

УНИВЕРЗИТЕТ „КИРИЛ И МЕТОДИЈ“ — СКОПЈЕ
СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ
— Клиника за максилофацијална хирургија

Д-р БРАНКО ВАСИЛЕВСКИ, М-р сци

„КОМПАРАТИВНА ВЕРИФИКАЦИЈА НА ПОСТИ-
ГНАТИТЕ ЕФЕКТИ ПРИ КОНЗЕРВАТИВНО
ЛЕКУВАЊЕ НА ХЕМАНГИОМИ СО УЛТРАКОРТЕН-Х
И 96% ЕТИЛ АЛКОХОЛ“

— дисертација —

УНИВЕРЗИТЕТ „КИРИЛ И МЕТОДИЈ“ - СКОПЈЕ

СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ

- Клиника за максилофацијална хирургија

Д-р БРАНКО ВАСИЛЕВСКИ, М-р сци

" КОМПАРАТИВНА ВЕРИФИКАЦИЈА НА ПОСТИГНАТИТЕ ЕФЕКТИ
ПРИ КОНЗЕРВАТИВНО ЛЕКУВАЊЕ НА ХЕМАНГИОМИ СО
УЛТРАКОРТЕН-Х И 96% ЕТИЛ АЛКОХОЛ "

- д и с е р т а ц и ј а -

М е н т о р:

Проф. Д-р сци Трајко Трајков
Медицински факултет - Скопје

Скопје, 1988 г.

Дисертацијата е работена на Клиниката за максило-
фацијална хирургија во Скопје, на Институтот за патологија,
односно Лабораторијата за НЦИ и туморски имунитет, на Инсти-
тутот за патофизиологија со нуклеарна медицина и на Инсти-
тутот за рентгенологија при Медицинскиот факултет во Скопје,
во периодот од 1980 до 1988 година.

За постојаното следење во работата, корисните совети
и помош во изработката на овој труд најискрено се заблаго-
дарувам на мојот ментор Проф. д-р сци Трајко Трајков.

Му благодарам на академик Проф. д-р сци Исак Таџер,
за поттикот и помошта при радиоизотопските истражувања.

Чувствувам длабока благодарност кон Проф. д-р сци
Предраг Угрински за помошта и советите при совладувањето
на техниката и интерпретацијата на имунолошките иследувања.

На Доц. д-р сци Милорад Врчаковски му изразувам
благодарност за помошта во рентгенолошките иследувања.

За соработката и помошта во хистопатолошките иследува-
ња, му благодарам на асистент Д-р Петар Цветковски.

Се заблагодарувам на колегите и соработниците од
Клиниката за максилофацијална хирургија од Скопје, за покажа-
но разбирање и помош во изработката на овој труд.

СОДРЖИНА

1.	У В О Д	1
2.	КЛИНИЧКИ И ХИСТОЛОШКИ КАРАКТЕРИСТИКИ НА ХЕМАНГИОМИТЕ	7
3.	КЛАСИФИКАЦИЈА	15
4.	МЕТОДИ ШТО СЕ ПРИМЕНУВААТ ВО ЛЕКУВАЊЕТО НА ХЕМАНГИОМИТЕ	18
5.	ДОСЕГАШНА ПРИМЕНА НА КОРТИКОСТЕРОИДИТЕ ВО ЛЕКУВАЊЕТО НА ХЕМАНГИОМИТЕ	24
6.	ДОСЕГАШНА ПРИМЕНА НА ЕТИЛ АЛКОХОЛОТ ВО ЛЕКУВАЊЕТО НА ХЕМАНГИОМИТЕ	28
7.	ЦЕЛ И ПРИДОНЕС ОД РАБОТАТА	29
8.	КЛИНИЧКИ МАТЕРИЈАЛ, ЛЕКОВИ И МЕТОД НА РАБОТА	30
- а.	КЛИНИЧКИ МАТЕРИЈАЛ	30
- б.	ЛЕКОВИ И НАЧИН НА НИВНА ПРИМЕНА	38
- в.	МЕТОД НА РАБОТА	40
9.	РЕЗУЛТАТИ ОД КЛИНИЧКИТЕ ИСПИТУВАЊА	42
- а.	РЕЗУЛТАТИ ОД ЛЕКУВАЊЕТО СО ПРЕДНИЗОЛОН	42
- б.	РЕЗУЛТАТИ ОД ЛЕКУВАЊЕТО СО 96% АЛКОХОЛ	51
- в.	ПРИКАЗ НА ЛЕКУВАНИ ПАЦИЕНТИ СО ПРЕДНИЗОЛОН	59
- г.	ПРИКАЗ НА ЛЕКУВАНИ СО 96% ЕТИЛ АЛКОХОЛ	70
10.	ПАТОХИСТОЛОШКИ ИСПИТУВАЊА	82
- а.	ЛЕКУВАНИ ПАЦИЕНТИ СО ПРЕДНИЗОЛОН	82
- б.	ЛЕКУВАНИ БОЛНИ СО ЕТИЛ АЛКОХОЛ	94
11.	РЕНТГЕНСКИ ИСПИТУВАЊА	101
а.	РЕНТГЕНСКИ НАОДИ ПРИ ПАЦИЕНТИ ЛЕКУВАНИ СО ПРЕДНИЗОЛОН	104
б.	РЕНТГЕНСКИ НАОДИ ПРИ ПАЦИЕНТИ ЛЕКУВАНИ СО 96% АЛКОХОЛ	110

12. РАДИОИЗОТОПСКИ ИСПИТУВАЊА	115
а. РАДИОИЗОТОПСКИ ИСПИТУВАЊА КАЈ ПАЦИЕНТИ ЛЕКУВАНИ СО ПРЕДНИЗОЛОН	117
б. РАДИОИЗОТОПСКИ ИСПИТУВАЊА КАЈ ПАЦИЕНТИ ЛЕКУВАНИ СО 96% ЕТИЛ АЛКОХОЛ	122
13. ИМУНОЛОШКИ ИСПИТУВАЊА	130
а. МИФ ПРИ ЛЕКУВАНИ СО ПРЕДНИЗОЛОН	131
б. МИФ ПРИ ЛЕКУВАНИ СО ЕТИЛ АЛКОХОЛ	139
ТЕСТИРАЊЕ НА ЗНАЧАЈНОСТА НА РАЗЛИКИТЕ НА АРИТМЕТИЧКИТЕ СРЕДИНИ НА ИСПИТУВАНИТЕ ПАРАМЕТРИ (МИФ) ПРЕД И ПОСЛЕ ТРЕТМАНОТ СО ПРЕДНИЗОЛОН ОДНОСНО ЕТИЛ АЛКОХОЛ	145
1. ТРЕТМАН СО ПРЕДНИЗОЛОН	145
2. ТРЕТМАН СО ЕТИЛ АЛКОХОЛ	149
14. ДИСКУСИЈА	152
15. ЗАКЛУЧОК	170
16. КРАТКА СОДРЖИНА	176
17. ЛИТЕРАТУРА	

1. У В О Д

Хемангиомите се новотворевини со потекло од крвните садови. Од нивниот ембрионален зачеток тие наследуваат моќ за неправилен и неограничен раст. Rittermann i Marković-Reičić¹⁶³ го поткрепнуваат мислењето дека се работи за пореметување во ембрионалниот развото што го потврдува и фактот за нивната природеност. Доказ за оваа теорија е да елементите на туморот се измешани со ткивото на органот во кој се јавуваат.

Според Edgerton⁶¹ хемангиомите не се прави неоплазми и покрај нивниот потенцијал за раст. Batsakis и Rice¹³ ги дефинираат како конгенитални хамартоми, односно мезодермален остаток на вазоформативно ткиво. Истото го сугерира и Innes⁹¹ дефинирајќи ги како ембрионален остаток на вазоформативно ткиво присатно уште со раѓањето и во неонаталниот период. Pitanguy i sor.¹⁵⁵ се на мислење дека хемангиомите претставуваат бенигни малформации на крвните садови што се развиваат и растат независно од постоечкиот циркулаторен систем.

Према Watson, McCarthy²¹³ хемангиомите се со конгенитално потекло, што е потврдено со фактот да 73% се присатни кај новородените. Инаку, повеќе од 85% од нив се развиваат во тек на првите месеци од животот на доенчината. Нема сомнение дека многуте биле присатни и при раѓањето, без да бидат забележани заради нивната незнатна големина. Општо се мисли дека простите ангиоми се конгенитални по

својата природа и имаат потекло во ембрионалната секвестрација на мезодермалното ткиво. Имаат бенигни ток и ако не се третираат растат со растот на организмот. Во пределот на лицето и вилиците се среќаваат во големина на мали кожни петна, па до огромни тумори, кои можат да ја зафатат половина од површината на лицето, а во некои случаи и целото лице или вилици.

Хемангиомите се зголемуваат со помош на цврсти папки на ендотелиум. Овие разрастуваат во околното ткиво во вид на солидни траки, потоа се канализираат и прават комуникации со зачетниот крвен сад. Карактеристично е што не прават комуникации со околните нормални крвни садови. Исклучок е рацемозниот тип на хемангиом. Поседуваат само еден аферентен и еден еферентен крвен сад, што е потврдено и од Watson, McCarthy²¹³.

Clodius⁴³ во спротивност на правите хемангиоми кои претставуваат прави тумори, црвените петна ги смета за васкуларни малформации кои се составени од зрели телеангиоектатични крвни садови, локализирани во кожата и поткожното ткиво.

Во почетокот на XIX век хемангиомите беа опишувани исклучиво како тумори на меките делови на телото.

Toynbee²⁰¹ (во 1845 год.) опишал сличен тумор со локализација на черепот.

Првиот хемангиом на вилиците бил објавен во 1849 г. од Stanley¹⁸⁵ како „шуплина, составена од јасно проширени крвни садови и фиброзно ткиво во меѓупросторите“. Во наредните 50 години беа објавени 4-ри случаи на тумори на крвните

садови.

Gross⁷⁸ (во 1874 год.) опишува случај на 6-ст годишно девојче со чести спонтани крварења околу вратот на левиот максиларен молар. Лезијата ја опишува како тумор-ангиом, сличен на невус, но не анеуризма. Таа имала анастамози, но не покажувала пулсации синхрони со ударите на срцето.

Потенцијалната опасност од овие тумори е изнесена од многу автори и во многу публикации. Croh¹⁰⁶ (во 1925 г.) опишува искрварување на пациент до егзитус за нецела 1 мин. по вадење на заб. Smith¹⁷⁹ (во 1939 г.) се соочува со силно крварење при биопсија на хемангиом локализиран во долната вилица. Имено, по отстранување на мал дел од кортексот на коската и допир со сонда на ткивото кое се појавило низ отворот, добил крварење од истото. Rittermann, Marković-Pečić¹⁶³ (во 1960 г.) опишуваат релативно мал хемангиом во долната вилица. Околните заби биле расклатени и со индикација за вадење. По вадењето на првиот премолар дошло до јако крварење што ни со најјака темпонада не можело да се запре, заради тоа е подврсана а. каротис екстерна на страната на туморот. Меѓутоа, при вадење на тампонот дошло до ново профузно крварење, заради што морала да се подврзе и каротидната артерија на другата страна. Дури тогаш крварењето престанало, па било можно туморот да се екстирпира и извади и другиот премоларен заб.

Анализите на Andrews i sor.⁷; Watson, McCarthy²¹³ покажуваат дека хемангиомите почесто се среќаваат при женскиот отколку при машкиот пол и тоа во сооднос 65:35.

За ова не е дадено некое прифатливо објаснение, но се претпоставува дека за тоа имаат влијание женските полови хормони во чии прилог е и фактот за нивно зголемување, односно појавување во пубертетот и гравидитетот.

Интересно е и тоа да иако на главата и вратот отпаѓа помалку од седмина на целокупната телесна површина, во повеќе од половината случаи (според анализите на Watson, McCarthy²¹³ во 56%) се појавуваат во таа регија. Различни делови на главата и вратот се предилекциски места за нивно појавување. Masomber, Wang¹²⁶ (во 1955 г.) забележале дека од вкупно 281 хемангиом во 54,7% биле со локализација на лицето, а 4,6% на вратот.

Според Bittermann, Marković-Pečić¹⁶³ локализацијата на усните била во 25%, јазикот 19%, лицето 17% и на образите во 10% случаи.

За време на првите 4-6 месеци од доенечкиот живот хемангиомите растат доста брзо. Покасно доаѓа до нивна спонтана инволуција, која оди споро и во најразличен степен. Инаку, Lister¹²³ (во 1938 г.) прв објави за спонтаната инволуција на хемангиомите. Bivings²³ (во 1954 г.) по 22-годишно пратење на 236 случаи, смета дека сите јагодести неви исчезнуваат, што е случај и со многу пајажинести и кавернозни хемангиоми. Andrews i sor.⁷ (во 1957 г.) објавиле статија за спонтана инволуција на хемангиомите во текот на првите 5 години од животот на децата. Simpson¹⁷⁶ (во 1959 г.) ја проучил правата природа на 170 кавернозни хемангиоми при 140 деца и заклучил дека тие „скоро редовно претрпуваат спонтана регресија, а повеќето од половината

исчезнуваат до 5-та годишна возраст". Bowers i sor.²⁹ (во 1960 г.) објавија за спонтана инволуција со одличен резултат каи нетретирани јагодести хемангиоми. Истата година Margileth, Museles¹³⁰ го изнесуваат своето 12-годишно искуство со 288 деца кои имале 427 васкуларни петна /белези/ при што само 2% од нив барале било каков вид на активна терапија. По однос на разните видови хемангиоми заклучиле да оние во тилната регија скоро секогаш исчезнуваат, исто како и повеќе од половината најаквидни хемангиоми, додека т. нар. невус фламеус се постојани. Според Zarem, Edgerton²²³ (1967 г.) спонтаната регресија на хемангиомите започнува уште пред децата да наполнат 12 месеци старост. Abe¹ јагодестиот тип на хемангиом, рамното црвено петно забележано при раѓањето расте забрзано во текот на првите 3-6 месеци, а потоа спонтано исчезнува. Во 1983 год. Bart, Kopf¹¹ презентираат спонтана инволуција на нелекуван масивен хемангиом. Во 1984 год. Adzick i sor.³ сметаат дека природниот ток на овие лезии е со тенденција на спонтана инволуција и тие заклучуваат дека повеќето лезии не треба да се третираат. Amir i sor.⁶ (во 1986 г.) изнесуваат податок да од 973 предвремено родени, во 124 беа дијагностицирани јагодести хемангиоми или 12,7%. При 96 новороденчина со тежина на раѓање под 1000 гр. откриени се хемангиоматозни лезии во 22, одн. во 22,9%. Према истите автори спонтаната инволуција на овие лезии започнува на возраст од 5-12 месеци.

Browne³⁴ со право забележал дека „незнаеме дали неодложниот и ран третман на малите петна на лицето ќе го спречат нивниот развој во големи и изобличувачки деформитети

Бебината не се раѓаат со големи јагодести петна. Тие се јавуваат неколку дена по раѓањето во вид на мали точкасти петна, некои остануваат мали, а други растат до големи предизвикувајќи притоа грозни деформитети".

Сепак, хемангиомите прават потешкотии не само од козметски, туку и од функционален аспект, заради нивното навлегување во сите слоеви на околното ткиво. Секако дека во тој случај не е можно хируршки да се отстранат, бидејќи би се изгубиле важни делови од ткиво кои не би можеле да се надоместат со било каков хируршки зафат. Од друга страна Mizono, Dedo¹⁴⁰ упозоруваат на опасноста од постоењето на субглотициот хемангиом, затоа што може да ги искомпромитира дишните патишта и да биде потенцијално летален. Howell i sor.⁸⁷, Golitz i sor.⁷⁴ исто така ја истакнуваат опасноста од постоењето на дифузните неонатални хемангиоми кои често водат до фатална дисфункција. Да го оштетат срцето, да предизвикаат внатрешни крварења, хидроцефалус и коагулопатија. Нивниот морталитет е висок.

2. КЛИНИЧКИ И ХИСТОЛОШКИ КАРАКТЕРИСТИКИ НА ХЕМАНГИОМИТЕ

Капиларните хемангиоми се нарекуваат и неонатални петна, присатни се уште со раѓањето. Обично се локализи- рани вдолж средишната линија, глабелата, или на тилот. Скоро секогаш спонтано исчезнуваат и за нив не е потребен посебен третман (Edgerton⁶¹).

Хистолошки овој хемангиом му припаѓа на видот *hemangioma simplex capillare* и е граден од испреплетени капи- лари или прекапилари. Нивните ѕидови се градени од набабре- ни ендотелни клетки на кои се надоврзува најпрвин еден хомоген слој со јадра, а потоа растресита сврзочна строма. Според Duperrat⁵⁸, Kitterma ип, Marković-Reičić¹⁶³ во ретки случаи може да се сретнат на поедини места солидни групи од ендотелни клетки, што е карактеристично за преод кон *hemangioendotheliom*. Према истите автори, овој клинички тип се појавува како добро ограничен, лесно издигнат тумор, со светло црвена боја. Обично е сместен површински и може да достигне големина од неколку мм до неколку см во дија- метар. Некои од овие хемангиоми можат да растат побрзо и да достигнат дебелина и до 2 см, така да можат да симулираат постоење на кавернозен хемангиом. Но, поради многу тесните лумени на крвните садови во капиларниот хемангиом, тој не е така лесно компресибилен, како што е кавернозниот.

Duperrat⁵⁸ смета дека туберозните хемангиоми се доста чести, разновидни, создаваат тешки терапевски проблеми.

Се јавуваат во три варијации:

- површински, на кожата се гледаат пурпурно црвени бубулици кои стрчат.
- мешовити, дермо-хиподермички, има плавкаста боја и се издига од периферијата кон центарот.
- длабок, хиподермички туберозен хемангиом, покриен со нормална кожа, под која се надзира плавкаста пребоеност. Често се наоѓа на базата на носот, окосмениот дел на главата и на градите.

Сите овие видови на хемангиоми се топли на палпација. 60-70% се јавуваат уште при раѓањето, а се манифестираат како мала црвена точка што се зголемува. Растат во првите 6-8 месеци, а потоа стагнираат. Според мислењето на Lister¹² „оние хемангиоми што за време на првите месеци од животот растат брзо, спонтано и целосно исчезнуваат кон крајот на 5-та или почетокот на 6-та година“. Овие констатации се потврдени и од Brain i Calnan³⁰.

Понекогаш хипертрофичниот хемангиом се појавува како чврст, издигнат тумефакт, со пурпурно црвена пребоеност која не е компресибилна. На пресек се состои од маса ендотелни клетки со минимум формирани крвни садови. Крвносадовниот лумен е облитериран како резултат на рапидна пролиферација на ембрионалниот ендотелиум. Според Watson i McCarthy²¹³.

Хистолошки овие хемангиоми немаат некоја посебна корелација меѓу себе, можат да се сретнат како чисто целуларни, капиларни или со карактеристики на крвносадовниот лумен од кавернозен тип. Може во некои од нив да ги има и сите спомнати хистолошки карактеристики (Duperrat⁵⁸).

Од еволутивен аспект овие хемангиоми се вбројуваат во т. нар. инволутивни форми, кои со тек на време спонтано исчезнуваат (Schrudde i Petrovici¹⁶⁹).

Јагодестите хемангиоми се нарекуваат уште и јувенилни јагодести петна. Според Edgerton⁶¹ се среќаваат кај едно на сто живородени деца. Можат да достигнат големина и до 3,5 см во пречник. Присатни се уште со раѓањето, како ситна црвена дамка, која расте брзо во првите месеци. Клинички се манифестира како лобулиран, светло-црвен до пурпурен оток. Вака перзистира 1-2 год., за да потоа почне полека да се повлекува и да побледува и спонтано да исчезне во 5-7 г. од животот (Bowers i sor.²⁹; Brain i Calnan³⁰; Edgerton⁶¹; Simpson¹⁷⁶). Според Duperrat⁵⁸ овој хемангиом е опишан како туберозен и аналогно на тоа во хистолошки смисол покажува разновидност во микроскопскиот наод- од чисто целуларни, преку капиларни до кавернозно слични крвни садови.

Кавернозниот хемангиом се среќава како површен, дермички тип и длабок одн. висцерален. Хемангиомската лезија е со клиничка слика на неправилно лобулиран оток, нејасно ограничен спрема околината, со пурпурно-плава пребоеност. На палпација е мека, лесно компресибилна и брзо побледува под притисок. Некогаш може да се напипа пулсирањето на артеријата што го исхранува, а некои се иригирани од вени (Phaibul¹⁵³; Watson i McCarthy²¹³). Настануваат кога јувенилните капиларни хемангиоми ќе ги опфатат не само кожните садови, туку и поголемите венски синусоиди длабоко во кожата и поткожното ткиво (Edgerton⁶¹). Имаат еволутивен раст. Најбрзо растат во текот на првите 6 месеци од животот. Можат

да достигнат гигантски размери и да зафатат околни витално важни структури. Даваат мацерација, улцерација со инфекција, крварење, лузни и функционални потешкотии со дишењето, искривањата, видот и слухот (Edgerton⁶¹; Phaijul¹⁵³). Watson i McCarthy²¹³ сметаат дека нивното присуство на вратот претставува постојана опасност, бидејќи можат да развијат артерио-венска комуникација и да дадат фатално искрварување. Истите автори ги опишуваат длабоките висцерални кавернозни хемангиоми како подифузни и со темно сина боја, тие најчесто ги зафаќаат хепарот, цревата, јазикот, плунковните жлезди, мускулите и коските. Според Watson i McCarthy²¹³ на коските се јавува поретко и првенствено во лумбалните пршлени, при што главен симптом е компресија на кичмена можина.

Најчесто се јавува како тврд, неосетлив оток, кој полаку се зголемува и до поставувањето на правата дијагноза минува долг временски период и до десет години (Kroh¹⁰⁶; Lund i Dahlin¹²⁴). Кога е на виличните коски, кавернозниот хемангиом дава оток што го деформира лицето (Weinstein i sor.²¹⁵). Доведува и до оштетување на соодветната регија (Smith¹⁷⁹; Weinstein i sor.²¹⁵). Болката понекогаш е главен симптом (Mac Lennon¹²⁷). Во зафатената регија има крварења околу вратот на забите (Gross⁷⁸), или пак јаго крварење по екстракцијата (Kroh¹⁰⁶). Некојпат, зафатената страна е потопла и покажува онипливи пулсации.

Кавернозните хемангиоми на попречно пругастата мускулатура се јавуваат кон крајот на првата деценија од животот и даваат болки, функционални пореметувања и дифузна

тумефакција. Со аспирација на крв од туморот, како и со рентгенски наод на флеболитни сенки може да се утврчи дијагнозата (Watson i McCarthy²¹³).

Кавернозен хемангиом на јазик може да биде така голем и да даде пореметувања во исхраната, говорот и дишењето. Притоа дава и одраз во изгледот и функцијата на виличните коски (Work²²¹).

Кавернозен хемангиом во паротидната жлезда - во анамнезата е значајно да веднаш по раѓањето можат да се забележат заради нивниот забрзан раст. При наведување на главата на новороденчето се забележува како кожата станува плавкаста, а на палпација се открива млитавост на туморот. Експанзивниот раст може да стагнира при извесна големина, а може и да продолжи. По 1-2 месеци обично ја пробива капсулата на жлездата и расте во ткивото на кожата која сега црвено се пребојува. Ова црвено петно продолжува да се шири ретроаурикуларно, кон образот и вратот, со што се пореметува естетиката на лицето (Williams²¹⁷).

Кавернозните хемангиоми хистолошки се одликуваат со широки, неправилно кружни до овални и меѓусебно поврзани, крвно-садови простори, одн. лумени, ограничени со различно дебели сврзоткивни прегради кои се од внатре обложени со ендотел (Rittermann i Marković-Pečić¹⁶³). Овие прегради се потенки од оние каи капиларните хемангиоми (Watson i McCarthy²¹³). Содржат сиромашна и хетерогено еластична, но богато разгранета мрежа на ретикулни клетки и вретенасти клетки слични на мускулни влакна (Duperrat⁵⁸). Понекогаш

се среќава и хистолошка слика на хијалинизирање на сврзноктивната строма (Rittermann, Marković-Pečić¹⁶³).

Микрографските испитувања на Wertheim покажале да има два хистолошки типа кавернозен хемангиом (Duperrat⁵⁸):

- едни составени само од кавитети (лумени) исполнети со крв и
- други кај кои во интерстициумот се среќаваат солидни клеточни плажи.

Nevus flammeus обично е присурен и видлив од денот на раѓањето, спаѓа во неинволутивните форми и претставува стабилна лезија што не се повлекува со возраста. Неговата боја варира од светла до јако пурпурно црвена. Се појавува најчесто на лицето, вдолж гранките на n. trigeminus. Според Schrudde i Petrovici¹⁶⁹ се јавува во две форми:

- рамен nevus flammeus, со мазна површина и конзистенција која не се разликува од околната кожа. Овие се строго ограничени и распоредени како географска карта. Најчесто се еднострани, не ја преминуваат средишната линија.

Бојата им е розово црвена како вино.

- nevus flammeus кој подоцна се зголемува, најпрво е стационарски, а со стареењето бојата му станува потемна, површината поропава. Често се наблудува и хипертрофија на меките делови и коските од тој регион. Може да развие хиперкератотични испакнатини на површината и ако не се третира после многу години може да развие екзем.

Хистолошки претставува дифузна телеангиектазија на површните дермални крвни садови, чии ендотел покажува зрелост во градбата (Edgerton⁶¹; Watson i McCarthy²¹³; Duperrat⁵⁸). Пролиферирачка маса карактеристична за висти-

нски хемангиом недостига (Watson i McCarthy²¹³). Инаку, лежи во самиот дермис и кога е широко распространет не е ретко да се најде и длабока структурна инфилтрација и артерио-венска фистула (Phaibul¹⁵³).

Andrews и сор.⁷ дава класификација на nevus flammeus според варијациите на микроскопската длабина на хемангиомот:

- субепидермален
- дермален и
- субдермален.

Миксни форми на кои треба да се мисли се: ангиолипом, ангиолејомиом, хемолимфангиом и ангиома стелатум.

Ангиолипомот е редок тумор во пределот на главата и вратот. Најчесто е локализиран длабоко субмукозно и може да се појави во две форми, како неинфилтративен или како инфилтративен, кој се шири од обвивката на туморот во околината. Клинички се манифестира како оток, кој може да перзистира уназад 2-3 години. Истиот не е болно осетлив. Микроскопски ни нуди шара на "вез" и се состои од зрело масно ткиво, чии нодули се помешани со капиларни крвни садови (Duperrat⁵⁸; Gordon и Jones¹³²).

Ангиолејомиомот настанува од глатката мускулатура на крвните садови било на усниците, јазикот, мекото непце или подот на усната празнина. Глатката мускулатура на крвните садови е со неправилна хипертрофија (Watson и McCarthy²¹³).

Хемолимфангиомот е најчест во внатрешните органи и е резултат на абнормално крвоснабдување. Кога е површен претставува видлива и палпабилна ткивна хипертрофија, која

микроскопски ги има одликите на еден лимфангиом и хемангиом заедно (Watson i McCarthy²¹³).

Angioma stellatum (spider nevus) се јавува на лицето, покасно, во третата или четвртата година од животот на малите деца. Обично е мал, но може да биде мултипен. Во еволутивен смисол најчесто останува непроменет, а некои можат да се изгубат спонтано или за време на бременоста. Хистолошки има централна, мала кожна артериола и мрежесто раширени наоколу интрадермални капилари. На палпација може да се открие пулсацијата на централната артериола (Duperrat⁵⁸ Edgerton⁶¹).

3. К Л А С И Ф И К А Ц И Ј А

Повеќето од истражувачите кои се занимавале со хемангиомите направиле обид и да ги класифицираат. Целта на овие класификации е да се помогне во толкувањето на генезата на овие лезии, анатомоморфолошките, хистопатолошките и рентгенските наоди кај истите.

Постојат најразлични називи за еден ист вид на хемангиом, така што Pitanguy и сор.¹⁵⁵ тешкотиите во класифицирањето ги објаснуваат со варијациите во големината, формата, местото и хистопатолошката слика на овие промени. Терминот „ангиодисплазии“ доста често се употребува во означувањето на хемангиомите исто како и нивното вбројување во групата на васкуларните тумори (Bliznak и Staple²⁴; Lea Thomas и Andress¹¹⁵). Boyd²⁷ пак ги смета за хиперплазија и дилатација на крвните садови.

Бидејќи се среќаваат уште од раѓањето и ги има најмногу во детската возраст Phaibul¹⁵³ ги распоредил во три групи:

- капиларен хемангиом
- кавернозен и
- јагодест тип;

што е истовремено и нивна клиничка поделба (според Andrews и сор.⁷).

Секој од овие три вида хемангиоми има и своја еволуција, па според тоа Schrudde и Petrovici¹⁶⁹ ја прошируваат класификацијата на Blakefield според која има:

1. Инволутивни форми на хемангиоми каде спаѓаат: туберозниот и мешаниот туберо-кавернозен тип;
2. Неинволутивни форми означени како: невус фламеус и кавернозен хемангиом.

Кај хемангиомите во регијата на лицето и вратот се битни и анатомоморфолошките карактеристики затоа што тие можат да се сретнат во паротидните жлезди, јазикот, фарингсот, усните, образите и коскените структури (Worck²²¹).

Од хистопатолошки аспект нивната поделба има голема практична т.е. тераписка и прогностичка важност. Така според Rittermann и Marković-Perčić¹⁶³ има:

- hemangioma simplex со три варијанти: capillare, arteriale и venosum..
- hemangioma cavernosum и
- Morbus Osler или т. нар. телеангиектази.

Во хистопатолошките класификации се дава поента на туморската природа на овие лезии па според тоа Meeks и сор.¹³⁶ ги распоредуваат во:

1. Хемангиоми со ендотелно потекло кои можат да бидат:
 - бенигни (капиларниот, кавернозниот, хемангиоендотелиомот и т. нар. хемангиом) и
 - малигни (хемангиоендотелиосаркома и хемангиосаркома);
2. Хемангиоми со потекло од перицитите:
 - бенигни (гломус-тумор и хемангиоперицитомата) и
 - малигни (хемангиоперицитосаркома).

Нешто поизменета класификација дал Worck²²¹ кој ги подредил како:

- хемангиоми (капиларни, кавернозни, мешани и инвазивни),
- хемангиоперицитоми,

- лимфангиоми, Капошиев ангиосарком, васкуларни аномалии од конгенитална или трауматска етиологија и
- интраваскуларни хемангиоматози при обнова (реканализација) на тромби.

Во последно време Vatsakis и Rice¹³ наново ја актуелизираат горе споменатата класификација на хемангиомите со нивна глобална поделба на: бенигни и малигни, при што во првата група ги вбројуваат: хемангиомите, лимфангиомите, ангиоматозата, цистичниот хигром, артерио-венските фистули, флебектазиите и телеангиектазиите, а во малигните лезии ги вбројуваат: ангиосаркомот, Капошиевият сарком, хемангиоперицитомот, лимфосаркомот и гломус туморите.

Базирана врз можностите за ангиографско прикажување на овие промени постои и нивна класификација според морфолошкиот приказ на промените во: артериовенски, капиларни и венозни; и според хемодинамските карактеристики на: хемангиоми со брз проток на контрастот и со спор проток (Valavanis и Clodius²⁰⁴).

4. МЕТОДИ ШТО СЕ ПРИМЕНУВААТ ВО ЛЕКУВАЊЕТО НА ХЕМАНГИОМИТЕ

Постојат голем број на разновидни методи за терапија на хемангиомите. Некои од нив имаат за цел да ги отстранат, други да го запрат нивниот раст или да ја забрзаат нивната спонтана регресија.

Во конзервативниот третман се користат над 50 методи (Завалов и Гасанов²²⁴), од наједноставни - убризгување на топла вода во луменот на хемангиомот, па се до употреба на ласерот, емболизацијата и кортикостероидите. Меѓу најчесто употребуваните методи се:

1. Метод на склерозација користи убризгување на т.нар.

склерозантни раствори: уретан, кинин, натриум моруат, етоксисклерол, натриум тетрадецилсулфат и др. Целта е да се предизвика интерстицијална фиброза и смалување на хемангиомот. Се применува при лезии нешто по одалечени од површината на кожата, односно мукозата на усната празнина. Натриум моруатот се употребува како 5% раствор. Не дава алергија ниту емболија, а техниката на инјектирањето е едноставна - со директна апликација во хемангиомот. Ако инцидентно се инјектира во околотото здраво ткиво не предизвикува болни некрози (Chin⁴¹).

Woods²²⁰ користи натриум тетрадецилсулфат кај 18-ет пациенти со хемангиоми кои биле хируршки потешко достапни за лекување. При тоа постигнал скромни до извонредни резултати кај 15 од нив.

2. Криотерапијата користи течен азот и CO₂-снег.

Според Прусаков и сор.¹⁵⁸ нивната примена се покажа корисна само при површни хемангиоми, особено CO₂-снегот кој дава задоволителни резултати кај помали суперфицијални капиларни лезии, бидејќи со оваа терапија се врши смрзнување на ткивото во длабина од само неколку мили метри.

Во експериментална студија што ја спровел Walder²¹⁰ врз животни проценета е корисноста од криотерапијата. При тоа со помош на крио сонда смрзнувани се садови во мозокот и е најдено дека нивната облитерација е најчесто резултат на пролиферација на интимата и тромбоза во луменот.

Од најновите клинички добиени резултати од примената на течен азот (Adzick и сор.³; Geraskin и сор.⁷²; Li Y¹²¹ и Song¹⁸⁰) успехот во третманот на хемангиомите се движи и до 98% од случаите кои се најчесто деца.

3. Примена на топлина: каутеризација и дијатермија.

Соловко¹⁸¹ врши каутеризација со помош на електрохируршки апарати за да предизвика промени во хемангиомската лезија. Електропункцијата ја прави со тенки иглести електроди во длабочина од 1-2 мм и меѓусебно растојание од 0,5 - 1 см. На овој начин постигнал излекување за 3-4 месеци. При кавернозните хемангиоми оваа терапија мора да се повторува и по 3-4 пати како би се постигнал задоволителен терапевтски успех. Добри резултати се добиени и кај звездестите хемангиоми. Козметичките резултати биле задоволителни кај скоро сите третирани случаи.

Според Rittermann и Marković-Pečić¹⁶³ електрокоагулација се применува кај хемангиоми со тенденција за брз раст и во случаи каде радикален хируршки зафат не е

можен. Тие користат специјално конструирана игла, чии врв е слободен за премин на електрична струја во ткивото, а останатиот дел е изолиран со специјален лак. Така се постигнува електрокоагулација само во одредена длабина, а површината на кожата останува сочувана.

4. Ирадијациона или рентген терапија.

Оваа терапија се применува кај поголеми хемангиоми, се спроведува однадвор со X-зраци или радиум (Conway и сор.⁴⁶ За да се елиминира бета-радијацијата која дава кожни оштетувања, од особена важност е правилното филтрирање на зрачниот сноп. Li и сор.¹²⁰ користат дози меѓу 300 и 600 рентгена, со 50 KV, 2mA и 4 cm одалеченост. Се користат Радиум-плочки и ирадијациони игли.

Повеќе студии кои се занимаваат со резултатите на ваквата терапија (Azzolini и Nouvenne⁹; Bek и Zahn¹⁵; Conway и сор.⁴⁶; Guibert и сор.⁷⁹; Li и сор.¹²⁰; Polju-gan¹⁵⁷; Schettler и Heesen¹⁶⁸ и Schrudde и Petrovici¹⁶⁹) укажуваат на фактот дека таа е опасна, бидејќи е асоцирана со касни секвели на атрофија, дерматит и цикатрикси на ткивата, оштетување на епифизата, коските и тиреоидеата, како и заради радио некроза и неопластични појави (Csaky и сор.⁴⁷; Wang и сор.²¹²).

5. Метод на тетуажа - за постојана камуфлажа на површни васкуларни неви на лицето со интрадермални инекции на нерастворливи пигменти. Brown и сор.³¹; Conway и сор.⁴⁶). Понова студија од Grabb и сор.⁷⁶ дава оценка дека оваа терапија не е многу сигурна (подобрување дава во помалку од 50% од случаите) и не се препорачува кај помлади паци-

енти.

6. Метода на емболизација - претставува една од поновите методи применета од Langacre (1972 г.), кој направил интраваскуларна емболизација со силиконски топчиња (Schrudde и Petrovici¹⁶⁹). Како други емболизирачки материјали се: балон-катетри (Takahashi и сор.¹⁹⁶), аутологни ткива - мускул, крв (Thompson и сор.¹⁹⁸), гел-пена (Takahashi и сор.¹⁹⁶; Thompson и сор.¹⁹⁸), цијан-акрилатно лепило (Thompson и сор.¹⁹⁸), микстура од бикрилат со липидол (Stosslein и сор.¹⁹¹), поливинил-алкохол пена или т.нар. Ивалон (Schwartz и сор.¹⁷¹) и силастик-282-силикон (Thompson и сор.¹⁹⁸).

За да се дојде до крвните садови на хемангиомот кои треба да се емболизираат, нужно е да се катетеризираат гранките на каротидниот систем, а тоа најбезбедно се врши со феморален пристап, при што се избегнува директната трауматизација на артерија каротис и евентуалниот спазам на церебралните крвни садови (Djindjian⁵⁴).

Со овој метод може да се излекуваат мали и средно големи лезии. За големите хемангиоми претставува само предоперативна припрема, како би се тие редуцирале и се смалил ризикот од искрварување (Barsekow и Schmidt¹⁰; Biller и сор.²⁰; Donati и сор.⁵⁵; Guibert и сор.⁷⁹; Persky и сор.¹⁵¹; Stosslein и сор.¹⁹¹; Valavanis и Clodius²⁰⁴).

Thompson и сор.¹⁹⁸ критички ги анализираат и компликациите при оваа метода (тромбо-емболии на нормални крвни садови, ретроградни тромбози вдоль проксималните делови на зачепениот крвен сад и можноста од создавање и ширење на

мали емболуси во венската циркулација), а Desuth и сор.⁵² ја истакнуваат опасноста од појава на ткивна некроза.

7. Метод на компресија - опишан за прв пат во 1964 год. од Moore¹⁴¹. Терапијата е комбинирана со давање на кортикостероиди, што претставува обид за скратување на времето нужно за инволуција на хемангиомот. Miller и сор.¹³⁸ ја применуваат оваа метода засебно или во горе споменатата комбинација при што користат еластични завои кои овозможуваат спречување на исхемијата на околното здраво ткиво. Методата не е многу практична во лекување на хемангиоми локализирани околу носот и очите заради кожните улцерации.

8. Ласер (Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation) претставува тесно усмерен светлосен зрак со јака енергија, кој што може да се добива од CO₂ или Аргон. CO₂-ласерот служи за сечење затоа што брзо испарува од ткивата, дава згрушување на крвта со тромбозирање на малите крвни садови. Во оралната патологија го гарантира квалитетот на интервенцијата и ги спречува постоперативните компликации (Clouet и сор.⁴⁴), а е најсигурен и ефикасен при терапијата на хемангиоми во субглотицната и ларингеалната регија (Mizono и Dedo¹⁴⁰; Семенова и сор.¹⁷²). Аргон-ласерот се применува за коагулирање бидејќи врши тромбозирање на субепидермални капилари и вени, селективно се абсорбира од хемоглобинот и има бранова должина од 478 и 514,5 нм. Не ја оштетува околината, како што е случај со рентген зраците. Од испитувањата на Apfelberg и сор.⁸ при терапијата на невус фламеус хемангиомите, најдена е коагулациона некроза на внатрешниот епидерм и најгорниот дермален колаген, со мали тромбози.

Подлабоките структури на ткивата имаат-минимални оштетувања. Како резултат на сето ова се јавува микроскопска круста на озрачената површина, која после 1 до 2 недели отпаѓа. И покрај тоа нема голем успех кај деца под 12 годишна возраст (Smith и Cook¹⁷⁷), затоа е индицирана нејзината примена само кај иноперабилни и посебно избрани случаи како што е невус бламеус хемангиомите (Apfelberg и сор.⁸; Hobby⁸⁵; Zhang и сор.²²⁶).

9. Хируршка терапија најдобро е да се применува кај мали и јасно ограничени тумори, чија екстирпација не е проблематична (Heiner и Zenk⁸³). При поголемите кавернозни хемангиоми, хируршката интервенција може да предизвика оштетување на околни нерви, мускули (Brown и сор.³³), или да доведе до нивно нагло постоперативно разраснување (Brown и Smith³²).

