

Заключение. Ожоговая болезнь у детей в возрасте до трёх лет встречается в 25,4% всех случаев. В 100% причиной возникновения ожоговой болезни явились горячие жидкости. С I степенью ожогового шока госпитализировано 46(85,2%) больных, 2 степени – 8(14,8). Для установления степени ожогового шока необходимо использовать диагностические критерии в комплексе. Длительность выведения детей из ожогового шока I степени составила $28,68 \pm 1,64$ ч, шока II степени – $70,50 \pm 7,51$ ч.

Литература.

1. Алексеев А.А., Жегалов В.А., Филимонов А.А. Проблемы организации и состояние специализированной помощи обожженным в России / Сб. научн. трудов I Съезда комбустиологов России. — М., 2005. — С. 3-4.
2. Докукина Л.Н., Кислицын П.В., Атясова М.Л. Особенности лечения глубоких ожогов у детей раннего возраста / Сб. научн. трудов I Съезда комбустиологов России. — М., 2005. — С. 161-162.
3. Самойленко Г.Е. Синдром полиорганной недостаточности в хирургии ожогов у детей // Травма, 2000. — №1. — С. 46-52.
4. Ханенко, О.Н. Причины ожоговой травмы у детей/ О.Н., Ханенко//. Науч.-практ. ежемес. журнал. Здоровоохранение, 2010. — №2. — С.78-80.

ЛЕЧЕНИЕ ГЕАНГИОМ У ДЕТЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Ковальчук В.И., Бондарева О.И.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
«Филиал ГЦГП Детская поликлиника №1»,
г. Гродно, Республика Беларусь

Введение. Гемангиома – довольно часто встречающееся заболевание детского возраста. Статистические данные показывают, что около 1/3 детей рождается с гемангиомами [1, 5]. Данная патология имеет ряд специфических особенностей. С одной стороны, оно может быть отнесено к доброкачественным новообразованиям, так как не дает метастазов, не перерождается в злокачественную опухоль; с другой стороны может наблюдаться их быстрый рост, который, приводит к выраженным косметическим или функциональным нарушениям, особенно при локализации гемангиом на веках, ушной раковине, слизистой полости рта [4, 5]. Даже точечные и небольшие опухоли у новорожденных и грудных детей могут проявлять бурный рост и, в тоже время, часть из них с возрастом может подвергаться спонтанной регрессии.

Существует много методов лечения гемангиом (хирургический, инъекционно-склерозирующий, электрокоагуляционный, рентгенологический, гормональный, лазерный, криогенный). Каждый из методов обладает определенными преимуществами, и вопрос стоит в том, какой из них явля-

ется наиболее рациональным, с точки зрения простоты, доступности, удобства для больного и высокой эффективности как в косметическом, так и функциональном отношении.

Целью нашего исследования являлось определение лечебной тактики при различных видах гемангиом и возможность лечения их амбулаторно.

Материал и методы. За 2006-2010 годы в поликлинических условиях пролечено 190 детей с гемангиомами различной локализации: из них у 170 были капиллярные, у 15 – кавернозные и у 5 – комбинированные гемангиомы. Гемангиомы локализовались в области головы у 52 детей, на конечностях – 44, туловище – 88 и в области шеи – 6. У 28 детей локализация была множественной. По возрасту больные распределились следующим образом: до 6 месяцев – 108 детей, с 7 до 12 месяцев – 38, от 1 года до 3 лет – 28, 4-7 лет – 7 и с 8 до 14 лет – 9 детей.

