

УДК [616.716+617.52]-006-07

Л.І.Волошина, О.В.Рибалов

## ОСОБЛИВОСТІ ДИФЕРЕНЦІАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ ПУХЛИН КРОВОНОСНИХ СУДИН ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії з пластичною та реконструктивною хірургією голови та шиї (завідувач кафедри – д.мед.н., доцент Аветіков Д.С.), вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава

Резюме. У статті розглянуто питання щодо особливостей диференціальної діагностики судинних утворень щелепно-лицевої локалізації. Автори акцентують увагу на якості діагностики даної патології, тому що велику кількість утворень часто об'єднують під назвою «гемангіома».

Ключові слова: диференціальна діагностика, судинні утворення щелепно-лицевої локалізації

Судинні пухлини розглядають і як порок їх розвитку, і як доброякісне зростання клітинних компонентів кровоносних судин. Деякі автори переконані, що гемангіома - доброякісна пухлина, яка виникає на тлі вроджених вад розвитку кровоносних судин. На долю гемангіом щелепно-лицевої локалізації припадає від 60 до 87% [1, 2]. Відомі м'якотканинна (капілярна, кавернозна та ін.) та внутрішньокісткова форми гемангіом [7,8,9]. Гемангіоми, які локалізуються у щелепно-лицевій ділянці, спричиняють значні естетичні та функціональні порушення (обструкція дихальних шляхів, звуження зовнішнього слухового проходу та зниження слуху, погіршення зору та ін). Слід зазначити, що гемангіоми щелепно-лицевої локалізації дуже часто травмуються, що призводить до утворення ерозій на поверхні пухлин, через що можуть виникати масивні кровотечі. Ретельний збір анамнезу дозволяє встановити правильний діагноз, призначити адекватне лікування. Для більш детальної діагностики необхідно обов'язково проводити комплексне додаткове обстеження (МРТ, КТ, УЗД,

ангіографію, рентгенографію та ін.) [8]. Особливої уваги потребують пацієнти з внутрішньокістковими гемангіомами. З літературних джерел відомо, що у 60-96% випадків такі пацієнти можуть загинути унаслідок видалення зуба або травми. Слід зазначити, що ізольовані внутрішньокісткові гемангіоми тривалий час мають безсимптомний перебіг та виявляються випадково при рентгенологічному дослідженні з приводу будь-якої одонтогенної патології. З першою клінічною ознакою – кровотечею, одночасно виявляються й інші – деформація кістки, рухомість зубів, гіперплазія ясен, в межах пухлини пальпаторно можуть визначатися пульсація та симптом «провалу».

Диференціальна діагностика глибоких та внутрішньокісткових гемангіом має певні складнощі. По-перше, їх слід диференціювати з системним (множинним, дифузним) ангіоматозом, який проявляється появою великої кількості гіперплазованих судин, судинних плям, телеангіектазій, що розташовані у різних органах та тканинах. Часто процес прогресує, збільшується площа та з'являються нові осередки ураження, що може призводити до порушення функції відповідного органа. До системних ангіоматозів належать хвороба Рандю-Ослера, група вроджених захворювань (напр., Гиппеля-Ліндау хвороба та ін.). При цій формі ураження має місце розростання судин різного калібру з утворенням кавернозних порожнин, розвиваються трофічні виразки, виникають кровотечі. Прогноз захворювання залежить від локалізації та розмірів осередку ураження [3].

Певні складнощі у молодих лікарів викликає проведення диференційної діагностики з «винними плямами» – (полум'яніючий невус). «Винні плями» є вродженою патологією, що найчастіше локалізуються на обличчі. Слід зазначити, що капілярні гемангіоми майже у половині випадків можуть зникнути самостійно. На відміну від гемангіом «винні плями» ніколи не зникають самі. Більш того, з плином часу вони потовщуються, стають більш темними, що призводить до спотворення пацієнта. Дуже часто такі пацієнти відчувають значний психологічний дискомфорт. Також зростає

ризик ускладнень. Не слід забувати, що майже у 25% випадків «винна пляма», розташована у скроневій, лобній ділянках, на повіках, ускладнюється розвитком глаукоми. Крім того, інколи в ділянці «винної плями» відбувається значне потовщення шкіри, яке у разі розташування у щічній ділянці заважає жуванню. Складнощі у диференційній діагностиці виникають у випадку ерозії поверхні «винної плями» [6].