5. ДОСЕГАШНА ПРИМЕНА НА КОРТИКОСТЕРОИДИТЕ ВО ЛЕКУВАЊЕТО НА ХЕМАНГИОМИТЕ

Кортикостероидите за прв пат се применети во 1955 г. од Meeks и сор.¹³⁶ при терапија на болен од Syndroma Kasabach-Merritt (тромбоцитопенија и хемангиом). Тие, освен корекција на бројот на тромбоцитите, забележале и смалување на присутниот хемангиом. Примениле кортизон во доза од 6,25 мг per os на секои 6 часа.

Лашре и Latourette¹¹³ (1959 г.) и Margileth и Muses¹³⁰ (1960 г.) ги користат кортикостероидите во лекувањето на хемангиоми кај деца, во сеанси што траат 2-4 недели, кои по потреба (ако првично не е постигнат задоволителен резултат) се повторуваат после 6-8 недели.

Во тек на шеесетите години многу автори го прифаќаат овој тераписки пристап со тоа што прават обиди и да ги одредат тераписките дози на поедини кортикостероидни препарати. Така Harter и сор.⁸¹ (1963 г.) и Thorn¹⁹⁹ (1966 г.) препорачуваат ординирање на лекот секој втори ден во доза до 40 мг (вместо секојдневно по 20 мг) и сметаат дека на тој начин знатно се смалува ризикот од овој вид терапија.

Katz¹⁰⁰ (1965 г.) приложил орална терапија со 40 мг на ден преднизолон кај дете со мултипли хемангиоми и тромбоцитопенија при што постигнал подобрување на тромбоцитопенијата и смалување на хемангиомот.

Zarem Edgerton²²³ (1967 г.) први почнале да ги

лекуваат со преднизон *per os* хемангиомите кои претставувале животна опасност бидејќи имале брз раст и локализација во витално важни органи. Ординирале по 20 мг на ден преднизон и во тек на 3-8 недели неговата доза ја смалувале до 2,5 мг на ден. Така, кај лекуваните деца, кои биле меѓу 2 и 21 месец, успеале да постигнат регресија во растот кај повеќе од половината случаи.

Fost и Esterly⁶⁸ (1968 г.) исто користат преднизон *per os* во доза од 20-30 мг, со постепено смалување во тек на три месеци. Притоа постигнале успех кај 5 од третираните 6 пациенти со мешани јувенилни, капиларокавернозни форми на хемангиоми. Сето ова зборува дека кортикостероидите нудат големи терапевски можности во пред хируршката фаза на лекувањето на хемангиомите.

deVenecia и Loback⁵³ (1970 г.) примениле преднизон во доза од 5 мг четири пати на ден со постепено смалување на дозата до 2,5 мг, кај дете со хемангиом во орбитата и горниот очен капак. Притоа уште во почетокот постигнал смалување на хемангиомот и можност кај пациентот да гледа.

Повеќе автори, меѓу кои Cohen и Wang⁴⁵ (1972 г.), Steahly и Almquist¹⁸⁷ (1973 г.) и Lasser и Stein¹¹⁴ (1973 г.) со успех ги користат кортикостероидите во третманот на хемангиоми во очните капаци, орбитата и др. делови на главата и вратот во дози од 20-40 мг на ден.

Brown и сор.³³ (1972 г.) и Schindera¹⁷⁰ (1972 г.), за да се избегнат симптомите од кортикостероидната терапија во смисла на атрофија на кожата, Кушинг, хипертензија и т. нар. кортикостероидна зависност препорачуваат нивно ордини-

раве секој втор ден и натамошно одржување со 1 мг преднизолон интра венски.

Слично препорачуваат и Edgerton⁶¹ (1976 г.) и Sutt-
hiwan¹⁵³ (1976 г.) кои даваат 20-40 мг преднизолон per os
секој втор ден, но без смалување на терапевските дози.

Williams²¹⁷ (1979 г.) пак, хемангиом во горен очен
капак и орбита лекува со високи дози преднизолон (40 мг секој
втор ден) но, со смалување на дозата до 50% за три недели.

Во терапијата на хемангиомите во детска возраст,
особено на оние со агресивен раст, Heiner и Zenk⁸³ (1981 г.)
препорачуваат соработка со педијатар и дози до 2 мг на кг
дневно. Истото го постигнале Sadan и сор.¹⁶⁷ (1982 г.) во
терапија на субглотични хемангиоми кај деца, но со нешто
повисоки дози (3-5 мг/кг на ден).

Kveton и Pillsbury⁹⁷ (1982 г.) во предоперативната
фаза кај субглотични хемангиоми кај деца освен преднизолон,
во доза од 5 мг/кг на ден, употребиле и дексаметазон интра-
венски (0,3 мг/кг на ден).

Hawkins и сор.⁸² (1984 г.) на сличен начин лекувале
деца меѓу 1,5 м. и 16 м. со хемангиоми во респираторен тракт,
само што дозата на дексаметазонот од 1 мг/кг на ден била
ординирана 5 дена, после што преднизолонот бил даден во доза
до 3 мг/кг на ден.

Во 1986 г. Quee и сор.¹⁶⁰ примениле триамцинолон
интравенски за орбито-палпебрални хемангиоми, а меѓу понови-
те терапевски обиди е и оној на Davanzo и сор.⁵⁰ (1987 г.)
кои неонатални дифузни хемангиоми лекуваат со преднизолон per
os.

Обидите за примена на други кортикостероиди и во друг вид на апликација датира од пред повеќе години.

Weber²¹⁴ (1973 г.) кај мали деца со капиларо-кавернозни хемангиоми применува бетаметазон-17-валерат-крем секој 6 саати на ден со охрабрувачки резултат.

Azzolini и Nouvenne⁹ (1974 г.) лекувале 10 случаи на хемангиоми во заушната регија со интрахемангиоматозно вбризгување на раствор на преднизолон или триамцинолон.

Искуството на Edgerton⁶¹ (1976 г.) дека кортикостероид (преднизон) даден интралезионо - во интерстициумот на хемангиомите, има предност во однос на системски ординираниот лек, го примениле Abe¹ (1984 г.), Nelson и сор.¹⁴⁶ (1984 г.) и Fitzsimons⁶⁶ (1984 г.) кои кај брзо растечки јагодести хемангиоми аплицирале триамцинолон.

Kushner¹¹¹ (1985 г.) лечел хемангиоми во орбиталната регија со интрахемангиоматозно вбризгување на триамцинолон ацетат (кој што има пролонгирано дејство) и солуција на еднакви делови бетаметазон-натриум-фосфат и бетаметазон-ацетат (со брзо дејство). Дозите на применетите лекови ги одредувал во зависност од големината на хемангиомот и тежината на пациентите. Постигнал побелување на лезијата и регресија во големината на лезијата. На овој начин Sutula и Glover¹⁹⁴ (1987 г.) успешно лекувале неонатални капиларни хемангиоми на очните капаци. Тие сметаат дека ваквиот третман е полесен за примена, може да се повторува и не е пропратен со сериозни компликации.

6. ДОСЕГАШНА ПРИМЕНА НА ЕТИЛ АЛКОХОЛОТ ВО ЛЕКУВАЊЕТО НА ХЕМАНГИОМИТЕ

Етил алкохолот во терапијата на хемангиомите е предложен уште во 1871 год. од Schwalbe (Василева и сор.²⁰⁵ (1969 г.).

Rittermann и Marković-Pečić¹⁶³ (1960 г.) користат 70% етил алкохол во доза од 1 - 10 ccm со директно инекци-оно убризгување во туморот. Тие на овој начин лекувале кавернозни хемангиоми локализирани во паротидната регија со цел да го редуцираат туморот пред хируршкиот третман.

Во врска со примената на етил алкохолот во терапијата на хемангиомите Василева и сор.²⁰⁵ извршиле хематолошки испитувања при што констатирале смалување на хемоглобинот и еритроцитите, со леукоцитоза заради зголемен број на неутрофили гранулоцити. Овие хематолошки промени се набљудувани кај 27 пациенти, од кои 11 добиле по 1 инекција, 9 по две, а 6 по три и само еден пациент добил шест инекции во интервал од 12 - 15 дена. Анализата на периферната крв кај сите пациенти е направена во три наврати, пред апликацијата на етил алкохолот, веднаш после тоа и во наредните три дена. Според количината на аплицираниот алкохол пациентите биле поделени во 3 групи. Првата група (10 пациенти) примила 20 мл втората (15 пациенти) 21 до 39 мл и третата (2 пациенти) 40 до 76 мл етил алкохол. Испитувањата покажаа промена во бројот леукоцити и леукоцитната формула кои зависеле од количината на применетиот алкохол. Така двојно зголемување на леукоцитите е забележано во групата која примила 40 до 76 мл етил алкохол. Единствено еозинофилите останале непроменети.

7. ЦЕЛ НА РАБОТАТА

1. Цел на овие тези е да се проучи корисноста од примената на кортикостероидот Ултракортен -X и на концентрираниот етилалкохол во лекувањето на хемангиомите во регијата на главата и вратот.
2. Начинот на кој е поставен проблемот дава можност со дозата ризикот од примената на овие два лека, дадени локално со вбризување, да се сведе на минимум.
3. Да се утврди корисноста од лекувањето на хемангиомите со Ултракортен -X инјектирани во интерстициумот на туморот, односно на концентрираниот етилалкохол вбризан строго интрахемагиоматозно. Да се изнесе и спор-дат нивните терапевтски одговори според клиничките, хистопатолошките и имунолошките карактеристики.
4. Да се прикажат резултатите од третманот при разните видови на хемангиоми во различни возрасти и да се даде прилог за нивна понатамошна примена.
5. Докажување на одредената улога што можат да ја имаат рентгенолошките, радиоизотопските, хистолошките и имунолошките испитувања во откривањето на дејството на Ултракортен -X и етилалкохолот.

8. КЛИНИЧКИ МАТЕРИЈАЛ, ЛЕКОВИ И МЕТОД НА РАБОТА

8 - а. КЛИНИЧКИ МАТЕРИЈАЛ

Во истражувањето како клинички материјал се користени случаи на хемангиоми од:

- пациенти со претходно нелекувани хемангиоми;
- пациенти дијагностицирани по пат на рентгенска снимка;
- пациенти со патохистолошки или цитолошки верифициран хемангиом;
- пациенти со хемангиоми кои биле претходно лекувани со други методи, рецидив.

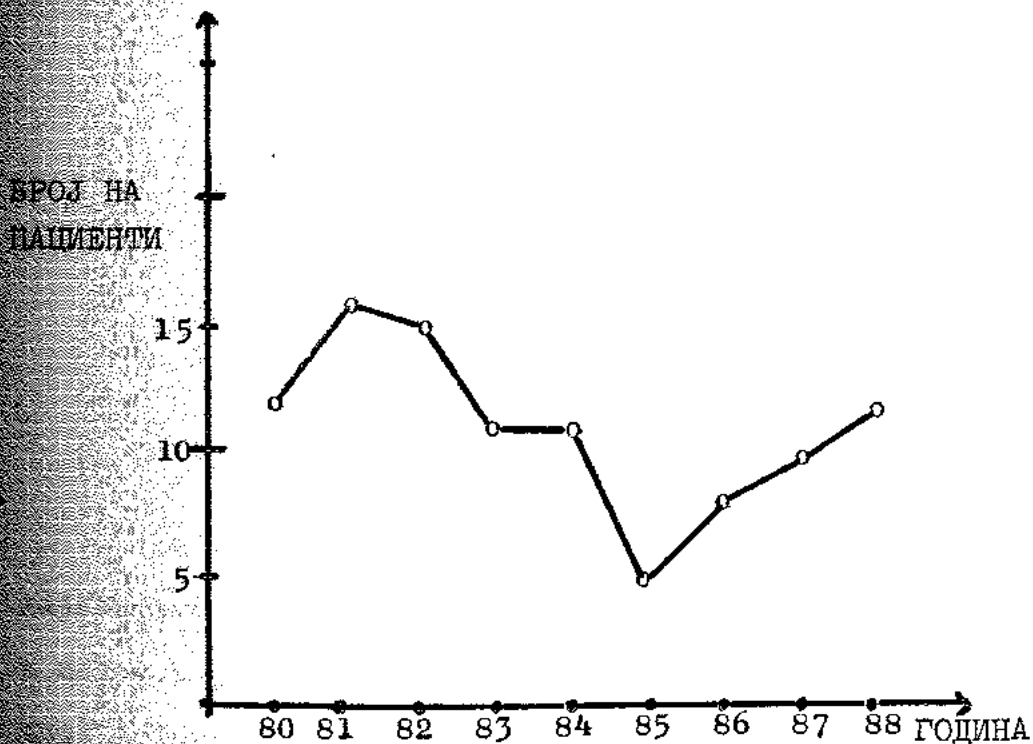
Испитувањата се вршени во временскиот период од 01.01.1980 г. до 30.06.1988 г. Во овој период се лекувани 100 болни со хемангиоми во пределот на максилофацијалната регија, со помош на кортикостероидот Ултракортен-Х и етил алкохол. Возраста, полот, локализацијата на хемангиомите, како и времетраењето на третманот се земени како основни параметри за презентирање на клиничкиот материјал.

ТАБЕЛА I. ЛЕКУВАНИ ПАЦИЕНТИ ОД ХЕМАНГИОМИ ВО ПЕРИОДОТ
1980/1988 Год.

ГОДИНА	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	Вк.
БРОЈ НА ПАЦИЕНТИ	12	16	15	11	11	5	8	10	12	100

Од табела I. се гледа дека со исклучок на 1985 и 1986 г. бројот на лекуваните од хемангиоми на Клиниката за максиларно-лицна хирургија осцилира меѓу 10 и 16 пациенти годишно. Податоците од табелата графички се прикажани на графикон I.

ГРАФИКОН I. ВРЕМЕНСКИ ДИЈАГРАМ НА ЛЕКУВАНИТЕ ПАЦИЕНТИ СО ХЕМАНГИОМИ ВО ПЕРИОДОТ 1980/1988 Год.



Во испитувањата беа вклучени пациенти од најразлична возраст и од обата пола, што може да се види на табела II. Каде е прикажана дистрибуцијата на пациентите по овие два селези.

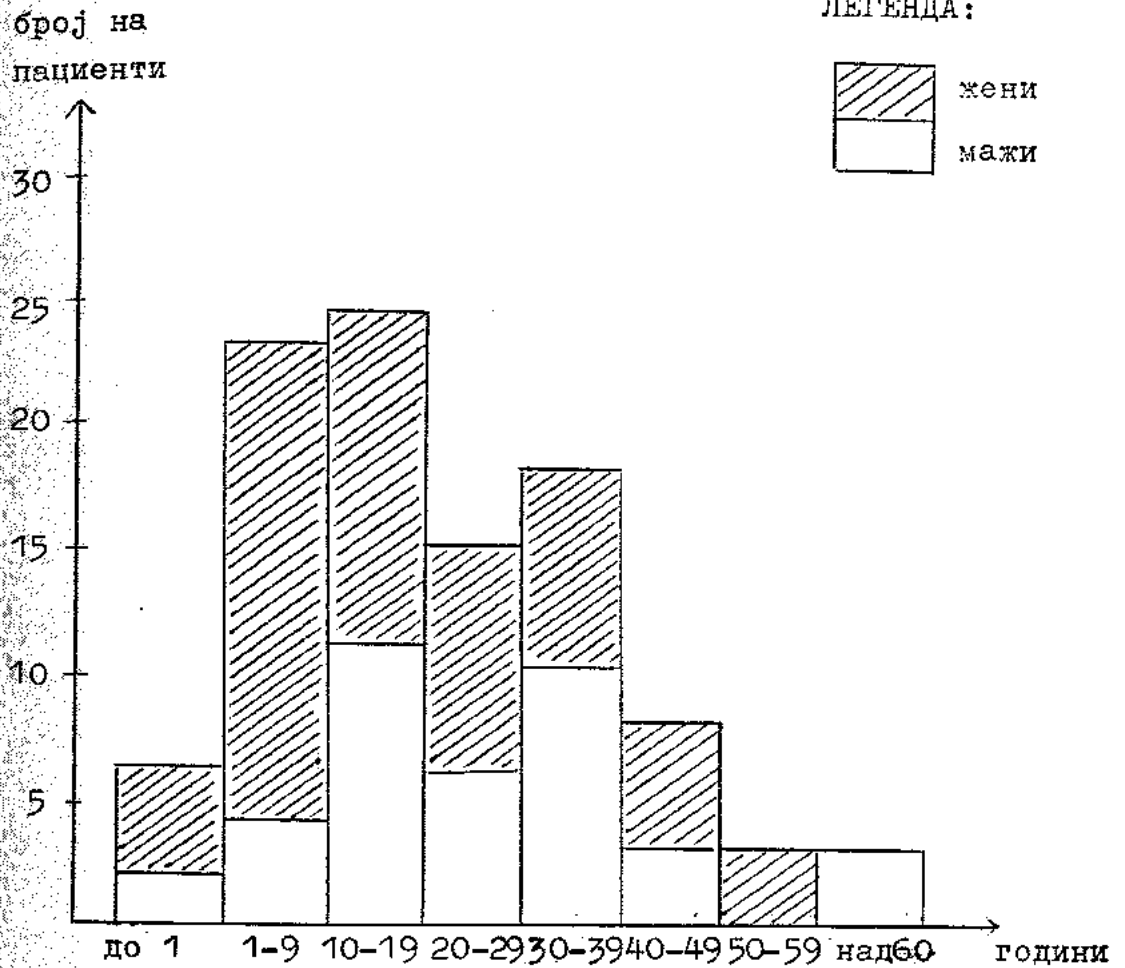
ТАБЕЛА II. ДИСТРИБУЦИЈА НА ЛЕКУВАНИТЕ ПАЦИЕНТИ СО ХЕМАНГИОМИ ПО ВОЗРАСТ И ПОЛ

ВОЗРАСТ	ПОЛ		ВКУПНО
	М.	Ж.	
до 1 г.	2	4	6
1 - 9 г.	4	19	23
10 -19 г.	11	13	24
20 -29 г.	6	9	15
30 -39 г.	10	8	18
40 -49 г.	3	5	8
50 -59 г.	0	3	3
над 60 г.	3	0	3
ВКУПНО	39	61	100

Од горната табела се гледа дека хемангиомите се најзаастапени во возрастната група 10 - 19 години (24 случаи), а потоа кај децата меѓу 1 - 9 години (23 случаи). Најмладиот пациент беше на 9 месечна возраст, а најстариот на 69 години. Просечната возраст на статистичката маса на лекуваните е пресметана по формулата $\bar{x} = \frac{\sum a \cdot f}{\sum f}$ и изнесува 22,5 год., додека стандардната девијација $\sigma = \sqrt{\frac{\sum f \cdot d^2}{\sum f}}$ изнесува 16,4 години.

Табела II. со хистограм е прикажана на графикон II.

ГРАФИКОН II. ПРИКАЗ НА ЛЕКУВАНИТЕ ПО ВОЗРАСТ И ПОЛ



Според локализацијата хемангиомите што се предмет на ова истражување се презентираат во повеќе регии. Тоа може да се види на следната табела:

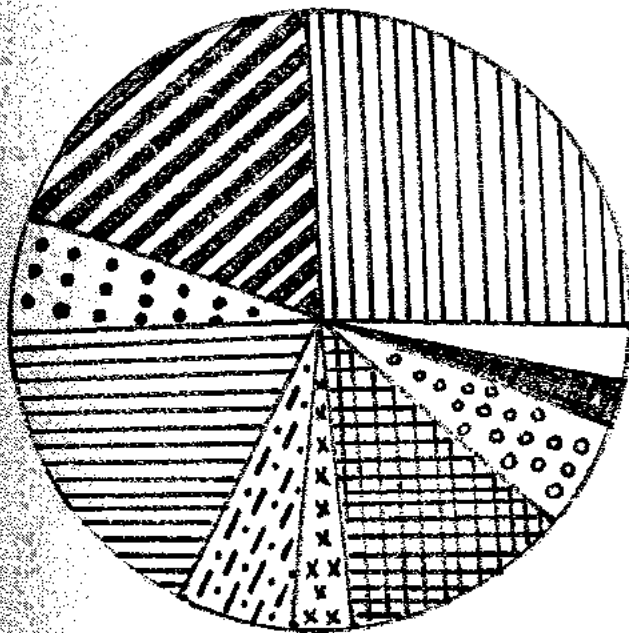
ТАБЕЛА III. ДИСТРИБУЦИЈА НА ЛЕКУВАНИТЕ СПОРЕД
ЛОКАЛИЗАЦИЈАТА НА ХЕМАНГИОМИТЕ

РЕГИЈА		БРОЈ НА ПАЦИЕНТИ
reg. buccae		26
reg. faciei		19
reg. parotidea		7
lingua		17
reg. sublingualis et submandibularis		6
reg. periorbitalis		2
labium oris	superior	3
	inferior	12
regio ossea	maxilla	6
	mandibula	2
ВКУПНО		100











Од табела III. се гледа дека во статистичката маса на третираните хемангиоми најзастапени се оние локализирани на образите (26%) од случаите, на лицето (19%) и во јазикот (17%) и долната усна (12%). Најретки беа случаите на хемангиоми во долната вилица (2%) и околу очната регија (2%).

Това може да се види на следниот кружен графикон каде со сектори од кругот најсликовито е прикажана застапеноста на поедини локализации во општото појавување на хемангиомите.

ГРАФИКОН III. КРУЖЕН ДИЈАГРАМ НА ДИСТРИБУЦИЈАТА НА ЛЕКУВАНИТЕ ХЕМАНГИОМИ ПО ЛОКАЛИЗАЦИЈА



ЛЕГЕНДА:

-  reg. buccae
-  reg. faciei
-  reg. parotidea
-  lingua
-  reg. sublingualis et submandibularis
-  reg. periorbitalis
-  labium oris superior
-  labium oris inferior
-  maxilla
-  mandibula

Должината на лекувањето на пациентите се движеше меѓу еден и 39 дена, што е прикажано на следната табела:

ТАБЕЛА IV. ВРЕМЕТРАЕЊЕ НА ЛЕКУВАЊЕТО НА ПАЦИЕНТИТЕ СО ХЕМАНГИОМИ

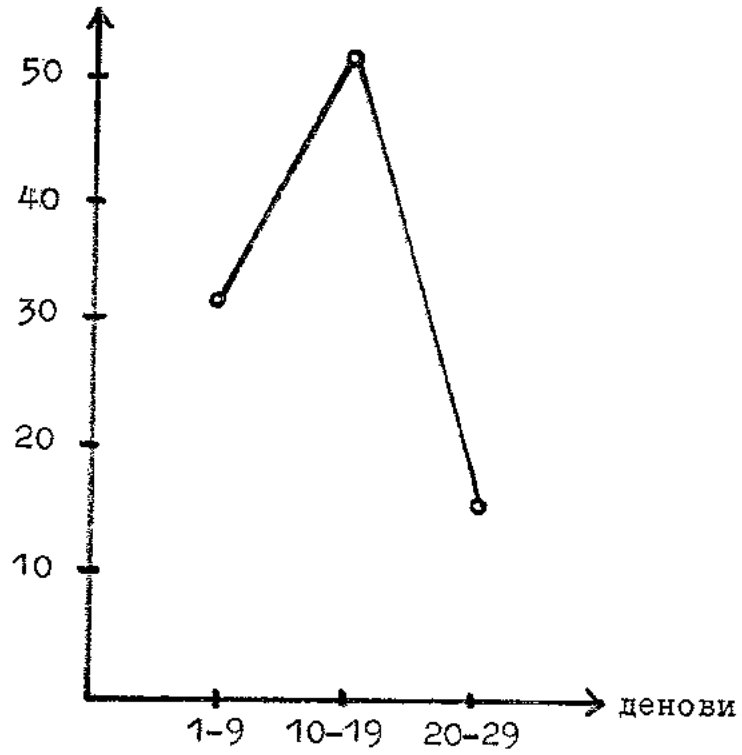
ДЕНОВИ НА ЛЕКУВАЊЕ	БРОЈ НА ПАЦИЕНТИ
1 - 9 дена	32
10 - 19 дена	52
20 - 29 дена	16
ВКУПНО	100

Се гледа дека во масата лекувани пациенти најголем дел од нив се лекувани меѓу 10 и 19 дена (52%). Просечното траење на лекувањето изнесува 13,4 дена со отстапување од 6,7 дена.

На следниот графикон е прикажан пикот на случаите лекувани во назначениот временски интервал.

ГРАФИКОН IV. ВРЕМЕТРАЕЊЕ НА ЛЕКУВАЊЕТО НА ХЕМАНГИОМИТЕ

број на
пациенти



8 - 6. ЛЕКОВИ И НАЧИН НА НИВНА ПРИМЕНА

6 - 1. Природните и синтетските кортикостероиди имаат една основна четирипрстена стероидна структура. Се синтетизираат во холестерол во адrenalниот кортекс како одговор на дејството на АКТХ (кортикотропин) врз цикличниот АМП-систем на мембраната на кортикалните клетки. Мали замени во структурата можат значајно да ја изменат фармаколошката активност на овие соединенија. Гликокортикостероидите имаат најголемо влијание врз метаболизмот на јаглените хидрати, а минералокортикостероидите врз реналните канали и то зголемуваат реасорбирањето на натриумот. Синтетските кортикостероиди можат да имаат некои од обата типа на активност. Дадени орално исцело и брзо се апсорбираат во гастроинтестиналниот тракт, при што максимална концентрација во плазмата се постига за 2 часа. Најголем дел од нив се транспортира во конјугирана-врсана форма, за протеини во плазмата. Се разградуваат во црниот дроб и за нецели 8 часа нивното ниво во плазмата се смалува за 15%. Гликокортикостероидите влијаат антиинфламаторно и антиалергично - со дејство врз синтеза и активност на ендоксидите, врз пермеабилноста и функцијата на клеточната мембрана, врз синтезата на РНА, додека катаболни ефекти им се: зголемена гликогеногенеза, смалено искористување на гликоза, инхибирање на протеинска синтеза, зголемување на протеински катаболизам, смалување на растот преку негативен азотен биланс, успорување на зарастување на раните, смалување на отпорноста кон инфекции и имunosупресија. Во клеточно и субклеточно ниво ги спречуваат формирањето на едем, капиларната дилатација и пролиферација, фибринската депозиција, миграцијата на леукоцитите во воспалени региони, фагоцитната активност, фибробласната пролиферација, колагенската депозиција и формирањето на цикатрикс. Експериментално е забележана остеопороза на процесус алвеоларис кај животни третирани со кортикостероид. Исто така е забележана дегене-

рација на влакната на периодонталниот лигамент и појава на воспаление во периодонталното ткиво.

Ако кортикостероидната терапија се спроведува во текот на неколку месеци, повеќето пациенти покажуваат знаци на остеопороза. Се мисли дека тоа е резултат на смалена апсорпција на калциум во гастроинтестиналниот тракт и редуцирана синтеза на колагенски матрикс на остеобластите.

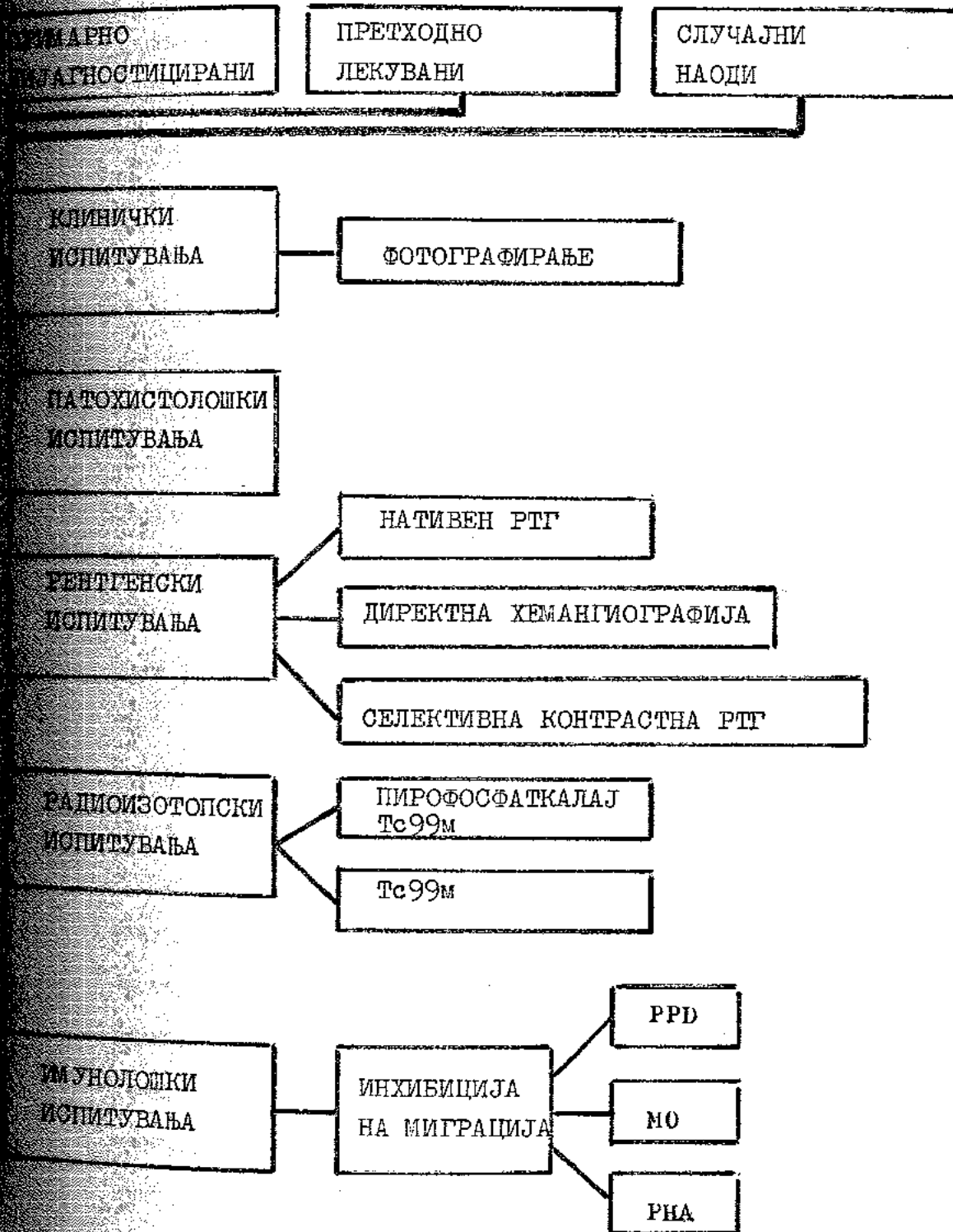
Во испитувањето е употребуван Ултракортен-Х (естер на преднизолонот) кој има гликокортикоидно дејство. Тоа е Натриум-преднизолон-тетрахидрофталат, прав растворлив во вода. Во натамошниот текст за овој препарат ќе се употребува називот преднизолон. Истиот е убризгуван интерстициелно во ткивото на хемангиомот и тоа при возрасни во доза од 50 мг, а при деца од 25 мг, растворени во 1 мл редестилирана вода, секој втор ден. Во текот на една терапевска сеанса се убризгувани од 1 до 3 апликации, зависно од возраста на болниот и големината на хемангиомот. Во некои случаи истата е повторувана по временски интервал од 3 до 6 месеци.

б - 2. Етил алкохол (C_2H_5OH) - етанол или спирт е бистра, безбојна и лесно запалива течност. Има својствен мирис и вкус, точка на вриење на $78,4^{\circ}C$ и неутрална реакција. Нормална концентрација во крвта изнесува 0,003%. Етанолот се оксидира во црниот дроб при што од секој грам се ослободуваат 7,1 калорија. Мали количества на етанол ја забрзуваат работата на срцето. Поголемите пак, имаат обратно дејство заради неговата токсичност и иритација на нервус вагус. Етанолот во концентрација над 70 вол.% делува каустично.

Во испитувањето е употребуван концентриран - 96% етанол што е убризгуван еднократно, строго интрахемангиоматозно, во количина од 0,5 - 2 мл зависно од возраста на пациентот, местоположбата и големината на хемангиомот.

8 - в. МЕТОД НА РАБОТА

На шема 1. е прикажан начинот на испитување што е користен во текот на научно-истражувачката работа.



Како метод на работа се користени:

- клинички испитувања со верифицирање на состојбата по пат на фотографирање на секој пациент пред и по завршеното лекување.
- патохистолошки испитувања како за утврдување на дијагнозата, така и за откривање на структурните промени што ги даваат применетите лекови.
- рентгенолошки испитувања со примена на најразлични ртг снимања пред и по третманот меѓу кои најважно место зазема директната интрахемангиоматозна рентгенографија и селективната ангиографија. Со нив може не само да се потврди дијагнозата и да се прати успехот од аплицираната терапија.
- радиоизотопски испитувања при кои се инјектира Технициум 99m во вид на болус од 10 до 15 мС (370 - 550 MBq). Ова е еден од новите пристапи во дијагностиката кој се покажа добар и за пратење на постигнатите терапевски резултати. На овој начин во вид на секвенцијални слики на секои 15 секунди до 1 минута се прати васкуларната фаза, а после се прави и статичен скен. Скенографскиот наод се презентира како ретенција на изотопот во крвните садови на хемангиомот.
- имунолошките испитувања ја користат методата на МИФ (миграциона инхибиција на фагоцитите) пред и по завршениот третман со преднизолонот и етил алкохолот. Овие испитувања ќе се вршат со помош на микрокапиларна техника (Угрински и Киркпатрик²⁰³) со која се мери миграционото поле на макрофагите.

9. РЕЗУЛТАТИ ОД КЛИНИЧКИТЕ ИСПИТУВАЊА

Резултатите од клиничките испитувања се распоредени во 8 табели и 8 графיקони, при што се земени во предвид: локализацијата на хемангиомот, возраста и полот на лекуваните и приемната дијагноза.

За поточно оценување на постигнатите резултати од лекувањето со преднизолон и 96% концентриран алкохол, тие се поделени во 3 групи, имено:

- добар (++) што значи да е постигнат видлив клинички успех, потврден и со други испитувања (рентгенографски, хистопатолошки и скенографски).
- задоволителен (+) кога е сопреен растот на хемангиомот, постигната редукција на постоеќата лезија и
- незадоволителен (-) кога со лекувањето не се постигнати видливи резултати, ниту е сопреен растот на хемангиомот.

9 - а. РЕЗУЛТАТИ ОД ЛЕКУВАЊЕТО СО ПРЕДНИЗОЛОН

Табела V. ги покажува поединечните и сумарните резултати од лекувањето со преднизолон кај различно локализирани хемангиоми во максилоџацијалната регија.

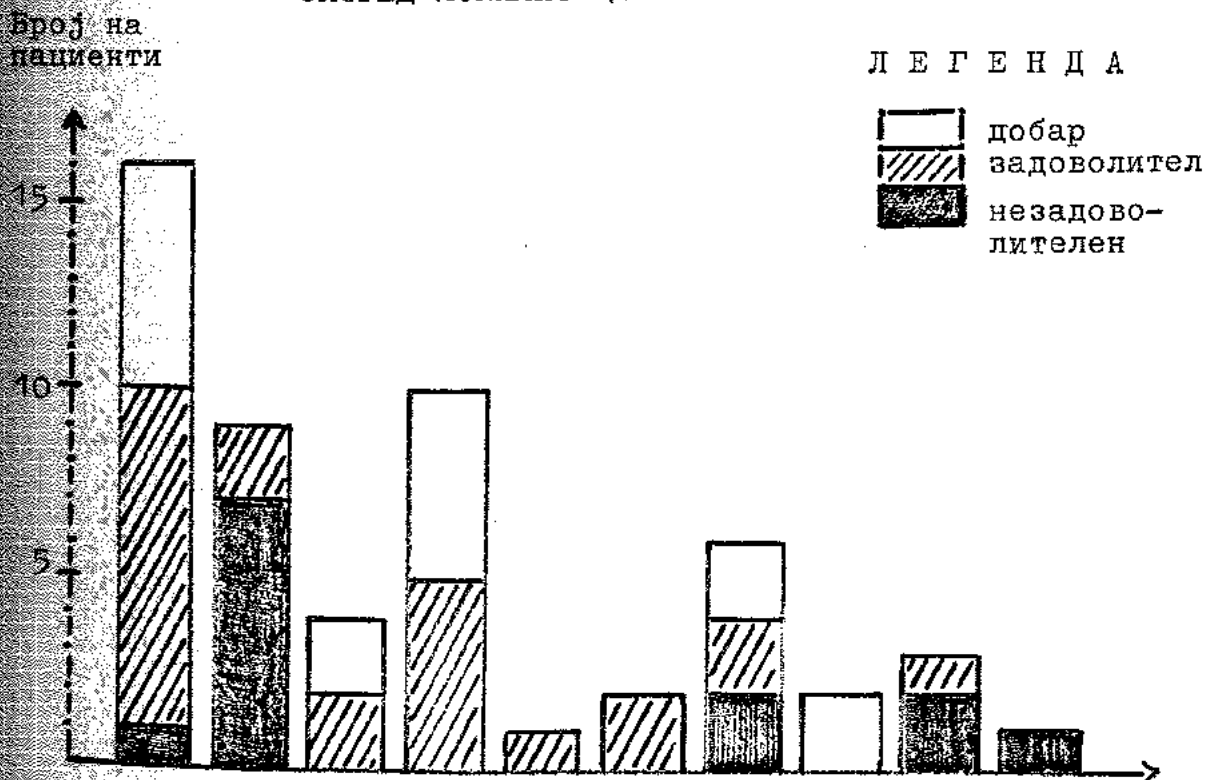
ТАБЕЛА V. РЕЗУЛТАТИ ОД ЛЕКУВАЊЕТО СО ПРЕДНИЗОЛОН СПОРЕД
ЛОКАЛИЗАЦИЈАТА НА ХЕМАНГИОМИТЕ

РЕГИЈА	РЕЗУЛТАТИ						ВКУПЕН БРОЈ НА ЛЕКУВАНИ	
	Добар (+)		Задовол.		Незадовол.		апс.	%
	апс.	%	апс.	%	апс.	%		
reg. buccae	6	37,5	9	56,3	1	6,2	16	29,6
reg. faciei	0	0	2	22,2	7	77,8	9	16,7
reg. parotidea	2	50,0	2	50,0	0	0	4	7,4
lingua	5	50,0	5	50,0	0	0	10	18,5
reg. sublingualis et submandibularis	0	0	1	100,0	0	0	1	1,9
labium oris superior	0	0	2	100,0	0	0	2	3,7
labium oris inferior	2	33,3	2	33,3	2	33,3	6	11,1
reg. periorbitalis	2	100,0	0	0	0	0	2	3,7
maxilla	0	0	1	33,3	2	66,7	3	5,5
mandibula	0	0	0	0	1	100,0	1	1,9
ВКУПНО	17	31,5	24	44,4	13	24,1	54	100,0

Оваа табела ги прикажува резултатите на постигнатиот успех од лекувањето со преднизолон. Од вкупно 54 лекувани добар

резултат е постигнат кај 17 пациенти (31,5%), кај 24 пациенти (44,4%) е постигнат задоволителен резултат, а кај останатите 13 (24,1%) резултатот е незадоволителен. Сето ова укажува дека добар и задоволителен резултат е постигнат кај 41 случај, односно во 75,9%. Според локализацијата на хемангиомите најзастапени се оние во регијата на образите (16 или 29,6% од лекуваните) и кај нив најголем процент (56,3% т. е. 9 пациенти) манифестираа задоволителни резултати од третманот, 6 лекувани (37,5%) покажаа добри резултати, додека само 1 пациент остана со незадоволителен резултат.

ГРАФИКОН V. РЕЗУЛТАТИ ОД ЛЕКУВАЊЕТО СО ПРЕДНИЗОЛОН СПОРЕД ЛОКАЛИЗАЦИЈАТА НА ХЕМАНГИОМИТЕ



Односот меѓу возраста и постигнатите резултати од терапијата со преднизолон е даден во следната табела.