Использовались в основном два метода лечения. При простых гемангиомах и телеангиэктазиях – криогенный метод, который заключался на воздействии низкотемпературного снега CO_2 (-79°C) на гемангиому. Для удобства пользовались разовыми шприцами различных диаметров (от 1,0 инсулинового до 20,0) с отрезанными канюлями. В зависимости от локализации и возраста время экспозиции холода было 25-50 секунд. Повторные сеансы проводились с постепенным увеличением экспозиции на 5 сек., и производились после ликвидации реактивных изменений, через 10-14 дней. Через 2-3 суток после процедуры на месте пузырька образовывался сухой струп, который отторгался через 10-14 дней, оставляя после себя нежный белесоватый рубец, становившийся незаметным через 2-3 месяца после криотерапии. При кавернозных гемангиомах применяли другой щадящий метод – склерозирующую терапию 70% спирт-новокаиновой смесью (4 части 96% этилового спирта + 2 части 2% новокаина). Данная смесь вводилась в количестве 1-5 мл., от 2 до 6 раз в толщину гемангиомы, когда хирургическое лечение было затруднено.

Результаты. Гемангиомы, как правило, обнаруживаются сразу после рождения ребенка или в первые месяцы жизни, поэтому в нашем материале из 194 детей 57,7% обратились в первые 6 месяцев жизни. Именно в этот период жизни может наблюдаться их быстрый, непредсказуемый рост (2,3). Учитывая, что часть гемангиом может проходить без лечения, мы применяли выжидательную тактику. Диагностировав гемангиому в период новорожденности, переносили её контуры на прозрачную плёнку и ежемесячно мать контролировала рост гемангиомы. При наблюдавшемся интенсивном росте приступали к тому или иному методу лечения. Такая тактика является оправданной, так как ни локализация, ни размеры гемангиомы не прогнозируют исхода.

Для лечения 32 больных с обширными гемангиомами (более 6 см^2) и 28 с множественными ангиомами требовалось несколько сеансов криоаппликаций. При криотерапии необходимо учитывать особенности локализации и вид гемангиомы. Так, при расположении её на волосистой части головы, вследствие значительной толщины кожи и при неправильном оп-

ределении формы гемангиомы, когда за простую гемангиому принималась комбинированная форма, даже неоднократные сеансы криодеструкции не приводили к успеху. Таких больных было 7 – которым впоследствии применено хирургическое вмешательство. У остальных детей был получен хороший и удовлетворительный результаты, когда на месте гемангиомы не было никаких следов, или оставался депигментированный участок кожи.

При кавернозных гемангиомах в области лица, шеи, когда хирургическое лечение может привести к косметическим или функциональным нарушениям, применяли склерозирующую терапию. Наибольшие трудности для лечения составила группа детей (10 случаев) с наличием кавернозных и комбинированных гемангиом с выраженной подкожной частью; области щёк, век, носа, ушных раковин. У каждого больного дозировка спирт-новокаиновой смеси определялась размерами, локализацией и возрастом больного. У 5 больных из 20, при комбинированных формах гемангиомы, применяли сочетание низкотемпературных и склерозирующих методов лечения. Неудовлетворительные результаты получены у 3 больных. Следует отметить, что склерозирующий метод был более болезненным.

Заключение. Криогенный метод «снегом» угольной кислоты прост, экономичен и эффективен при лечении простых гемангиом и может широко применяться в амбулаторных условиях. При кавернозных и комбинированных гемангиомах сложной анатомической локализации полное излечение можно получить, применив склерозирующую терапию. Для достижения лучшего косметического и функционального результат необходимо выбрать правильную тактику как в отношении сроков, так и метода лечения.

Литература

1. Краковский Н.И., Таранович В.А. Гемангиомы. М., - Медицина, 1974. – 173с.
2. Кожевников В.А., Чурилова Л.А. Криогенный метод лечения гемангиом и телеангиэктазий у детей. – Вестник хирургии, 1985.-№ 10.-С 89-92.
3. Кручинский Г.В., Криштопенко Л.С. Особенности гемангиом лица у детей раннего возраста и их склерозирующая терапия. – Вестник хирургии, 1986.-№ 4. - С 83-85.
4. Ромашко М.Н., Кириллов Л.М., Петров М.М. и др. Лечение гемангиом у детей. В кн. «Современные достижения детской хирургии», Минск, 1999.- 199 с.
5. Федореев Г.А. Гемангиомы кожи и лица у детей. Л., Медицина, 1971. - 191с.