

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-

ричный деформирующий остеоартроз (3 больных), привычный подвывих (22 ребенка) и анкилоз височно-нижнечелюстного сустава (1 больной).

На данный момент на диспансерном учете находится 15 больных с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава.

Диспансерное наблюдение осуществляется в течение 3-4 лет до достижения отсутствия клинических проявлений. Наиболее тяжелые формы заболеваний требуют активного наблюдения до перевода ребенка в стоматологическое учреждение для взрослых.

Обследование диспансерной группы больных с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава проводится совместно со специалистами консультативно-диагностической поликлиники ДГКМБ № 9: кардиоревматологом, травматологом, отоларингологом, гастроэнтерологом, эндокринологом и рентгенологом. Данное обследование проводится с целью обнаружения у них сопутствующей патологии. У 6 детей обнаружена ЛОР-патология, у 4 больных выявлены заболевания органов пищеварения. 5 больных ранее перенесли простудные заболевания, что послужило причинным фактором развития заболеваний височно-нижнечелюстного сустава.

Причиной заболеваний височно-нижнечелюстного сустава может явиться как банальное простудное заболевание, так и ревматизм, очаги хронических инфекций и др. Успешное лечение этих больных зависит от эффективного подбора средств для проведения комплексной медикаментозной терапии, составными компонентами которой являются противовоспалительные препараты (индометацин, ибупрофен), сульфаниламиды, антибиотики, седативные средства, миорелаксанты, витамины, гипосенсибилизирующие препараты.

Наряду с этим необходимо соблюдение некоторых условий: ранняя обращаемость в специализированное лечебное учреждение, создание покоя для височно-нижнечелюстного сустава, диета, ограниченное движение нижней челюсти. Медикаментозная терапия может быть более эффективна в сочетании с физиопроцедурами: УФО эритемной дозой 1-2 раза в неделю, ультра-развук или фонофорез анальгина или гидрокортизона, диадинамические токи, лекарственный электрофорез с 3% иодидом калия по 20 мин. до 10-15 процедур на курс лечения.

Физическое и умственное перенапряжение, ухудшение погодных условий, плохие жилищно-бытовые условия (сырость, сквозняк) могут служить факторами обострения заболеваний. Диагностика заболеваний височно-нижнечелюстного сустава не представляет затруднений, однако установление особенностей различных форм заболеваний височно-нижнечелюстного сустава детского возраста нередко может быть трудным. В связи с этим при дифференциальной диагностике этих заболеваний необходимо применять инструментальные методы исследования: рентгенография, компьютерная томография, миография.

Один больной из числа наблюдаемых направлен на оперативное лечение по поводу анкилоза височно-челюстного сустава. Причиной прогрессирования болезни явилась неосведомленность родителей о данном заболевании, их позднее обращение в специализированное лечебное учреждение и тяжесть самого патологического процесса.

## **ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ И НЕВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК**

**Сысоев С.Г., Огарков И.П., Бородулин И.В., Ангерчик С.В.**

Гинекологические заболевания у девочек - достаточно распространенная патология. По данным различных клиник частота этой патологии составляет до 1,8% от общего числа операций. Детям с острой гинекологической патологией помощь оказывается в отделении неотложной хирургии на базе ДГКМБ № 9.

Наибольшее количество среди нозологических форм занимают воспалительные процессы в полости малого таза, так называемые пельвиоперитониты. Наиболее распространенная причина развития данного заболевания - восходящая урогенитальная инфекция. Такие дети с хроническими вульвовагинитами, как правило, находятся на лечении в детских поликлиниках по месту жительства. Стоит отметить, что данная патология является характерной для стран третьего мира. К сожалению, тенденция к росту данного заболевания ставит нас в ряд с этими странами.

В отделение неотложной хирургии ДГКМБ №9 с 1996 по 1999 гг. доставлено 112 девочек в возрасте от 1 года до 14 лет, у которых при поступлении была диагностирована гинекологическая патология. Все дети доставлены в клинику с подозрением на острый аппендицит.

Из 112 человек наибольшую группу составили дети с пельвиоперитонитами - 69 человек (61,6%). На стадии дифференциальной диагностики между острым аппендицитом и пельвиоперитонитом проводится противовоспалительная и посиндромная терапия. При наличии отчетливой положительной динамики (улучшение общего состояния, нормализация температуры тела, регресс болевого синдрома) консервативная терапия продолжается под контролем клинических и лабораторных показателей. В случае отсутствия эффекта от проводимого лечения в первые 12 часов выставляются показания к оперативному лечению (лечебно-диагностическая лапароскопия). Перечень оперативных вмешательств при различных нозологических формах заболеваний приведен в табл. 1.