ТАБЕЛА VI. ВОЗРАСНАТА СТРУКТУРА И РЕЗУЛТАТИ ОД ЛЕКУВАЊЕТО СО ПРЕДНИЗОЛОН

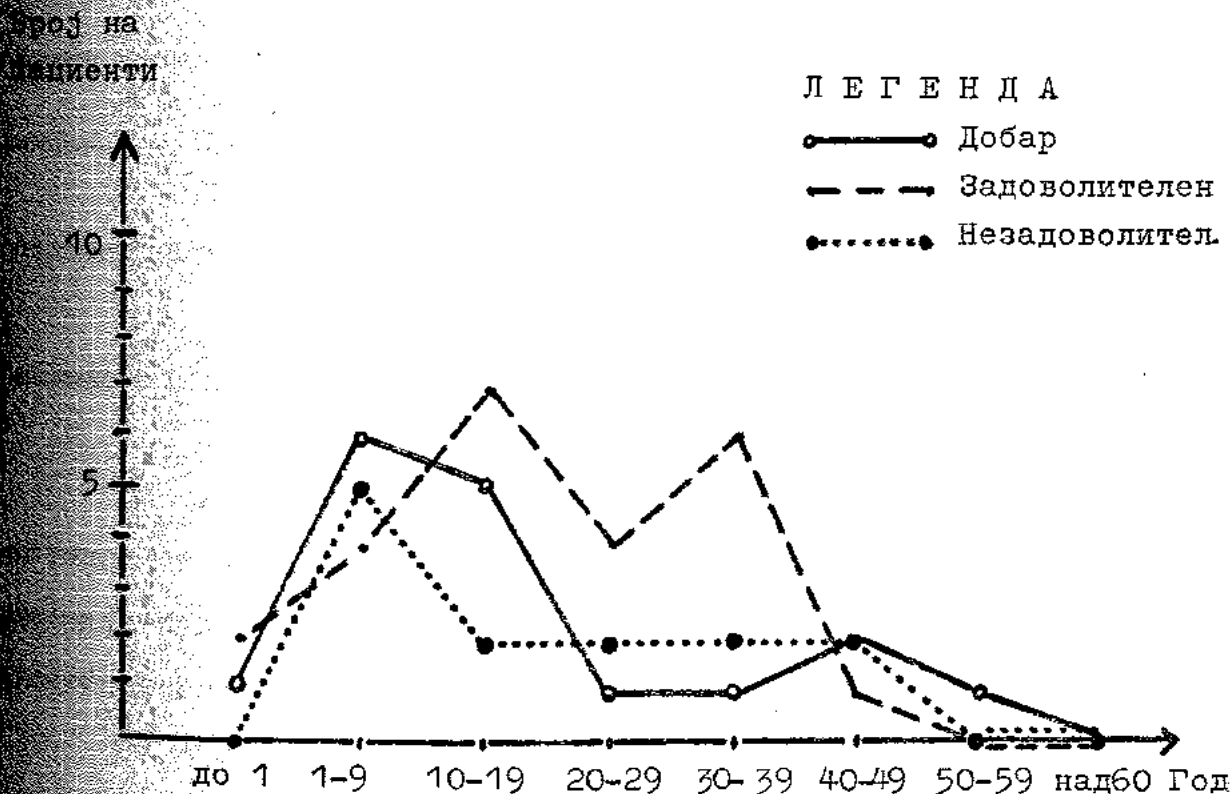
ВОЗРАСТ		РЕЗУЛТАТИ						ВКУПЕН БРОЈ НА ЛЕКУВАНИ	
		Добар (++)		Задовол (+)		Незадовол. (-)		апс.	%
		апс.	%	апс.	%	апс.	%		
до	1 г.	1	33,3	2	66,7	∅	∅	3	5,6
1	- 9 г.	6	40,0	4	26,7	5	33,3	15	27,8
10	- 19 г.	5	35,7	7	50,0	2	14,3	14	25,9
20	- 29 г.	1	14,3	4	57,1	2	28,6	7	12,9
30	- 39 г.	1	11,1	6	66,7	2	22,2	9	16,7
40	- 49 г.	2	40,0	1	20,0	2	40,0	5	9,3
50	- 59 г.	1	100,0	∅	∅	∅	∅	1	1,8
над	60 г.	∅	∅	∅	∅	∅	∅	∅	∅
ВКУПНО		17	31,5	24	44,4	13	24,1	54	100,0

Од табелата се гледа дека најмногу пациенти се лекувани во возрастната група од 1 - 9 г. (15 или 27,8 %)

при што кај 40,0 % од нив е постигнат добар резултат. Потоа следи возраста меѓу 10 - 19 г. (14 или 25,9 %), каде во 50,0 % е постигнат задоволителен, а во 35,7 % добар резултат.

Односот меѓу возраста и резултатот од лекувањето со преднизолон е прикажан на следниот графикон.

ГРАФИКОН VI. ТЕРАПИСКИ УСПЕХ НА ПРЕДНИЗОЛОНОТ СПОРЕД ВОЗРАСТА НА ПАЦИЕНТИТЕ



Успехот од терапијата со преднизолон според половата припадност може да се види во следната табела.

ТАБЕЛА VII. РЕЗУЛТАТИ ОД ТЕРАПИЈАТА СО ПРЕДНИЗОЛОН
- СТРУКТУРА ПО ПОЛ -

ПОЛ	РЕЗУЛТАТИ						ВКУПЕН БРОЈ НА ПАЦИЕНТИ	
	Добар (++)		Задовол. (+)		Незадовол. (-)			
	апс.	%	апс.	%	апс.	%	апс.	%
ЖЕНИ	12	41,4	9	31,0	8	27,6	29	53,7
МАЖИ	5	20,0	15	60,0	5	20,0	25	46,3
ВКУПНО	17	31,5	24	44,4	13	24,1	54	100

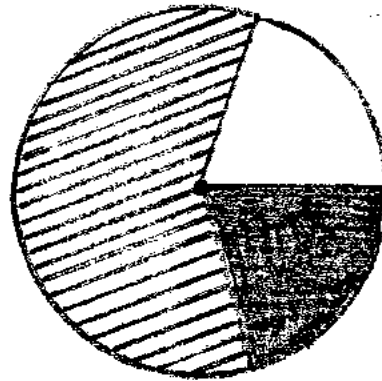
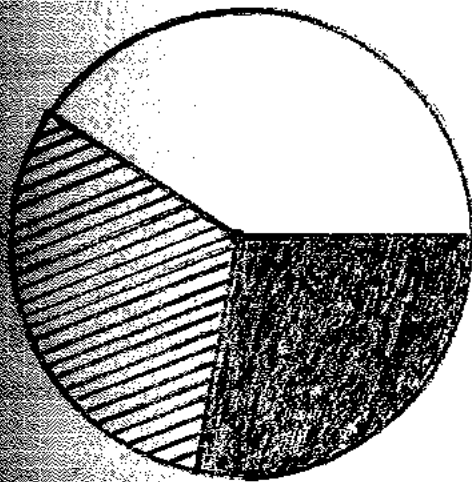
Од табелата се гледа дека кај женскиот пол, кој што е застапен со 53,7 % од испитаниците, најголем број (41,4 %) покаже добар резултат, 31,0 % задоволителен и 27,6 % незадоволителен резултат.

Машкиот пол, застапен со 46,3 % од пациентите во најголем број на случаите (60,0 %) покажа задоволителен, додека значителни се процентите (по 20,0 %) на добар и незадоволителен резултат.

ГРАФИКОН VII. РЕЗУЛТАТИ ОД ТЕРАПИЈАТА СО ПРЕДНИЗОЛОН
СПОРЕД ПОЛОВАТА ПРИПАДНОСТ

Ж Е Н И

М А Ж И



Л Е Г Е Н Д А



Добар

Задоволителен

Незадоволителен

ТАБЕЛА VIII. РЕЗУЛТАТИ ОД ТЕРАПИЈАТА СО ПРЕДНИЗОЛОН
СПОРЕД ПРИЕМНАТА ДИЈАГНОЗА

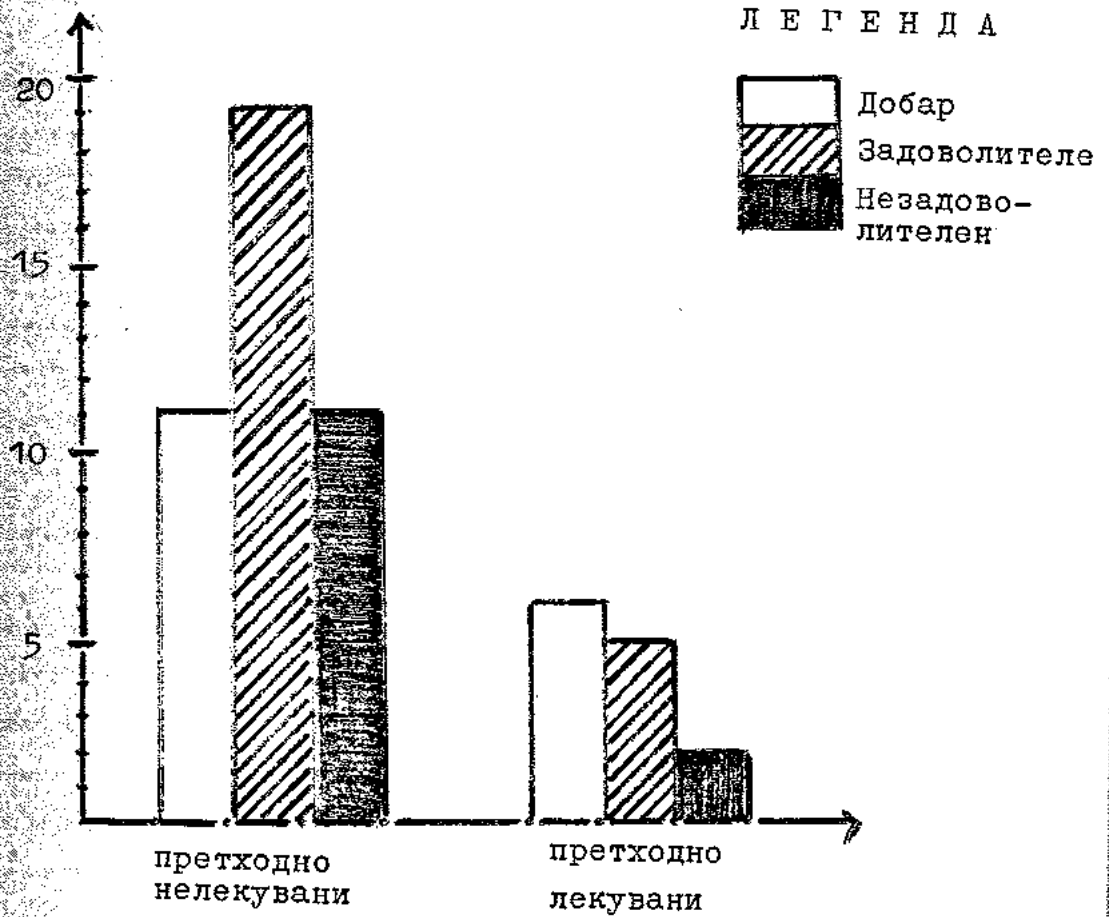
ПРИЕМНА ДИЈАГНОЗА	РЕЗУЛТАТИ						ВКУПЕН БРОЈ НА ПАЦИЕНТИ	
	Добар (++)		Задовол. (+)		Незадовол. (-)			
	апс.	%	апс.	%	апс.	%	апс.	%
НЕЛЕКУВАНИ	11	26,8	19	46,4	11	26,8	41	75,9
ПРЕТХОДНО ЛЕКУВАНИ	6	46,1	5	38,5	2	15,4	13	24,1
ВКУПНО	17	31,5	24	44,4	13	24,1	54	100

Табела VIII. покажува дека кај нетретираните пациенти
со чинат 75,9 % од популацијата испитаници лекувани со предни-
зон, во најголема мерка се постигнати задоволителни резултати
(46,4 %) и добри резултати (26,8 %). Кај хемангиомите што биле
претходно лекувани со друг вид на терапија (24,1 %) во најголем
број се постигнати добри резултати (46,1 %) и задоволителни
резултати во 38,5 %.

Графиконот VIII. го прикажува бројчаниот однос помеѓу
популацијата нелекувани (3/4 од испитаниците) и претходно
лекувани пациенти (1/4) со соодветните резултати.

ГРАФИКОН VIII. ТЕРАПИСКИ РЕЗУЛТАТИ СО ПРЕДНИЗОЛОН
СПОРЕД ПРИЕМНАТА ДИЈАГНОЗА

Број на
пациенти



9 - 6. РЕЗУЛТАТИ ОД ЛЕКУВАЊЕТО СО 96 % АЛКОХОЛ

Табела IX. ги покажува резултатите од лекувањето

со 96 % етил алкохол кај различно локализирани хемангиоми.

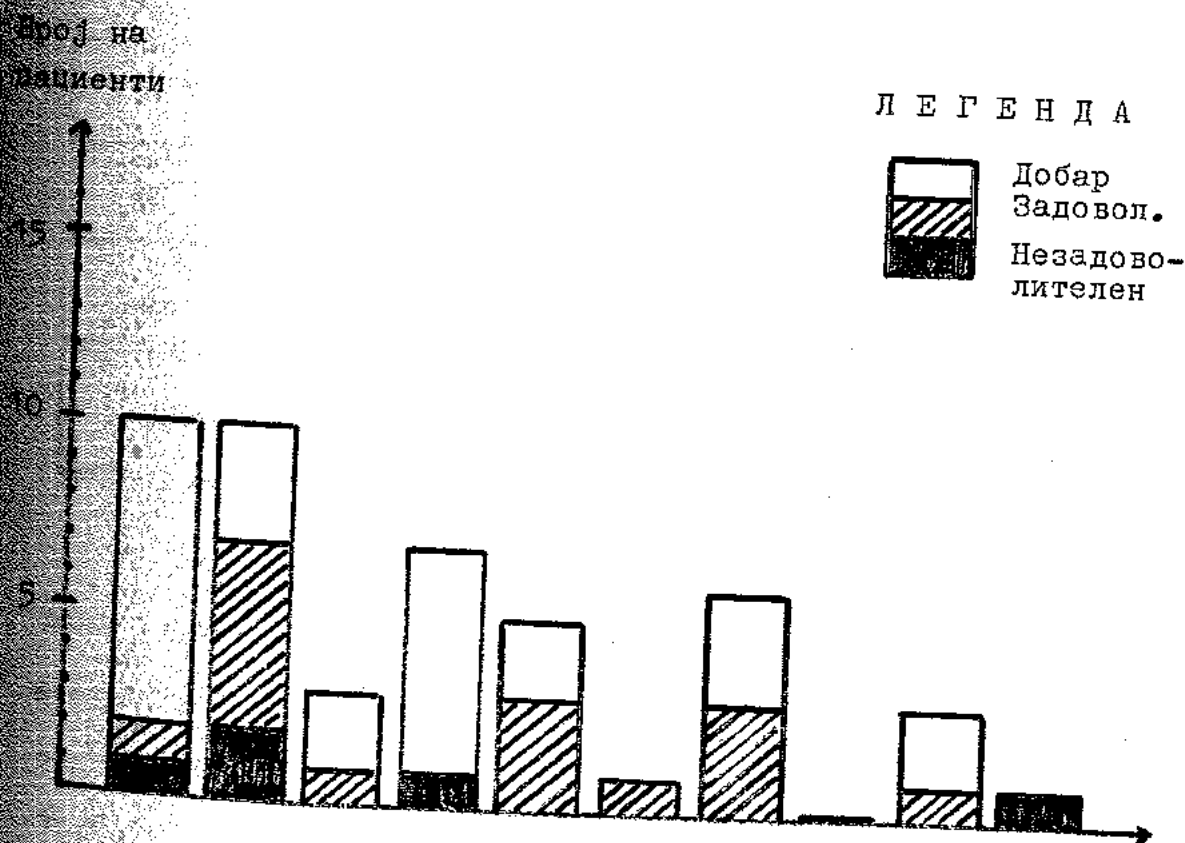
ТАБЕЛА IX. РЕЗУЛТАТИ ОД ЛЕКУВАЊЕТО СО 96 % ЕТИЛ АЛКОХОЛ СПОРЕД ЛОКАЛИЗАЦИЈАТА НА ХЕМАНГИОМИТЕ

РЕГИЈА	РЕЗУЛТАТИ						ВКУПЕН БРОЈ НА ЛЕКУВАНИ	
	Добар (+ +)		Задовол. (+)		Незадовол. (-)		апс.	%
	апс.	%	апс.	%	апс.	%		
reg. buccae	8	80,0	1	10,0	1	10,0	10	21,7
reg. faciei	3	30,0	5	50,0	2	20,0	10	21,7
reg. parotidea	2	66,7	1	33,3	∅	∅	3	6,5
lingua	6	85,7	∅	∅	1	14,3	7	15,2
reg. sublingualis et submandibularis	2	40,0	3	60,0	∅	∅	5	10,9
labium oris superior	∅	∅	1	100,0	∅	∅	1	2,2
labium oris inferior	3	50,0	3	50,0	∅	∅	6	13,0
reg. periorbitalis	∅	∅	∅	∅	∅	∅	∅	∅
maxilla	2	66,7	1	33,3	∅	∅	3	6,5
mandibula	∅	∅	∅	∅	1	100,0	1	2,2
ВКУПНО	26	56,5	15	32,6	5	10,9	46	100,0

Оваа табела покажува да од вкупно 46 лекувани добар

резултат е постигнат кај 26 пациенти (56,5%), кај 15 пациенти (32,6%) е постигнат задоволителен резултат, а кај останатите 5 (10,9%) резултатот е незадоволителен. Ова покажува дека добар и задоволителен резултат е постигнат кај 41 пациент, односно во 89,1%. Во оваа група на пациенти најчеста локализација на хемангиоми се во региите на образите и лицето, по 10 во секоја од нив. Според постигнатите резултати во регијата на образите добар резултат е постигнат кај 80,0%, додека во регијата на лицето таков резултат е постигнат само во 30,0%, а задоволителен во 50,0% од пациентите.

ГРАФИКОН IX. РЕЗУЛТАТИ ОД ЛЕКУВАЊЕТО СО 96% ЕТИЛ АЛКОХОЛ СПОРЕД ЛОКАЛИЗАЦИЈАТА НА ХЕМАНГИСМИТЕ



Односот меѓу возраста и постигнатите резултати од терапијата со 96 % етил алкохол е даден во следната табела.

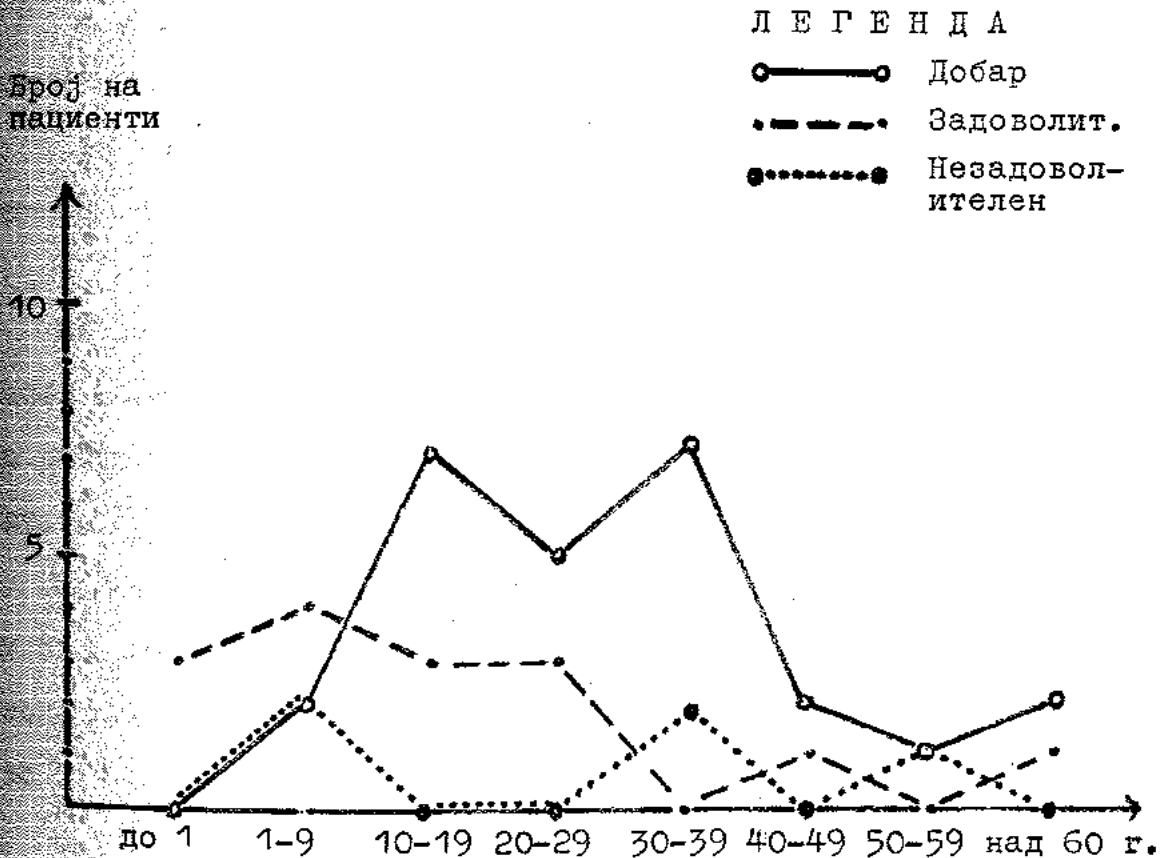
ТАБЕЛА X. ВОЗРАСНАТА СТРУКТУРА И РЕЗУЛТАТИ ОД ЛЕКУВАЊЕТО СО 96 % ЕТИЛ АЛКОХОЛ

В О З Р А С Т		РЕЗУЛТАТИ						ВКУПЕН БРОЈ НА ЛЕКУВАНИ	
		Добар (++)		Задовол. (+)		Незадовол. (-)			
		апс.	%	апс.	%	апс.	%	апс.	%
до	1 г.	0	0	3	100,0	0	0	3	6,5
	1 - 9 г.	2	25,0	4	50,0	2	25,0	8	17,4
	10 - 19 г.	7	70,0	3	30,0	0	0	10	21,7
	20 - 29 г.	5	62,5	3	37,5	0	0	8	17,4
	30 - 39 г.	7	77,7	0	0	2	22,3	9	19,6
	40 - 49 г.	2	66,7	1	33,3	0	0	3	6,5
	50 - 59 г.	1	50,0	0	0	1	50,0	2	4,3
	над 60 г.	2	66,7	1	33,3	0	0	3	6,5
ВКУПНО		26	56,5	15	32,6	5	10,9	46	100,0

Од табелата се гледа дека најмногу пациенти се лекувани во возрастната група од 10 - 19 г. (10 или 21,7 %) при што кај 70,0 % од нив е постигнат добар, а во 30 % задоволен резултат. Потоа следи возраста меѓу 30 - 39 г. (9 или 19,6 %), каде во 77,7 % е постигнат добар резултат. Возра-

группи 1 - 9 г. и 20 - 29 г. содржат по 8 или 17,4 % од
пациентите. Кај овие две групи резултатите од лекувањето се
слични, при што пациентите од 20 - 29 г. покажаа и најмногу
добри резултати (62,5 %), а во помладата возрастна група од
до 9 г. најголем процент (50,0 %) покажале задоволителен резул-

Слика X. ВОЗРАСТНА СТРУКТУРА И РЕЗУЛТАТИ ОД
ЛЕКУВАЊЕТО СО 96 % ЕТИЛ АЛКОХОЛ



Успехот од терапијата со 96 % етил алкохол според
табелата припадност може да се види во следната табела.

ТАБЕЛА XI. РЕЗУЛТАТИ ОД ТЕРАПИЈАТА СО 96 % ЕТИЛ АЛКОХОЛ
- СТРУКТУРА ПО ПОЛ -

П О Л	РЕЗУЛТАТИ						ВКУПЕН БРОЈ НА ПАЦИЕНТИ	
	Добар (++)		Задовол. (+)		Незадовол. (-)		апс.	%
	апс.	%	апс.	%	апс.	%		
Ж Е Н И	19	59,4	9	28,1	4	12,5	32	69,6
М А Ж И	7	50,0	6	42,9	1	7,1	14	30,4
В К У П Н О	26	56,5	15	32,6	5	10,9	46	100,0

Од табелата се гледа дека кај женскиот пол, кој што е застапен со 69,6 % од лекуваните најголем број (59,4 %) покажал добар резултат, 28,1 % задоволителен и 12,5 % незадоволителен резултат.

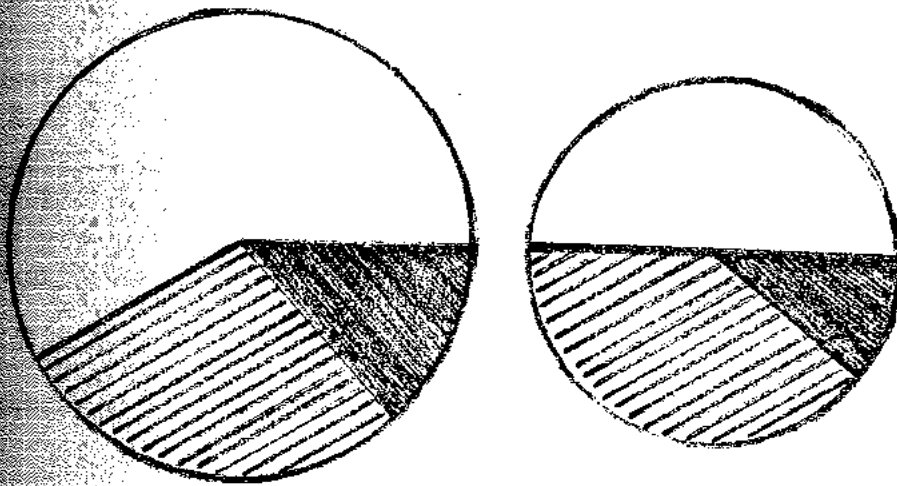
Машкиот пол, застапен со 30,4 % од пациентите во најголеми број на случаите (50,0 %) покажа добар резултат, додека задоволителен резултат е постигнат кај 42,9 %, а незадоволителен резултат е постигнат кај 7,1 % од пациентите.

Ова е прикажано на следниот кружан дијаграм.

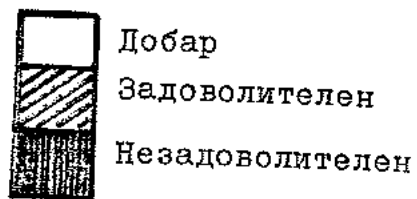
ГРАФИКОН XI. РЕЗУЛТАТИ ОД ТЕРАПИЈАТА СО 96 % ЕТИЛ
АЛКОХОЛ СПОРЕД ПОЛОВАТА ПРИПАДНОСТ

Ж Е Н И

М А Ж И



Л Е Г Е Н Д А



ТАБЕЛА XII. РЕЗУЛТАТИ ОД ТЕРАПИЈАТА СО 96 % ЕТИЛ АЛКОХОЛ СПОРЕД ПРИЕМНАТА ДИЈАГНОЗА

ПРИЕМНА ДИЈАГНОЗА	РЕЗУЛТАТИ						ВКУПЕН БРОЈ НА ПАЦИЕНТИ	
	Добар (++)		Задовол. (+)		Незадовол. (-)			
	апс.	%	апс.	%	апс.	%	апс.	%
НЕЛЕКУВАНИ	17	51,5	12	36,4	4	12,1	33	71,7
ПРЕТХОДНО ЛЕКУВАНИ	9	69,2	3	23,1	1	7,7	13	28,3
ВКУПНО	26	56,5	15	32,6	5	10,9	46	100,0

Табела XII. покажува дека кај нетретираниите пациенти бројот изнесува 71,7 % од испитаниците лекувани со 96 % етил алкохол, најголема мерка се постигнати добри 51,5 % и задоволителни резултати (36,4 %).

Хемангиомите што биле претходно третирани со друг вид терапија (28,3 %) во најголем број се постигнати добри резултати (69,2 %) и задоволителни резултати во 23,1 %.

Графиконот XII. го прикажува бројчаниот однос меѓу групацијата нелекувани и претходно лекувани пациенти со одветните резултати.

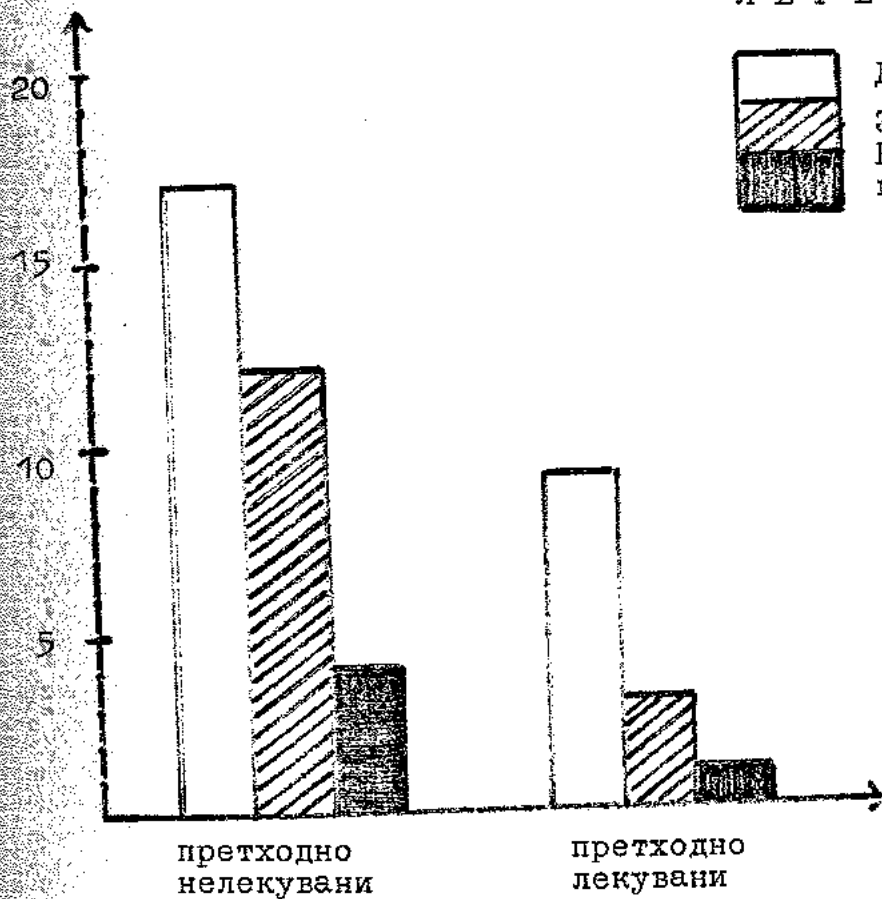
ГРАФИКОН XII. ТЕРАПИСКИ РЕЗУЛТАТИ СО 96 % ЕТИЛ
АЛКОХОЛ СПОРЕД ПРИЕМНАТА ДИЈАГНОЗА

Број на
пациенти

Л Е Г Е Н Д А



Добар
Задовол.
Незадовол-
ителен



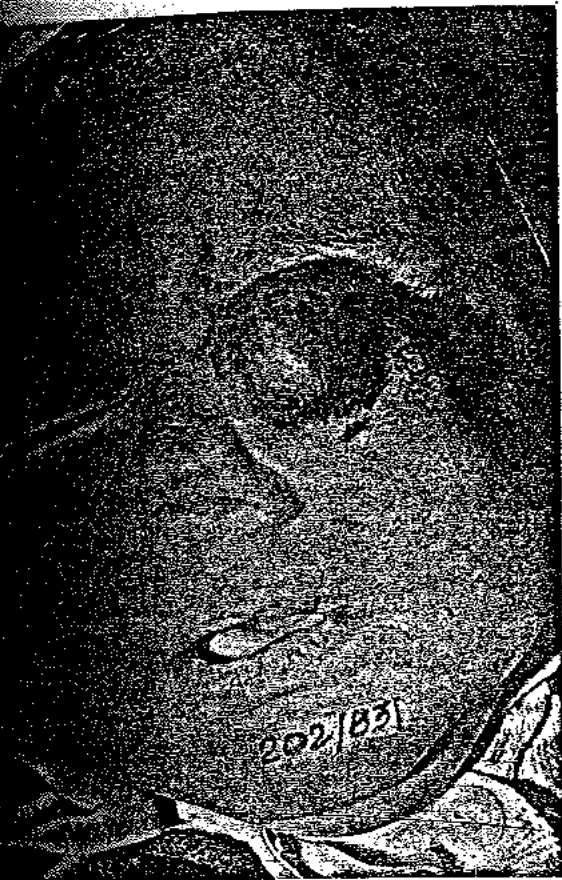
9 - в. ПРИКАЗ НА ЛЕКУВАНИ ПАЦИЕНТИ СО ПРЕДНИЗОЛОН

Пациентка Б.А. со кл. бр.610/82 г., родена во 1982 г. со хемангиом во левата периорбитална регија /сл. 1 - а./.

Лекувана во два наврата со локално инекционо убригување на преднизолон. После втората терапевска сеанса постигнат е задоволителен резултат /сл. 1 - б., в., г./.



Сл. 1 - а. Видлив хемангиом во левата периорбитална регија. Состојба пред лекување.



б. Еволутивен раст на хемангиомот во тек на првата година.



сл. 1 - в. Сопрен раст на хемангиомот после втората инекција.



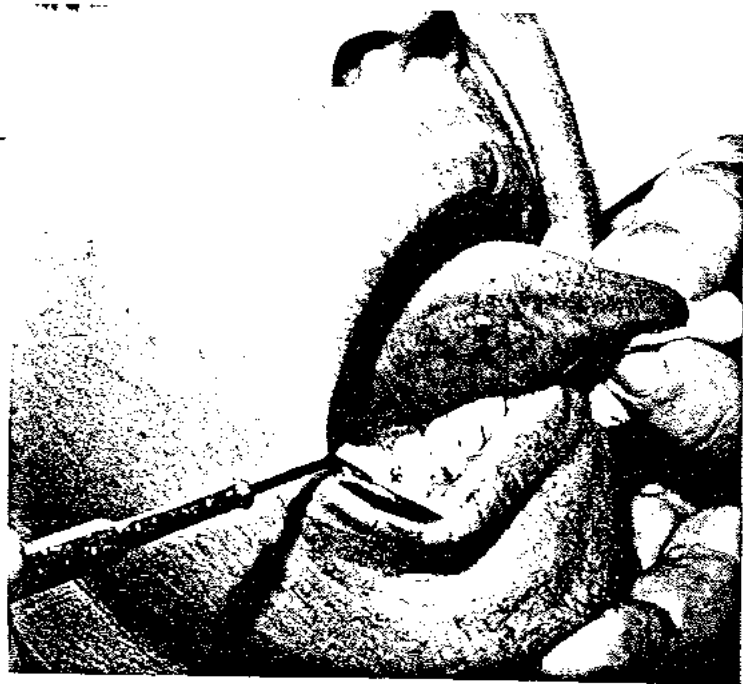
сл. 1 - г. Екстирпација на хемангиомот по завршениот третман.



Пациент Т.Р., со м. бр. 1022/78 г.; роден 1972 г. со хемангиом на десната страна на јазикот. Лекуван во два наврата со локална апликација на преднизолон.

Сл. 2 - а. Состојба пред третман.

Сл. 2 - б. Оток после првата инекција.





Сл. 2 - в. Состојба по завршеното лекување.

Пациентка Б.З. со м. бр.6/80 г.; родена 1951 г., со хемангиом во периорбиталната регија, десно (сл. 3 - а., б.). Од анамнезата дознаваме дека пред гравидитетот имала првена флека, која нагло почнала да се зголемува пред породувањето, односно после него. По првата инекциона апликација на преднизолон се формира голем оток, заради што терапијата беше прекината.



Сл.3 - а. Состојба при приемот.

Сл.3 - б. Оток по првата инекција на преднизолон.

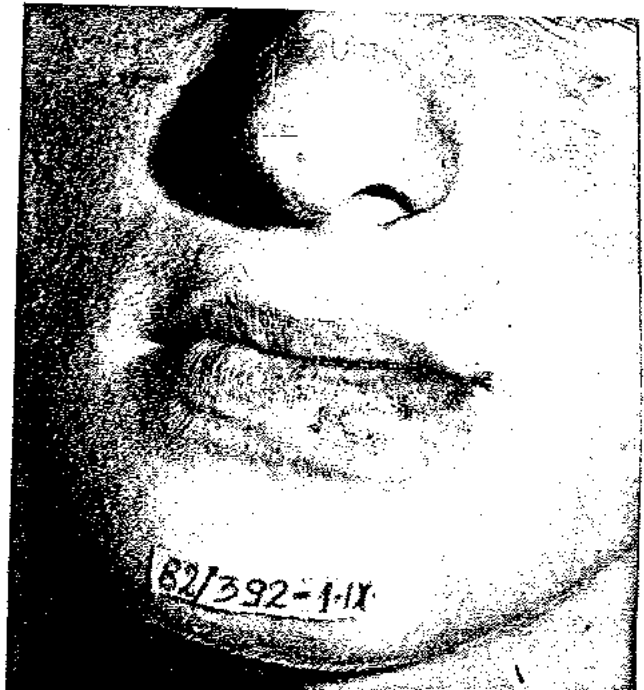
Пациентка М.М. со м. бр.932/79 г.; родена 1965 г. Како
лекувана е хируршки. При приемот е дг.: хемангиом на
долната усна (Сл.4 - а.). Третирана е на два пати и постигнат
добар резултат (Сл.4 - в.).



Сл.4 - а. Состојба пред третман



б. Состојба по првата
сеанса на лекувањето.



Сл.4 - в. Постигнат добар
резултат.

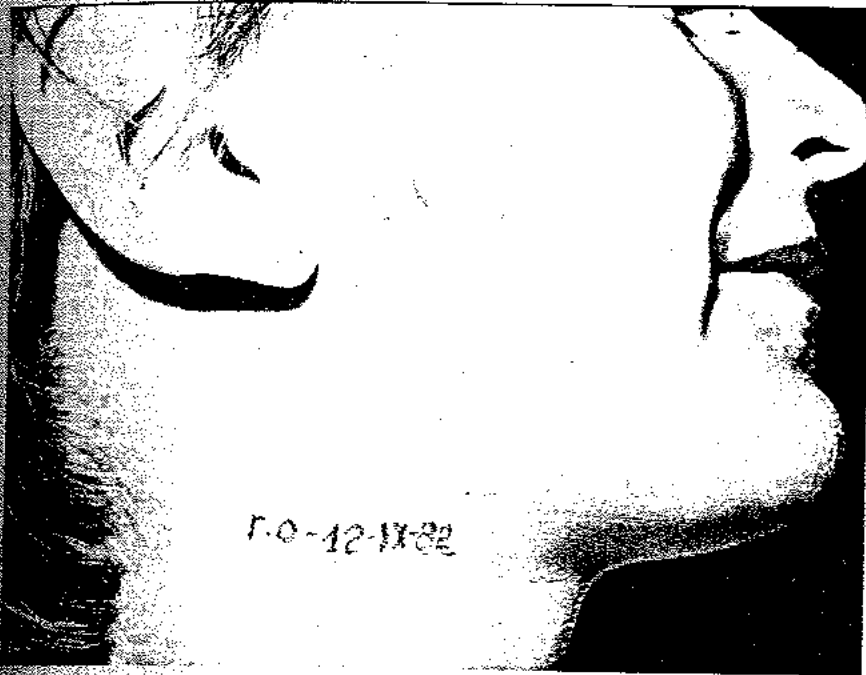
Пациентка Г.О. прв пат примена на испитување во крајот
1978 г. со м. бр.717 (сл.5 - а.). Отпочнато лекување со локал-
но лекување на преднизолон од 1980 г. Лекувана е во три наврати
и постигнат добар резултат (сл.5 - в., г.)



а. Состојба пред лекувањето.



б. Постигнат задоволителен резултат по
две апликации на преднизолон.



Сл.5 - в. Состојба по завршеното лекување.



Сл.5 - г. Контрола по 4 години од завршеното лекување.

Пациент М.Ј., амб. бр.107/81., роден 1961-г. со хеман-
га десната страна на образот и аголот на устата (сл.6 - а.).
Лекуван во два наврата со локална инекциона апликација на
миелони постигнат задоволителен резултат (сл.6 - б.).



а. Состојба пред
лекување.



сл.6 - б. Видливо подобрување
по завршеното леку-
вање.

Пациентка И.М. со м. бр.48/83, родена 1981 г.
Со хемангиом во десниот образ. Примена на лекување по
претходниот хируршки третман во друга здравствена органи-
зација (сл.7 - а.). Лекувана со локално интерстициелно
убризгување на преднизолон и постигнат добар успех (сл.7 -
б.).



Сл.7 - а. Состојба пред третман.
Видлив цикатрикс од прет-
ходниот хирушки третман.



Сл.7 - б. Состојба
по завр-
шено ле-
кување.

пациентка П.М. со м. бр. 118/84., родена во 1982 г. со еден
голем хемангиом на целата десна страна на главата (сл.8 - а.).
Лекувана е во две тераписки сеанси со локално убризгување на
лекувачка (сл.8 - б.), а потоа системски е ординиран преднизолон.



Сл.8 - а. Состојба при приемот.



Сл.8 - б. По две тераписки сеанси.