Певні складнощі виникають також при диференціальній діагностиці з піогенною гранульомою (син.: телеангіектатична гранульома, ботріомікома, гемангіома грануляційного типу) — захворювання шкіри та слизових оболонок, яке часто зустрічається. На думку деяких авторів, являє собою не пухлину, а реактивну відповідь у вигляді значної проліферації грануляційної тканини на механічну травму, гормональні порушення та низку інших факторів. Інколи розвивається на тлі полум'яніючого невусу або теленгіектатичної ангіоми. У деяких випадках піогенна гранульома виглядає як солітарна щільноеластична, куполоподібна папула ядро-червоного, темно-червоного, фіолетового або коричнево-чорного кольору з блискучою поверхнею, яка легко кровоточить, безболісна, інколи розташована на ніжці, діаметром 0,5–2 см. Ніжка, оточена "комірцем" відшарованого епітелію, може бути різної довжини та інколи надає пухлині схожість з грибом [5]. З'явившись опісля декількох тижнів або місяців на місці травми (порізу, опіку, уколу, садна та ін.), гранульома швидко зростає, темніє (може бути ціанотичною), ущільнюється. Поверхня її, спочатку волога, судинна (типа малини), ерозується, вкривається шкірочками, легко кровоточить при мінімальній травматизації. Часто приєднується вторинна інфекція, утворюються виразки (які інколи займають всю поверхню пухлини), некрози, кров'янисто-гнійне відокремлюване. Найчастіше локалізується на яснах, губах, слизовій оболонці носа, обличчі та пальцях. Захворювання триває впродовж декількох місяців. Це утворення не схильне до дисемінації та малігнізації. Осередок досягає максимального діаметра за декілька тижнів, а потім спонтанно зменшується з формуванням фіброми, яка регресує в

продовж декількох місяців. Рецидиви виникають після електродиссекції та хірургічного видалення. Множинні осередки можуть мати тенденцію до угруповання, приймають диссемінований або еруптивний характер, частіше розташовуються на тулубі, особливо в міжлопатковій ділянці. Еруптивні осередки можуть бути проявом паранеоплазії, вони описані, зокрема, при хворобі Ходжкина. До рідких варіантів піогенної гранульоми належать підшкірні та внутрішньовенні форми.

Ранні осередки піогенної гранульоми гістологічно ідентичні гранулематозній тканині – вони представлені множинними капілярами та венулами, розташованими радіально до поверхні шкіри, яка часто ерозована та вкрита струпом; строма набрякла та містить змішаний запальний інфільтрат. Повністю сформована піогенна гранулема — це поліпоподібний осередок, що розділений фіброзними перетинками та має часточкову будову, кожна часточка складається з скупчення капілярів та венул з набряклими ендотеліальними клітинами. На цій стадії осередок реепітелізується та повністю вкритий епідермісом. По периферії осередку часто розташований «комірець» гіперпластичного епітелію. Запальний інфільтрат рихлий. Набряк строми зникає. На стадії фіброзу відбувається зменшення часточок та поступове розростання фіброзної тканини, унаслідок чого піогенна гранулема перетворюється у фіброму[5].

З сучасної точки зору піогенна гранулема являє собою особливу гіперпластичну форму капілярної гемангіоми, ускладненої піодермією з вторинною гранулематозною реакцією. Стійкий зв'язок між передуючою травмою шкірних покривів та розвитком піогенної гранульоми сприяє збереженню уявлень про неї як про атипovu форму піодермії.

Для перебігу піогенної гранульоми характерні швидке зростання, наявність фази стабілізації процесу, ускладнення у вигляді приєднання вторинної інфекції з усіма можливими наслідками[5].

Існує низка традиційних помилок, які інколи припускають лікарі під час діагностики та лікування гемангіом. По-перше, це очікувальна тактика в

надії на спонтанну регресію гемангіом та призначення лікування лише при розвиткові ускладнень. Дуже часто використовується стара класифікація та термін "гемангіома" для позначення різних по етіології та патогенезу судинних утворень у дорослих. Деякі фахівці ототожнюють гемангіоми і судинні мальформації та використовують ідентичні деструктивні методи лікування. Слід зазначити, що використання в лікуванні ангіом деструктивних методів (хірургічне висічення, електрокоагуляція, кріодеструкція, рідина Ходоровича) при значних глибоких гемангіомах сприяє утворенню спотворюючих рубців та не гарантує виникнення рецидивів пухлини. Деякі фахівці використовують для лікування гемангіом рентгентерапію, промені Буки, що має суттєві побічні дії та призводить до розвитку ускладнень: облісіння, формування злоякісних пухлин[6].

