

– болезнь Леттерера–Сиве – остро протекающая форма с поражением костей, лимфатических узлов, слизистой оболочки, кожи, печени и селезенки.

Мы наблюдали на протяжении 15 лет 9 больных с гистиоцитозом из клеток Лангерганса, которые были распределены после углубленного обследования следующим образом.

При эозинофильной гранулеме определялось изолированное поражение нижней челюсти в области угла – 3 случая, в области верхней челюсти – 2 случая, альвеолярного отростка во фронтальном участке нижней челюсти – 1 случай, и касалось это детей возраста 6–12 лет.

Хронический диссеминированный гистиоцитоз наблюдался у двух детей возрастом 5 и 12 лет. Классические же клинические проявления в виде триады – единичные четко очерченные дефекты в лобных костях черепа, односторонний экзофтальм, несахарное мочеизнурение выявлены только у одного ребенка.

Острый диссеминированный гистиоцитоз диагностирован нами в одном случае у девочки 8-летнего возраста, у которой наблюдалось сочетанное поражение кости тела нижней челюсти с инфильтратами в коже, лимфатических узлах и гепато-лиенальным синдромом. Диагноз был подтвержден в Институте онкологии АМН Украины (г. Киев). К сожалению, отдаленного результата нам проследить не удалось, хотя за данными литературы прогноз крайне неблагоприятный.

Таким образом, гистиоцитоз орофациальной области имеет проявления у детей зачастую в трех формах, чаще всего в возрасте 5–12 лет, и представляет значительные сложности в диагностике. Что касается лечебных мероприятий, то, на наш взгляд, они требуют уточнения и индивидуализации в каждом конкретном случае, не исключая и хирургического вмешательства.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ И СТРУКТУРА НОВООБРАЗОВАНИЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Ткаченко П. И., Гуржий Е. В., Белоконь С. А., Лохматова Н. М.

г. Полтава

В клинической практике преобладают кисты малых и больших слюнных желез. Опухоли у детей встречаются редко, отсюда и значительная частота диагностических ошибок на догоспитальном этапе. **В связи с этим нами проанализированы амбулаторные карты и стационарный архив клинических баз кафедры детской хирургической стоматологии Украинской медицинской стоматологической академии за 10 лет (1977–2007 гг.).**

Следует отметить, что согласно отчетных статистических данных поликлинического приема, дети с ретенционными кистами малых слюнных желез составили 4,5 % от общего числа обратившихся больных. Незирая на типичные клинические проявления, частота диагностических ошибок составила 12 %, и касалось это тех случаев, когда кисты вследствие травмирования неоднократно опорожнялись. В этих ситуациях формировались очаги уплотнения или же появлялись участки ороговения, что имитировало фиброму или папиллому.

Анализ архивных историй болезни позволил установить, что за истекший период времени с кистами подъязычной слюнной железы прооперированно 11 больных, из них у 2-х ранаула прорастала в подподбородочную область и определялась в форме "песочных часов".

У 4-х больных проведена цистэктомия, у 3-х – цистотомия и у 2-х больных – цистсиалоаденэктомия (наблюдалось рецидивирование после 2-х неудачных операций). В случаях прорастания ранаулы в подподбородочную область оперативное вмешательство было проведено внеротовым доступом одномоментно с удалением и подъязычной слюнной железы.

Плеоморфная аденома диагностирована у 3-х больных с локализацией в околоушной железе и у 1- в поднижнечелюстной. Следует отметить, что во всех случаях диагноз на догоспитальном этапе установлен неверно. У всех больных была проведена энуклеация опухоли, рецидивов не наблюдалось.

Таким образом, ведущее место в структуре новообразований слюнных желез занимает ретенционная киста, исходящая из малых желез, и ранаула. Не следует забывать и о возможности наличия у детей плеоморфной аденомы, что требует взвешенного подхода и расширения перечня диагностических приемов для правильного установления диагноза и выбора оптимального метода хирургического лечения.