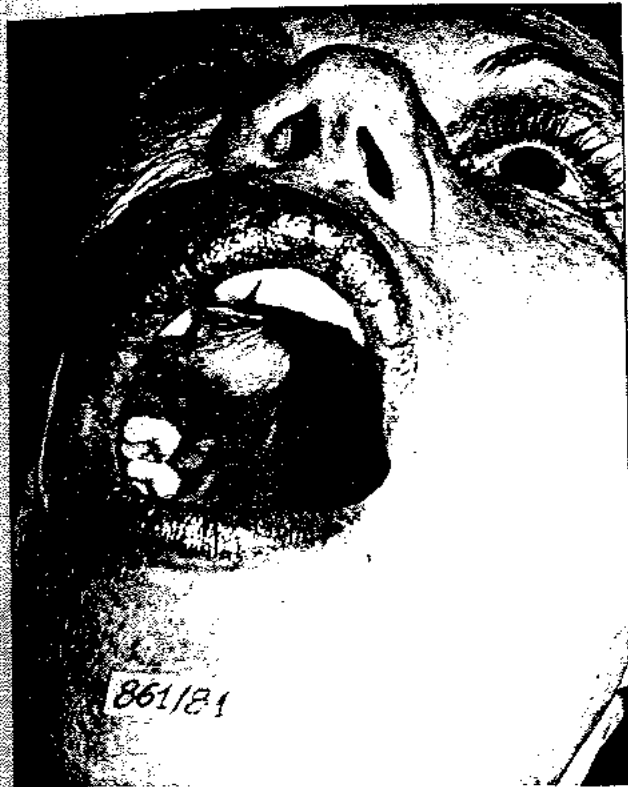
Сл.8 - в. Состојба по завршеното лекување.

9 - г. ПРИКАЗ НА ЛЕКУВАНИ СО 96 % ЕТИЛ АЛКОХОЛ

Пациентка Г.Л. со м. бр.861/81 г.; родена 1954 г. При првиот прием на нашата Клиника под м. бр.405/77. од анамнезата се дозна дека претходно била во 10 наврати хируршки оперирана заради отстранување на хемангиомот на лицето и вратот. При прегледот е откриена и инфилтрација на хемангиомот на виличниот гребен и непцата (сл.9 - а.). По завршениот третман со локално убризгување на преднизолон во рекурентниот хемангиом на лицето, забележан е зголемен раст на хемангиомот во горната вилица десно (сл.9 - в.). Само со еднократно убризгување на 96 % етил алкохол во форамен палатини и во хемангиомот во околината на форамен инфраорбитале постигнат е добар успех (сл.9 - в.).



Сл.9 - а. Состојба пред третман со локално убризгување на преднизолон.



Сл.9 - б. Состојба пред третманот со 96 % етил алкохол.



Сл.9 - в. Состојба по убризгувањето на алкохолот. Постигнат е добар резултат.

Пациентка Л.Н. со м. бр.135/83., родена 1940 г.
со хемангиом на долната усна (сл.10 - а.). По еднократно
интравенхоземангиоматозно убризгување на 96 % етил алкохол се
достигна добар резултат (сл.10 - б.).



Сл.10 - а. Состојба пред третман.



Сл.10 - б. Состојба по завршен третман.

мент С.С. прв пат евидентиран под амб. бр.2896/78, роден
дг.: хемангиом во десната паротидна регија. Во почетокот
три наврати со локално интерстициелно убризгување на пред-
достигнат задоволителен резултат. Меѓутоа во 1987 г. доаѓа
повторно зголемување на хемангиомот заради што еднократно
2 мл 96 % етил алкохол и постигнат добар резултат. По една
година се контролни слики (сл.11 - в., - г.).



в. Состојба на хемангиомот при првиот преглед.



г. Состојба и постигнат резултат една год. по едно-
кратното убризгување на 96 % етил алкохол.

пациентка К.В. примена заради рецидив на хемангиомот локализиран во субмандибуларната регија со амб. бр.2702/86., родена 1966 г. Пациентката е лекувана со локално интерстициелно убризгување на предвидени места и постигнат задоволителен резултат за да по 9 год. дојде во добар здравствени услови (сл.12 - а., - б.). По втората директна интрахемангиоматозно убризгување на 96 % етил алкохол постигнат добар резултат(сл.12



б. Видлив тумефакт во субмандибуларната регија.



г. Постигнат добар резултат по втората интрахемангиоматозно убризгување на 96 % етил алкохол.

Пациентка М.П. со м. бр.72/87., родена 1962 г. со
хемангиом во левата паротидна регија и аурикулата.
Лечувана во два наврата со 96 % етил алкохол и постигнат
задоволителен резултат (сл.13 - а., - б.).

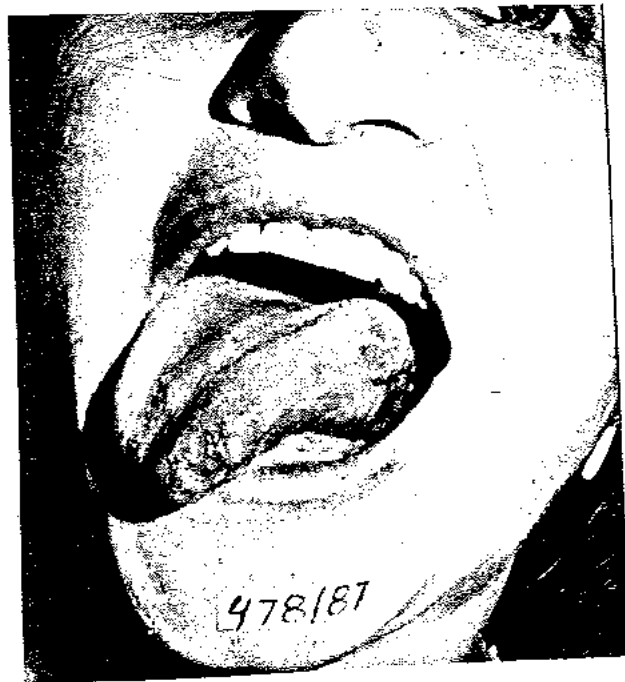


Сл.13 - а. Состојба пред третман.



Сл.13 - б. Постигнат задоволителен резултат

пациентка Т.О. со м. бр.478/87., родена 1951 г., со дг.:
на лингве (сл.14 - а.). Лекувана со локално интрахемангио-
мбригување на 96 % етил алкохол и тоа во два наврата (пр-
во левијата на апексот на јазикот, а вториот пат во хеман-
гната промена во радиксот на јазикот и постигнат добар резул-
(4 - б.)



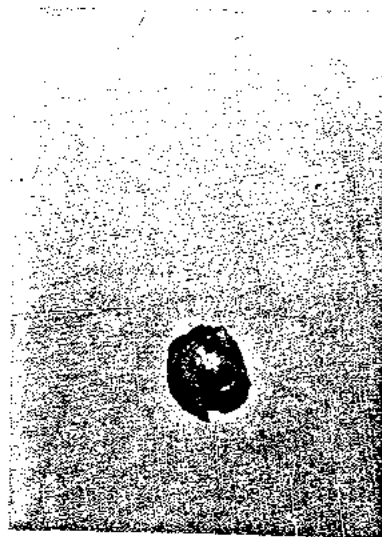
Состојба пред третман.
Се гледаат хемангио-
матозни промени на вр-
вот и радиксот на ја-
зикот, лево.

Сл.14 - б. Состојба по завршеното
лекување и постигнат
добар резултат.

Пациент С.В. со амб. бр.583/88., роден 1949 год., со ди. хемангиом на долната усна. Лекуван со едно убризгување на 96 % етил алкохол и постигнат добар резултат (сл. 15 - а., - б.)



Сл. 15 - а. Хемангиом локализиран на десната страна на долната усна. Состојба пред третман.



Сл. 15 - б. Склерозиран хемангиом и радикално екстирпирани.

пациент Б.М. со м. бр.152/88., роден 1974 г., дг.: хеман-
гиоматозна лезија на горниот образ и долната усна. По две инекциони апликации
получен добар резултат (сл.16 - а., - б.).



Сл.16 - а. Состојба пред третман.
Хемангиоматозна лезија
која е нерамна заради
импресиите од забите.

Сл.16 - б. Состојба по завршено
лекување.

мент С.М. со м. бр.177/88. роден 1924 г., со др.: хеман-
дранијата мукоза, подот на вестибулумот, јазикот и на долна-
та. 17 - а., - б.). Лекуван во два наврата со 96 % етил
достигнат добар резултат во сите регии (сл.17 - в., - г.).

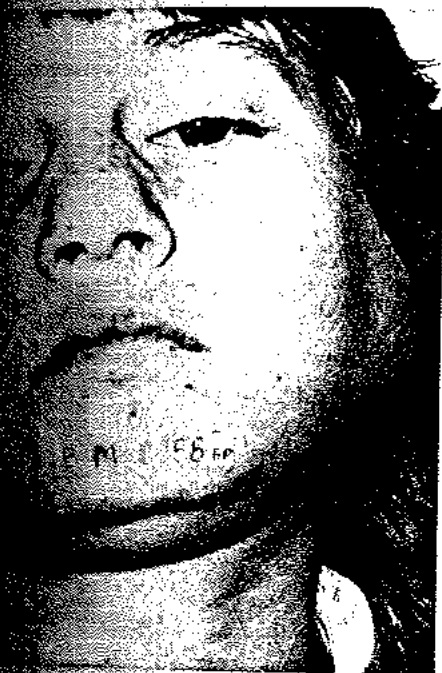


б. Состојба пред третман, со точен приказ на лезиите.



г. Состојба по завршен третман и постигнат резултат.

пациентка В.М. со м. бр.154/88., родена 1977 г., со дг.:
по левата паротидна регија (сл.18 - а., - б.). Претходно
со преднизолон за да по 6 години даде рецидив. Сега леку-
мнократно убризгување на 96 % етил алкохол и постигнат
добар резултат (сл.18 - в., - г.).



- б. Состојба пред третман со 96 % етил алкохол.



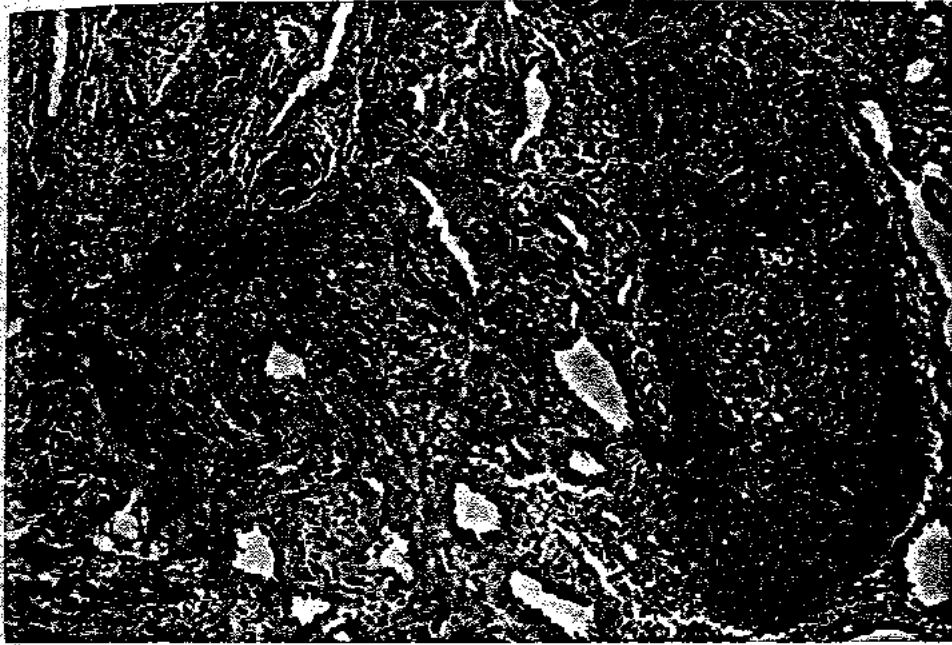
- г. Состојба по завршен третман и постигнат добар резултат.

пациент С.Т. со амб. бр.523/88. и м. бр.299/88., роден 1964 г.
имамингом во субмандибуларната регија и на вратот, лево. Во
та инекционо е аплициран по 2 мл. 96 % етил алкохол и
задоволителен резултат, а потоа извршена е хируршко отстра-
нувањето на туморот (сл. 19 - а, - б.).

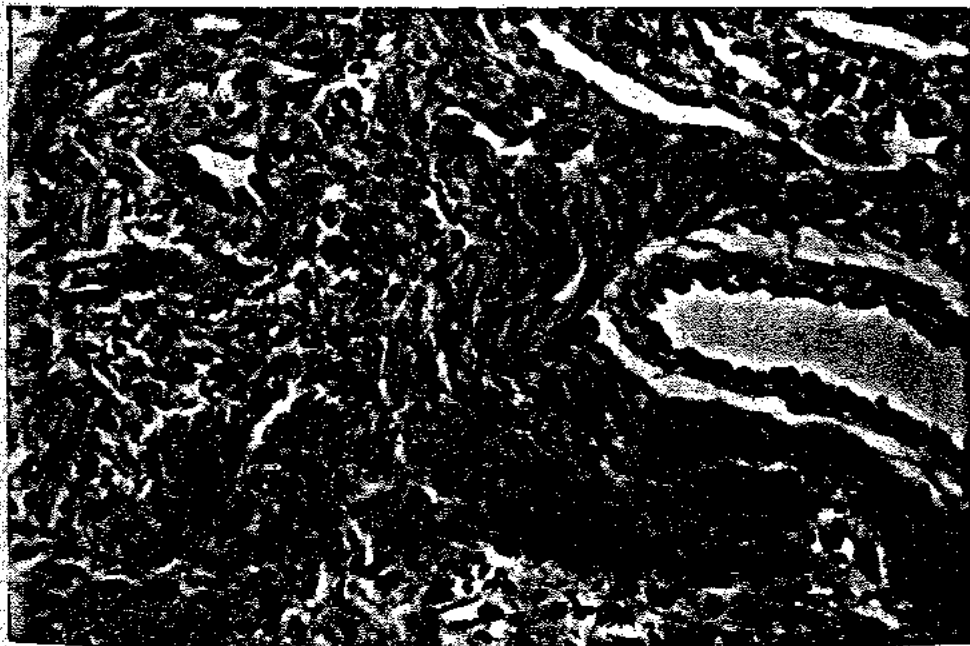


Состојба пред третман. Сл.19 - б. Состојба по завршено
лекување и извршена
ексцизија на туморот.

пациентка В.М., родена 1938 г., со хемангиом на гингивата.



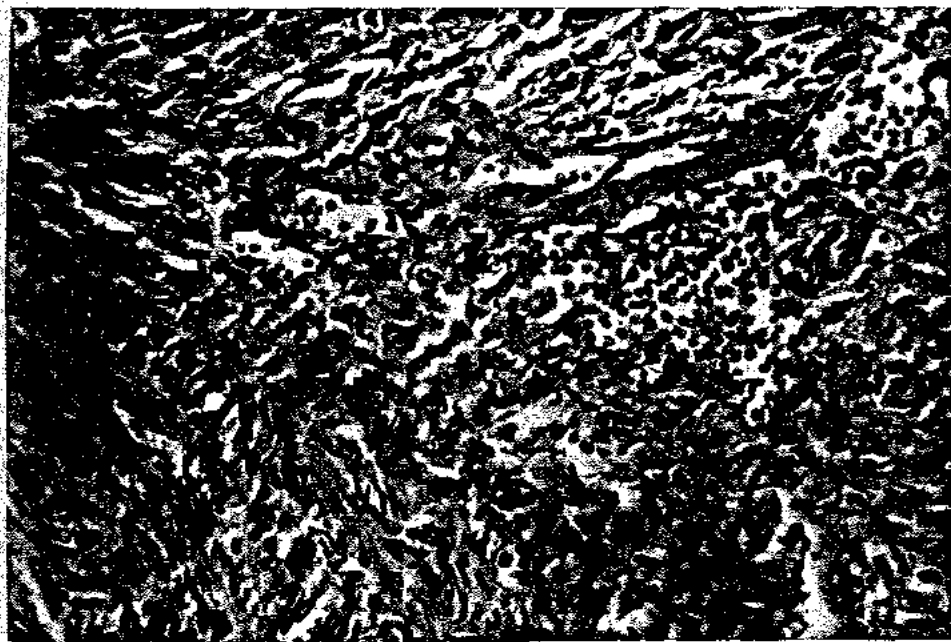
Сл. 20 - а. Состојба пред третман. Приказ на суб-епидермално ткиво со поголем број на крвни садови(22962) (x40)



Сл. 20 - б. Состојба пред третман - детаљ.
(22962) (x 100)

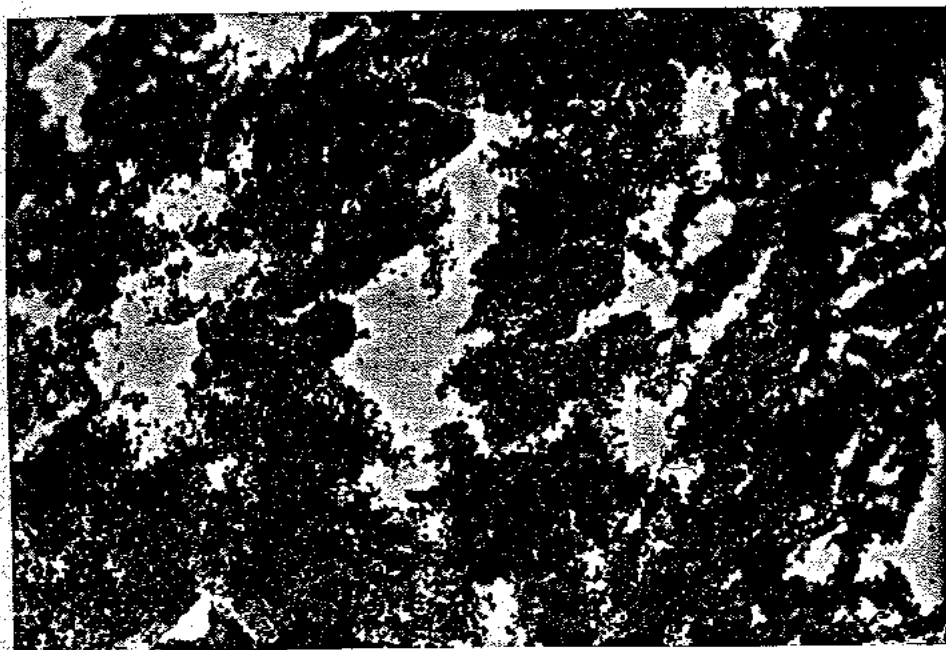


Сл. 20 - в. Состојба - 1 година по лекувањето.
Раслојување на поедини ѕидови и
крварења. (25439) (x 40)

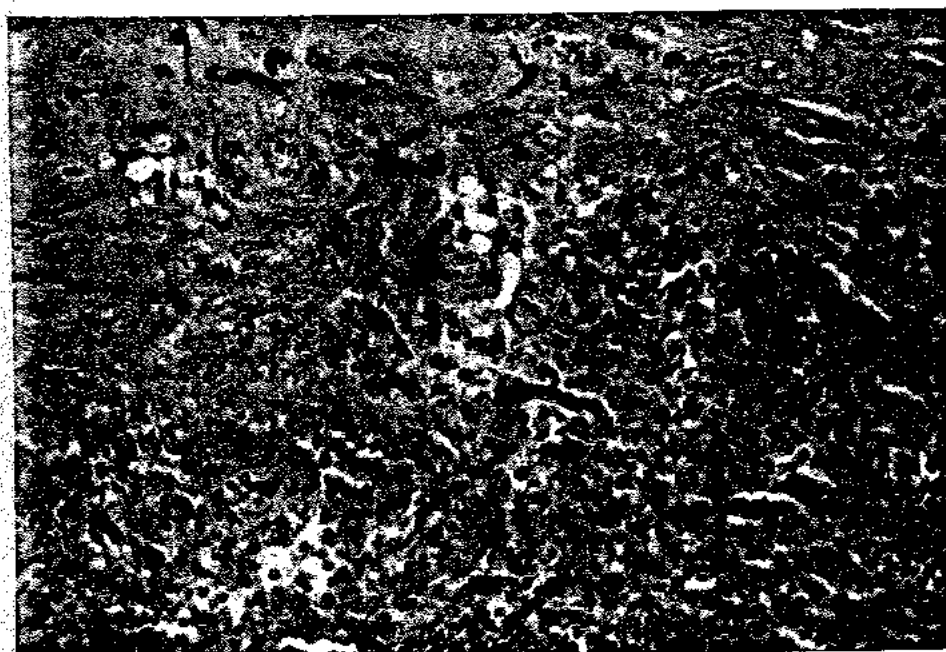


Сл. 20 - г. Нема јасна граница на ендотелот кон
околината. Сврзно ткиво со едем и
мала инфламација. (25439) (x 100)

Пациент А.Д., роден 1978 год., со хемангиом на образот и левата страна на горната усна.

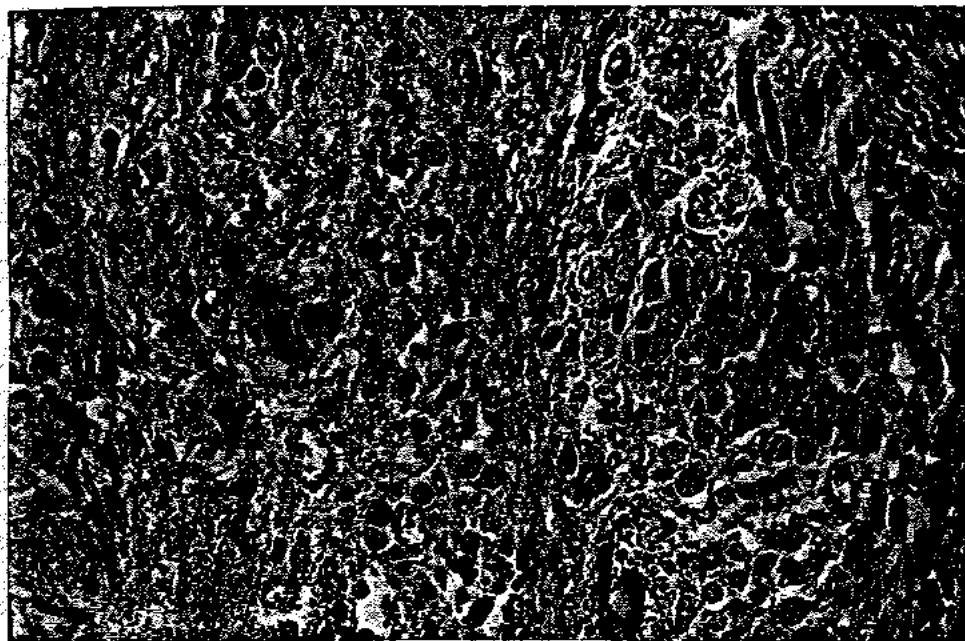


Сл. 21 - а. Состојба 1 месец после лекувањето.
Масивно крварење со остатоци од ѕид
на крвен сад, десно. (23332) (x 40)



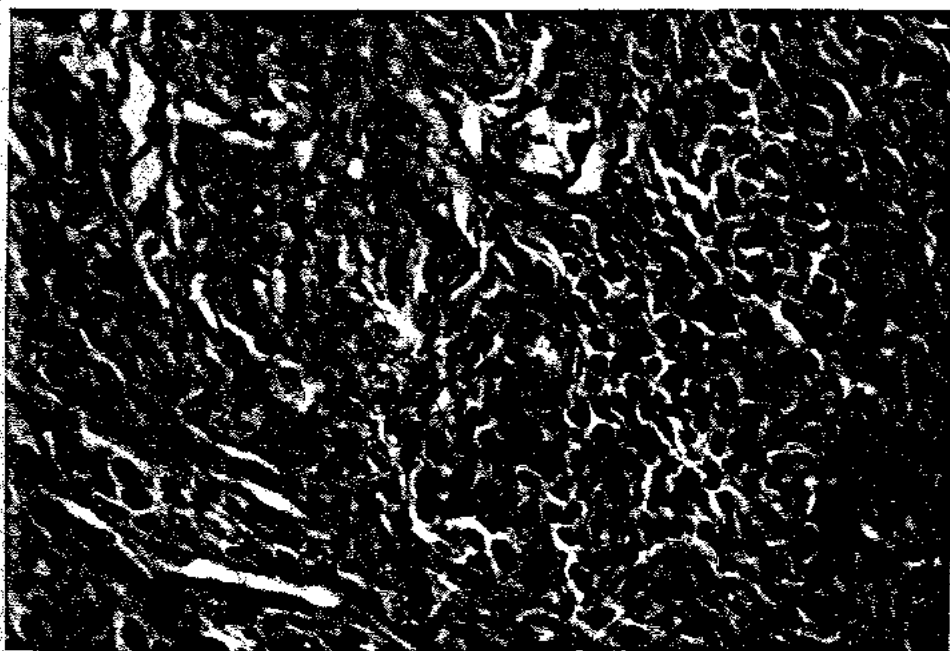
Сл. 21 - б. Гранична зона меѓу крварење и сврзно
ткиво. Пomeѓу еритроцитите се назираат
остатоци од крвни зудови. (23332) (x 100)

пациент И.С., роден 1951 год, со хемангиом на образот.



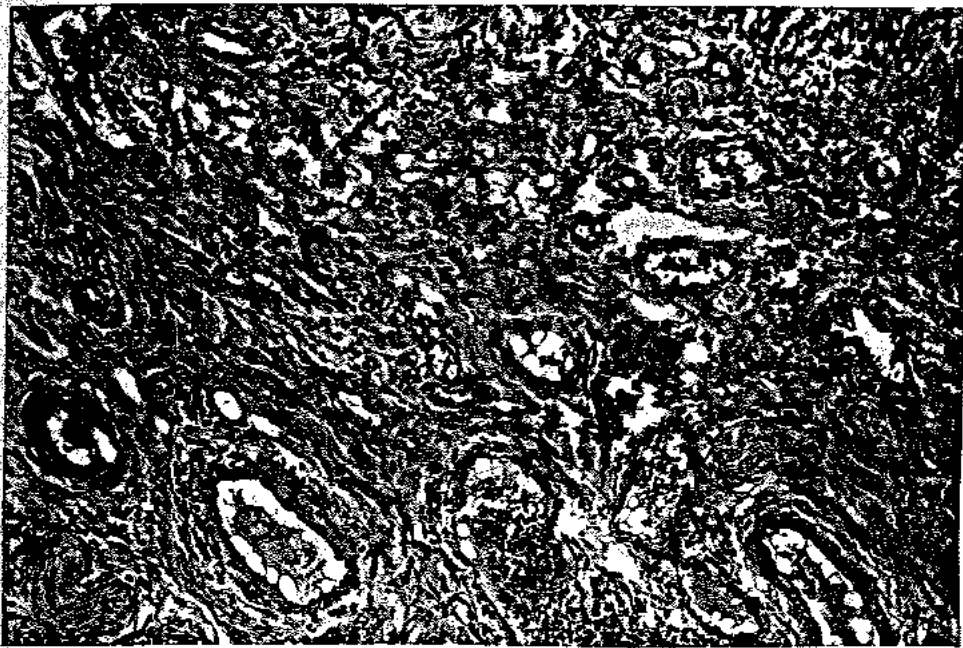
Сл. 22. После 3 месеци од лекувањето е најдено поголем број на капилари во мускулатурата на образот со периваскуларен лимфоцитарен инфилтрат - знак за хроничен воспалителен процес. (34070) (x 40)

пациентка Т.А., родена 1977 год, со хемангиом на горната усна.

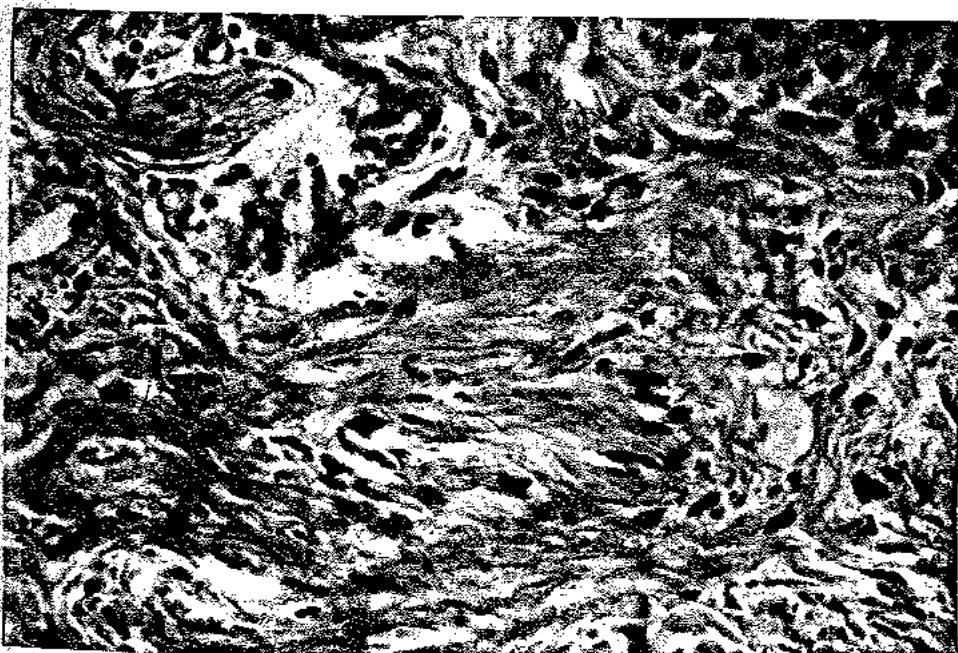


Сл. 23. Состојба после 6 месеци покажува хронично воспаление со зголемено присуство на мононуклеарен плазмочитарен инфилтрат. (26286) (x100)

пациент А.Ж., роден 1954 год., со хемангиом на образот и левата страна на горната усна.

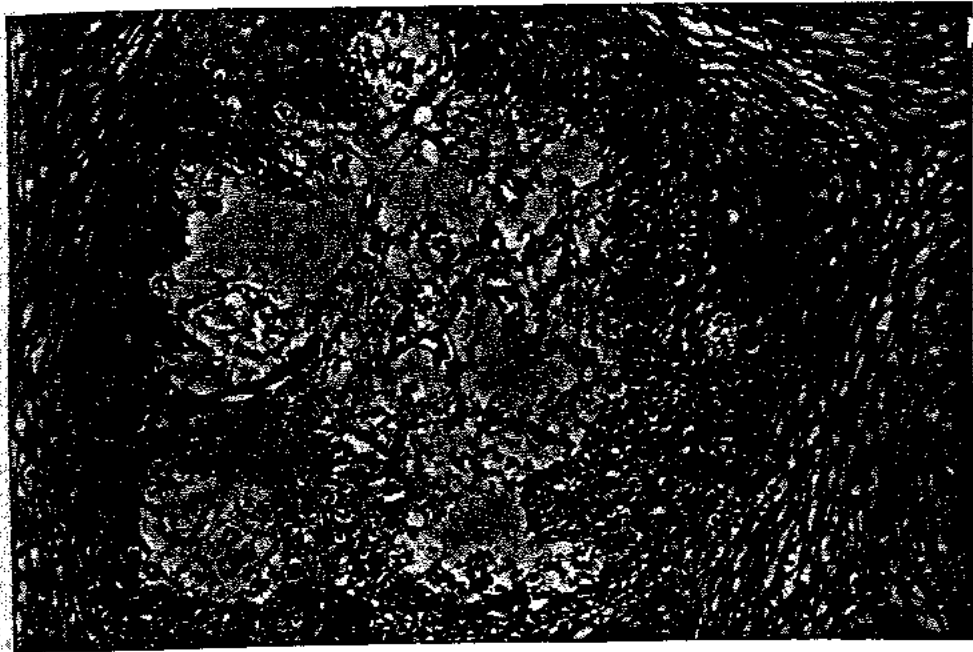


Сл. 24. После 1 месец во хемангиомот од капиларен тип се забележува инфилтрација со инфламаторни клетки и едем во стромата. (35865) (x 40)



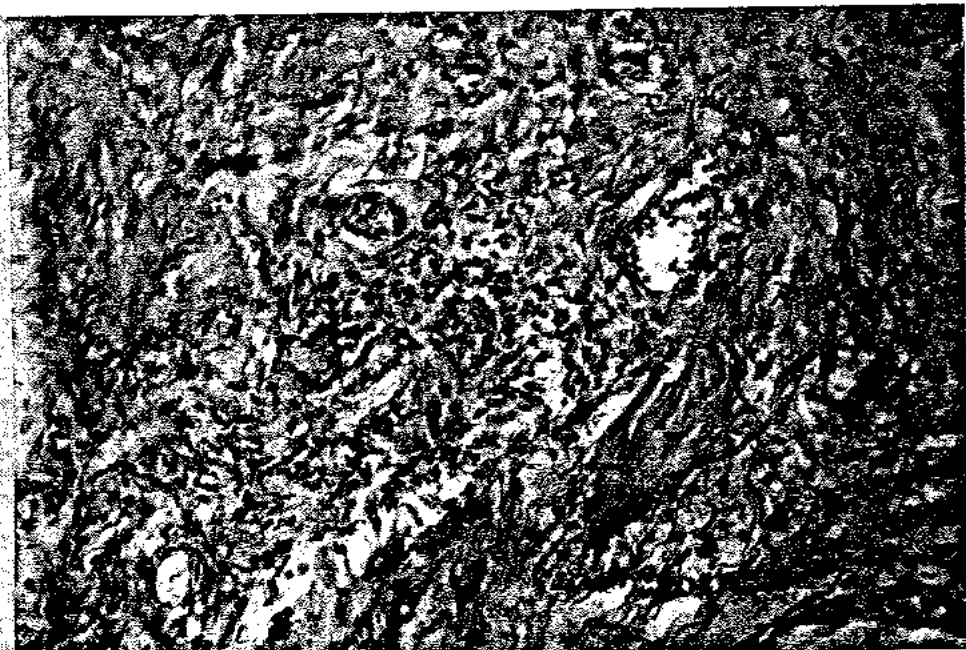
Сл. 24 - б. Доминација на колагени снопови што ги потиснуваат капиларните ѕидови и го стеснуваат интеркапиларниот простор. (35865) (x 400)

Пациент Т.Р., роден 1962 год, со хемангиом на јазикот.



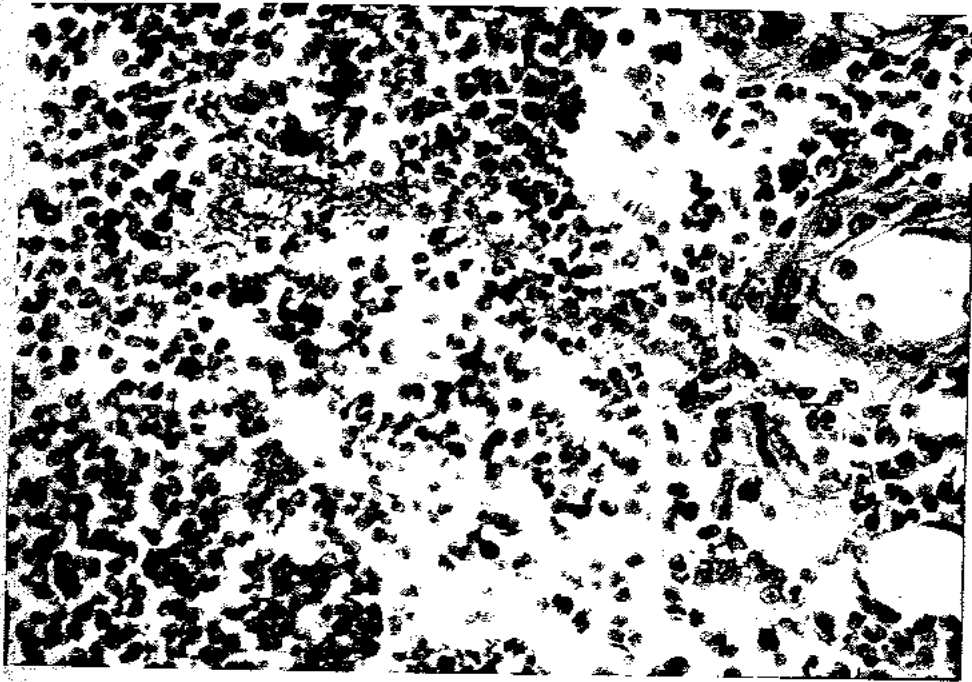
Сл. 25. После 1 година на тангенцијален пресек на дел од папилата на јазикот се прикажани повеќе помали крвни садови и изразен периваскуларен едем. (35866) (x 40)

Пациентка В.В., родена 1960 год., со хемангиом на долната усна.

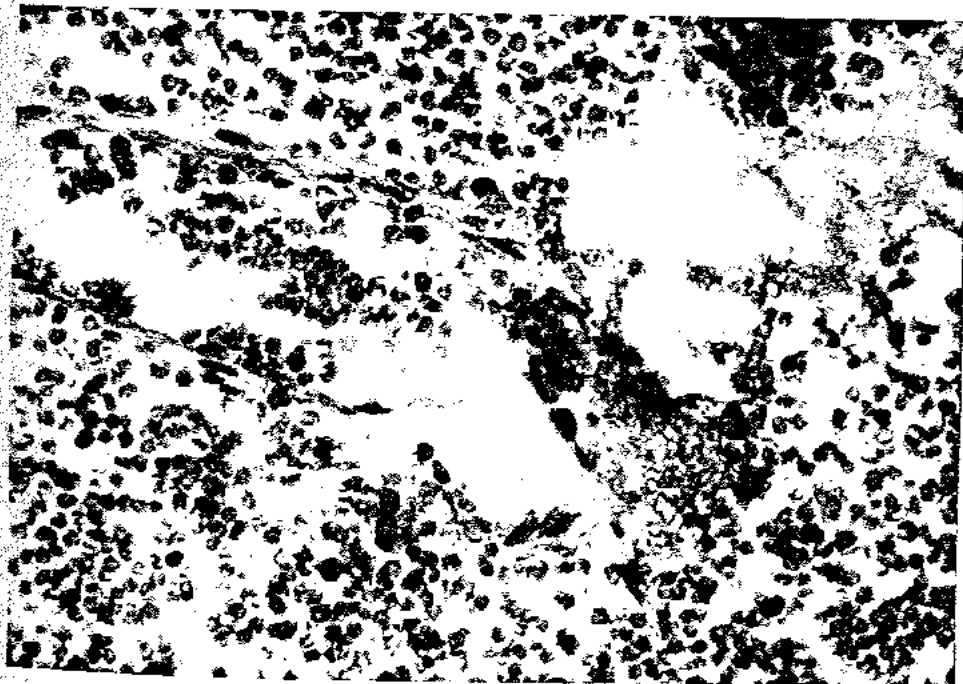


Сл.26. Еден ден по убризгување на преднизолон. Наод на инфламација и едем на сврзното ткиво. (45694) (x 16)

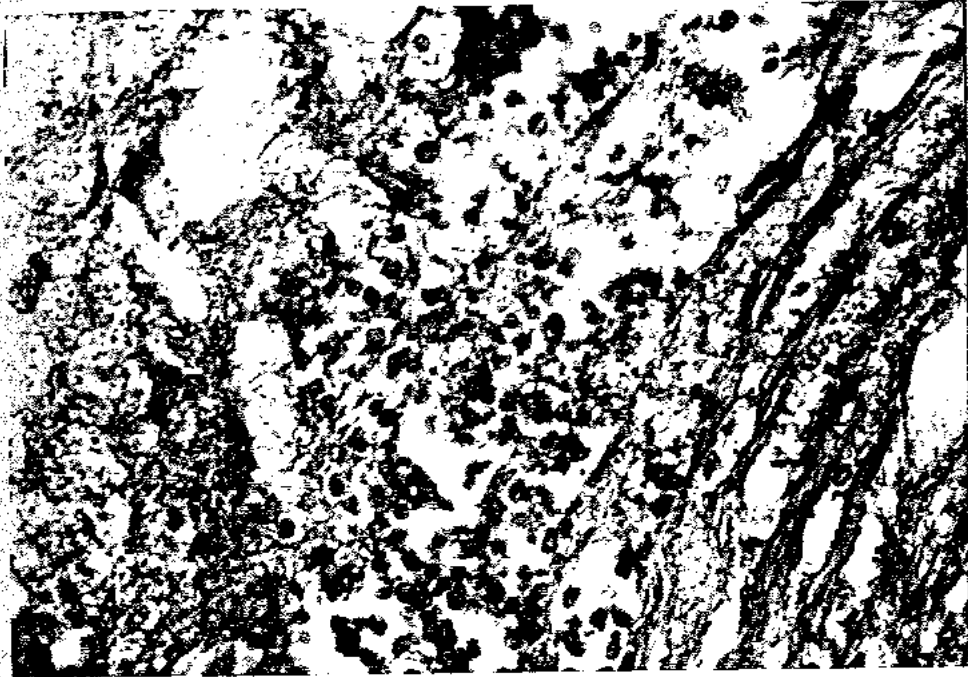
пациентка Б.А., родена 1982 год., со хемангиом во перiorбиталната регија (Сл. 4 - а,б,в,г.)



