

**Выводы:** Предлагаемые методы обследования должны использоваться при лечении больных с деформацией носа и верхней губы после хейлопластики. Они помогают более точно выяснить вид и степень деформации, более точно провести оперативное вмешательство и служат критерием оценки проведенной операции.

#### Список литературы

1. **Gubish W.** Functional and aesthetic nasal reconstruction in unilateral CLP – deformity // *Facial Plast. Surg* – 1995 - // (30) – P. 159-168.
2. **Farkas L. G.** Accuracy of anthropometric measurement: Past, Present and future // *Cleft Palate Craniofacial. f* – 1996. – Vol. 33, № 3 – P. 301-309.
3. **Ferrario V. F., Sforza C., Poggio C. E., Serrao G.** Facial three – dimensional morphometry // *American f. Orthodontic. Dentofacial and Orthop.* – 1996. - № 109 – P. 86.
4. **Принципы** планирования пластических операций при деформациях, связанных с врожденными расщелинами верхней губы: сб. научн. труд [Новые косметические препараты и лечение заболеваний и косметических недостатков] / В. А. Виссарионов. – М. Московский мед.стомат.инст., Московский НИИ косметологии, 1988. – 101 с.
5. **Козин И. А.** Эстетическая хирургия врожденных расщелин лица : [учеб.] И. Козин. М.: Матрис, 1996. – 563 с.
6. **Гулюк А. Г.** Методи поетапного хірургічного лікування хворих з вродженою розщелиною верхньої губи і піднебіння: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д. мед. наук : спец. 14.01.22 «Стоматологія» / А. Г. Гулюк. - Полтава, 2002. – 37 с.
7. **Переверзев В. А.** Красота лица. Как ее измерить? / В. А. Переверзев. : Волгоград, 1979. – 176 с.
8. **Бердюк І. В.** Клініка та методи лікування деформації носа, що супроводжують природжені незрощення верхньої губи : Метод. реком. / Бердюк І. В., Бараннік Н. Т., Манухіна О. М. [та ін.]. – Запоріжжя: Запорізький державний інститут удосконалення лікарів, 2002. – 20 с.
9. **Крыкляс В. Г.** Обґрунтування методу усунення деформації носа і верхньої губи у хворих після хейлопластики з приводу односторонньої уродженої розщелини : автореф. дис. на здобуття наук. спупеня канд. мед. наук : спец. 14.01.22 «Стоматологія» / В. Г. Крыкляс. Одеса, 2005. – 18 с.

Поступила 08.02.11



УДК 616-07+616.716.8+617.52

**В. Г. Крыкляс, к. мед. н., Е. В. Крыкляс,  
А. А. Вишневская, Е. В. Смирнская**

Одесский национальный медицинский университет  
Клиника «Виртус», Одесса

#### ТРУДНОСТИ В ДИАГНОСТИКЕ КАВЕРНОЗНЫХ ГЕМАНГИОМ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

*Рассмотрен клинический случай, который представлял сложность для диагностики кавернозной диагностики.*

**Ключевые слова:** кавернозна гемангиома, диагностика, УЗИ.

**В. Г. Крыкляс, Є. В. Крыкляс, Г. О. Вишневська,  
Є. В. Смирненська**

Одеський національний медичний університет  
Клініка «Віртус», Одеса

*Розглядався клінічний випадок, який був складний для діагностики кавернозної гемангіоми.*

**Ключові слова:** кавернозна гемангіома, діагностика, УЗД.

**V. G. Kryklias, E. V. Kryklias, A. A. Vishnevskaja,  
E. V. Smirenskaja**

Odessa National Medical University  
Clinic "Virtus", Odessa

#### THE DIFFICULTIES IN THE DIAGNOSTICS OF CAVERNOUS HEMANGIOMAE OF MAXILLO-FACIAL PART

*The clinical case with the difficulty of diagnostics of cavernous hemangioma was considered.*

**Key words:** cavernous hemangioma, diagnostics, USI.

Клиническое распознавание сосудистых опухолей кожи лица, слизистой оболочки полости рта, подкожной клетчатки челюстно-лицевой области обычно не представляют особых затруднений.

Ошибки к диагностике допускаются, когда гемангиома расположена глубоко в мышцах, в костях лица, а так же при комбинированных формах сосудистых новообразований.

По данным кафедры хирургической стоматологии и кафедры патологической анатомии ММСИ, по указанным причинам ошибки в диагностике сосудистых опухолей составляет 11 %.

Диагностику гемангиом начинают с жалоб. Пациенты жалуются на новообразование, чаще всего изменение цвета кожи и (или) слизистой

оболочки полости рта в области новообразования. Новообразование может менять размер в зависимости от положения (при наклоне головы оно может увеличиваться в размерах, при возвращении головы в исходное положение новообразование уменьшается в размерах).

Из анамнеза мы выясняем, что новообразование существует давно, чаще с рождения и в различные возрастные периоды жизни меняется темпы своего роста.

При клиническом осмотре мы действительно обнаруживаем асимметрию лица. На коже и на слизистой оболочке полости рта, над новообразованием мы отмечаем участок который изменяется в цвете. Кожа и слизистая может быть синюшного, синюшно-красного, “винного” цвета. Поверхность опухоли бугристая. Пальпаторно определяется новообразование тестовой консистенции, безболезненное, которое имеет чаще всего достаточно четкие границы. Это зависит от степени распространенности гемангиомы. Кавернозные гемангиомы уменьшаются в объеме при надавливании и снова увеличиваются (наполняются кровью) после устранения давления (симптом сжатия-наполнения). Иногда при пальпации в толще новообразования определяются плотные, шаровидные, безболезненные образования - это ангиолиты или фибролиты. Кавернозные гемангиомы могут быть диффузными и инкапсулированными. При пункции гемангиомы мы получаем кровь по составу близкую к венозной.

