]. Метод радиоволновой хирургии разработан фирмой «Ellman International» (США) в 1978 году и с тех пор получил широкое распространение в мировой хирургической практике. Портативный радиоволновой хирургический прибор «СургитронTM» производства фирмы «Ellman International», (США) работает на частоте 3,8-4.0 МГц.

Настоящее исследование посвящено оценке метода радиоволновой хирургии при лечении пациентов с различной патологией мягких тканей челюстно-лицевой области. При этом изучали преимущества радиоволнового хирургического метода перед другими методиками, применяемыми при лечении ринофимы (18 пациентов) и мягкотканых новообразований полости рта (108 пациентов) и разрабатывали тактику послеоперационного ведения пациентов. Операции проводились в амбулаторных условиях с использованием местной анестезии растворами Ultracaini 4%, Ubistezini 4%. Выполняли послойную декортикацию в режиме работы прибора «разрез/коагуляция». Удаление

ринофимы начинали от неизменной здоровой кожи. В процессе операции нос приобретал надлежащую форму и величину. Гемостаз в ходе операции осуществляется одновременно с рассечением ткани, а также путём прямой и непрямой коагуляции в режиме прибора «разрез/коагуляция» или «коагуляция».

Использование радиоволнового хирургического прибора «Сургитрон™» представляет следующие очевидные преимущества: атравматичный разрез; минимальное кровотечение в ходе операции; отсутствие глубокого некроза в момент операции и некротического поражения подлежащих тканей в послеоперационном периоде (по сравнению с электрокоагуляцией); раневая поверхность представлена тончайшей некротической плёнкой; осуществляется контроль слоёв удаляемых тканей; минимальный отёк тканей в послеоперационном периоде; отсутствие боли во время операции и в послеоперационном периоде; создание максимально благоприятных условий для заживления послеоперационной раны; высокий косметический эффект.

Эффект разреза достигается без физического давления или дробления клеток ткани. Разрез производится при помощи тепла, выделяемого при сопротивлении, которое ткани оказывают проникновению высокочастотных волн, исходящих из хирургического электрода. Под воздействием тепла клетки, находящиеся на пути волны, подвергаются распаду и испарению, и ткани расходятся в стороны. Метод атравматичен, поэтому заживление происходит без образования рубца – характерного атрибута и последствия мануальных разрезов.

Сразу после операции раневая поверхность обрабатывалась 6% раствором $KMnO_4$. Дома пациенты дополнительно обрабатывают раневую поверхность раствором перекиси водорода и наносят солкосерилловую или тетрациклиновую мазь. Заживление раны проводится открытым способом без повязок. Эпителизация наступает в зависимости от объёма и глубины иссекаемых тканей на 13-20 сутки, а полная эпидермизация - на 20-30-е сутки, а иногда на 3–4 месяц. После операции поверхность кожи носа была гладкой без образования рубцов.

Заключение. Таким образом, радиоволновая хирургия является более быстрым, наиболее удобным и менее дорогим методом, по сравнению с лазерной хирургией и другими хирургическими методиками. Применение радиоволновой хирургической техники значительно облегчает, улучшает и ускоряет хирургические процедуры. Глубина разрушения ткани контролируется аккуратной регулировкой мощности прибора. Использование прибора «Сургитрон™» помогает избежать неприятных послеоперационных последствий, таких как боль,

отёк, инфекция, тризм и послеоперационный шок от потери крови, которые часто проявляются после применения «традиционных» методов хирургических вмешательств.

Литература.

1. Опыт применения прибора «Сургитрон ТМ» при лечении ринофим / В.И. Гунько [и др.]. // Медицинский Алфавит. Стоматология III. – М., 2008. – № 9 (96). – С. 30-33.
2. Goldstein, A.A. Radiosurgery in dentistry / A.A. Goldstein // Dent. Journ. - 1978. - № 1. - P. 1-18.
3. Maness, W.L. Histologic evaluation of electrosurgery with varyng frequency and waveform / W.L. Maness, F.W. Roeber // J. Prostatic dentistry. - 1978. - Vol. 40. - № 2. - P. 304-310.
4. Sherman, J.A. Radiosurgery the answer to quility dentistry and increased production / J.A. Sherman // Dent. Econom. - 1994. – Vol. 84. - № 11. - P. 78-79.
5. White, W.F. Radiosurgery, an advancement over the scalpel in many procedures / W.F. White // J. Podiatry prod. Report. - 1986. - № 18. - P. 19-25.