Сл. 27 - а. После шест месеци се гледаат истенчени и раскинати капилари со некроза на сидот. (42477) (x 10)

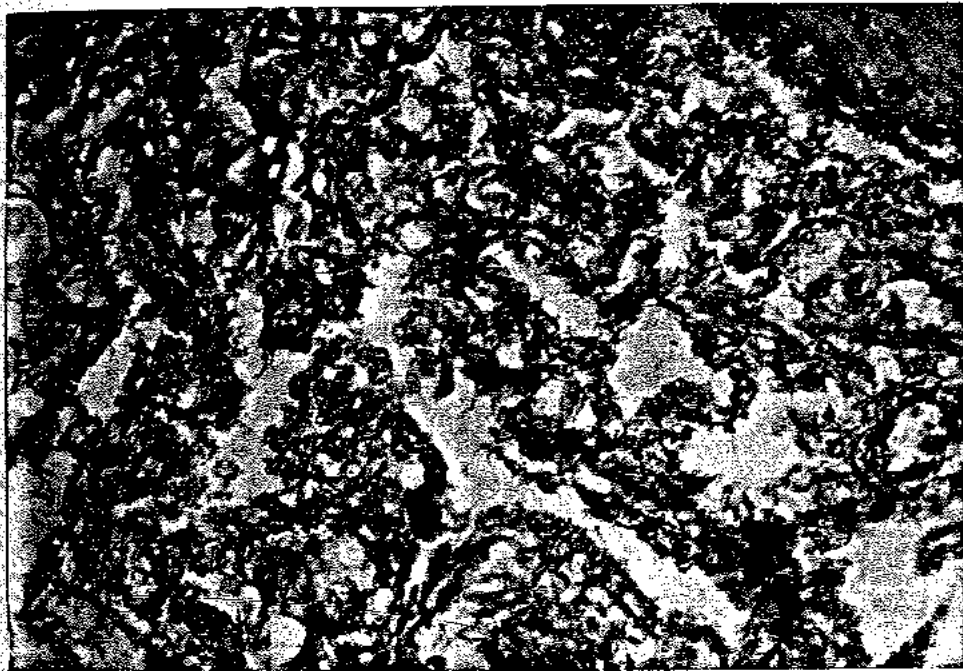


Сл. 27 - б. Некроза на крвни садови и крварење во околните простори. (42477) (x 16)



Сл. 27 - в. Некроза со раскинување на капиларни септуми. (42477) (x 40)

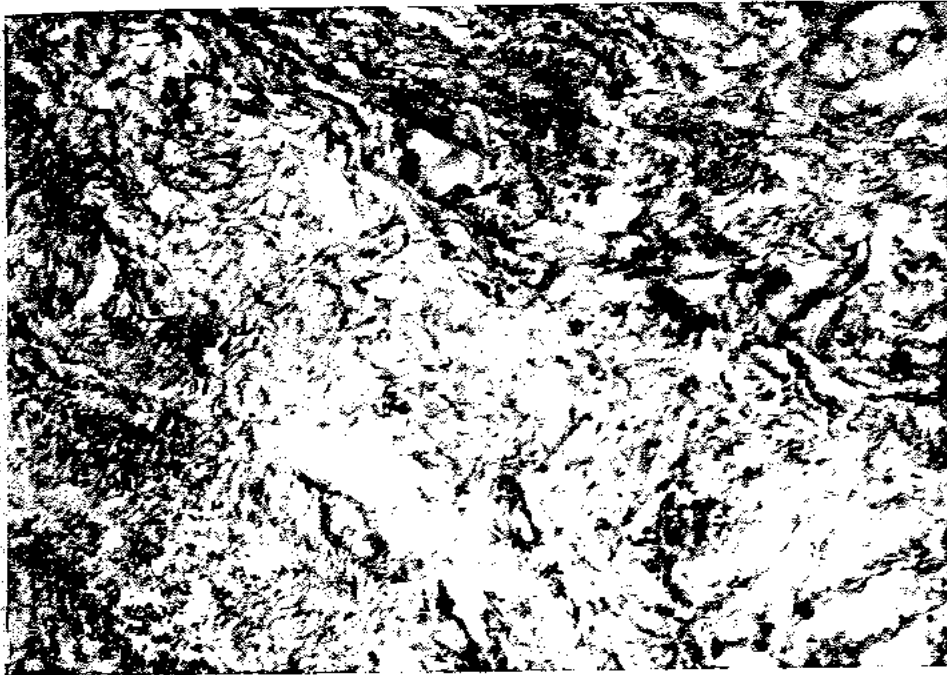
Пациент М.Ј., роден 1964 год. со хемангиом на горната усна
и образот (види сл. 6 - а., б.)



Сл. 28 - а. Една година после третман. Дел од многу
слоен плочест епител (десен агол горе)
под кој се наоѓа умножено сврзано ткиво и
остатоци од крвни садови со тенок ѕид.
(54454) (x 10)



Сл. 28 - б. Се гледаат два кавернозни крвни садови
во чија околина постои крварење и
некроза на колагените снопови. (54454)
(x 10)

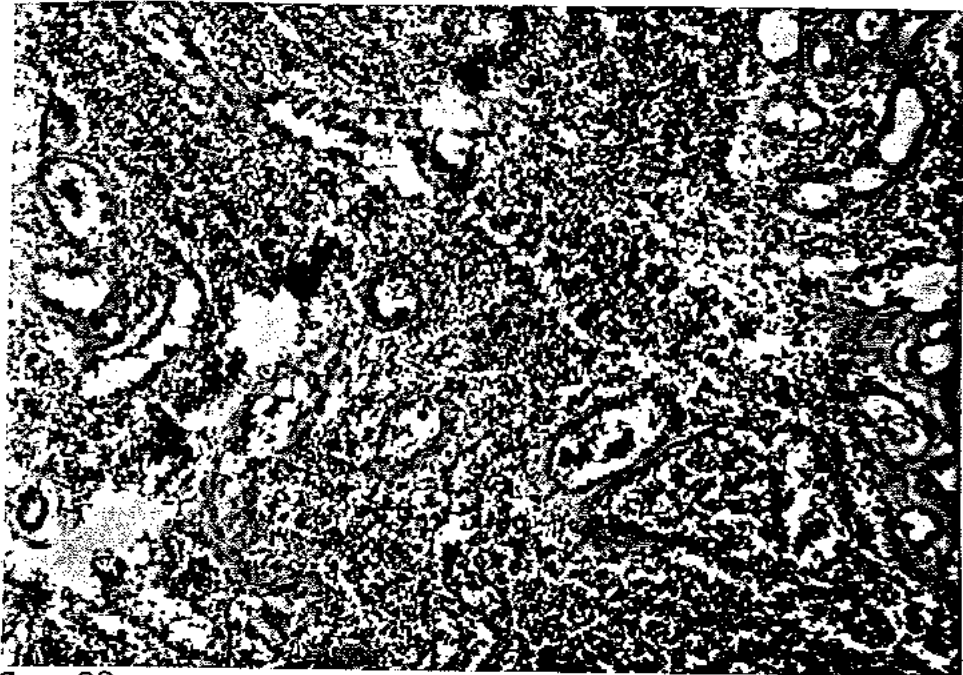


Сл. 28 - в. Крварење во долен агол лево со
бубрење и раслојување на колагенот.
(54454) (x 16)

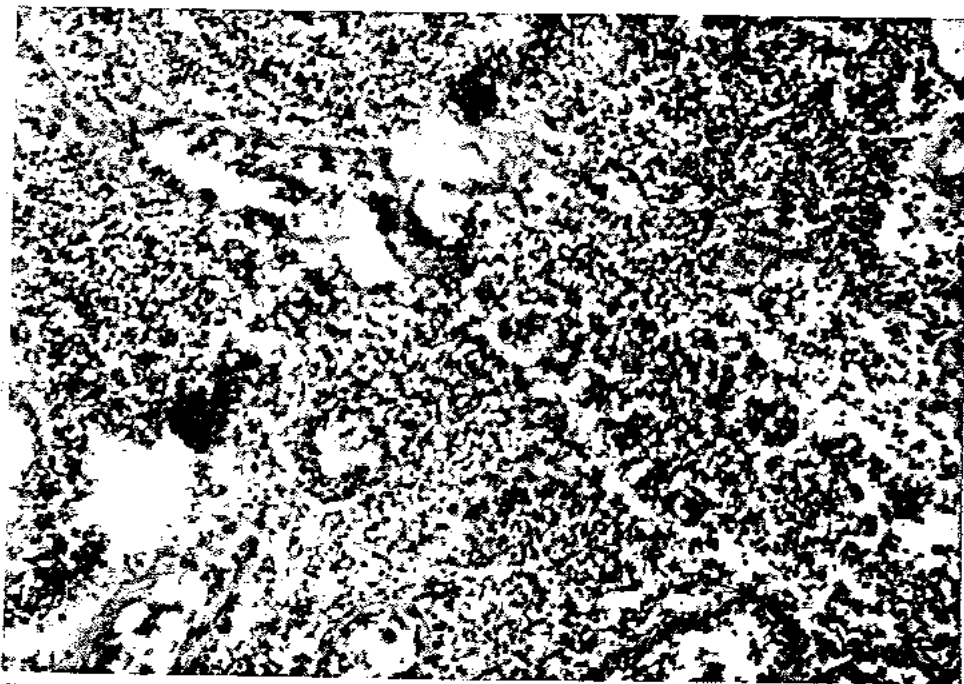


Сл. 28 - г. Епидерм (лево) и скелетна мускулатура
(десно) меѓу кои има поголем број на
капиларни садови. Строма едематозна со
присуство на ретки воспалителни клетки
(лимфоцити). (54454) (x 10)

Пациентка П.М., родена 1982 год, со хемангиом на десната страна на лицето и главата (види сл. 8 - а., б., в.)



Сл. 29 - а. Состојба после 1 година од лекувањето на хемангиом од кавернозно-капиларен тип во кој се гледаат масивни крварења околу капиларните крвни садови и распојнување на сврзното ткиво. (60904) (x 10)

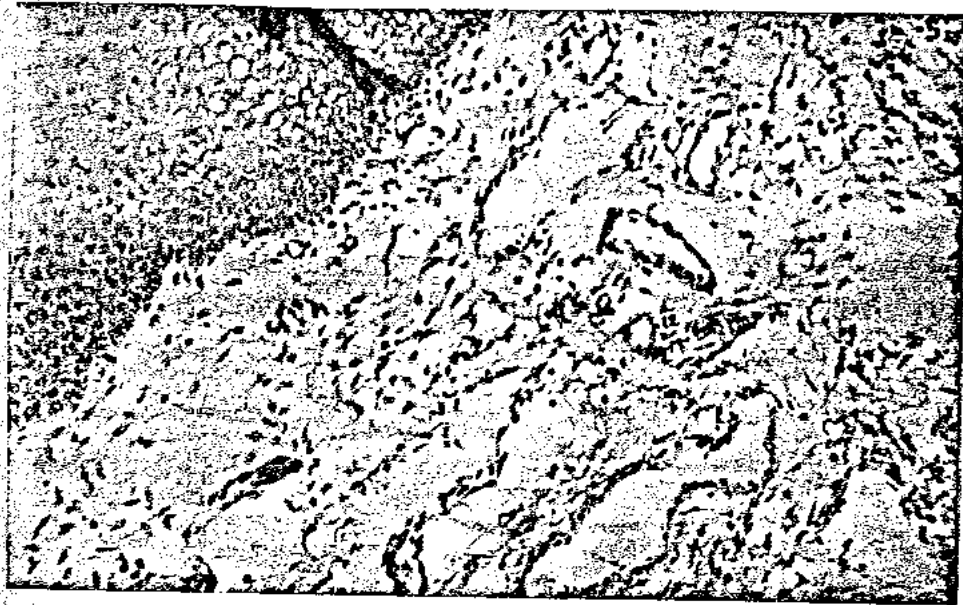


Сл. 29 - б. Масивно крварење во хемангиомското ткиво. Дел од крвните садови со сочувван ѕид, дел со раскинат и некротичен ѕид. (60904) (x 16)

10 - б. ЛЕКУВАНИ БОЛНИ СО ЕТИЛ АЛКОХОЛ

Од вкупно 46-те лекувани пациенти со 96 % етил алкохол, кај 26 се направени патохистолошки анализи на состојбата после завршеното лекување. Прикажуваме дел од нив.

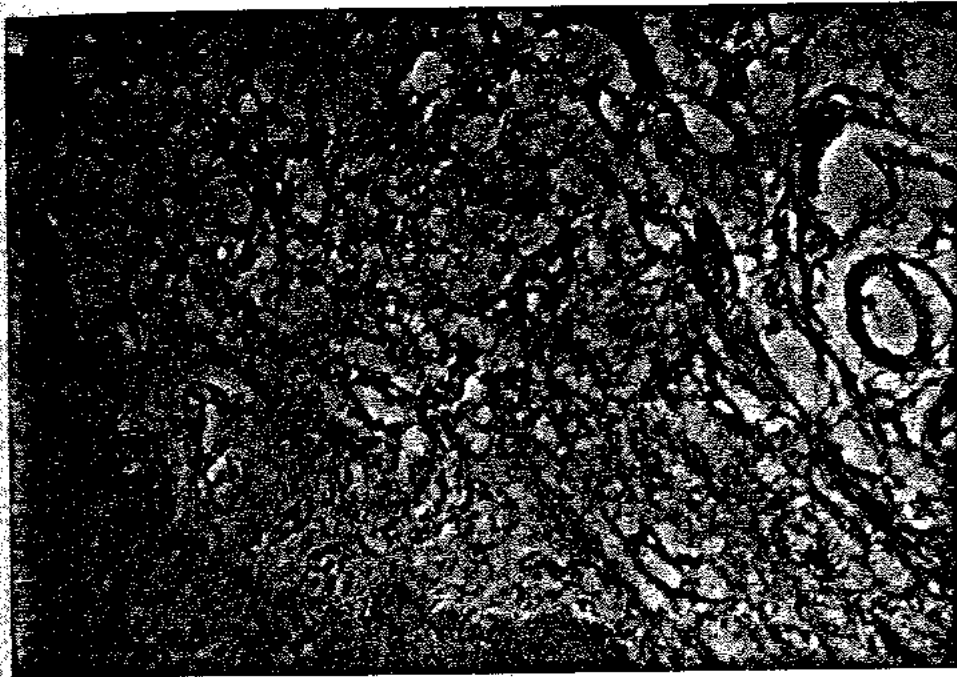
Пациент Б.Н. со амб. бр. 1042/87 г.; роден 1939 год., со хемангиом на образот и долната усна, десно.



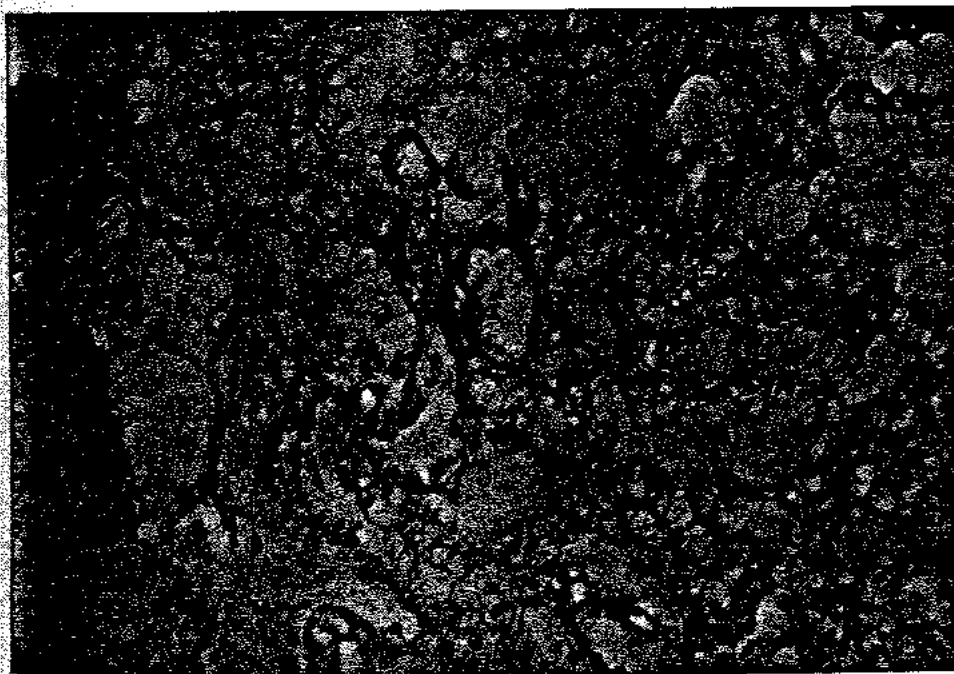
Сл. 30 - а. Нелекуваниот дел на хемангиомот дава приказ на ткиво покриено со многуреден плочест епител, под кој се наоѓаат умножени крвни садови (57007 x10)



Сл. 30 - б. Детаљ од истата слика на поголемо зголемување. (57007) (x 16)

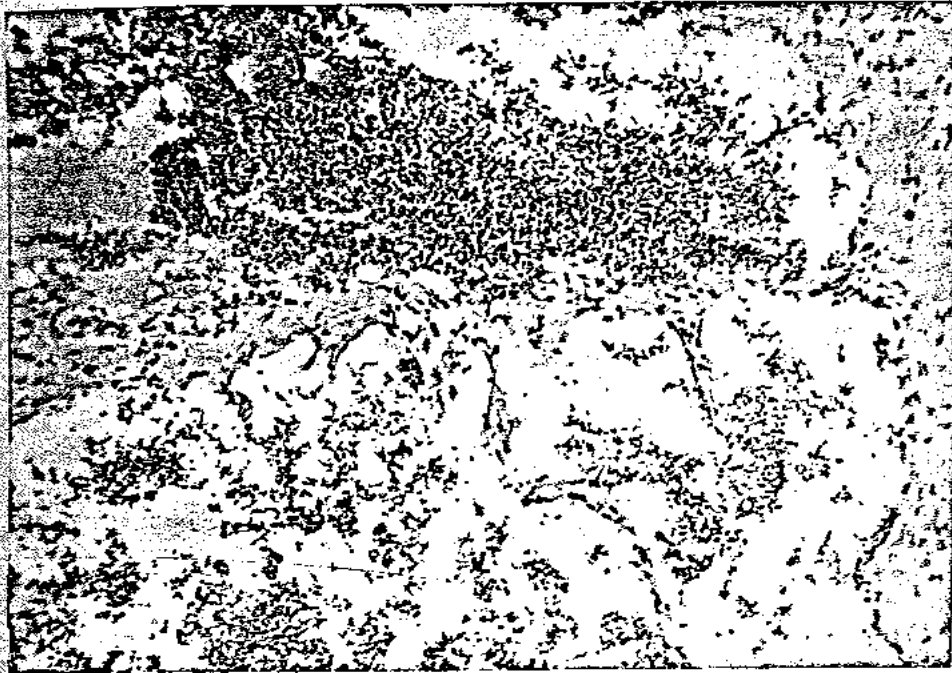


Сл. 30 - в. Состојба после 1 месец - дел од многуреден плочест епител, а под него се наоѓаат остатоци од хемангиом со умножено сврзно ткиво. (57007) (x 10)



Сл. 30 - г. Детал на поголемо зголемување (x 16)

Пациент Б.М. со м. бр. 152 и амб. бр. 56/88 г.;
срден 1974 год, со хемангиом на внатрешната страна на образот,
види сл. 16 - а, б.

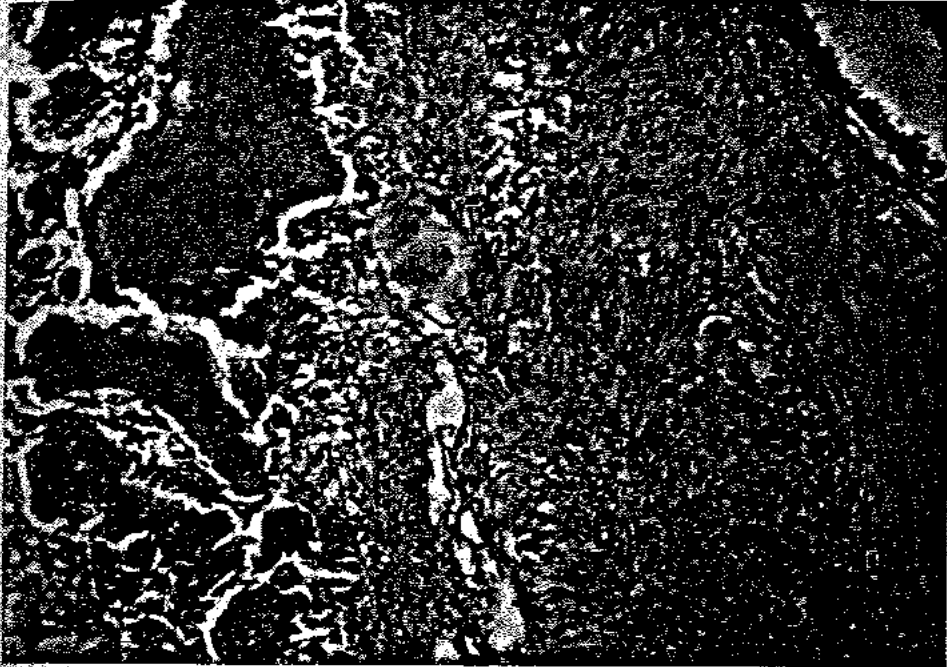


Сл. 31 - а. Нелекуван дел на хемангиомот - проширени
садови вклопени во оскудна сврзоткивна
строма. (60194) (x 10)

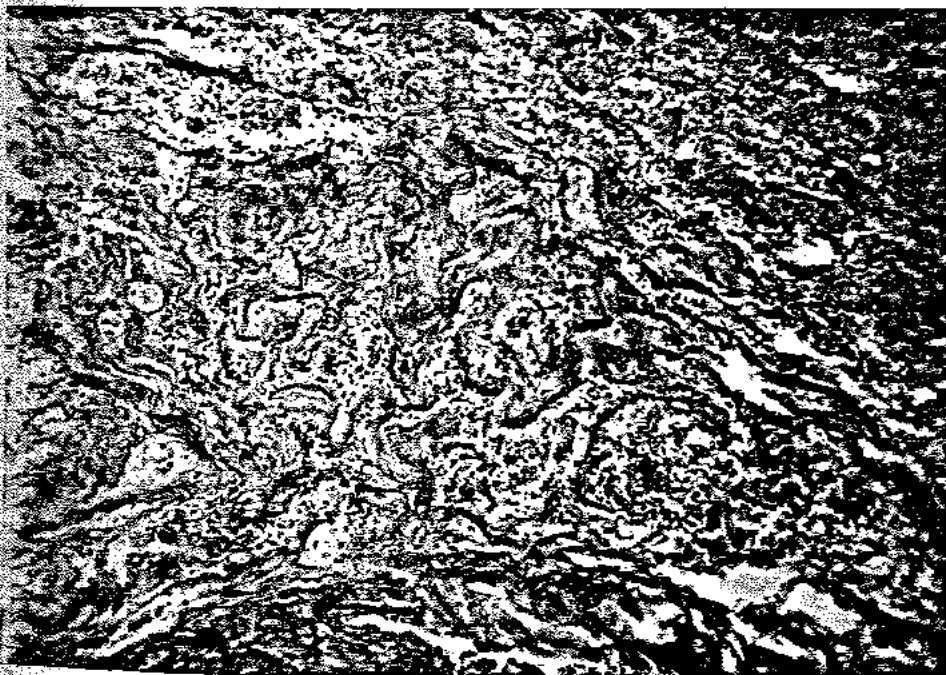


Сл. 31 - б. Состојба после 1 месец - во лекуваните
делови се наоѓаат снопови на растресито, а
на места во вид на траки компактно сврзно
ткиво со хроничен воспалителен инфилтрат.
(60195) (x 10)

Пациент В.С. со амб. бр. 583/88 г.; роден 1949 год.,
хемангиом на долната усна (види сл. 15 - а.)

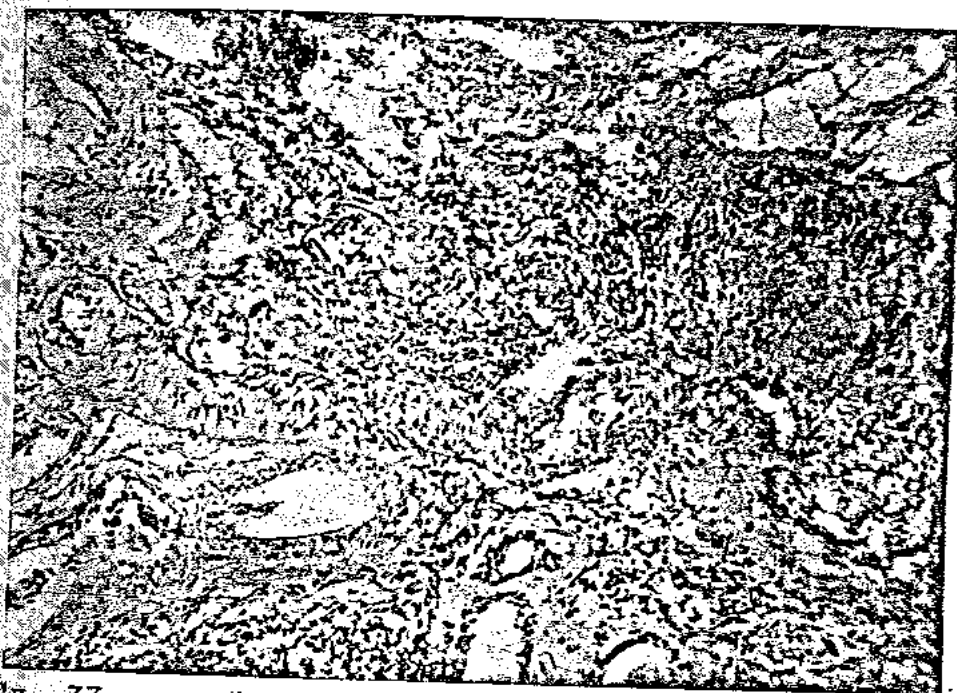


Сл. 32 - а. Состојба 1 месец после лекувањето -
кавернозен хемангиом со хемолизирана
крв (лево), горе десно се гледа мал дел
од кавернозен простор, а во средниот дел
постои организиран тромб. (60729) (x 10)

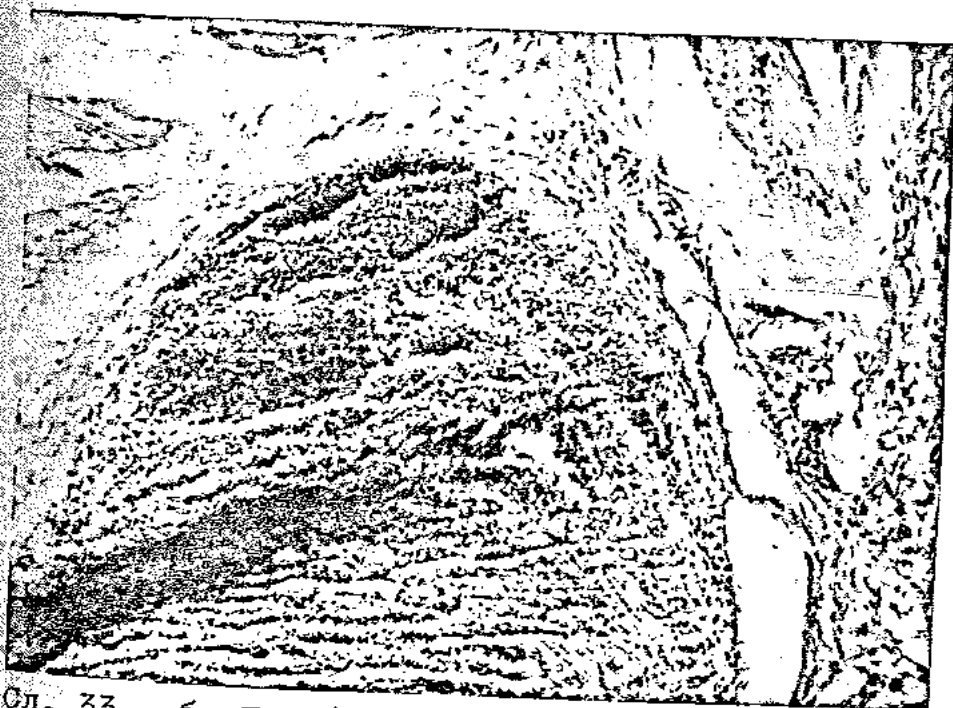


Сл. 32 - б. На препаратот обоен по Ван Гизон се гледа
колаген околу простори кои се склерозирани.
(60729) (x 10)

Пациентка К.С. со м. бр. 175 и 287/88 г.; родена
1945 г. со хемангиом на јазикот.



Сл. 33 - а. Нелекуван дел на хемангиомот - кавернозни крвни садови (60784) (x 10)



Сл. 33 - б. Промени во лекуваниот дел на хемангиомот
после 1 месец од лекувањето - кавернозен
простор исполнет со периферен свеж и цен-
трално оформен тромб (60785) (x 40)

Пациент С.Т. со амб. бр. 523 и мат. бр. 299/88 г.;
роден 1964 год., со хемангиом на левата страна на вратот (
слики сл. 19 - а, б.).



Сл. 34 - а. Состојба 1 месец после терапија -
крвни садови од артериски тип
и венски простори со тромби во луменот
и хијалинизација на ѕидот. (60963)(x10)

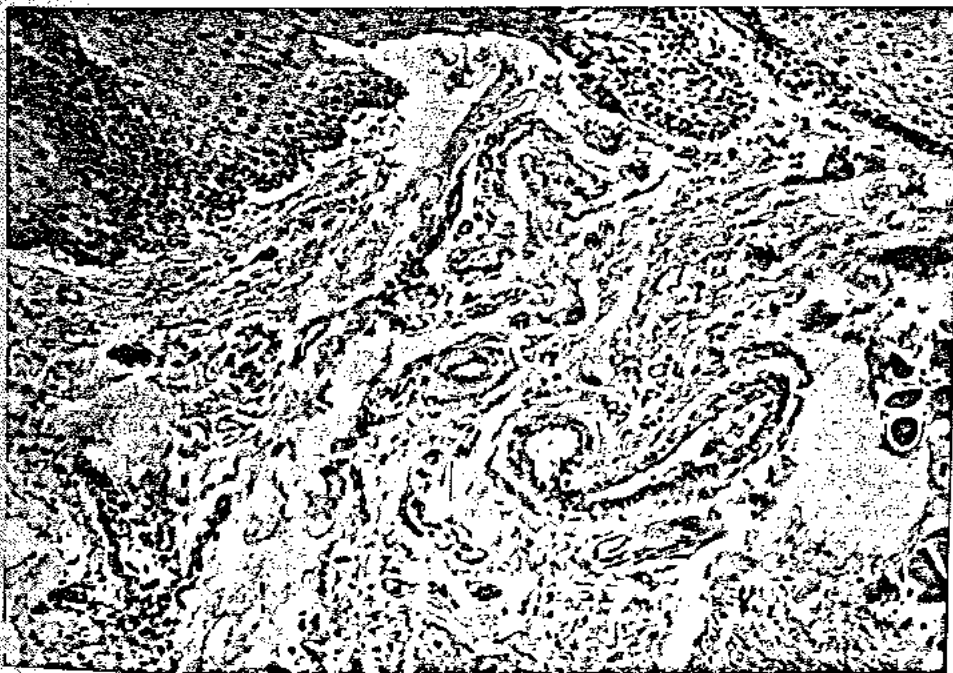


Сл. 34 - б. Детал на поголемо зголемување - се
гледаат здебелени ѕидови на крвните
садови со тромби во лумените. (60963)
(x 10)

Пациент С.М. со м. бр. 177 и 325/88 г.; роден 1924 г.
хемангиом на јазикот и устата (види сл. 17 - а,б,в,г.)



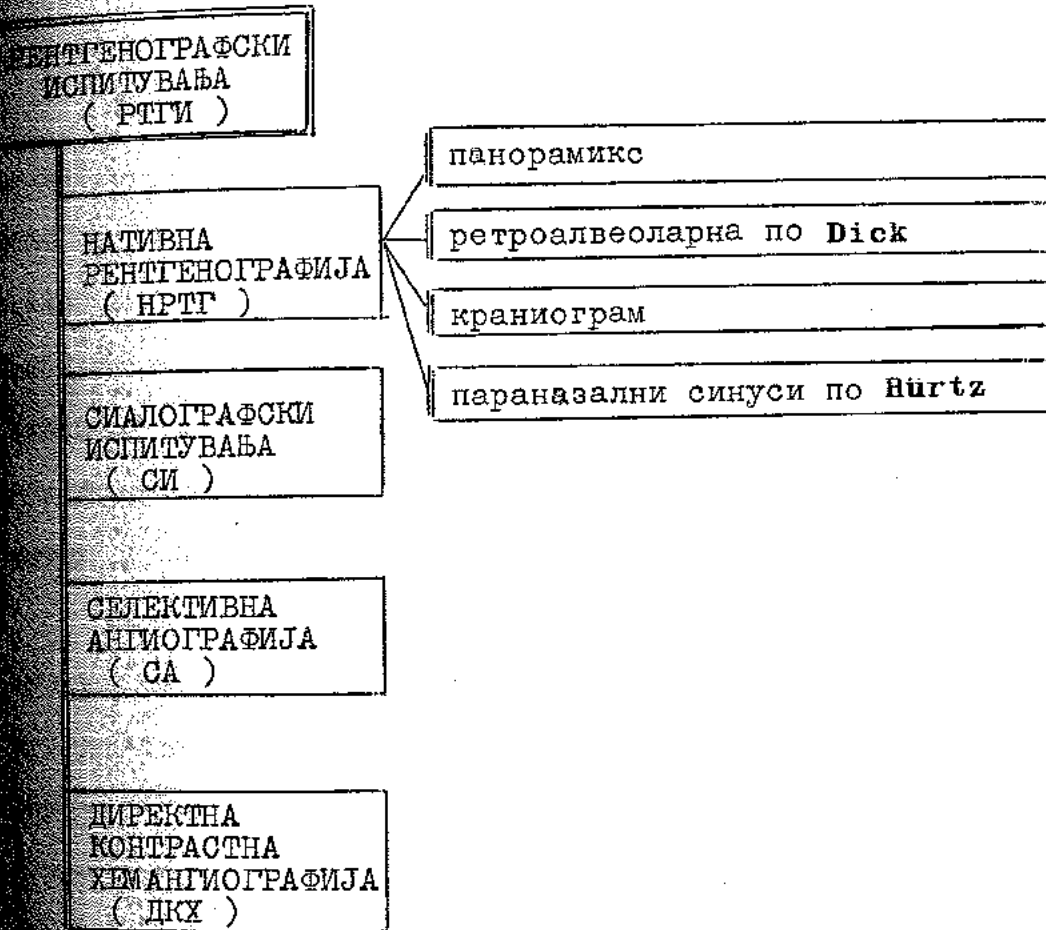
Сл. 35 - а. Приказ на нелекуван дел од хемангиомот -
многубројни капиларни и поединечни
кавернозни крвни садови. (61080) (x 10)



Сл. 35 - б. Приказ на промените во лекуваниот дел на
хемангиомот - се гледаат поединечни капи-
лари со хијалинизација на ѕидовите и
тромби во лумените (61079) (x 10)

11. РЕНТГЕНСКИ ИСПИТУВАЊА

ШЕМА 2. ПРИКАЗ НА КОРИСТЕНИТЕ РЕНТГЕНОГРАФСКИ ИСПИТУВАЊА



Шема 2. ги прикажува користените методи во рентген дијагностиката на хемангиомите на главата и вратот. Сите овие методи беа користени за да се прикаже хемангиомот и неговата локализација во пределот на вилиците, лицевниот скелет и меки делови на главата и вратот, што има голем значај за правилното лекување на истите.

При нашите испитувања сакавме да избереме најсоодветен пристап, заради што ги применивме сите досега користени методи за туморската патологија во максилофацијалната регија.

Овде посебно ќе се осврнеме на селективната ангиографија и на директната контрастна хемангиографија.

Селективната ангиографија ја користевме кај екстензивни ангиоми, локализирани во повеќе регии. За таа цел пациентите претходно беа воведувани во општа анестезија, а во некој случај и со локална анестезија, а потоа со помош на катетер вметнат во артерија феморалис, контрастот селективно е убриган во артериска гранка која е во најнепосредна близина на ангиомската лезија. Потоа беа правени секвенционални ртг снимки / кај 23 пациенти /.

Директната контрастна хемангиографија се подготвува исто и сите други контрастни ртг испитувања. Испитувањето не да доведе до потполно прикажување на анатомските и динамичките прилики во променетите крвни садови. Притоа, се користело контрастно средство кое не надразнува. Овде, важат истите принципи гледишта како за флебографијата и ангиографијата. Ова се однесува за општите и локалните ефекти на контрастното средство. За таа цел се користат тријодни контрастни препарати од кои што е Урографинот (Страин, 1961 г.) кој се покажа како најдобро средство. Тоа е натриумска, односно метил-глукаминова сол на амидотризоат, во однос 10:66. Урографинот, т.е. ренографинот, хипак-М не предизвикуваат болки, а општите и локални нежелни ефекти се крајно ретки.

При нашите рентгенографски испитувања количината на контрастното контрастно средство беше во зависност од големината

хемангиоматозната лезија, по правило, никогаш не користиме
дозе од 5цм 45% Урографин, заради следење на празнењето
на истиот. Во најголем број случаи со оваа метода се добива
потполно прикажување на хемангиомот, како и на крвните садови
кои вршат дотур, односно празнење на истиот (сл. 36 -а, б.).



сл. 36 - а, - б. Пациентка К.В. (види сл. 12 - а, - б),
со ртг бр.13581 направен при првиот
преглед пред лекувањето. Се прикажува
хемангиоматозната лезија и нејзината
дренажа во венскиот систем.

11. - а. РЕНТГЕНСКИ НАОДИ ПРИ ПАЦИЕНТИ
ЛЕКУВАНИ СО ПРЕДНИЗОЛОН

Пациентка Б.З. со м. бр. 6/1980 г. (види сл. 3 - а, б.).
Ртг наоди бр.: 402/80., 906/80., 7484/80 год.



Сл. 37 - а. На краниограмот се гледа засенчен десен фронтален синус.



37 - б., - в. Приказ на состојбата пред (- б.) и по првата сеанса на лекувањето (- в.).

пациентка З.К., родена 1932 г. и др.:

со ртг наоди со бр.:19176/79 и 62812/79.

Дг: Hemangioma buccae lat. sin.



Сл. 38 - а. Директна хемангиографија - пред лекување.
Со стрелки е означена зафатената регија.



Сл. 38 - б. Редуција на хемангиомот по завршеното
лекување.

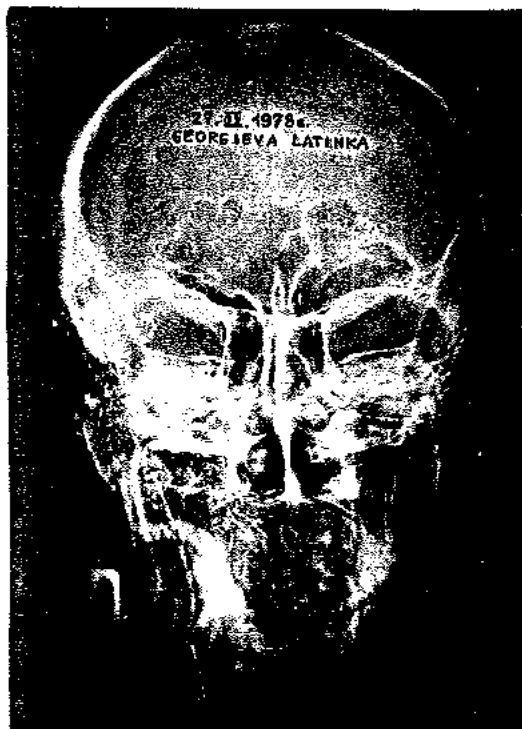
Пациентка Г.Л., родена 1954 год. (види сл. 9 - а., - б., - в.). При првиот преглед направени се рентгенограми под бр.:4413/78 и 1752/79 год.