Для ілюстрації складності діагностики ми наводимо одне з наших спостережень. Пацієнт Л., 17 років, звернувся до терапевта-стоматолога зі скаргами на кровоточивість ясен, яка інколи виникала, а потім проходила. Також пацієнт зазначив, що періодично виникала рухливість 3.4, 3.5, 3.6, 3.7 зубів. З анамнезу захворювання відомо, що зазначені скарги з'являлися періодично впродовж двох останніх років. При зондуванні зубо-ясенної кишені виникла масивна кровотеча, яку вдалося припинити. На наступний день пацієнт звернувся по допомогу до відділення щелепно-лицевої хірургії. При огляді пацієнта було встановлено: обличчя симетричне, на шкірних покривах лівої щічної та привушно-жувальної ділянки має місце наявність трьох плям червоно-синього кольору, які не підносилися над поверхнею шкіри, та не змінювали колір при натискуванні. Піднижньощелепні та підпідборідні лімфатичні вузли не збільшені. Відкривання рота вільне. Має місце деформація нижньої щелепи в ділянці 3.4, 3.5, 3.6, 3.7 зубів у вигляді асиметричного потовщення, яке більше з вестибулярного боку. Слизова оболонка у цій ділянці синюшно-багрового кольору. Зуби 3.4, 3.5, 3.6, 3.7 рухомі II ступеню. При дослідженні ясен – кровоточивість. В міжзубному проміжку 3.6, 3.7 – йодоформна турунда (за допомогою якою була припинена

кровотеча, що виникла у стоматологічному кабінеті). При спробі витягти йодоформну турунду виникла масивна кровотеча. За 30 секунд пацієнт втратив до 1000 мл крові. В якості екстреної допомоги була проведена туга тампонада та притискання магістральних судин. Враховуючи, що на догоспітальному етапі пацієнт не обстежений, було прийнято рішення про проведення МРТ з контрастуванням. На серії томограм знайдено додаткову судину, яка прямувала від біфуркації сонної артерії та розгалужуючись, давала гілки до щитоподібної залози, нижньої щелепи та у середню черепну ямку. Пацієнт був направлений на консультацію та лікування до Національного інституту хірургії та трансплатології ім. О.О.Шалімова, де йому зроблено емболізацію цих судин.

Таким чином, питання діагностики та лікування глибоких і внутрішньо кісткових судинних утворень залишаються актуальними і потребують подальшого вивчення.

1. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии : В 2 т. / [Федер. программа книгоизд. России] ; Под ред. чл.-корр. РАМН В. М. Безрукова, проф. Т. Г. Робустовой. — 2-е изд., перераб. и доп. — М. : Медицина, 2000, Т 2. — 487 с.
2. Бернадский Ю.И. «Основы хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии». — М.Мед.лит, 2000. — 404с.
3. Дулуб Л.В., Гусева Ю.А. Болезнь Гиппеля-Линдау // Мед.нововсти. — 2000, № 9. — С.13-17.
4. Кислевич Г.М. Лечение пиогенной гранулемы биактивной электрохирургией // Вестник дерматологии и венерологии, 1972, №8, с. 71-72.
5. Куликов С.В., Поспелов Н.В., Пономарев И.В. Возможности лечения сосудистых патологий кожи лазером // Лечащий врач. — 2000, №5-6. — С.79-80.
6. Разуваев С.Н. Лечение гемангиом мягких тканей лица у детей методом СВЧ-криодеструкции в условиях поликлиники / Дис... к.мед.н., Москва, 2004. — 92с.
7. Enjolaras O. // Jour.Malad.Vasc. — 1992. — N 1. — P.2-19.

8.Raulin C., Greve B., Grema H. 2003. – IPL technology, a review Laser Surg.Med. 32, 78-87

9.Williams E.F., Stanislaw P., Dupree M. et al. – Arch.Facial.Surg. – 2000, N 2. – P.103-111.

## FEATURES of DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS of TUMOURS of BLOOD VESSELS MAXILLOFACIAL LOCALIZATIONS

L.I.Voloshina, O.V.Ribalov

Summary. The article is devoted the relation to the features of differential diagnostics of vascular educations maxillofacial localizations. Authors pay much attention on quality of diagnostics of this pathology, because plenty of educations is often united under the name «gemangioma».

Keywords: differential diagnostics, vascular educations, maxillofacial localizations  
Higher State Educational Establishment of Ukraine «Ukrainian medical stomatological academy», Poltava

## ОСОБЕННОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ КРОВЕНОСНЫХ СОСУДОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Л.И.Волошина, О.В.Рыбалов

Резюме. В статье рассмотрены вопросы особенности дифференциальной диагностики сосудистых образований челюстно-лицевой локализации. Авторы акцентируют внимание на качестве диагностики данной патологии, потому что большое количество образований часто объединяют под названием «гемангиома».

Ключевые слова: дифференциальная диагностика, сосудистые образования челюстно-лицевой локализации.