

Таким образом, можно сделать следующие выводы.

1. В регионе была недостаточно проведена профилактическая работа накануне солнечного затмения. Большинство детей наблюдало затмение, находясь в детских лагерях, не получив информации от медицинских работников о необходимости защиты органа зрения. В то время как основная информация об опасности прошла по телевизионным каналам.

2. При своевременном обращении в специализированное отделение и получении терапии в необходимом объеме прогноз благоприятный: восстановление остроты зрения до 80-90% от исходного уровня с сохранением минимальных изменений со стороны глазного дна.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ГЕМАНГИОМАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ МЕТОДОМ КРИОВОЗДЕЙСТВИЯ

В.В. Калугин

Гемангиомы – наиболее распространенный вид опухолей челюстно-лицевой области. По литературным данным, в 90% случаев гемангиомы обнаруживаются сразу после рождения ребенка. У 10% больных они проявляются в течение первых месяцев жизни (Н.И. Кондрашин, С.А. Холдин и др.). Нередко гемангиомы при рождении остаются незамеченными, т.к. могут быть в виде точечных сосудистых образований неяркой окраски, и только с возрастом ребенка увеличиваются в размерах и обращают на себя внимание. У девочек гемангиомы бывают в 2-3 раза чаще, чем у мальчиков. На долю гемангиом лица и волосистой части головы детей приходится до 87,2% случаев.

В данной работе приводится анализ лечения гемангиом челюстно-лицевой области за последние 3 года методом криовоздействия аппаратом «Азокриод», предназначенным для локальной криодеструкции биологической ткани. Криовоздействие произведено 366 детям. Распределение наших больных по возрасту и полу представлено в таблице 1.

Таблица 1

Поло-возрастной состав больных, получивших криовоздействие

Пол	Возраст							
	До 1 года		От 1 г. до 3 л.		От 3 до 7 л.		От 7 до 14 л	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Мальчики	60	16,4	30	8,2	16	4,4	16	4,4
Девочки	142	38,8	66	18,0	22	6,0	14	3,8
Всего	202	55,2	96	26,2	38	10,4	30	8,2

Из приведенных в таблице данных видно, что более, чем половина детей были в возрасте до 1 года, преимущественно девочки. Гемангиомы локализовались на верхней и нижней губе, носу, щеках, лбу и волосистой части головы.

Из 366 детей 327 имели капиллярные гемангиомы (простые и плоские), 20 – кавернозные, у 12 детей были комбинированные гемангиомы и у 7 больных – сосудистый невус. В зависимости от размеров и формы гемангиом используется ряд методик. При небольших размерах гемангиом – локальная криодеструкция, при больших размерах – метод «олимпийских колец», с учетом поэтапного воздействия на опухоль через определенные промежутки времени.

В наших наблюдениях при гемангиомах размером до 0,5 см криовоздействие проводилось одномоментно, при гемангиомах в диаметре от 0,5 см до 1 см в 2-3 сеанса с промежутком 10-14 дней. Гемангиомы размером 1 см и более удалялись криовоздействием по методу «олимпийских колец». Осложнения в виде длительно незаживающей послеоперационной раны наблюдались в редких случаях (3 детей). Дети с кавернозными гемангиомами в возрасте до 6 мес направлялись на лечение в отделение новорожденных ОДКБ № 1. Дети более старшего возраста с такими же гемангиомами госпитализировались в отделение челюстно-лицевой хирургии ГДМБ № 9 либо в хирургический стационар центра «Бонум». При дальнейшем наблюдении за больными ни в одном случае не было отмечено рецидивов гемангиом.

Однако в результате позднего обращения детей с гемангиомами челюстно-лицевой области длительность лечения возрастала. Исходя из этого, необходимо обратить внимание на это тем врачам, которые впервые сталкиваются с маленькими пациентами, страдающими данной патологией, - неонатологам, педиатрам – и своевременно направлять их к специалисту.

Таким образом, проводимое нами в амбулаторных условиях криовоздействие имеет ряд преимуществ: оно достаточно просто в исполнении, не требует особой подготовки больного и проводится уже в первое посещение ребенка на фоне полного соматического благополучия. Следует учитывать также, что криовоздействие безболезненное, бескровное, а при заживлении раневой поверхности не возникает грубых рубцовых тканей.

НАБЛЮДЕНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Тимиров Р.Ф.

За период с 1994 г. по 2000 г. на диспансерном учете с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава находилось 53 ребенка со следующей патологией: острый артрит (21 больной), хронический артрит (6 детей), вто-