дг.: Немангиома faciei et maxillae lat. dex.

На стр.70 и 71 даден е опис за видливите промени на максилата. Направениот панорамикс го даде сл. наод:

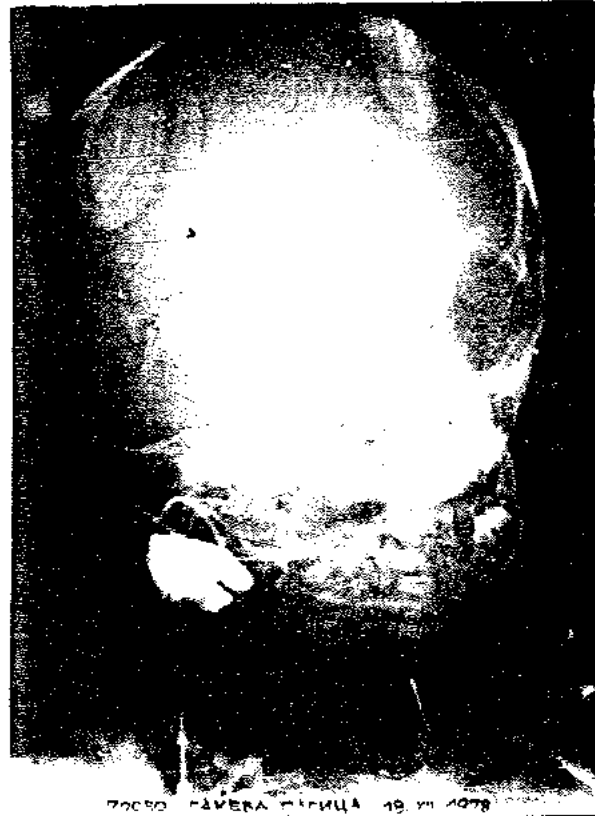


Сл. 39 - а. Засенченост на десниот носен ходник, без видливи промени во максилата.

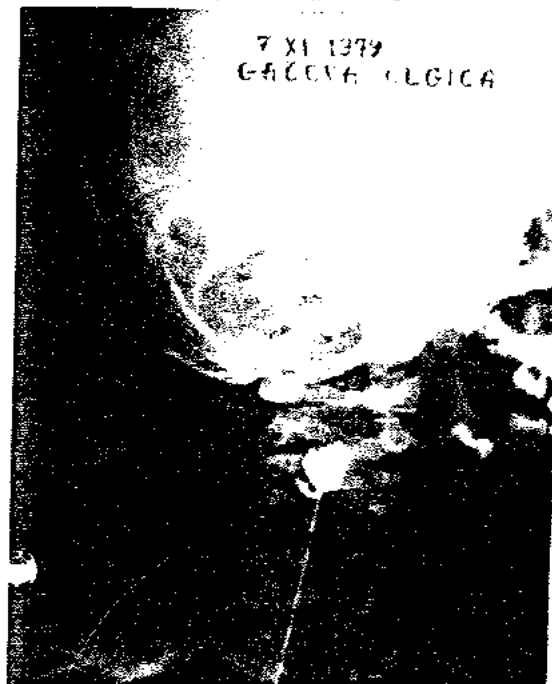


Сл. 39 - б. Селективната ангиографија покажува дилатиран сплет на крвни садови во десната зигоматично-темпорална регија, кој се шири према максилата.

Пациентка Г.О., м. бр.717/79., родена 1977 год.
(види стр.65 , сл.: 5 - а., - б., - в., - г.).
Рентгенски наоди бр.: од 18.12.78 г. и бр.28739/79.
Дг.: Hemangioma regio parotidea lat. dex.



Сл. 40 - а. Пред лекување - директната хемангиографија во целост го прикажува хемангиомот во десната заушна регија.



Сл. 40 - б. По лекување - видлива редукција на лезијата.

Пациентка Б.А., м. бр.610/82., родена 1982 год. (види
стр. 59 и стр. 60 и сл. 1 - а., - б., - в., - г.)

Со ртг наод бр. 6617/83 /сл. 41/.

Дг.:Hemangioma regio periorbitalis lat. sin.



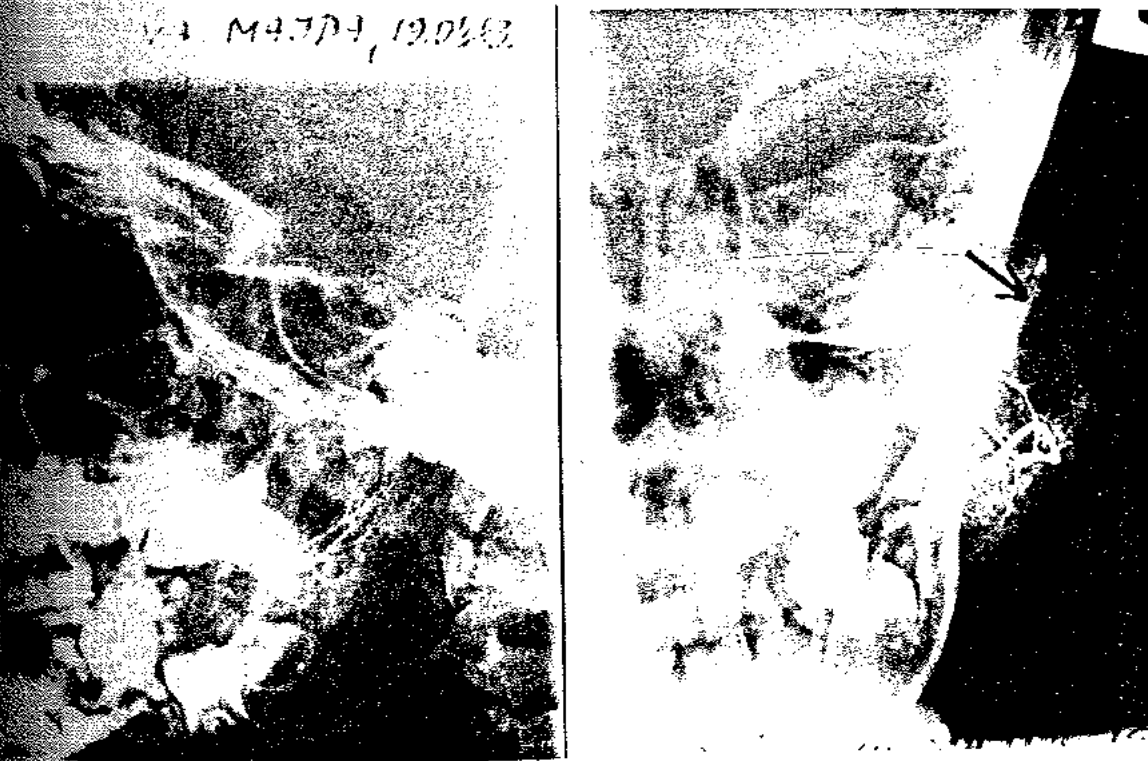
Сл. 41. Директната контрастна хемангиографија - при-
кажува неправилна шуплина и делумна дренажа
на контрастот преку вена офталмика и површните
вени на лицето кон вена југуларис.

Пациентка В.М., м.бр.805/82., родена 1977 год.
Ртг наоди од сialogрафските испитувања пред и по
завршениот третман под бр. 28461/82 и 25440483. Сл.42!
Дг.: Hemangioma regio parotis lat. sin.



Сл. 42 - а. Пред третман - се гледа потискање на
интражлезденото гранаве и неправилна
шуплина во централните делови на
жлездениот паренхим.

М4704, 12.02.83



Сл. 42 - б. По третман - во две различни проекции,
интражлезденото гранаве е нормално и
добро прикажано; редукција на неправилната
шуплина.

11. - б. РЕНТГЕНСКИ НАОДИ ПРИ ПАЦИЕНТИ
ЛЕКУВАНИ СО 96% ЕТИЛ АЛКОХОЛ

Пациент С.Т., роден 1964 год. Лекуван амбулантно под бр.523 и
клинички под м.бр.299/88. Со ртг наоди бр.:17464/88 и 17644/88
Д-р.: Hemangioma colli lat. sin.

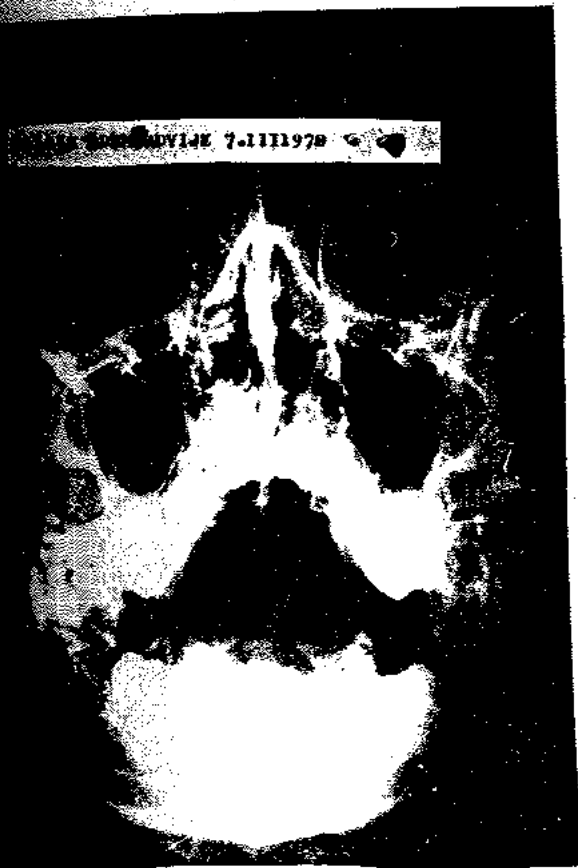
Сл. стр. 81 и сл. 19 - а., - б.



Сл. 43 - а. Пред лекување - се гледа комплекс од големи шуплини кои комуницираат меѓу себе во субмандибуларната регија, лево и кон вратната регија.

Сл. 43 - б. По третман - Се гледа: редукција на хемангиомот во субмандибуларната регија, но не може да се верифицира одводната венска дренажа.

пациентка А.А., родена 1957 год. При првиот преглед направен
рентгенограм на параназалните синуси под бр.13452/78, а
после завршеното лекување и директна контрастна хемангиографија
под бр.19522/88. /Сл. 44 - а., - б./
Hemangioma faciei lat. sin.



Сл. 44 - а. Видлива остеолиза на
телото на зигоматичната
коска, лево.



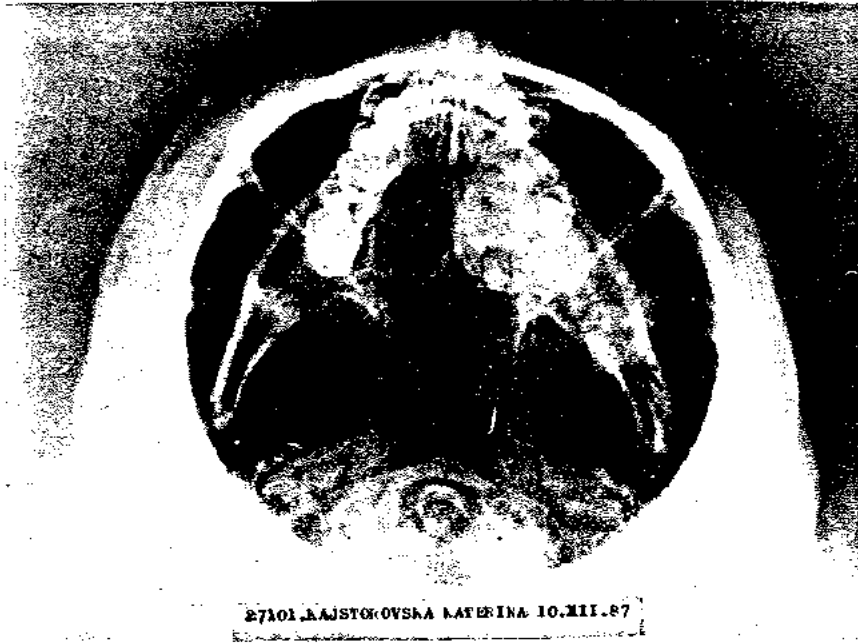
Сл. 44 - б. На директната хемангиографија се прикажува хемангиом кој комуницира со ситни венски садови.

Пациентка В.М., родена 1977 год. со м.бр. 154/88. Претходно лекувана со локално интерстициелно убризгување на преднизолон (види стр.80 и сл. 18 - а., - б.). Сега заради рецидив повторно хоспитализирана заради интрахемангиоматозно убризгување на 96% етил алкохол. Претходно е направен КТ / компјутерска томографија на главата, односно на мозокот/и добиен е наодот прикажан на сл. 45. /претходно види сл. 42-а., - б.



Сл. 45. рентгенограм бр. 1989/88. На компјутерската томографија се гледа: на нивото на левата glandула паротис постои мекоткивен тумефакт.

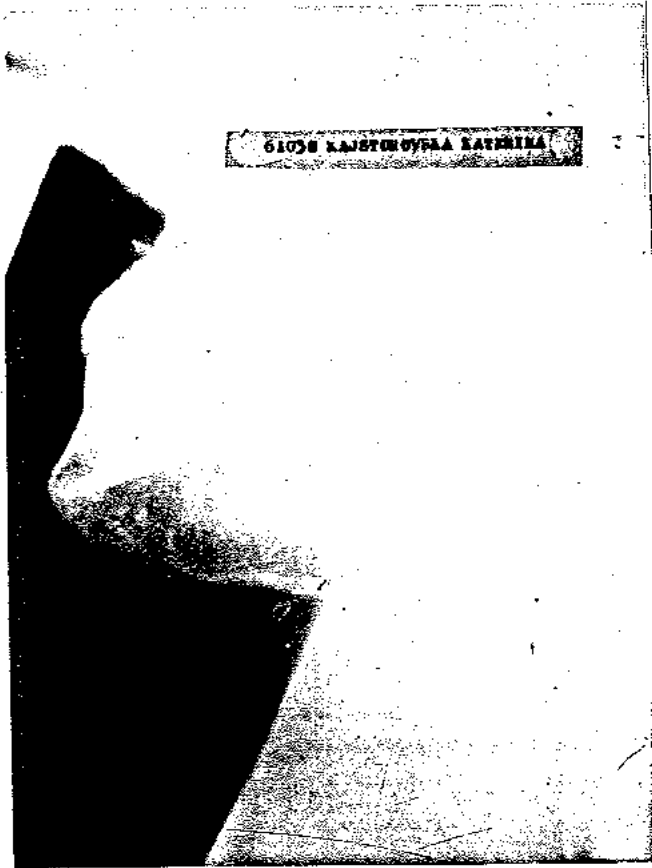
Пациентка К.К., родена 1974 год. Лекувана заради хемангиом во десната подвилична регија. Направена е директна контрастна хемангиографија пред лекувањето под бр. 27101 (сл. 46 - а., - б.). По завршеното лекување направени се контролни рентгенограми под бр. 61038/88. (сл. 46 - в., - г.).
Др.: Hemangioma reg. submandibularis lat. dex.



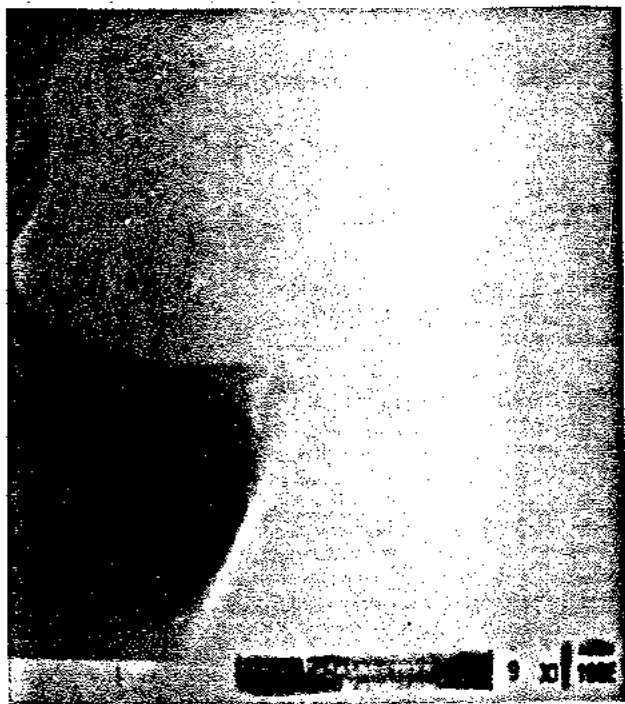
Сл. 46 - а. Стрелките го прикажуваат хемангиомот кој во целост ја исполнува субмандибуларната и сублингвална регија.



Сл. 46 - б. Јасен приказ за венската дренажа на хемангиомот.



Сл. 46 - в. Состојба после завршеното лекување -
не се прикажува хемангиомот.



Сл. 46 - г. Се прикажуваат два сосема мали
флеболити и склерозизиран крвен сад.

12. РАДИОИЗОТОПСКИ ИСПИТУВАЊА :

За визуализација на хемангиомите го користевме изотопот Tc-99m. Се убризгува „болус“ од 10 - 15 мС (370 - 550 MB). Половина саат пред убризгувањето на радиоизотопот пациентот е третиран со пирофосфаткалај (), со што се обезбедува максимално вградување на Tc-99m во еритроцитите. На овој начин може да се прати васкуларната фаза во секвенциални слики на секој 15 секунди до 1 минута, а потоа се прави статичен скен. Скенографскиот наод се манифестира во вид на ретенција на изотопот во крвните садови на хемангиомот.

Испитани се вкупно 55 пациенти со хемангиоми во пределот на лицето и вилиците. Староста на пациентите нанесуваше помеѓу 4 и 54 години. Инаку, сите пациенти претходно беа дијагностицирани на основа на клиничките знаци за постоење на хемангиом. Види табела XIII.

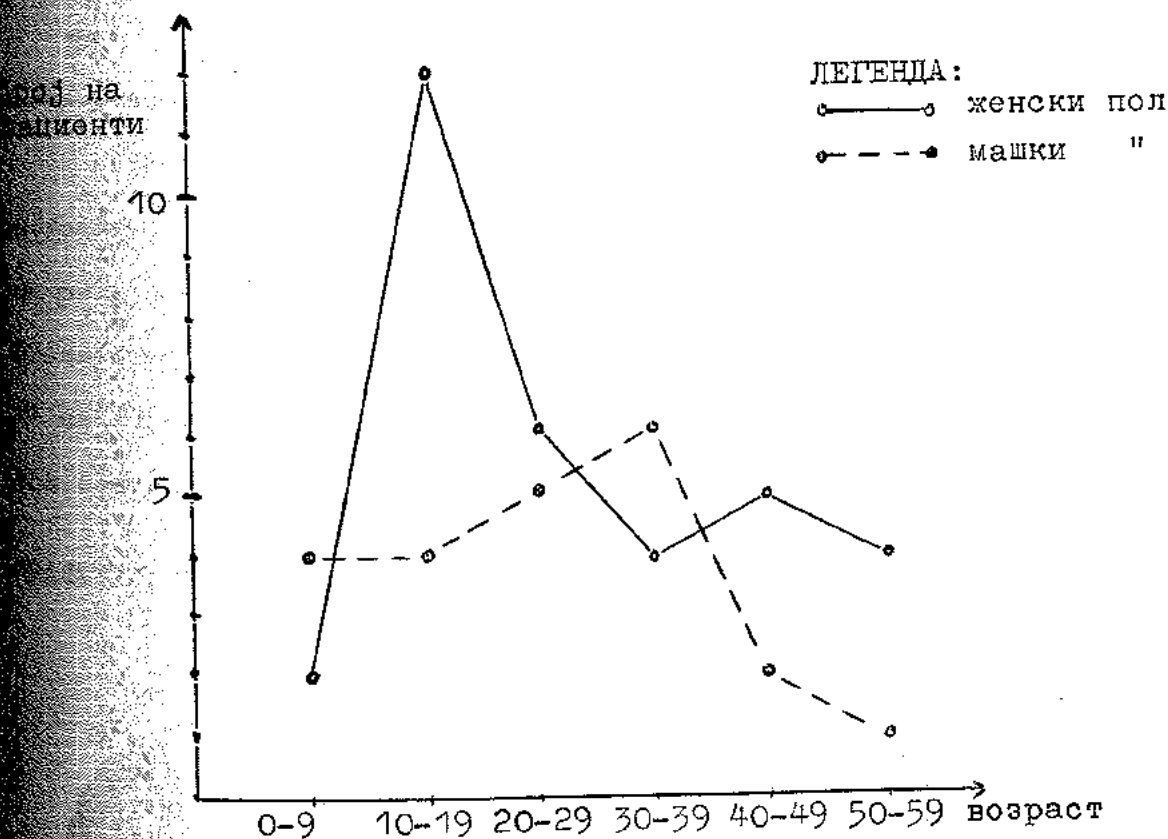
ТАБЕЛА XIII. ЗАСТАПЕНОСТ НА ПАЦИЕНТИТЕ СПОРЕД ВОЗРАСТ И ПОЛ

	возраст \ пол	ж.	м.	В К У П Н О	
				апс.в.	%
1	0 - 9	2	4	6	10,9
2	10 - 19	12	4	16	29,1
3	20 - 29	6	5	11	20,0
4	30 - 39	4	6	10	18,2
5	40 - 49	5	2	7	12,7
6	50 - 59	4	1	5	9,1
	В К У П Н О	33	22	55	100

Табела XIII. ја покажува застапеноста на пациентите според возраста и полот. Од неа може да се види дека најчестите се пациентите од женскиот пол / 33 /, а најзастапени возрастни групи се : од 10 - 19 год. (29,1%) и од 20 - 29 години (20,0%).

Ова е прикажано на следниот графикон!

ГРАФИКОН XIII. ЗАСТАПЕНОСТ НА ПАЦИЕНТИ СПОРЕД ВОЗРАСТ И ПОЛ



12.- а. РАДИОИЗОТОПСКИ ИСПИТУВАЌА КАЈ ПАЦИЕНТИ
ЛЕКУВАНИ СО ПРЕДНИЗОЛОН

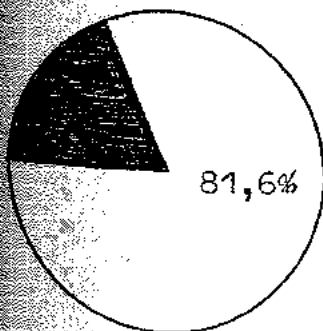
На табела XIV. изнесен е вкупниот број на направени скенови пред и по завршената терапија. Исто така, даден е и бројот на скеновите на меките ткива и коските на лицевиот скелет пооделно.

ТАБЕЛА XIV. СКЕНОГРАФСКИ ИСПИТУВАЌА ПРЕД И ПО ЗАВРШЕНАТА
ТЕРАПИЈА СО ПРЕДНИЗОЛОН

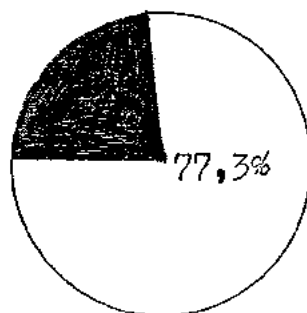
ПРЕД ТРЕТМАН		ВКУПНО	ПОСЛЕ ТРЕТМАН		ВКУПНО
скенови на меките тк.	скенови на коски		скенови на меките тк.	скенови на коски	
31	7	38	17	5	22

На табела XIV. се гледа дека во пред третман се направени вкупно 38 скена колку што и бил вкупниот број на радиоизотопски испитани пациенти лекувани со преднизолон. После завршеното лекување направени се само 22 скена, од кој 17 се однесуваат на меките ткива, а 5 на коските на лицето. Ова појасно е прикажано на сл. графикон.

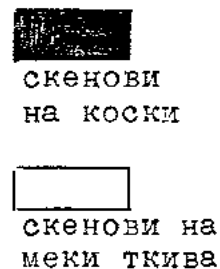
ГРАФИКОН XIV. ПРИКАЗ НА СКЕНОГРАФСКИТЕ ИСПИТУВАЌА
КАЈ ЛЕКУВАНИТЕ СО ПРЕДНИЗОЛОН



ПРЕД ТРЕТМАН



ПОСЛЕ ТРЕТМАН



Изнесуваме дел од овие наоди како би дале пообјективен приказ за корисноста на применетата скенографска метода, како и дијагностички, така и во пратењето на успехот на лекувањето.

Пациентка В.М., родена 1938 г.

Со дг.: Невангиома faciei et maxillae lat. sin.

Пред лекувањето направен фотоскен бр.4104/81(сл.47-а), по завршеното лекување направен е контролен фотоскен под бр.8450/83 (сл.47 -б.).



Сл. 47 - а. Се визуализираат вруки фокуси во пределот на левата страна на лицето во АП и ЛЛ.



Сл. 47 - б. Состојба после терапијата - нешто редуциран хемангиом.

Пациент М.Ј., роден 1961 год. (види стр.67, сл.6 -а,-б.).

Др.: Hemangioma labii oris sup. et buccae lat. dex.

Фотоскен бр.: 5046/81 /сл.49 - а./ и

14563/84 /сл.49 - б./.

Милевски Јован 50 год.



сл. 49 - а. Состојба пред третман - приказ на хемангиомот како врвк фокус претежно во десната, предна средна третина на лицето.

14563 МИЛЕВСКИ ЈОВАН



14563 Милевски Јован - 2 год



сл. 49 - б. После завршеното лекување - во васкуларната фаза се гледа слаба акумулација во AP и DL позиција. На статичкиот скен нема јасна акумулација во AP, сем тогвешта промена во предел на устата.

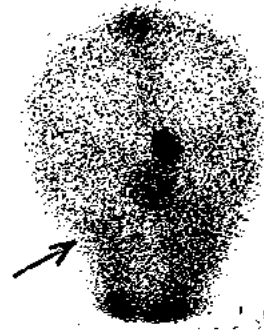
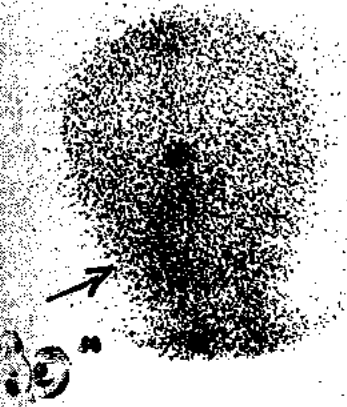
Пациент А.Е., роден 1978 год.

Дг.:

Фотоскен бр.: 4169/82 /сл. 50 - а./

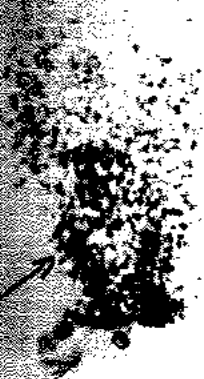
10829/83 /сл. 50 - б./

4169 Али ЕРДЕМ ~~10829~~ Али



Сл. 50 - а. Состојба пред лекување - се визуализира хемангиомот на десната страна на лицето.

10829



10829



Сл. 50 - б. Состојба после лекувањето - изразита редукција на хемангиомот.

12. - 6. РАДИОИЗОТОПСКИ ИСПИТУВАЊА КАЈ ПАЦИЕНТИ
ЛЕКУВАНИ СО 96% ЕТИЛ АЛКОХОЛ

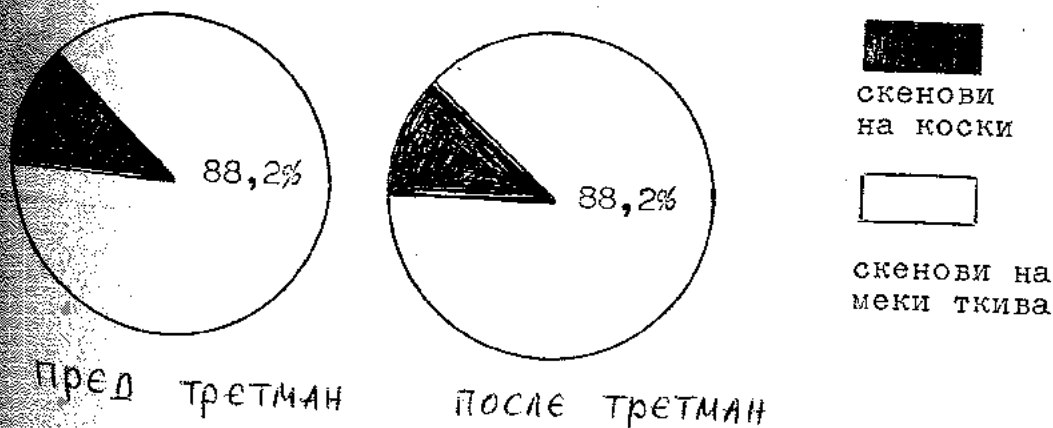
На табела XV. изнесен е вкупниот број на направени скенови пред и по завршената терапија со 96% Етил алкохол. Исто така, даден е и бројот на скеновите на меките ткива и на коските поодделно.

ТАБЕЛА XV. СКЕНОГРАФСКИ ИСПИТУВАЊА ПРЕД И ПОСЛЕ ЗАВРШЕНАТА ТЕРАПИЈА СО ЕТИЛ АЛКОХОЛ

ПРЕД ТРЕТМАН		ВКУПНО	ПОСЛЕ ТРЕТМАН		ВКУПНО
скенови на мекИ тк.	скенови на коски		скенови на мекИ тк.	скенови на коски	
15	2	17	15	2	17

Табелата покажува дека во пред терапијата се направени 15 скена на меките ткива и 2 на коските на лицето, односно вилиците. Исто толкав број е направен и после завршеното лекување. Види графикон XV.

ГРАФИКОН XV. ПРИКАЗ НА СКЕНОГРАФСКИТЕ ИСПИТУВАЊА КАЈ ЛЕКУВАНИТЕ СО ЕТИЛ АЛКОХОЛ



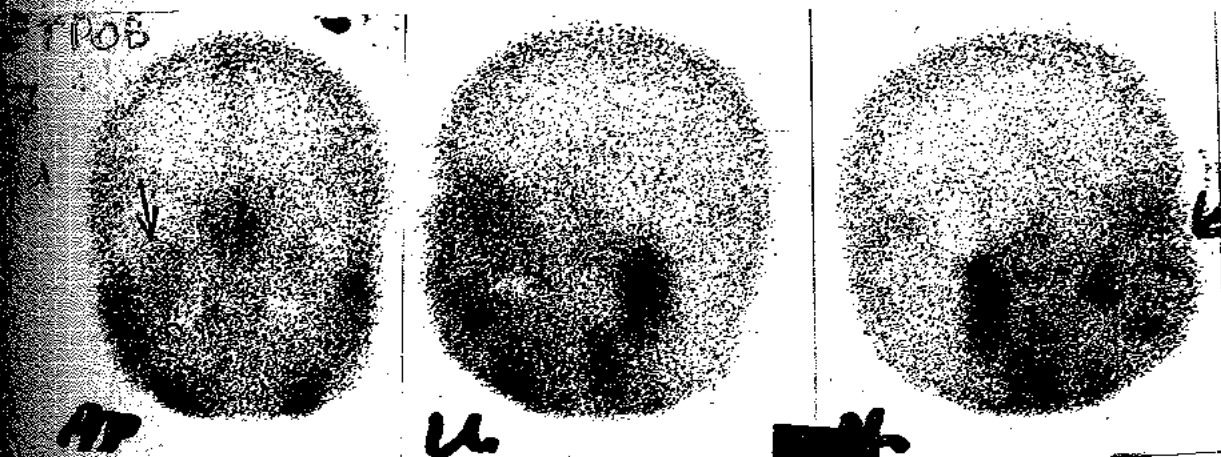
Изнесуваме дел од овие наоди како би дале пообјективен приказ за корисноста на оваа метода во откривањето и пратењето на успехот во лекувањето на овие тумори.

Пациент П.Р., роден 1940 год.

Дг.: Hemangioma linguae et basseos oris lat. dex.

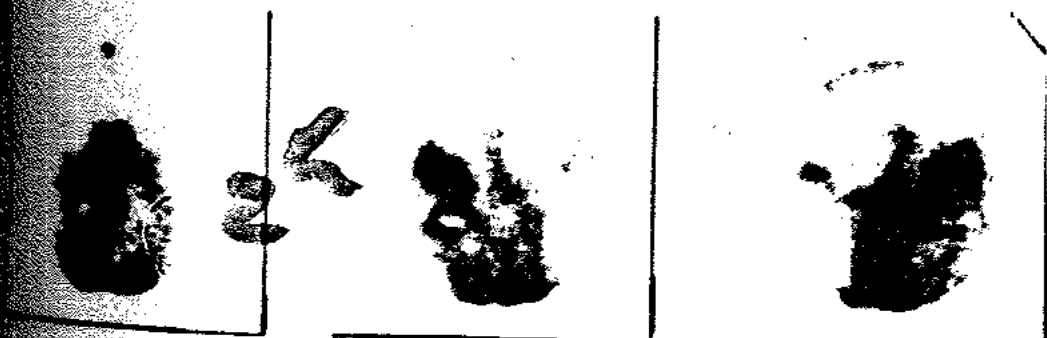
Фото скен бр.: 5137/81 - направен при првиот преглед /види сл.51 - а./ и

27014/88- после првата апликација на етил алкохол. /сл.51 - б./.



сл. 51 - а. Се гледаат вруќи фокуси во долната третина на лицето, десно.

27014
ПЕТРОВ РИСТО



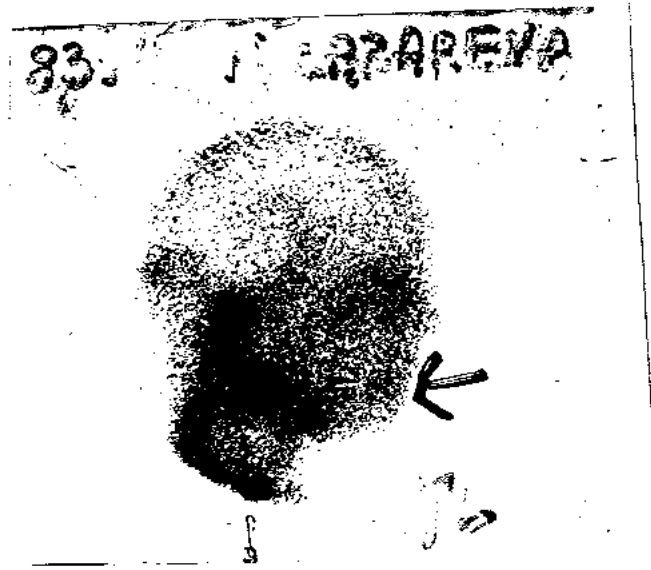
сл. 51 - б. Забележлива редукција на хемангиомот.

Пациентка Л.Н., родена 1940 год. /види стр.72, сл.10

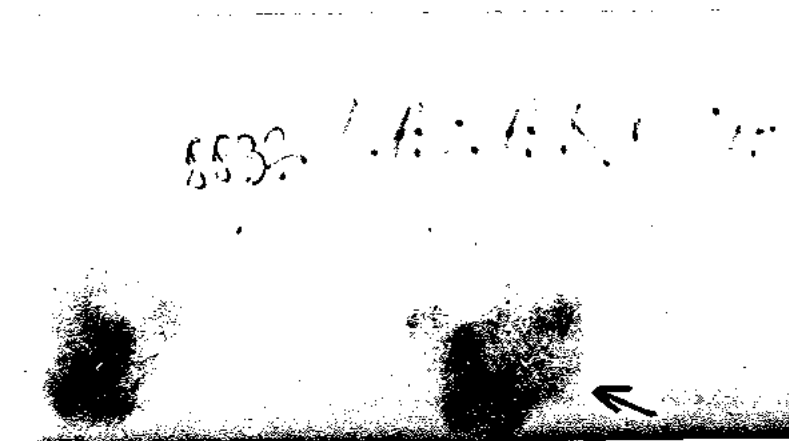
Дг.: Немањгиома labii oris inf.

Фотоскен бр.: 8314/83 (сл. 52 - а.) и

8837/83 (сл. 52 - б.).



Сл. 52 - а. Пред третман - врुक фокус во пределот на долната усна десно.



Сл. 52 - б. После третман - статичкиот скен во иста позиција /ДЛ/ не го прикажува хемањгиомот.

Пациентка В.М., родена 1977 год. /види стр.80 и сл.
18 - а., - б./ и стр.112 и сл.45!

Дг.: Немангиома рег. parotis lat. sin.

Скенови: 10646/83 пред третман со преднизолон /сл.53-а/
10920/83 после завршен третман./сл.53 - б./.

10646

Вучкова

Мајза



сл. 53 - а. Состојба пред третман - акумулација на радиоизотопот во левата паротидна регија.

10920 ВУКОВА
МАЈЗА



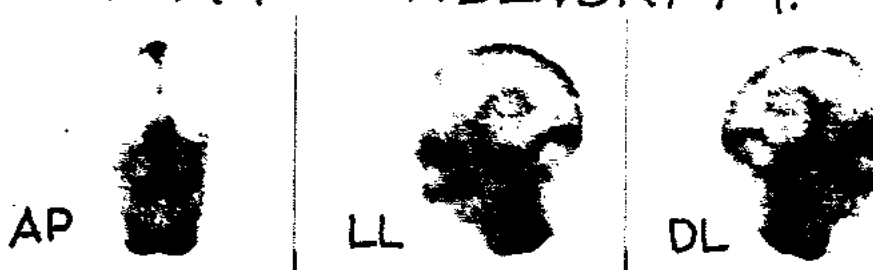
сл. 53 - б. После завршеното лекување - не се забележува акумулација на радиоизотопот и губење на хемангиомот.

Пациент Б.М., роден 1974 год. /види стр.78 и сл.16-а;б./

Дг.: Hemangioma buccae lat. dex.

Скен бр.: 25557/88

20.1.1988 ... BLAŽEVSKI M.



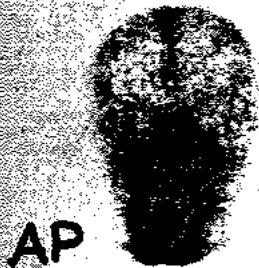
Сл. 54. Состојба пред третман - одвај приметлива акумулација на радиоизотопот на долната усна, десно.

Пациентка К.К., родена 1974 год. (види стр.113 и 114 и сл. 46 - а., - б., - в., - г./.

Дг.: Hemangioma regio submandibularis lat. dex.

Фотоскен бр.: 25106/87 (сл. 55 - а.) и
25970/88 (сл. 55 - б.)

25106 КАЈСТОРОВСКА К.



Сл. 55 - а. Состојба пред третман - се гледа голема акумулација на радиоизотопот во десната субмандибуларна регија.

**26970 КАЈСТОРОВСКА
КАТАРИНА**

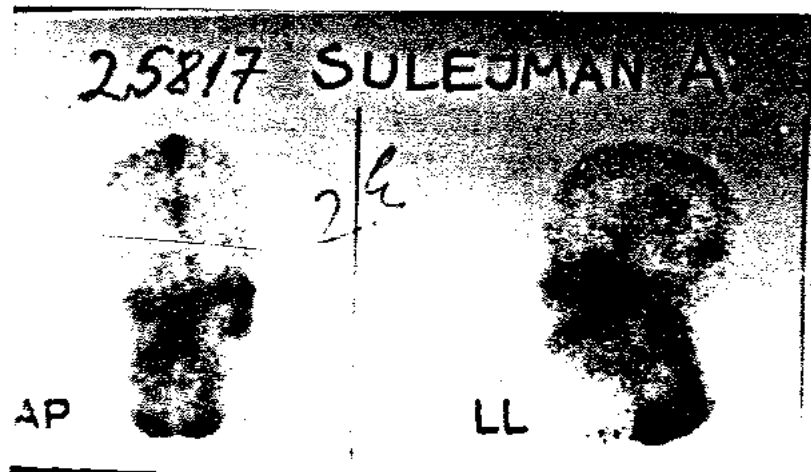


Сл. 55 - б. На статичкиот скен не се забележуваат промени во однос на претходниот скен.

Пациентка А.А., родена 1957 год., види стр.111 и сл.44!

Дг.: Нешангиома faciei lat. sin.

Фотоскен бр.: 25817/88 (сл. 56).



