

больного, во время проведения строительных работ в своем доме, при использовании угловой шлифовальной машины («болгарки»), произошел разрыв шлифовального диска и отломками была нанесена травма. Был доставлен в приемное отделение ХОКБ спустя четыре часа после получения травмы.

При осмотре, у больного обнаружена ушибленно-рванная рана, длиной до 10-11 см, глубиной до 2,0-2,5 см, шириной до 1,5-2,0 см. Рана проходит вертикально, от левой надглазничной области, до левой подбородочной области, неправильной формы, края осаднены (рис. 1). В ране отмечаются кровяные сгустки, а так же мелкие осколки диаметром от 0,1 до 0,5 см с металлическим блеском, признаков кровотечения нет, клинически перелом скуловой кости, передней стенки левой гайморовой пазухи не выявлено, пальпаторно определяется передняя стенка левой гайморовой пазухи; по месту жительства на рану наложено два провизорных шва (рис. 2). Больному показана операция: «Первичная хирургическая обработка раны». Протокол операции: После 2-х кратной медикаментозной обработки операционного поля и местного обезболивания, извлечены крупные и мелкие обломки травмирующего элемента. Рана ушита послойно узловыми швами атравматической нитью «Викрил» 4/0, дренирована за счет использования резиновых дренажей, и обработана антисептиком. Больному назначена стандартная антибактериальная, противовоспалительная, десенсибилизирующая медикаментозная терапия, рекомендовано введение ПСС и СА по месту жительства (рис. 3). На 3-и сутки произведено извлечение дренажей (рис. 4), на 8-е сутки произведено снятие швов. Заживление постоперационной раны происходило первичным натяжением.

Таким образом своевременная и полноценная хирургическая обработка раны с посылонным наложением шва обеспечивает достаточный косметический и функциональный эффект.

**Ткаченко П.І., Білоконь С.О., Гуржій О.В.**

## **СТРУКТУРА ТА МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ГЕМАНГІОМ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ У ДІТЕЙ**

*ВДНЗУ “Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава, Україна*

За статистичними даними, частота виникнення гемангіом (ГА) м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки (ЩЛД) у дітей в Україні в останні роки значно збільшилась, що викликає певну зацікавленність спеціалістів до даної патології.

**Метою** нашої роботи стало визначення структури гемангіом м'яких тканин ЩЛД у дітей та визначення методів їх ефективного лікування.

В ході дослідження проведено ретроспективний аналіз 2782 історій хвороб пацієнтів хірургічного відділення дитячої міської клінічної лікарні м. Полтави, а клінічна частина стосувалась 36 дітей віком від народження до 15 років, пролікованих нами з приводу гемангіом м'яких тканин ЩЛД. Всім хворим проводилось загальноклінічне обстеження і призначались консультації суміжних спеціалістів. В окремих випадках для встановлення клінічного діагнозу та визначення об'єму хірургічного втручання використовувались додаткові методи дослідження, зокрема діагностична пункція, УЗД, доплерографія і комп'ютерна

томографія, ангиографія.

Загалом хлопчиків було 20 (55, 6%), дівчаток – 16 (44,4%). Різновид судинного утворення визначали згідно класифікації Mulliken та Lowacki (1982). У всіх пацієнтів об'єм лікувальних міроприємств планувався залежно від нозологічної форми захворювання й з урахуванням розповсюдженості утворення.

Дослідженням встановлено, що в структурі доброякісних пухлин м'яких тканин обличчя і шиї на гемангіоми припадало 26,0% з найчастішою локалізацією в щічній ділянці – 6 випадків (16,7%), на нижній губі – 6 пацієнтів (16,7%), лобі та волосистій частині голови – 5 пацієнтів (13,8%).

За клінічними ознаками були діагностовані капілярні гемангіоми у 8 дітей (22,2%), кавернозні – у 15 (41,7%), змішані – у 11 (30,6%) і піогенна гранульома запального характеру – у 2 (5,5%).

Спосіб лікування гемангіом залежав від нозологічної форми і її розповсюдженості на прилеглі анатомічні ділянки. При цьому лазеротерапія з успіхом використовувалась в 2 випадках (5,6%) при наявності невеликих за розмірами та глибиною залягання “винних плям”. Діатермокоагуляція застосовувалась у 6 хворих (16,7%), а виключно хірургічне видалення за допомогою скальпеля або радіоножа – у 7 (19,4%). Комбінована терапія представляла собою сполучення оперативного втручання і попередньо проведеного одного із консервативних методів лікування (9 випадків – 25%).

Окремо слід акцентувати увагу на кортикостероїдній терапії, яка все частіше використовується у повсякденній клінічній практиці. В своїй роботі ми дотримувались класичних принципів та термінів її проведення, однак у всіх 12 випадках (33,3%) її застосування перевага віддавалась ін'єкційному методу введення. З цією метою використовували дипроспан в розрахунку мг/кг маси тіла, а кількість введеного препарату обумовлювалась розмірами гемангіом і складала переважно 0,5-1,0 мл з проміжком часу в 4-5 тижнів. Необхідність повторних ін'єкцій визначалась індивідуально в кожному конкретному випадку під час повторного регламентованого огляду. Гарного косметичного та функціонального ефекту вдалося досягти у 24 хворих, що склало 66,7%. Зокрема, у 3 дітей (25%) з локалізацією гемангіоми в привушно-жувальній ділянці вдалося добитися її значної, але часткової регресії, лише після 4 ін'єкцій, однак фокус локалізації пухлини залишився чітко контурованим. При додатковому ультразвуковому дослідженні у всіх дітей було встановлено наявність гіпоехогенних утворень в різній кількості і різних розмірів, що примусило нас провести в подальшому оперативне втручання. Патоморфологічно встановлено, що в склерозованих тканинах простежувались клітинні елементи, характерні для гемангіоми. Ймовірно, таке сполучення тканинних структур й обумовило лише частковий регрес гемангіоми, що безумовно слід враховувати при вирішенні питань тактичного підходу до їх комплексного лікування.

Резюмуючи, хочемо наголосити на необхідності диференційованого підходу до вибору метода впливу на гемангіому, однак перевагу на початку лікування слід віддавати менш інвазивним методам, зокрема стероїдній терапії, котра в 66,7% спостережень дозволяє отримати задовільні результати в косметичному і функціональному аспектах.