Далее больному проводят ангиографию, для получения более точной информации о размере, распространенности гемангиомы. Введение контрастного вещества производится тремя способами: 1) прямым введением контрастного вещества в полость кавернозной гемангиомы; 2) введение контрастного вещества в приводящие к опухоли сосуды; 3) путем пункции общей или сонной артерии.

Биопсия как метод исследования дает результат только после удаления сосудистого новообразования хирургическим путем. Удаление части кавернозной гемангиомы, как правило не проводят.

В настоящее время всё чаще для диагностики новообразований, в том числе для диагностики кавернозных гемангиом применяют УЗИ - исследование, которое при определенных показаниях дает ценную информацию и помогает в постановке диагноза.

Однако, не смотря на все наши знания в этом вопросе, и современные методы исследования мы сталкиваемся с затруднениями при постановке диагноза: “Кавернозная гемангиома”.

В качестве иллюстрации такого случая приводи выписку истории болезни пациентки Щ. , находящейся на лечении в клинике челюстно-лицевой хирургии Института Стоматологии АМНУ.

Больная Щ. ,27 лет, поступила в отделение с жалобами на новообразование щечной области справа.

Из анамнеза было выяснено, что новообразование пациентка заметила 1,5 года назад. Новообразование за это время несколько увеличилось в размерах.

При осмотре выявлена асимметрия лица за счет новообразования правой щечной области. Кожа щеки в цвете не изменена, ровная, гладкая, не спаянна с подкожной клетчаткой. Периферические лимфузлы не пальпируются. Рот открывается хорошо. Слизистая оболочка щеки справа бледно – розового цвета. При бимануальной пальпации в толще щеки определяется ограниченное образование, размером 1,5 \*2,5 мм, безболезненное, не спаянное с окружающими тканями.

При пункции крови получено не было.

УЗИ – исследование было проведено на аппарате “Toshiba” клиники “Виртус”. Заключение следующее: “ в толще щеки лоцируется образование овальной формы с четкими ровными контурами, капсула толщиной до 1мм. Внутренняя структура гипэхогенная, неоднородная с гипэхогенными участками округлой и продолговатой формы с максимальным диаметром 2,8 \*3,3мм Общий размер образования 33\*9,5\*32,3мм (рис. 1).



Рис. 1. УЗИ до удаления новообразования.

На ЦДК – кровоток – единичные сосуды в центре и по периферии.”

Клинические, биохимические анализы крови, анализ мочи без особых изменений. Все показатели в пределах нормы.

Произведена операция удаления новообразования щечной области внутриротовым досту-

пом. Удаленное новообразование овальной формы размером 33\*32\*10мм в капсуле, тесно связанное с жировым комком Биша (рис. 2).



Рис. 2. Вид новообразования в ране.

Капсула беловатого цвета. На разрезе новообразование состоит из фиброзно-жировой ткани пронизанной множеством кровеносных сосудов, при разрезе сосуда кровотечения не отмечается (по типу запустевших сосудов и затромбованных сосудов) (рис. 3).



Рис. 3. Внешний вид новообразования после удаления.

**Заключения патогистологических исследований.** В препаратах кавернозная гемангиома.

Послеоперационный период протекает без осложнений; рана заживает первичным натяжением.

При осмотре через 2 месяца: лицо симметрично, открывание рта свободное. На слизистой оболочке правой щеки по линии смыкания зубов визуализируется тонкий рубец, безболезненный при пальпации.

Произведено УЗИ – исследование: ткани обеих щек не изменены; объемные образования не лоцируются. Региональные лимфузлы не изменены (рис. 4).



Рис. 4. УЗИ после удаления новообразования.

Таким образом, УЗИ – исследование, проводимое перед оперативным вмешательством, ценным дополнением к диагностик новообразования, в послеоперационном периоде, оно не подтвердило, что объемных образований нет. Однако, и УЗИ – исследование не смогло установить характер образования.

Окончательный диагноз был установлен только при патогистологическом исследовании. Сталкиваясь с нестандартной клинической картиной сосудистых образований в челюстно-лицевой области рекомендуем использовать все возможные современные методы диагностики для правильной постановки диагноза.

#### Список литературы

1. Тимофеев А. А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии: учеб. [для студнт. высш. учеб. зав.] / А. Тимофеев. – Киев : Червона Рута, 2000. – 287 с.
2. Бернадский Ю. И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии : учеб. [для студнт. высш. учеб. зав.] / Ю. Бернадский – Витебск : 1998. 160 с.
3. Харьков Л. В. Ошибки в диагностике и врачебная тактика при костных гемангиомах у детей / Л. В. Харьков, Л. Ф. Коган, Л. И. Яковенко // Вісник стоматології. – 1995. - № 2. – С. 121-123.
4. Маланчук В. А. Доброкачественные опухоли и опухолеподобные поражения челюстно-лицевой области и шеи / В. Маланчук, А. Копчак. – Киев. Нац. мед. универ., 2008. - 189 с.

Поступила 08.02.11