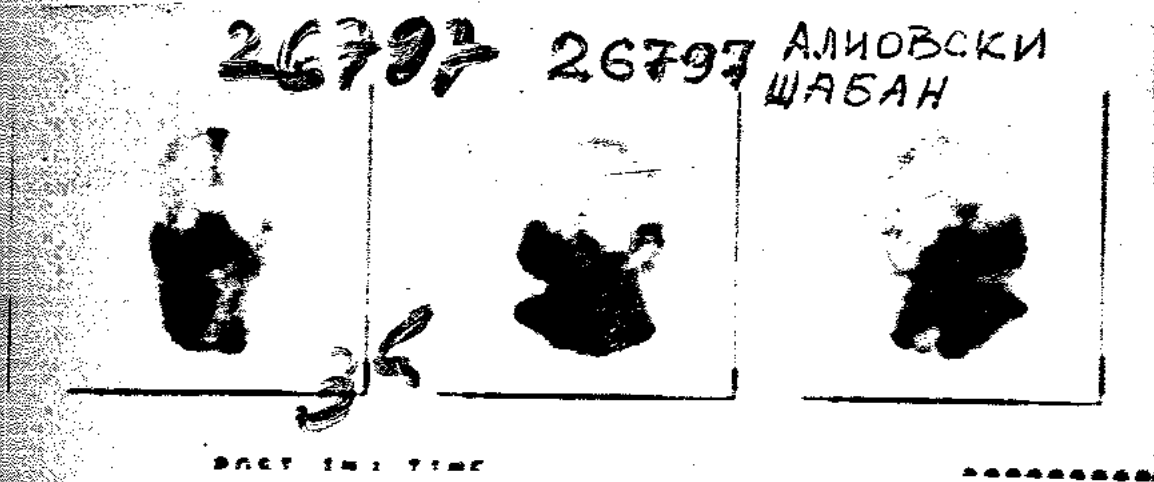
Сл. 56. Пред третман - видлива акумулација на радиоизотопот во зигоматичната регија, лево.

Пациент А.Ш., роден год.

Др.: Hemangioma linguae et basseos ori lat. dex.

Фотоскен бр.: 26797/88 (сл. 57 - а.) и

26969/88 (сл. 57 - б.).



Сл. 57 - а. Пред третман - видлива голема акумулација на радиоизотопот на јазикот и долната третина на лицето.



Сл. 57 - б. После третман - видлива редукција на хемангиомот во предниот дел на долната третина на лицето ДЛ-позиција.

13. ИМУНОЛОШКИ ИСПИТУВАЊА

Неспецифичната имуност е отпорност кон туѓи материи (антигени) својствена на организмот кој со истите никогаш порано не дошол во допир. Таа не е специфично усмерена против тие антигени. Носители на неспецифичната клеточна отпорност се фагоцитите (моноцитно-макрофагната лоза, неутрофилните леукоцити и т.нар. К- и НК-клетки). Макрофагите се главни извршни клетки во автопурификацијата на организмот и активни соучесници во одржувањето на неговиот антигенски и генски интегритет.

Во врска со имунитетот се знае дека постои: клеточен - зависен од Т-лимфоцитите и хуморален зависен од Б-лимфоцитите, или од соработката меѓу Т-и Б-лимфоцитите.

Сензибилизираните лимфоцити лачат фактори (лимфокини) кои ги активираат фагоцитните клетки, во прв ред макрофагите. Активираниите макрофаги добиваат способност на засилена фагоцитоза. Поимот лимфокини ги вклучува сите биолошко-активни материи што ги излачуваат сензибилизираните лимфоцити, а не се од титела. Повеќето од нив имаат неспецифично дејство, се создаваат при примарната реакција со антигенот, но најлесно се добиваат при повторен контакт со истиот. Се ослободуваат и по примена на т.нар. митогени фактори како што е фитохемаглутинаинот (ПХА). Факторот кој ја инхибира миграцијата на макрофагите (ИМФ) е прв добро дефиниран лимфокин. Го излачуваат лимфоцитите при контакт со антиген, а ја инхибира миграцијата на макрофагите, ја задржува на местото каде е антигенот и така ја помага фагоцитозата (Allegretti и сор.⁶). На база на ова се применува тест за инхибиција на миграцијата на макрофагите со цел да се следат имунолошките аберации, како би се добил одговор за некои промени во имунолошката состојба кај пациентите пред и после завршеното лекување (микро-капиларна техника Ugrinski, Kirkpatrick²⁰³, Сикес-

Иурови комори во кои се ставени одредени концентрации на познати антигени: - ППД (пурифициран туберкулински дериват);
 - МО (монилиа албиканс антиген) и
 - ПХА (фито-хемаглутинин, како неспецифичен)

Свие се инкубираат 17-24 часа на 37°C и се мери миграционото поле со помош на профилен проектор, трасиран и мерен со планиметар. Вредностите на инхибицијата се рачунаат по формулата: Инхибиција = $1 - \frac{\text{миграција во експеримент}}{\text{миграција во контрола}} \times 100$

Сите вредности под 20% се сметаат за несигнификантни!

13. - а. МИФ ПРИ ЛЕКУВАНИ СО ПРЕДНИЗОЛОН

Имунолошките испитувања на МИФ се спроведени кај повеќе од половина на испитаници лекувани со преднизолон, што може да се види во следната табела!

ТАБЕЛА XVI. СТРУКТУРА ПО ВОЗРАСТ И ПОЛ КАЈ ЛЕКУВАНИТЕ СО ПРЕДНИЗОЛОН

пол \ возраст	женски		машки		ВКУПНО	
	ап. вр.	%	ап. вр.	%	ап. вр.	%
1 - 9 г.	3	10,3	1	3,4	4	13,8
10 - 19 г.	7	24,1	4	13,8	11	37,9
20 - 29 г.	2	6,9	3	10,3	5	17,2
30 - 39 г.	1	3,4	3	10,3	4	13,8
40 - 49 г.	3	10,3	∅	∅	3	10,3
50 - 59 г.	1	3,4	∅	∅	1	3,4
60 - 69 г.	1	3,4	∅	∅	1	3,4
ВКУПНО	18	62,1	11	37,9	29	100

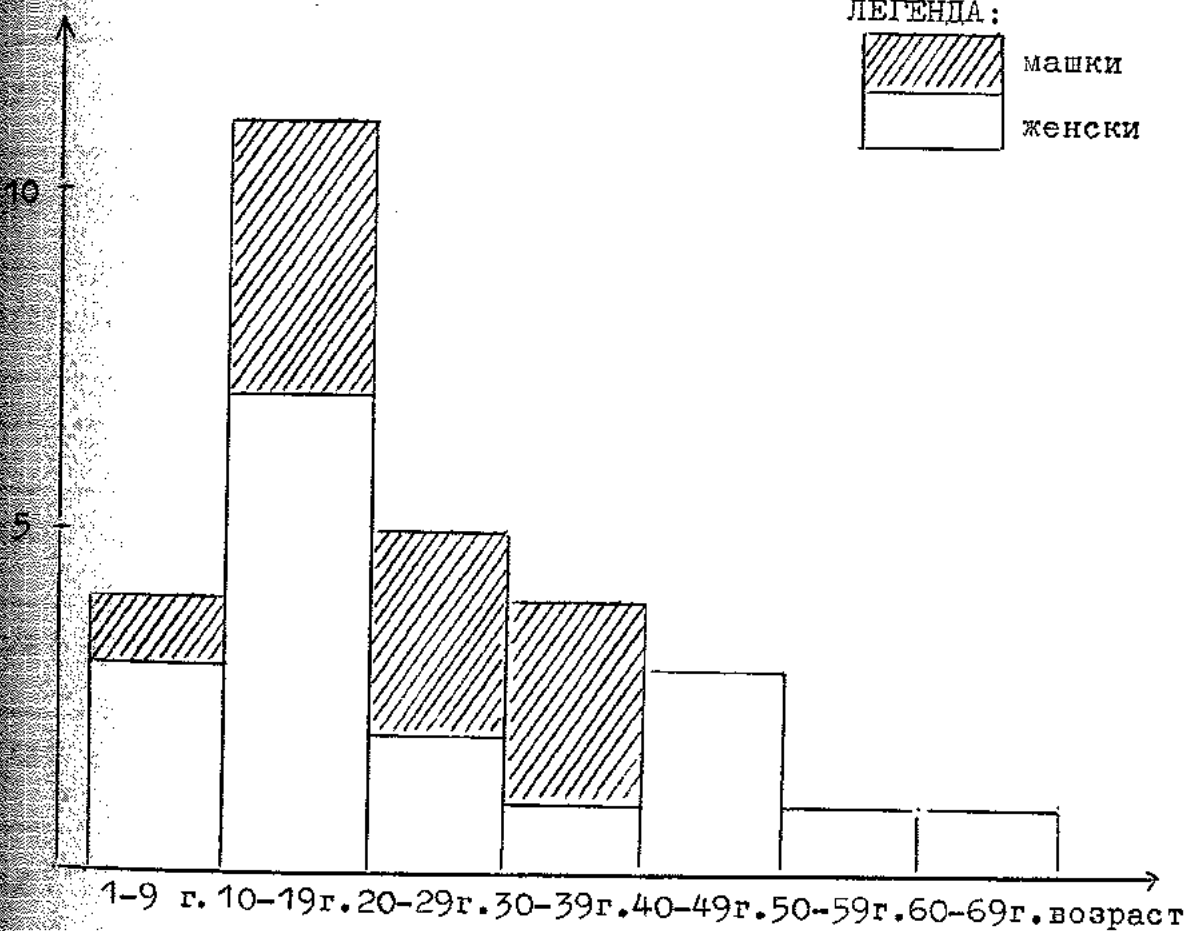
од табелата може да се види дека најголем број имунолошки

испитани пациенти се од возрастната група од 10-19 г. со 37,9%. Потоа следи групата од 20-29 г. со 17,2% случаи и возрастните групи од 1-9 и 30-39 г. со по 13,8% случаи.

Пациентите до 1 годишна возраст не беа подвргнати на вакви испитувања заради специфичноста на нивната возраст.

ГРАФИКОН XVI. ДИСТРИБУЦИЈА ПО ВОЗРАСТ И ПОЛ КАЈ ЛЕКУВАНИТЕ СО ПРЕДНИЗОЛОН

број на пациенти



Од табелата и графиконот се гледа да 62,1% испитаници биле од женскиот пол, а само 37,9% од машкиот пол.

Во табелите XVII, XVIII и XIX даваме приказ на сите 29 имунолошко испитани пациенти, за да појасно се уочат ефектите од применетата терапија со преднизолон врз МИФ.

Во оглед да во испитуваниот серум додавани се три различни концентрации од антиген (0,1; 0,05; 0,025) за секоја од нив се добиени по три резултата, кои по пресметнувањето се означени како позитивни (над 20%), односно негативни (под 20%).

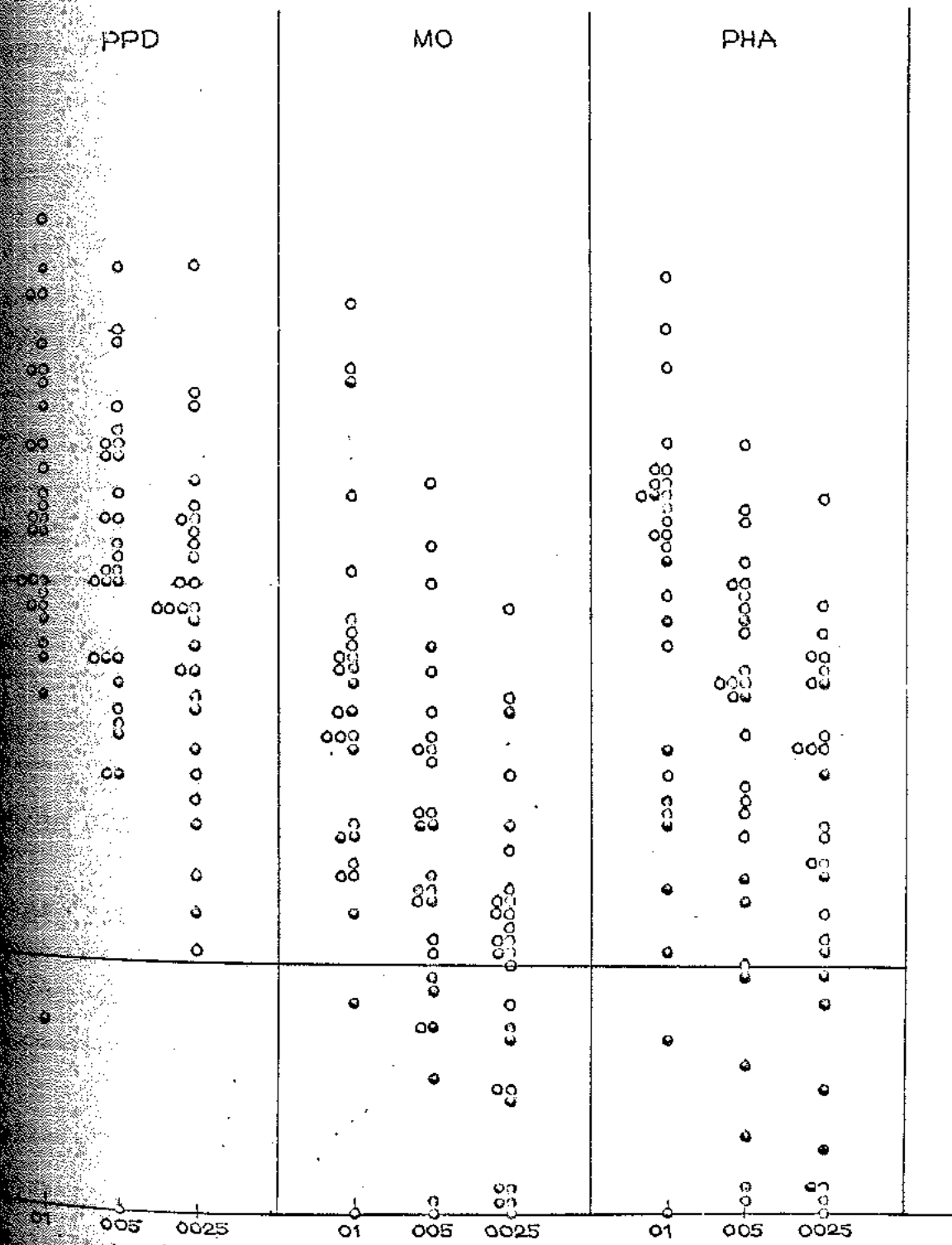
XVII. ПАЦИЕНТИ СО ПОДОБЕН НЕСПЕЦИФИЧЕН ЦЕЛУЛАРЕН ИМУНИТЕТ

Бр.	Име	Возраст	Дијагноза		ПЦД	МО	ПХА	РЕЗУЛТАТ
44/80	С.Н.	15г.	Hemangioma labii oris inf.	●	+++	++-	+++	НЦИ подобрен по терапија
				○	+++	+++	+++	
85/81	С.С.	9г.	Hemangioma faciei l.s.	●	+++	+--	+--	НЦИ значајно подобрен по терапијата
				○	+++	+++	+++	
107/81	М.Ј.	19г.	Hemangioma buccae l.d.	●	+++	+--	+--	НЦИ значајно подобрен по терапијата
				○	+++	+++	+++	
25/81	Т.Р.	19г.	Hemangioma linguae	●	+++	+++	++-	НЦИ подобрен по терапија
				○	+++	++-	+++	
39/81	Г.Л.	26г.	Hemangioma faciei et maxillae l.d.	●	+++	+++	+++	НЦИ подобрен по терапијата
				○	+++	+++	+++	
44/81	К.З.	27г.	Hemangioma linguae	●	+++	+++	+++	НЦИ по терапијата нешто подобрен
				○	+++	+++	+++	
55/81	М.М.	16г.	Hemangioma labii oris inf.	●	---+	---	---	НЦИ значајно подобрен по терапијата
				○	+++	+--	+++	
60/81	Б.Б.	18г.	Hemangioma buccae lat. sin.	●	+++	---	+--	НЦИ подобрен по терапија
				○	+++	+++	+++	
71/81	П.Р.	34г.	Hemangioma linguae et mand. l.d.	●	+++	+--	+++	НЦИ подобрен по терапија
				○	+++	+++	+++	
86/81	З.К.	49г.	Hemangioma buccae l.s.	●	+++	++-	+++	НЦИ по терапијата нешто подобрен
				○	+++	++-	+++	
94/81	В.М.	43г.	Hemangioma faciei et vestibul. oris	●	+++	+++	+++	НЦИ по терапијата нешто подобрен
				○	+++	+++	+++	
101/82	А.Ж.	28г.	Hemangioma buccae et labii oris	●	+++	+++	---	НЦИ значајно подобрен по терапијата
				○	+++	∅	+++	
105/82	В.М.	5г.	Hemangioma regio parotis lat. sin.	●	+++	+--	+--	НЦИ значајно подобрен по терапијата
				○	+++	+++	+++	
108/83	И.М.	1,5г.	Hemangioma buccae l.d.	●	∅	∅	∅	НЦИ по терапијата задолжителен
				○	+++	+++	+++	
126/82	Ц.Б.	31г.	Hemangioma buccae et mandibulae	●	+++	+++	++-	НЦИ подобрен по терапија
				○	+++	+++	+++	
140/83	К.Ч.	38г.	Hemangioma buccae l.d.	●	+++	++-	+++	НЦИ подобрен по терапија
				○	+++	+++	+++	

ЛЕГЕНДА:

- пред третман
- после третман

ТАБЛИЦА XVII. ПАЦИЕНТИ СО ПОДОБЕН НЕСПЕЦИФИЧЕН ЦЕЛУЛАРЕН ИМУНИТЕТ



Табелата XVII. и графиконот XVII. покажуваат подобрување на МИФ кај 16 од вкупно 29 испитаници, или во 55,2% од случаите после завршената терапија со преднизолон.

ТАБЕЛА XVIII. ПАЦИЕНТИ БЕЗ ПРОМЕНИ НА НЕСПЕЦИФИЧНИОТ ЦЕЛУЛАРЕН ИМУНИТЕТ

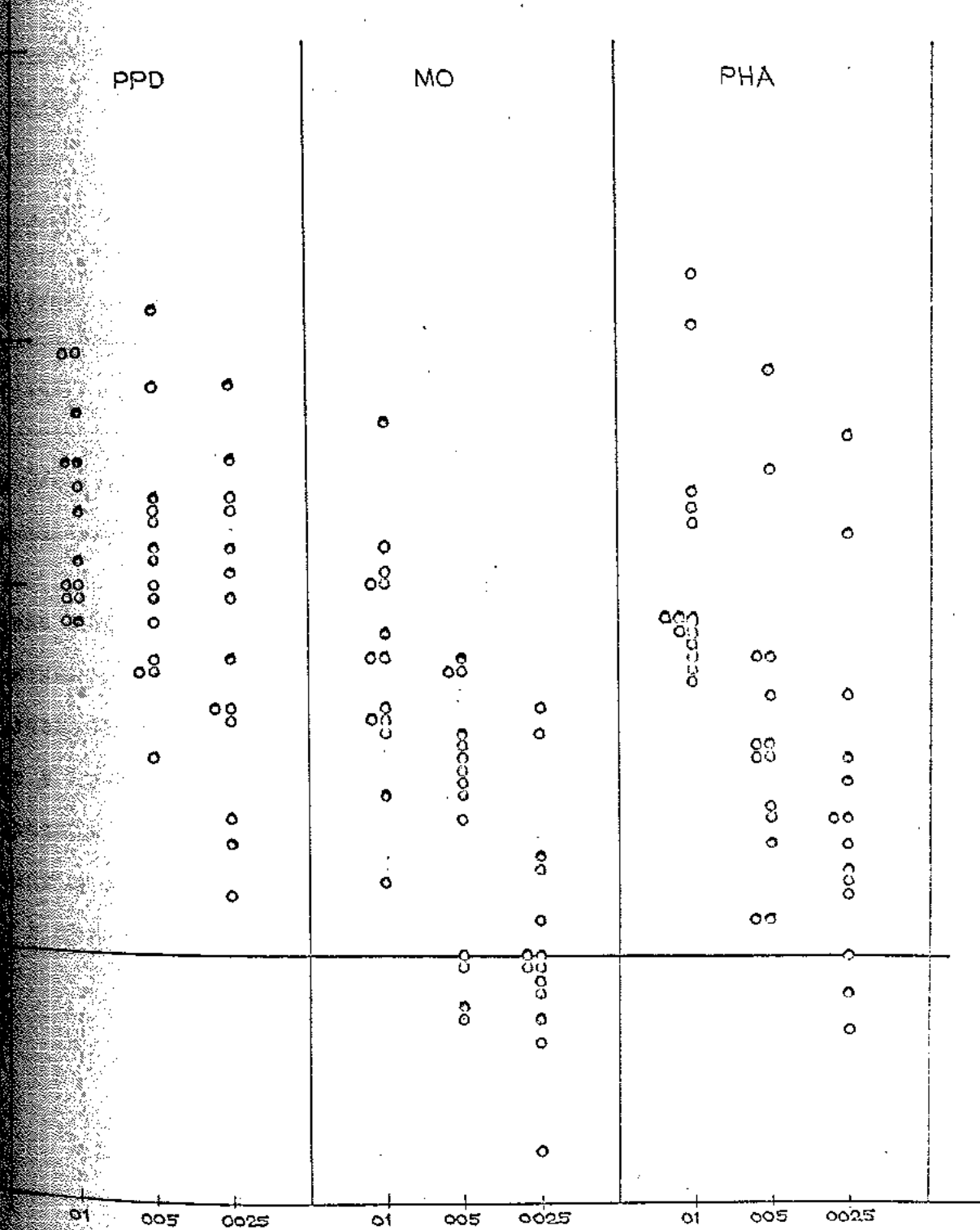
Бр.	Име	Возраст	Дијагноза		ПЦ	МО	ПХА	РЕЗУЛТАТ
1/81	И.С.	30г.	Hemangioma buccae l.d.	●	+++	+--	+++	НЦИ по терапијата без промени.
				○	+++	+--	+++	
2/82	Т.Р.	20г.	Hemangioma linguae	●	+++	+++	+++	НЦИ без промени
				○	+++	+++	+++	
3/82	Р.Ш.	11г.	Hemangioma regio parotis l.sin.	●	+++	++-	+++	НЦИ без промени
				○	+++	++-	+++	
4/82	И.С.	17г.	Hemangioma linguae	●	+++	+++	+++	НЦИ без промени
				○	+++	+++	+++	
5/82	Ј.С.	11г.	Hemangioma process.alv.mandibulae	●	+++	+--	+++	НЦИ без промени
				○	+++	+--	+++	
6/82	В.Е.	70г.	Hemangioma reg. parotis	●	+++	+++	+++	НЦИ без промени
				○	+++	+++	+++	
7/82	В.Б.	19г.	Hemangioma faciei l.s.	●	+++	++-	++-	НЦИ без промени
				○	+++	+++	++-	
8/83	Л.Н.	42г.	Hemangioma buccae l. sin.	●	+++	+++	+++	НЦИ без промени
				○	+++	+++	+++	

Табелата XVIII. покажува дека 8 (27,6%) испитаници од најмалата возраст не покажаа видливи промени во МИФ после завршената терапија со преднизолон. Ова е претставено на графикон XVIII.

ЛЕГЕНДА:

- пред третман
- после третман

ГРАФИКОН XVIII. ПАЦИЕНТИ БЕЗ ПРОМЕНИ НА НЕСПЕЦИФИЧНИОТ ЦЕЛУЛАРЕН ИМУНИТЕТ



ТАБЕЛА XIX. ПАЦИЕНТИ СО ДЕПРЕСИЈА НА НЕСПЕЦИФИЧНИОТ
ЦЕЛУЛАРЕН ИМУНИТЕТ

М.бр.	Име	Возраст	Дијагноза		ПЦД	МО	ПХА	РЕЗУЛТАТ
156/81	А.С.	54г.	Немangiома linguae	●	+++	+-	+++	НЦИ со почетна депресија на ПХА
				○	+++	+++	++-	
159/81	К.М.	14г.	Немangiома buccae l.s.	●	+++	+-	++-	Заради депресија на ПХА ТХ не е спроведена
				○	∅	∅	∅	
163/81	С.М.	13г.	Немangiома buccae l.d.	●	+++	+++	+++	НЦИ со депресија
				○	+++	+-	++-	
165/81	А.Е.	3г.	Немangiома reg. parotis lat. dex.	●	+++	+++	+++	НЦИ со депресија
				○	+++	+-	++-	
169/82	К.Н.	27г.	Немangiома faciei l.d.	●	+++	+-	+++	НЦИ со депресија
				○	+-	---	+++	

Табела XIX. покажува дека кај 4 (13,8%) случаи од вкупно
пациентите 29, МИФ покажа депресија после спроведената терапија
с преднизолон.

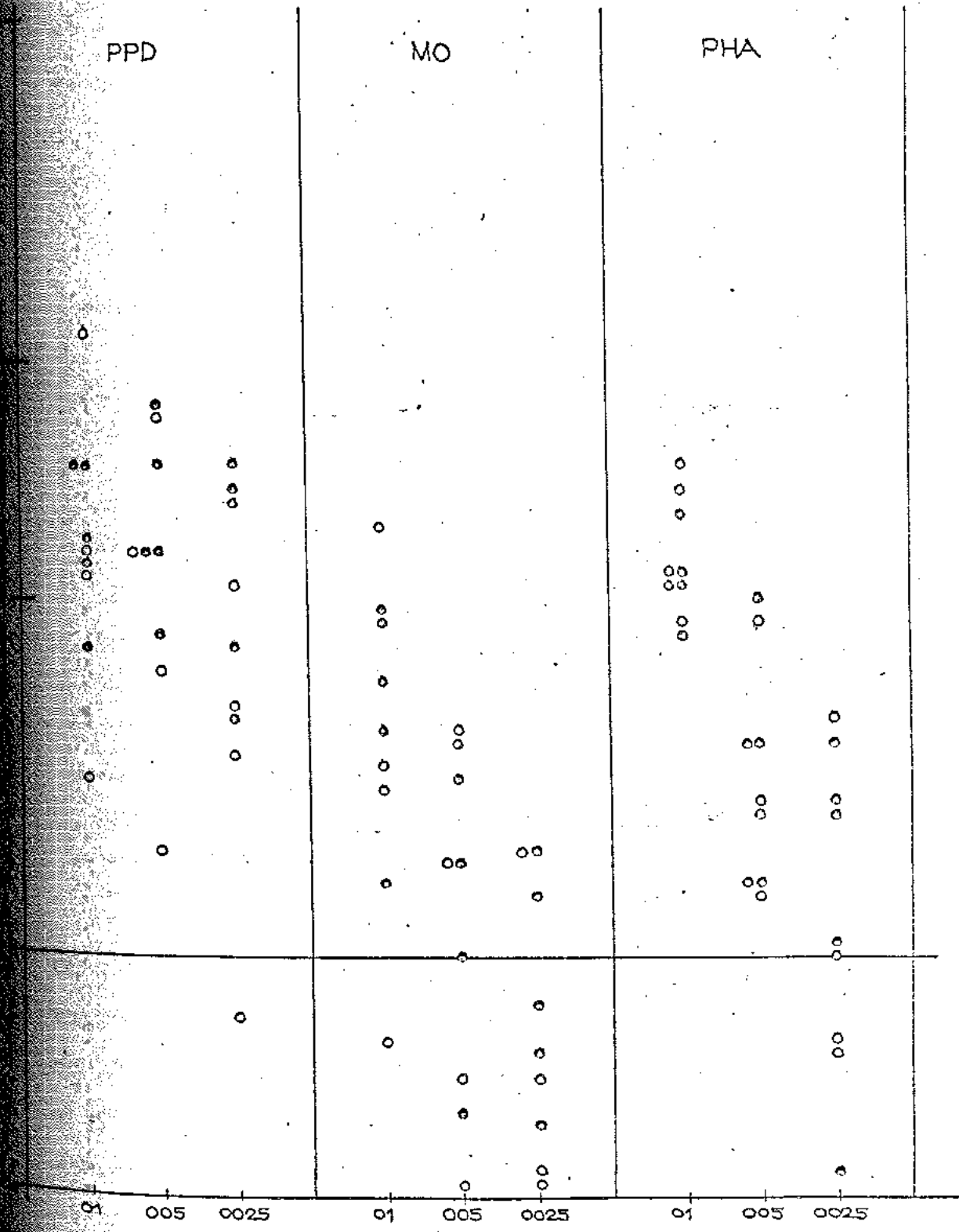
Е исто така е прикажан и пациентот со м.бр. 159/81 кај кого заради
депресија на ПХА пред терапија истата беше контраиндицирана
па што не е направен контролен МИФ.

Е исто така прикажано на графикон XIX.

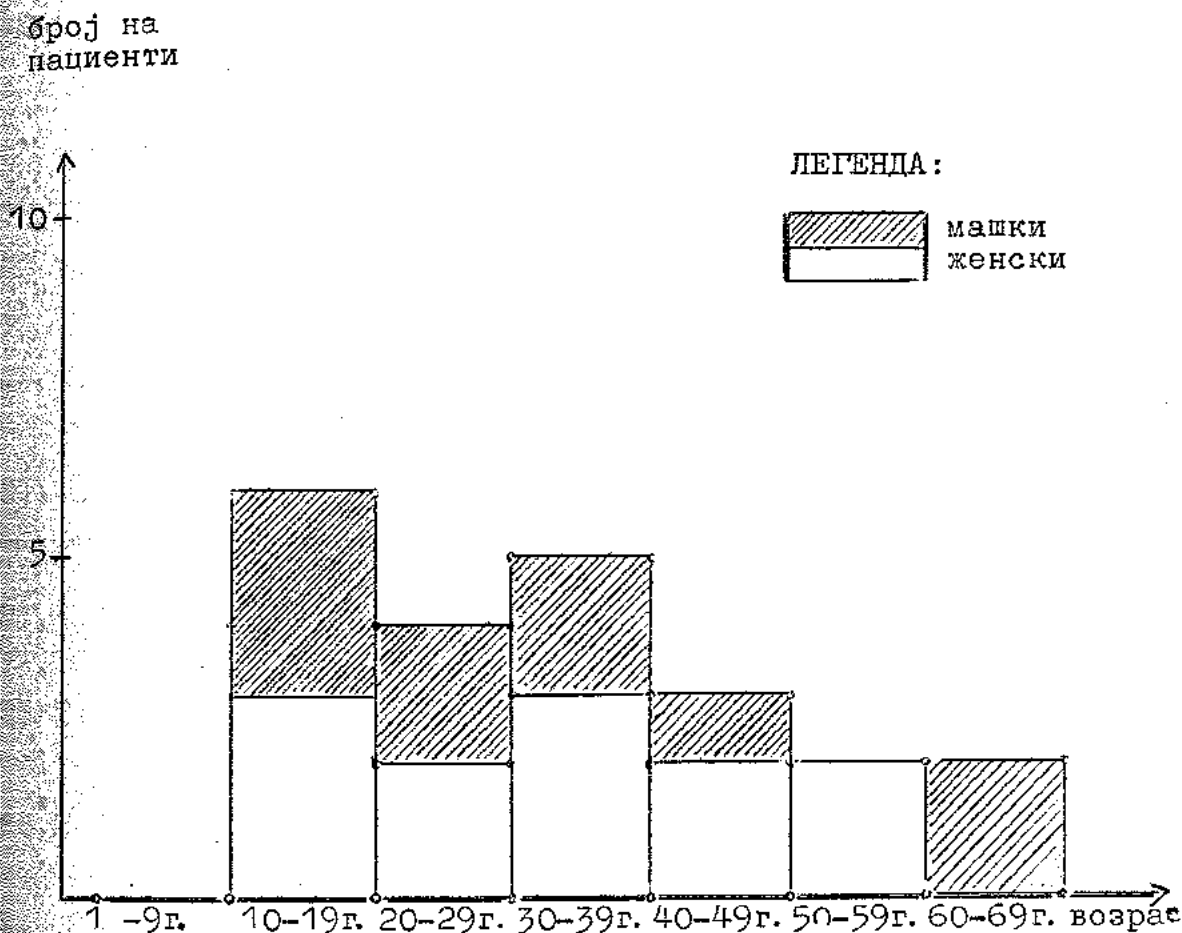
ЛЕГЕНДА:

- пред третман
- после третман

ГРАФИКОН XIX. ПАЦИЕНТИ СО ДЕПРЕСИЈА НА НЕСПЕЦИФИЧНИОТ ЦЕЛУЛАРЕН ИМУНИТЕТ



ГРАФИКОН XX. ДИСТРИБУЦИЈА ПО ВОЗРАСТ И ПОЛ КАЈ ЛЕКУВАНИТЕ СО 96% ЕТИЛ АЛКОХОЛ



Од табелата XX. и графиконот XX. се гледа дека женскиот дека женскиот пол е позастапен меѓу лекуваните со етил алкохол (54,5%).

Во табелите XXI. и XXII. даваме приказ на сите 22 имунолошко испитани пациенти, за да појасно се уочат ефектите од применетата терапија со 96% етил алкохол врз МИФ.

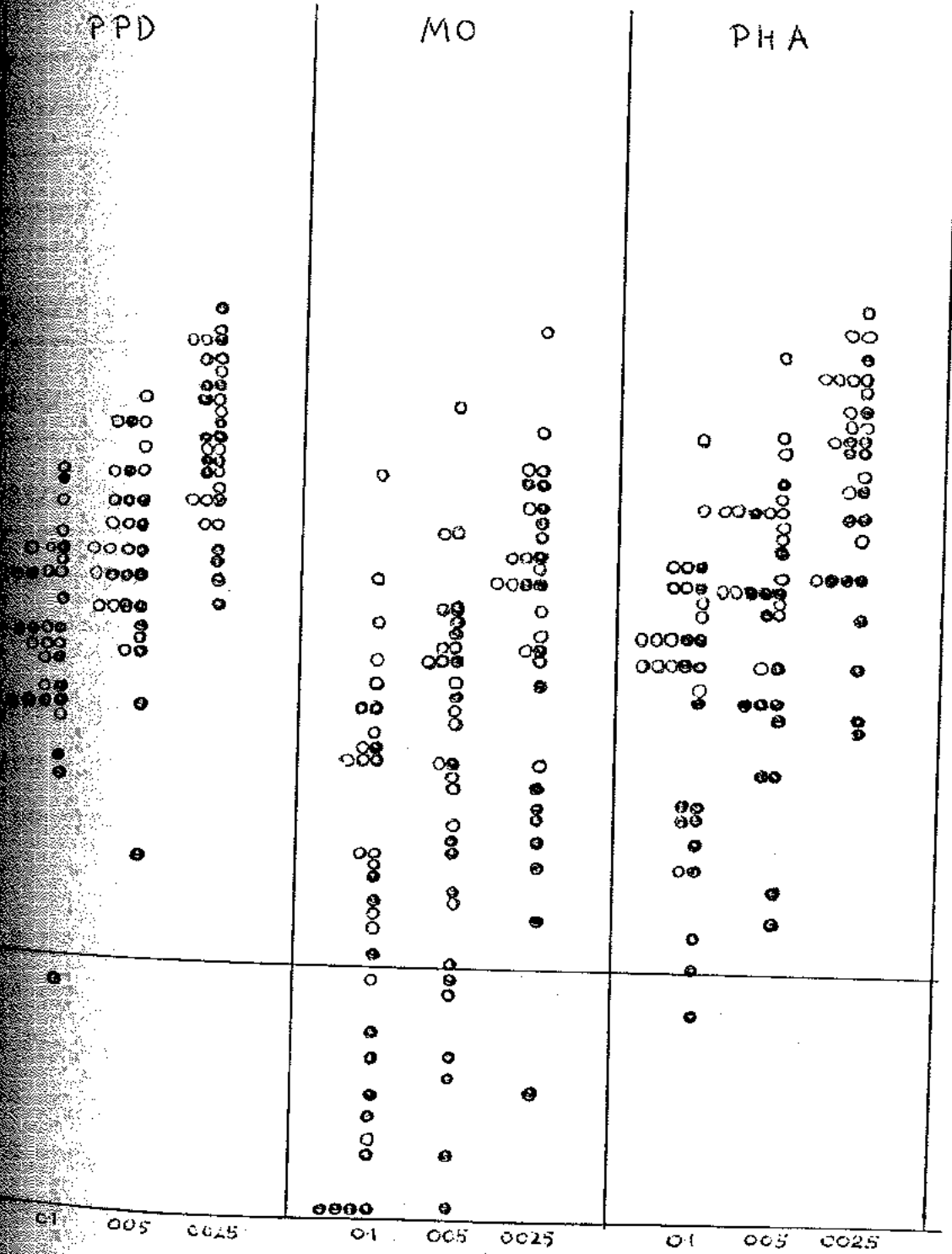
XXI. ПАЦИЕНТИ СО ПОДОВРЕН НЕСПЕЦИФИЧЕН ЦЕЛУЛАРЕН ИМУНИТЕТ

И.бр.	Име	Воз- раст	ДИЈАГНОЗА		ПЦД	МО	ПХА	РЕЗУЛТАТ
00266	К.В.	20г.	Hemangioma reg. subman. et mandib.l.s.	●	+++	+++	+++	НЦИ после терапијата подобрен
				○	+++	+++	+++	
02/87	М.П.	25г.	Hemangioma reg. parotis et auric.l.s.	●	+++	+++	+++	НЦИ подобрен
				○	+++	+++	+++	
04/87	Б.Н.	48г.	Hemangioma buccae l.d.	●	+++	+++	+++	НЦИ подобрен
				○	+++	+++	+++	
08/87	Т.О.	36г.	Hemangioma linguae	●	+++	+++	+++	НЦИ подобрен
				○	+++	+++	+++	
05/87	Ј.С.	15г.	Hemangioma linguae	●	+++	+++	+++	НЦИ подобрен
				○	+++	+++	+++	
12/87	Ч.В.	59г.	Hemangioma buccae l.s.	●	+++	+++	+++	НЦИ значително подобрен
				○	+++	+++	+++	
02/88	Б.М.	14г.	Hemangioma buccae l.d.	●	+++	+++	+++	НЦИ подобрен
				○	+++	+++	+++	
05/88	Р.Т.	16г.	Hemangioma labii oris inf.	●	+++	+++	+++	НЦИ подобрен
				○	+++	+++	+++	
04/88	В.М.	11г.	Hemangioma reg. parotis lat. sin.	●	+++	+++	+++	НЦИ подобрен
				○	+++	+++	+++	
03/88	С.А.	31г.	Hemangioma buccae l.s.	●	+++	+++	+++	НЦИ подобрен значително
				○	+++	+++	+++	
06/88	Б.С.	33г.	Hemangioma buccae et maxillae	●	+++	+++	+++	НЦИ значително подобрен
				○	+++	+++	+++	
07/88	К.С.	45г.	Hemangioma linguae	●	+++	+++	+++	НЦИ значително подобрен
				○	+++	+++	+++	
07/88	С.М.	64г.	Hemangioma buccae et linguae	●	+++	+++	+++	НЦИ значително подобрен
				○	+++	+++	+++	
08/88	С.Т.	24г.	Hemangioma reg. submand. lat. sin.	●	+++	+++	+++	НЦИ подобрен
				○	+++	+++	+++	
08/88	Ч.М.	32г.	Hemangioma buccae l. sin.	●	+++	+++	+++	НЦИ подобрен
				○	+++	+++	+++	
09/88	П.Т.	58г.	Hemangioma reg. sub- mandibularis	●	+++	+++	+++	НЦИ подобрен
				○	+++	+++	+++	

Табела XXI. ПАЦИЕНТИ СО ПОДОБЕН НЕСПЕЦИФИЧЕН
ЦЕЛУЛАРЕН ИМУНИТЕТ

ЛЕГЕНДА:

- пред третман
- после третман



ТАБЕЛА XXII. ПАЦИЕНТИ БЕЗ ПРОМЕНИ НА НЕСПЕЦИФИЧНИОТ
ЦЕЛУЛАРЕН ИМУНИТЕТ

ЛЕГЕНДА:
● пред третман
○ после третман

И.бр.	Име	Воз- раст	ДИЈАГНОЗА		ППЦ	МО	ПХА	РЕЗУЛТАТ
59/86	Т.С.	60г.	Hemangioma labii oris sup. et pal.	●	+++	+++	+++	НЦИ без промени
				○	+++	+++	+++	
57/87	Б.А.	20г.	Hemangioma faciei	●	+++	+++	+++	НЦИ без промени
				○	+++	+++	+++	
55/87	В.М.	49г.	Hemangioma faciei l.s.	●	+++	+++	+++	НЦИ без промени
				○	+++	+++	+++	
59/87	С.С.	14г.	Hemangioma regio parot- tis l.s.	●	+++	+++	+++	НЦИ без промени
				○	+++	---	+++	
53/88	В.С.	32г.	Hemangioma labii oris inf.	●	+++	+++	+++	НЦИ без промени
				○	+++	---	+++	
59/88	Љ.И.	12г.	Hemangioma labii oris inf.	●	+++	+++	+++	НЦИ без промени
				○	+++	---	+++	

Табелата XXII. покажува дека 6 (27,3%) испитаници од најразлична
возраст не покажаа видливи промени на МИФ после спроведената тера-
певтика со етил алкохол. Ова е претставено на графиконот XXII.

