

Висновки. Застосування сучасних, фізіологічно обґрунтованих методик оперативного лікування дозволяє в ранньому віці корегувати такі вроджені вади, як незрощення верхньої губи та піднебіння, що сприяє гармонійному психофізіологічному розвитку дитини, адаптації в соціальній сфері та реабілітації.

Література.

1. Abstracts 2nd World Cleft Congress of the International Cleft Lip and Palate Foundation. - Munich, 2002. - 268 p.
2. Ciancio S.G. Cleft lip and palate gene identified // J. Am. Dent. Assoc. - 2000. - Vol. 131, №10.-P. 1414-1418.
3. Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия черепно-челюстно-лицевой области. - М., 1999.
4. Волкова Г.С. Частота народження дітей із незарощенням губи і піднебіння в м. Харькові // Новини стоматології. - 1999. - № 1 (18). - С. 48- 50.
5. Харьков Л.В., Шоу В., Симб Г. Обзор состояния помощи детям с несращениями верхней губы и неба в европейских странах // Вісник стоматології. - 2001. - № 3. - С. 55-59.

Ткаченко П.И., Гуржий Е.В., Белоконь С.А.

Эффективность радиоволновой хирургии при лечении гемангиом челюстно-лицевой области у детей

ВГУЗ Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия»,

г. Полтава

На сегодняшний день в детской хирургической стоматологии актуальной остается проблема выбора новых технических средств и технологий, позволяющих повысить результативность хирургического лечения наиболее часто встречающихся видов патологии, особенно дизонтогенетического происхождения.

Целью нашего исследования явилось изучение возможностей использования радиоволнового хирургического прибора «Сургитрон» (фирма Ellman international, USA) для лечения гемангиом челюстно-лицевой локализации у детей раннего возраста.

В условиях хирургического отделения детской городской клинической больницы сотрудниками кафедры детской хирургической стоматологии проведены оперативные вмешательства у 25 детей в возрасте от 3 мес. до 2-х лет с различными видами гемангиом: капиллярная – 8 детей (32%), кавернозная – 17 (68%). Из них, гемангиомы языка у 2 детей (8%), волосистой части головы – у 6 (24%), надбровной области – у 8 (32%), лба – у 4 (16%), нижней губы – у 5 (20%). Оценка результатов хирургического лечения проводилась на 1-ые, 3-и, 7-ые сутки и через 3, 6, 12 месяцев после оперативного вмешательства по следующим параметрам: наличие отека, инфильтрации, заживление раны, эстетичность рубца, наличие рецидива.

Необходимо отметить, что радиоволновая хирургия – это атравматичный метод разреза и коагуляции мягких тканей при помощи высокочастотных волн. Разрез выполняется без физического мануального давления или дробления клеток тканей. При использовании оптимальной мощности рассекаемая ткань практически не нагревается. Зона коагуляционного некроза при применении радиоволновой хирургической техники снижается более чем в 4 раза по сравнению с лазерным излучением и более чем в 10 раз при использовании электрического диатермокоагулятора. С помощью прибора «Сургитрон» можно работать в следующих режимах: разрез и коагуляция, коагуляция (остановка кровотечения из сосудов до 1 мм), фульгурация (прижигание тканей), биполярный режим (коагуляция сосудов диаметром до 2 мм).

Во всех клинических случаях операции выполнялись практически бескровным методом. В раннем послеоперационном периоде наблюдался незначительный отек тканей без явлений инфильтрации в области раны. Заживление у всех пациентов происходило первичным натяжением с формированием нежного рубца, форма, величина и эластичность которого не менялись на протяжении первого года наблюдения. Состояние рубца в 23 случаях (92%) оценено как хорошее. Осмотр в динамике через 3, 6, 12 месяцев позволил выявить рецидив заболевания только у 1 ребенка (4%) с локализацией гемангиомы в области волосистой части головы.

Таким образом, использование радиоволновой хирургии для лечения гемангиом челюстно-лицевой области у детей является перспективным и позволило

нам виявляють наступні переваги: значно полегшує роботу хірурга, зменшує травматичність і тривалість оперативного втручання; зводиться до мінімуму кровопотерю; знижує частоту післяопераційних ускладнень; сприяє формуванню естетичного рубця.

Куцвяк В.І., Колішко К.Г.^{*}, Одушкіна Н.В., Любченко О.В.

Вікові та гендерні особливості перебігу гострих одонтогенних запальних захворювань у дітей

Харківський національний медичний університет

**КЗОЗ Обласна дитяча клінічна лікарня №1 м. Харків*

Гострі одонтогенні запальні захворювання (ГОЗЗ) у дітей є найбільш поширеною патологією. В дитячому віці перебіг та лікування запальних захворювань ускладнюється особливостями гістоморфологічного та функціонального розвитку організму у різні вікові періоди [2].

Метою нашого дослідження стало вивчення вікових особливостей перебігу ГОЗЗ у дітей.

Нами проведено обстеження 51 хворого з одонтогенною флегмоною та 49 хворих на гострий гнійний періостит віком від 4 до 17 років. Статистичну обробку даних проводили із застосуванням критерію Стьюдента. Для визначення взаємозв'язку між кількісними ознаками був використаний коефіцієнт парної кореляції.

Серед хворих з одонтогенною флегмоною найчастіше були діти віком 8, 12 та 15 років. На підставі вивчених даних ми виділили три вікові групи найбільшої захворюваності дітей: молодша – від 4 до 7 років, середня – 8-11 років, старша – 12 та більше років. При аналізі вікових особливостей серед хворих на флегмону виявлено, що початок кожного вікового періоду характеризується різким підвищенням кількості хворих, за яким відбувається поступове зниження захворюваності до наступного спалаху. Перший період збільшення кількості хворих починається в 4 роки, другий – у 8 років одночасно у дівчат та хлопчиків. Наближаючись до пубертатного періоду, захворюваність у дітей обох статей не лише співпадає, а й виключає одна одну, тобто в більшості випадків хворіють або дівчата, або лише хлопчики. У хлопчиків кожний