Статистичката обработка на добиените резултати на МИФ
пред и после завршеното лекување со преднизолон и етил алкохол
е направена и се во резултатите од компјутерската обработка на подато-
ците. Графиконите XVII, XVIII, XIX, XXI и XXII. ни послужија како
основа за процена на инхибицијата на миграцијата за сите три при-
мени антигена во три различни концентрации (0,1, 0,005 и 0,025)

Во ова се користени следните ознаки:

— аритметичка средина

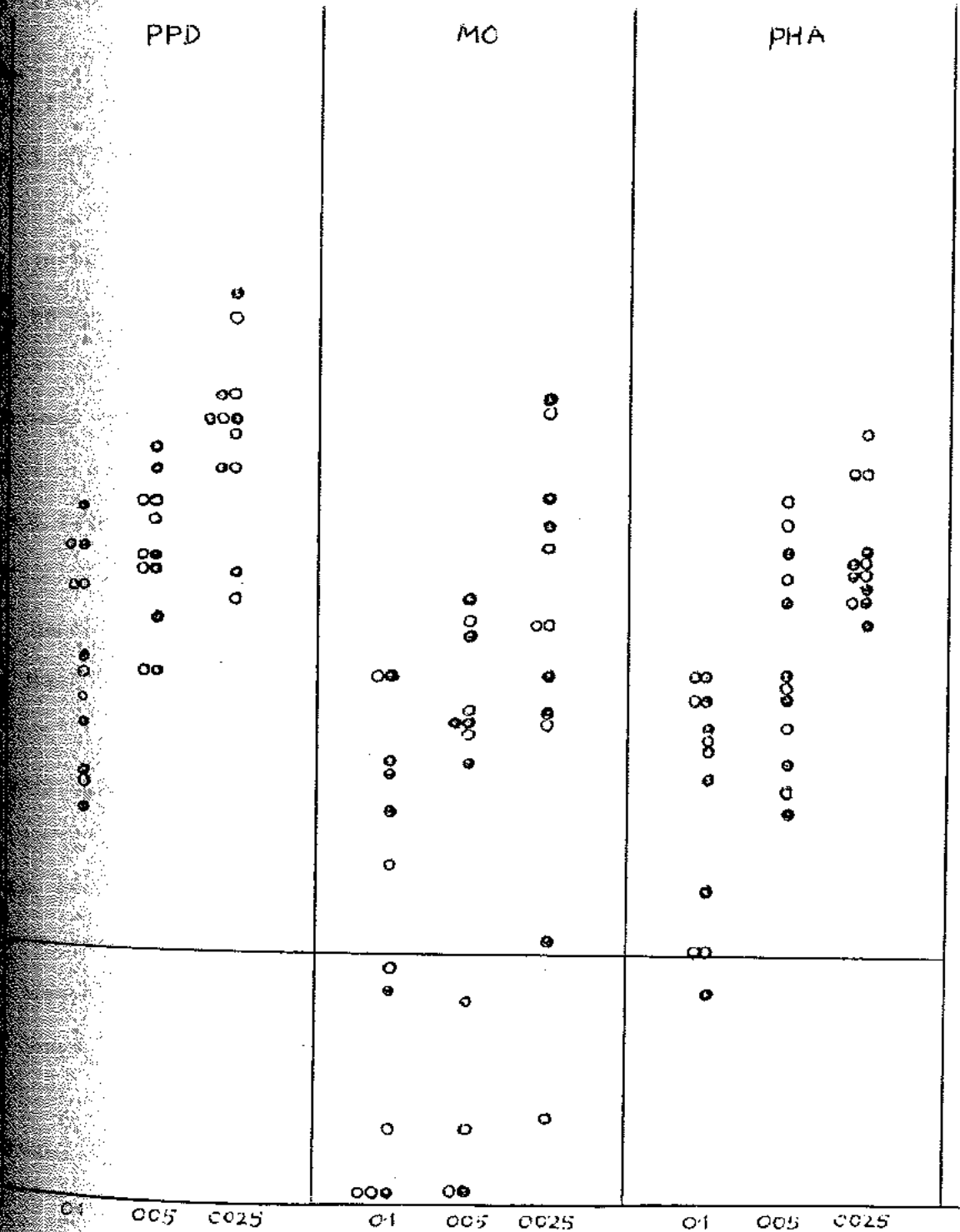
— стандардна девијација

— Student-OB - t - test

— ниво на статистичка сигнификантност

ФИКОН XXII. ПАЦИЕНТИ БЕЗ ПРОМЕНИ НА НЕСПЕЦИФИЧНИОТ
ЦЕЛУЛАРЕН ИМУНИТЕТ

ЛЕГЕНДА:
● пред третман
○ после третман



ТЕСТИРАЊЕ НА ЗНАЧАЈНОСТА НА РАЗЛИКИТЕ НА АРИТМЕТИЧКИТЕ СРЕДИНИ
НА ИСПИТУВАНИТЕ ПАРАМЕТРИ <МИФ> ПРЕД И ПОСЛЕ ТРЕТМАНОТ
СО ПРЕДНИЗОЛОН ОДНОСНО ЕТИЛ АЛКОХОЛ

ТРЕТМАН СО ПРЕДНИЗОЛОН

1. PPD

1.1. PPD - 0.025

	M	S	
низа	55.068	+ 10.120	t = 1.843
		- 10.120	
низа	59.965	+ 10.108	p > 0.05
		- 10.108	

Разликата не е значајна при ниво на сигнификантност од 0.05.

1.2. PPD - 0.05

	M	S	
низа	49.793	+ 9.729	t = 0.934
		- 9.729	
низа	52.413	+ 11.555	p > 0.05
		- 11.555	

Разликата не е значајна при ниво на сигнификантност од 0.05.

1.3. PPD - 0.1

	M	S	
низа	44.517	+ 12.585	t = 0.247
		- 12.585	
низа	45.310	+ 11.793	p > 0.05
		- 11.793	

Разликата не е значајна при ниво на сигнификантност од 0.05.

1.4. PPD - M

	M	S	
низа	49.793	+ 10.440	t = 0.993
		-	
низа	52.562	+ 10.785	p > 0.05
		-	

Таблицата не е значајна при ниво на сигнификантност од 0.05.

1.5. Mo

1.5.1. Mo - 0.025

	M	S	
низа	38.827	+ 13.155	t = 0.710
		-	
низа	41.482	+ 15.228	p > 0.05
		-	

Таблицата не е значајна при ниво на сигнификантност од 0.05.

1.5.2. Mo - 0.05

	M	S	
низа	26.344	+ 12.239	t = 1.215
		-	
низа	30.586	+ 14.261	p > 0.05
		-	

Таблицата не е значајна при ниво на сигнификантност од 0.05.

1.5.3. Mo - 0.1

	M	S	
низа	17.275	+ 11.789	t = 1.374
		-	
низа	21.655	+ 12.462	p > 0.05
		-	

Таблицата не е значајна при ниво на сигнификантност од 0.05.

2.4 Mo - M

	M	S	
I низа	26.914	+ 12.179	t = 1.489
II низа	32.011	- 13.837	p > 0.05

Разликата не е значајна при ниво на сигнификантност од 0.05.

3. PNA

3.1 PNA - 0.025

	M	S	
I низа	44.931	+ 13.897	t = 3.624
II низа	56.172	- 9.266	p < 0.01

Разликата е значајна при ниво на сигнификантност < 0.01.

3.2 PNA - 0.05

	M	S	
I низа	31.482	+ 15.569	t = 2.948
II низа	42.344	- 12.297	p < 0.01

Разликата е значајна при ниво на сигнификантност < 0.01.

3.3 PNA - 0.1

	M	S	
I низа	23.724	+ 14.781	t = 2.697
II низа	33.896	- 13.921	p < 0.05

Разликата е значајна при ниво на сигнификантност < 0.05.

13.4. РНА - М

	М	С	
I низа	33.380	+ 14.186	t = 3.228
		- 14.186	
II низа	44.137	+ 10.986	p < 0.01
		- 10.986	

Разликата е значајна при ниво на сигнификантност < 0.01 .

3. ТРЕТМАН СО ЕТИЛ АЛКОХОЛ

3.1. PPD

3.1.1. PPD - 0.025

	M		S	
I низа	60.272	+ -	6.227	t = 0.902
II низа	61.954	+ -	6.137	p > 0.05

Разликата не е значајна при ниво на сигнификантност од 0.05.

3.1.2. PPD - 0.05

	M		S	
I низа	49.727	+ -	7.598	t = 2.069
II низа	53.863	+ -	5.488	p < 0.05

Разликата е значајна при ниво на сигнификантност < 0.05.

3.1.3. PPD - 0.1

	M		S	
I низа	42.318	+ -	8.908	t = 2.159
II низа	47.272	+ -	6.033	p < 0.05

Разликата е значајна при ниво на сигнификантност < 0.05.

3.1.4. PPD - M

	M		S	
I низа	50.772	+ -	7.132	t = 1.863
II низа	54.364	+ -	5.556	p > 0.05

Разликата не е значајна при ниво на сигнификантност од 0.05.

2.2. Mo

2.2.1. Mo - 0.025

	M	S	
I нива	42.409	+ 14.338	t = 1.717
		- 14.338	
II нива	49.363	+ 12.453	p > 0.05
		- 12.453	

Разликата не е значајна при ниво на сигнификантност од 0.05.

Mo - 0.05

	M	S	
I нива	29.045	+ 15.800	t = 1.825
		- 15.800	
II нива	37.500	+ 14.902	p > 0.05
		- 14.902	

Разликата не е значајна при ниво на сигнификантност од 0.05.

2.3. Mo - 0.1

	M	S	
I нива	20.045	+ 15.123	t = 1.953
		- 15.123	
II нива	29.181	+ 15.891	p > 0.05
		- 15.891	

Разликата не е значајна при ниво на сигнификантност од 0.05.

2.4. Mo - M

	M	S	
I нива	30.459	+ 14.529	t = 1.916
		- 14.529	
II нива	38.681	+ 13.779	p > 0.05
		- 13.779	

Разликата не е значајна при ниво на сигнификантност од 0.05.

2.3 PNA

2.3.1. PNA - 0.025

	M	S	
I низа	53.090	+ 7.763 -	t = 3.598
II низа	61.090	+ 6.961 -	p < 0.01

Разликата е значајна при ниво на сигнификантност < 0.01 .

2.3.2. PNA - 0.05

	M	S	
I низа	42.863	+ 9.067 -	t = 3.629
II низа	52.272	+ 8.101 -	p < 0.01

Разликата е значајна при ниво на сигнификантност < 0.01 .

2.3.3. PNA - 0.1

	M	S	
I низа	34.545	+ 10.326 -	t = 2.737
II низа	43.136	+ 10.489 -	p < 0.05

Разликата е значајна при ниво на сигнификантност < 0.05 .

2.4. PNA - M

	M	S	
I низа	43.909	+ 8.932 -	t = 3.183
II низа	52.120	+ 8.156 -	p < 0.01

Разликата е значајна при ниво на сигнификантност < 0.01 .

14. Д И С К У С И Ј А

Разни, понекогаш спротивни гледања на авторите го отежнуваат систематизирањето на хемангиомите, како и единството во нивната терапија. Ретко каде се ставаат толку многу погрешни дијагнози и се прават грешки во терапијата како во оваа област.

Lister¹²³ беше еден од првите кој ја опиша спонтаната резолуција на хемангиоми од јагодест тип и оптимистички застапа на гледиште дека сите јагодести хемангиоми, независно од големината, инволуираат до петтата година. Поновите согледавања укажуваат дека само 80 - 90% инволуираат. Меѓутоа не е можно јасно да се диференцираат хемангиомите што спонтано ќе инволуираат (Miller и сор.¹³⁸). Illingworth⁸⁹ покажа само 2% од хемангиомите бараат било каков активен третман. Хируршка терапија, според него, се препорачува само за хемангиоми со алармантен раст и за оние што одат со тромбоцитопенија. Margileth и Museles¹³⁰ најдоа дека хемангиомите често рецидивираат и после хируршка терапија. Brown и Smith³² во прилог на ова наведуваат дека истата предизвикува нагло зголемување на капиларо-кавернозните хемангиоми во јазикот. Ние имавме повеќе случаи кои дојдоа после претходен хируршки третман, а сепак растот не беше сопрен.

Во смисол на етиопатогенезата во литературата постојат многу противречности. Не е укажано на наследност, иако 73% од пациентите ги имаат овие промени уште при раѓањето. Меѓу нив најголем процент (85%) се развиваат до крајот на првата година. За хемангиомите што се развиваат во зрелата возраст се смета дека тие постоеле уште при раѓањето, но не биле

забележани како такви (Watson и McCarthy²¹³). Оттаму и нашето искуство со голем број на претходно нетретирани случаи во сите возрасти.

Од етиолошки аспект, траумата може да побуди извесен интерес, кое го потврдува и Conway и сор.⁴⁶. Тие со траума од игли продуцираа мали, елевирани кавернозни хемангиоми кај 64 пациенти.

Женскиот пол е почесто засегнат од машкиот, во однос 65% : 35% (Andrews и сор.⁷; Watson и McCarthy²¹³). Во нашиот клинички материјал најголем број од испитаниците беа од женскиот пол (61%). Во врска со ова Watson и McCarthy²¹³ сугерираат дека постои поврзаност со женските полови хормони и дека хемангиомите можат да се јават и убрзано да растат со појавата на менструацијата, при бременост и во климактериум. Во прилог на ова се и нашите наоди добиени од анамнестичките податоци кај поголем број пациентки (стр. 63, 64, 74, 103, 104, 111 и 113). Особено е интересен случајот од стр. 63, каде пациентката дава податоци дека имала само едно мало црвено петно на челото, кое почнало да расте за време на првата бременост и да се шири кон десната орбита. Со породувањето хемангиомот не се повлекол.

Lampe и Latourette¹¹³, Margileth и Museles¹³⁰, Fost и Esterly⁶⁸, Brown и сор.³³, како и Zarem и Edgerton²²³ даваат предност на конзервативната терапија со кортикостероиди во раната возраст сметајќи дека истата дава најдобри резултати кај оние пациенти кои биле третирани пред да наполнат едно-годишна возраст. За разлика од досега изнесеното од нашиот клинички материјал се гледа дека ние постигнавме задоволителни и добри резултати кај пациенти од најразлични возрасти. Фактот

дека повеќето хемангиоми можат спонтано да исчезнат до петтата, односно седмата година од животот, беше причина да ги спроведеме овие испитувања во разни возрастни групи. Од најраната возраст ги земавме само оние случаи кои покажуваа брз раст или компликации како крварење и опасност по виталните функции (вид, дишење, голтање).

Табела II. покажува дека најзастапена била возраста од 10 - 19 години (24%), потоа од 1 - 9 години (23%) и од 30 - 39 години (18%). Средната возраст на испитаниците изнесува 22,5 години.

Главата и вратот чинат помалку од 1/7 од целата телесна површина, но 56% од сите хемангиоми се појавуваат во оваа регија (Taubenhau¹⁹⁷). Lund и Dahlin¹²⁴ даваат податок дека 2/3 од хемангиомите на вилиците се локализирани во долната вилица. Нашите наоди покажуваат дека на горновиличните хемангиоми отпаѓаат 2/3 од случаите на хемангиоми во вилиците.

Многу е напишано за дозирањето на кортикостероидите, начинот на нивното давање, како и штетните дејства од нивното предозирање. Затоа, сакаме сите тие искуства да ги изнесеме и да ги споредиме како би дошле до еден став кој најмногу тераписки ќе задоволува и ќе ги исполни очекувањата. Тераписката доза на преднизон според Katz¹⁰⁰, Zarem и Edgerton²²³, Fost и Esterly⁶⁸, De Venecia и Lobeck⁵³, ординира секојдневно орално изнесува 12 - 40 мг. Други автори Harter и сор.⁸¹, Thorn¹⁹⁹, Kohen и Wang⁴⁵, Edgerton⁶¹ и Sutthiwan¹⁵³ даваат секој втор ден по 40 мг без да се смалува дозата. Тие сметаат дека ваквото ординирање е поефективно, одошто

кога би се давало по 10 мг секојдневно (Dupont и сор.⁵⁹) и до минимум го сведува ризикот од примената на лекот. Harter и сор.⁸¹ констатирале дека екскрецијата на 17-хидрокси-стероидите при давање на лекот секојдневно е во првите 12 часа по нивното ординирање, додека администрација на лекот 4 пати по 10 мг на ден предизвикува адренална супресија. Затоа предлагаат 48 - часовен интервал меѓу дозите.

За разлика од погоре наведените автори, ние им убризгувавме на пациентите преднизолон интерстициелно во ткивото на хемангиомот и тоа при возрасни во доза од 50 мг, а кај деца од 25 мг секој втор ден. Во текот на една терапевска сеанса се убризгуваат 1 - 3 апликации на лекот, зависно од возраста на пациентот и големината на хемангиомот.

Резултатите од нашите испитувања го разјаснуваат дејството на преднизолонот според возраста и полот на пациентите, локализацијата на туморот и фактот дали пациентот бил претходно третиран или не. Резултатите од лекувањето во различните возрасни групи (табела VI.) покажуваат дека во најинцидентната група (1 - 9 год.) кај 40% случаи е постигнат добар, кај 26,7% задоволителен, а кај 33,3% незадоволителен резултат. Пациентите со возраст од 10 - 19 год. покажале добар резултат во 35,7%, задоволителен во 50%, а незадоволителен во 14,3% случаи. Горе изнесеното покажува дека кај најинцидентните групи е постигнат во најголем број од случаите задоволителен и добар резултат.

Успехот од лекувањето според полот (табела VII.) покажува дека кај најголем број испитаници од женскиот пол е добиен добар резултат (41,4%), задоволителен во 31% случаи

и незадоволителен во 27,6% случаи. Кај машкиот пол задоволителни резултати се постигнати кај 60%, додека пак добар и незадоволителен резултат е постигнат подеднакво во по 20% случаи. Ова покажува дека постигнатиот добар резултат од терапијата со преднизолон во и онака позастапената женска популација е двојно поголем.

Табела V. покажува дека хемангиомите се најчесто локализирани во регијата на образите (29,6%), а потоа на јазикот (18,5%). Кај овие две регии задоволувачките резултати изнесуваат меѓу 50% и 56,3%. Добар резултат е постигнат меѓу 37,5% и 50,0%, а незадоволителен е постигнат во 6,2%.

Poljuga¹⁵⁷ лекувал хируршки 23 хемангиома во паротидната регија кај бебиња и смета дека оваа терапија е индицирана кога не постои пребоеност на кожата над хемангиомот. За разлика од него Work²²¹ како и Bivings²³ како изборна терапија во оваа регија ја предлагаат само клиничката опсервација. Тие не ги препорачуваат ниту систематски дадените кортикостероиди, а за хируршката интервенција сметаат дека може да се примени само во случај на инфекција или хеморагија. Други автори, Browne³⁴, Bares и Edgerton²²³, Lampe и Latourette¹¹³ и Margileth и Muses¹³⁰, даваат предимство на терапијата со кортикостероиди. Azzolini и Nouvenne⁹ имаат објавено за успешно лекување на 12 хемангиоми во паротидната регија по пат на локално интралезионо давање на преднизолон.

Во нашето седумгодишно искуство во лекувањето на хемангиоми во заушната регија со преднизолон постигнавме во по 50,0% случаи добар и задоволителен резултат, но само за период до пет години од почеток на терапијата. Сметаме дека оваа терапија дава

привремен успех во лекувањето на хемангиомите во паротидната регија, но не го отстранува напoлно хемангиомот, особено неговата моќ за натамошен раст и развој (стр.73, 80 и 112).

Факт е дека кортикостероидите имаат остеопоротично дејство врз коските (Hsien и Johannesen⁸⁸ и Eratalay⁶⁴). И при нивна локална апликација забележавме дека истите имаат ефект во развој на хемангиомот и негово ширење во вилиците. Тоа се одрази во едно деформирано зголемување на вилицата пратено со расклатување на заби и крварење (стр. 70, 71, 106, 111 и 118).

Најголем број на пациенти лекувани со преднизолон не биле претходно лекувани (75,9%), а само 24,1% веќе биле претходно третирани со друг конзервативен или хируршки метод - се јавиле заради рецидивирање на хемангиомот. Табела VIII. покажува дека кај претходно нелекуваните пациенти се постигнати задоволителни резултати во 46,4% случаи, додека бројот на добри и незадоволителни резултати е идентичен и изнесува по 26,8%. Кај претходно лекуваните хемангиоми најголем е бројот на добри резултати (46,1%), потоа задоволителни 38,5% , а незадоволителен во 15,4%. Ова укажува дека примената на кортикостероидите е корисна и кај претходно без успех лекувани хемангиоми.

За примената на етил алкохолот во терапија на хемангиомите досега малку е напишано. Ritterman и Marković - Peičić¹⁶³ користеле 70% етил алкохол во доза од 1 - 10 ccm со директно инекционо убризгување во хемангиомот. На овој начин лекувале кавернозни хемангиоми во паротидната регија.

Василева и сор.²⁰⁵ извршиле хематолошки испитувања кај 27 пациенти при што констатирале смалување на хемоглобинот и еритроцитите, а покажување на леукоцитите. Kruchinskii и Krishtorenko¹⁰⁸ пред две години извршиле биохемиски испитувања на хепаталните функции при користењето на мешавина на 70% алкохол-новокаин, која ја примениле во дози 2,5 - 3 мл/кг телесна тежина кај новородени.

За разлика од споменатите автори ние употребуваме концентриран алкохол што еднократно се убризгува строго интрахемангиоматозно во количина од 0,5 - 2 мл. зависно од возраста на пациентот, местоположбата и големината на хемангиомската лезија. Вака применет при различни возрастни групи (табела X.) при најинцидентната група од 10 - 19 г. се добиени добри резултати во 70% случаи, а задоволителни во преостанатите 30%. Кај возрастната група 30 - 39 год. постигнат е добар резултат во 7,7% случаи, а во 22,3% незадоволителни резултати. Кај возрастните групи до 1 година и 1 - 9 години во најголем процент на случаите се добиени задоволителни резултати, а добар и незадоволителен резултат во многу помал процент. Ова го тумачиме со фактот дека при повозрастните групи соработката со пациентите е многу подобра во смисол да го идентификуваат дејството на лекот во два правца (доводниот и одводниот крвен сад на хемангиомот) кој се манифестира со болна осетливост и претставува услов за прекин на инјектирањето на лекот. Кај доенчината и малите деца лекот мора да се дава со претходна краткотрајна рауш анестезија. Заради тоа, како и заради големината на лезијата ретко убризгуваме повеќе од 0,5 - 1 ссм што некогаш е недоволно да ги склерозира доводниот и одводниот крвен

сад. Оттаму и погоре наведените резултати.

Во однос на полот, постигнати се добри резултати во 59,4% случаи кај жените, а 50% кај мажите лекувани со концентриран алкохол.

Резултатите од терапијата според локализацијата на хемангиомот покажуваат дека добар резултат е постигнат кај хемангиоми во јазикот (85,7%), регио букце (80%) и регијата на плунковите жлезди (50%). Незадоволителен резултат е забележен при хемангиоми во регијата на лицето (20%). Кај спомената регија на плунковите жлезди не е нотирани незадоволителен резултат, а во 50% случаи се добија задоволителни резултати.

Rittermann и Marković-Pečić¹⁶³ сметаат дека 70% алкохол може да ги склерозира само помалите хемангиоми. Меѓутоа, според нив, тој дал смалување и на големите хемангиоми во паротидната регија, за да потоа полесно хируршки ги отстрани. На сличен начин вршеле смалување на хемангиоми на усниците со склерозација во повеќе наврати во временски размак од две години за да се постигне добар резултат. И покрај тоа, за дефинитивно излекување, оперативно ги отстранувале преостанатите крвни садови - делови од хемангиомот. За разлика од нив, Poljuga¹⁵⁷, Ferrari и сор.⁶⁵ и Zhang²²⁵, како метода на избор ја користат хируршката. Poljuga¹⁵⁷ изнесува податок за извршени 23 екстирпации на паротидни жлезди во лекувањето на хемангиомите. Како што наведува самиот автор, само кај два пациенти дошло до лезија на нервус фацијалис, а само кај еден случај дошло до егзистус.

Ние користевме концентриран алкохол во мали количини

и постигнавме добри резултати дури и кај рецидивите од претходно третираните случаи со преднизолон (сл. 11-а, б, в, г.; сл. 12-а, б, в, г.; сл. 18-а, б, в, г.; сл. 42-а, б, в, г.; сл. 45 и сл. 53-а, б.).

Соочени со сопствено искуство за дејството на преднизолонот врз коскените структури бевме многу задоволни од успехот во лекувањето на хемангиомите во максилата по примената на концентриран алкохол (сл. 9-а, б, в.). Оттаму и високиот процент на резултати во лекувањето на хемангиомите во максилата, добар во 66,7% и задоволителен во 33,3% случаи.

Успехот во лекувањето на хемангиомите во јазикот, независно од нивната големина, уште еднаш ја потенцира корисноста од интрахемангиоматозното убризгување на концентриран алкохол, не само во спречување на нивниот раст и развој, што е случај при примената на преднизолонот (што овозможуваше безкрвно хируршко отстранување на туморот), туку и во нивното излекување без било каков хируршки зафат (сл. 14; сл. 17 и сл. 57-а, б.). Ова е важно, особено ако се има во предвид предупредувањето на Brown и Smith³² дека хируршката интервенција врз капиларо-кавернозни хемангиоми на јазикот може да предизвика нагло зголемување и влошување на туморот.

Хемангиомите како тумори не се инкапсулирани маси на васкуларни канали. Тие можат да ги инфилтрираат околните структури и да дадат впечаток на брз раст.

Патохистолошката слика на овие лезии може да биде модифицирана со интраваскуларна тромбоза, калцификација, или руптура на васкуларни канали. Капиларните хемангиоми

имаат испреплетени капилари или прекапилари, со ѕид од набабрени ендотелни клетки околу кои се наоѓа сврзно-ткивна строма. Тој е разделен на резенчина кои од горните епителни слоеви досега длабоко до субкутисот или соодветната субмукоза (Freitag⁶⁹). Во раното детство, овие тумори манифестираат видлива ќелиска пролиферација, со големи, хиперхромни ендотелни ќелии. Кавернозните хемангиоми имаат потенки ѕидови и се проширени подлабоко во субкутисот и се со тенденција да станат агресивни. На вратот има постојана опасност овие тумори да направат артерио-венска врска и да предизвикаат фатална хеморагија (Watson и McCarthy²¹³).

Ние бевме соочени со неколку такви тумори кои се презентирани на сл. 12; 19; 43-а, б.; 46-а, б, в, г.; 51-а, б.; 55-а, б.).

Хистолошката верификација на една хемангиоматозна лезија е многу значајна за нејзиното правилно дијагностицирање. Schrudde и Petrovici¹⁶⁹ не забележиле никаква зависност меѓу хистолошката структура на хемангиомот и неговата еволуција. Особено е значајно дека и кај лекуваните хемангиоми со кортикостероиди пребоеноста е слична како и пред третманот, што значи дека со смалувањето на туморот е зачувана нормалната хистолошка структура на ткивото (Zarem и Edgerton²²³). Според истите автори измените во хемангиомот под влијание на кортикостероиди се поврзуваат со тромбоза на поголеми делови во лезијата и соодветно затнување на доводните крвни садови.

Нашите патохистолошки испитувања зборуваат за по-други наоди кои не се во согласност со погоре изнесеното

мислење на Zarem и Edgerton²²³. Констатиравме дека интерстициелно убризган преднизолон предизвикува губење на јасната граница на ендотелот кон околината, едем во сврзното ткиво и инфламација, раслојување на сидовите на крвните садови со нивни остатоци, периваскуларен, лимфоцитарен или мононуклеарен плазмоцитарен инфилтрат, што е знак за хронично воспаление, бубрење и раслојување на колагенот, колагени снопови што ги потиснуваат капиларните сидови на хемангиомот и го стеснуваат нивниот лумен, истенчени, искинати капилари со појава на некроза.

Брзо пролиферирачките садови на хемангиомот според Edgerton⁶¹ и Sutthiwan¹⁵³ се преосетливи на механизмите на кортикостероидното дејство, што можеме и ние да го нотираме при нашите испитувања. Од нив може да се види дека дејството на преднизолонот врз сврзното ткиво е во смисла на негово бубрење и раслојување, едем и некроза на колагените снопови. Ова, според Taubenhaus¹⁹⁷ и Houski Patel⁸⁶ се толкува со познатите метаболни ефекти на кортикостероидите, особено врз протеинскиот катаболизам кои води кон негативен азотен биланс, што го инхибира создавањето на фибробластите, лонгитудиналниот растек на колагените влакна и активноста на некои ензими (фосфатаза). Со тоа се пореметува синтезата на цементната супстанца што ги опкружува колагените влакна.

Нашите наоди се во прилог на мислењето на Azzolini и Nouvenne⁹ дека при интралезионото внесување на преднизолонот се манифестира неговото специфично дејство врз сврзното ткиво на хемангиомот, што води кон повреда на капиларните

видови, смалување на циркулацијата на крвта во туморот и регресија во неговиот раст.

За разлика од преднизолонот при лекуваните хемангиоми со концентриран алкохол се најдени следни патохистолошки промени: остатоци од хемангиом со умножено сврзно ткиво, траки на компактно сврзно ткиво со хроничен воспалителен инфилтрат, колаген околу просторите кои се склерозирани, организирани тромби во кавернозните простори, хијалинизација на ѕидовите на капиларите. Интересен е наодот презентираан на сл. 34-а, б.; каде се гледаат крвни садови од артериски тип и венски простори со тромби во лумените и хијалинизирани задебелени ѕидови. Ова јасно покажува дека концентрираниот алкохол при артерио-венските форми на хемангиоми има влијание само врз венските простори, во смисла на нивно оштетување и тромбозирање, но не и врз артериските крвни садови. Оттаму и подобрување на клиничката слика, но не и дефинитивно излекување на тие пациенти.

Govrin и сор.⁷⁵ во своите патохистолошки наоди нашле дека склерозантните средства вршат замена на ткивото на крвните садови со младо сврзно ткиво. Rittermann и Marković-Pečić¹⁶³ нашле воспаление на интимата на крвните садови на хемангиомот и облитерација на крвниот простор.

Во нашите истражувања користевме голем број на рентгенски методи. Сите овие методи ги применивме за да дојдеме до сопствено мислење која од нив ќе даде најдобар приказ на испитуваните хемангиоми. Zou и сор.²²⁸ сметаат дека ангиограмот ја демонстрира не само место положбата и размерот, туку и крвниот дотур и дренажа на туморот. Во некои

случаи тие можат да ни покажат дали хемангиомите комуницираат со слични состојби интракранијално, што е многу важно за планот и изборот на најсоодветен третман. Според Barsekow и Schmidt¹⁰ и Levin и Gordon¹¹⁹ суперселективната ангиографија е важна за да открие постоење, односно непостоење на артерио-венски малформации. Ние²⁰⁷ сметаме дека рентгенограмите можат да ги одбележат хемангиомските рабови поточно и од самиот физикален преглед. Lund и Dahlin¹²⁴ сметаат дека рентгенограмите се корисни, но само како помошно дијагностичко средство. Истиот автор, како и Levin и Gordon¹¹⁹ препорачуваат покрај неа правење и биопсија на туморот, бидејќи сметаат дека 10% од пациентите можат да бидат погрешно дијагностицирани како малигном, а да се работи за хемангиом или ангиолипом.

Селективната ангиографија ја користевме при поголеми хемангиоми. За таа цел пациентите беа воведувани во општа анестезија. Најчесто притоа се користеше феморалниот пристап. Наодите не задоволија во целост, затоа што не беше можно да се прикажат и венските хемангиоми. Истото мислење го презентираа Kiehn и сор.¹⁰¹, Levin и Gordon¹¹⁹ и Shimshak и Winestock¹⁷⁵. Djindjian⁵⁴ и Thompson и сор.¹⁹⁸ сметаат дека феморалниот пристап е помалку трауматичен и нема опасност од спазам на церебралните крвни садови, како што е случај при каротидниот пристап. Shimshak и Winestock¹⁷⁵ сметаат дека важноста на артериографијата е во евалуацијата на кавернозните хемангиоми на вратот. Затоа, сметаме дека е неопходно прво да се дефинира типот на хемангиом, а потоа да се направи артерио или венографија.

Рентгенските испитувања освен на хемангиоми на меките ткива потребно е да се спроведуваат и кај тумори од овој вид во коскените структури на лицето. Lund и Dahlin¹²⁴ наведуваат дека Hitzroth прв објавил рентгенограм на хемангиом во коска, што придонесло многу автори (Vasy и Carr³⁵ и Watson и McCarthy²¹³) изнесат свои согледувања по оваа проблематика. Тие сметаат дека особен дијагностички проблем се хемангиомите во максилата, чија најголема инциденција е во втората деценија и најчесто се со асимптоматски ток или рецидивирачки гингивални крварења. Во овие случаи рентгенограмот открива трабекулација во коската и дури полицистични зони од деструкција во истата. Хемангиомите во мандибулата рентгенски полесно се дијагностицираат во однос со оние во максилата заради суперпозиција на други кранијални структури. Ние најмногу го користевме панорамиксот и ретроалвеоларната ртг по Dick и сметаме дека тие една со друга се дополнуваат. Имаат предност пред други рентгенски методи (краниограм, ртг по Хирц) во дијагнозата на овие лезии во горната вилица, макар да мораме да сме критични кон фактот дека и тие понекогаш, не ги прикажуваат клинички дијагностицираните хемангиоми на вилиците.

Кај хемангиоми на некоја од плунковите жлезди како помошен, но не и прецизен рентгенски метод може да се користи сијалографијата (сл. 42-а, б.). Овие слики без клинички доказ за хемангиом можат само да укажат за постоењето на некој бенигни тумор.

Директната контрастна хемангиографија ја применивме

во дијагнозата на голем број кавернозни хемангиоми (сл. 36-а, б.; сл. 37-б.; сл. 38-а.; сл. 40-а.; сл. 41; сл. 43-а.; сл. 46; а, б.) односно во пратењето на успехот од спроведената терапија (сл. 37-в.; сл. 38-б.; сл. 40-б.; сл. 43-б.; сл. 44-б и сл. 46-г.). За нејзина примена нема контраиндикации во поглед на возраста, ниту пак има потреба од општа или локална анестезија (освен кај малите деца каде во некои случаи се спроведува со претходно давање на рауш анестезија). Со неа во сите испитувани случаи сме добиле точен приказ на анатомските и функционални карактеристики на хемангиомите.

Сите снимања се вршени со Урографин, кој се покажа како корисно средство за прикажување на хемангиомите, без да предизвика болка, или да даде штетни локални или општи ефекти.

Радиоизотопската детекција е понов метод во медицинската практика, што го користевме (Василевски и сор.²⁰⁶). Cieslinska-Wilk⁴² го користи за откривање на неоплазми во максила и мандибула при што употребува Tc-99m пирофосфат. Lee и Markowitz¹¹⁶ со Tc-99m дифосфонат проследиле прифаќање на коскен трансплантат во мандибула. McCoy и сор.¹³³ Tc-99m го користат и кај деца. Front и сор.⁷⁰ и Miller¹³⁹ ја користат оваа метода во откривањето на васкуларната природа на хемангиомите и во пратењето на резултатите од спроведената медикаментозна, радијациона и емболизациона терапија на истите.

Pfeifer¹⁵² го наведува Parsemuli кој утврдил кај 37% nevi flammei постоење на продор на ангиоматозното ткиво и во коската. Кај нашите случаи со nevus flammeus го потвр-

дивме истото (сл. 47-а, б и сл. 9-а, б). Ова треба да се има во предвид при хируршки интервенции кај вилиците и забите на овие пациенти. Интересно е да се спомене дека со оваа метода сме откриле и васкуларни интракранијални аномалии при два случаи. Меѓутоа, факт е дека при 11 испитаници со клинички дијагностициран хемангиом не добивме позитивен скенографски наод. Во врска со ова сметаме дека помалите, локализирани хемангиомски лезии, особено оние на дилната усна и на лигавицата на усната празнина, не секогаш скенографски се визуализираат. Затоа сме на мислење дека кај локализирани, односно мали хемангиоми не би требало да се спроведува овој метод.

Во поголем број на студии нагласени се дејствата на кортикостероидите врз разлагањето на лимфоцитите (Berlin и сор.¹⁸; Stoerk¹⁹⁰). Од друга страна Dougherty⁵⁷ објавил дека некои кортикостероиди (дезоксикортикостерон-ацетат) можат да предизвикаат зголемување на лимфното ткиво. Според истиот автор, адренокортикотропниот хормон и адренокортикотропните екстракти ја пригушуваат лимфопоезата и водат кон смалување на бројот на антитела во крвта. Snell¹⁷⁸ смета дека редукцијата и на Б-клеточната популација ја редуцира продукцијата на антитела, но за ова се нужни и високи дози и пролонгирана терапија со кортизон.

Нашите наоди се слични со оние на Pruzansky и сор.¹⁵⁹ и Wong и сор.²¹⁹. Имено, Pruzansky и сор.¹⁵⁹ дошле до сознание да преднизонот не ја спречува фагоцитозата и фагоцитниот индекс на полиморфноуклеарните леукоцити. Испитувањата на Wong и сор.²¹⁹ покажаа дека метил-преднизолонот, кој ја инхибира активноста на лимфоцитниот медијатор наречен неутро

фил-миграционен инхибиторен фактор од Т-лимфоцитите, 48 часа по оралната апликација не дава таков ефект.

Кај лекуваните со преднизолон во 55,2% се доби подобрување на неспецифичниот целуларен имунитет (НЦИ) (табела XVII.). Кај 8 пациенти (27,6%) не се манифестираа забележливи промени (табела XVIII.). Само кај 5 испитаници (13,8%) (табела XIX.) се најде депресија на НЦИ после терапијата.

Сметаме за потребно да напоменеме дека меѓу 16 -те пациенти кај кој имало подобрување на НЦИ спаѓаат и шестмина кај кој пред отпочнување на терапијата се најдени вредности на НЦИ под сигнификантата, дури и нула, за да по третман со преднизолон тие значајно се подобрат со вредности високо над сигнификантата. Ова не наведе на помислата дека преднизолонот инјектиран интерстициелно во хемангиомот 25 - 50 мг секој втор ден (2 - 5 апликации) има позитивно дејство врз НЦИ.

Од спроведените статистички испитувања со помош на методата на т-тест се виде дека разликите меѓу вредностите за МИФ пред и по завршеното лекување се сигнификантни кај фитохемаглутинаинот, не само за ниво од $p < 0,05$ (кај концентрации од 0,1) туку и до ниво $p < 0,01$ (кај концентрации на антигенот од 0,05, 0,025 и пресметаните просечни износи на добиените вредности за МИФ). Анализата на вредностите на МИФ добиени со антигените ППД и Мо не покажа статистичка сигнификантност на разлики пред и по завршеното лекување.

Кај лекуваните со концентриран етил алкохол овие испитувања беа спроведени кај 47,8% од вкупно лекуваните

пациенти. Табела XXI. покажува подобрен НЦИ кај 16 пациенти. Од нив кај 6 истиот значително се подобрил по завршеното лекување, додека пак, при 6 (27,3%) овие испитувања (таб. XXII.) не покажаа промени на НЦИ после спроведената терапија со етил алкохол.

Статистичката анализа со помош на т-тестот покажа сигнификантни разлики кај вредностите добиени со антигенот ППД во концентрации од 0,1 и 0,05 до ниво за $p < 0,05$. Сигнификантност во разликите меѓу вредностите на МИФ добиени со фитохемаглутинаинот во концентрација од 0,1 се доби за ниво од $p < 0,05$, а за концентрациите од 0,05, 0,025 и просекот на вредностите на МИФ од сите концентрации се доби за ниво од $p < 0,01$.

15. ЗАКЛУЧОК

1. Клиничката слика на хемангиомите е појдовна точка како за интерпретацијата, така и за оцената на нивните карактеристики. Многу хемангиоми не инволуираат спонтано, туку имаат тенденција да растат. Зависно од нивната локализација можат да претставуваат естетски, психолошки и витално функционален проблем. Ова е основен предуслов за правовремено превземање на тераписки мерки.

2. Независно од возраста на пациентот, секој хемангиом што расте, треба конзервативно да се лекува. Исклучок се хемангиоми со артерио-венски шантови и малформации на крвните садови. Ова го поврзуваме со фактот од нашите испитувања кои покажаа дека голем број на хемангиоми беа локализирани истовремено не само во повеќе делови на лицето и вратот, туку и во меките ткива и коските.

3. Анализата покажа дека од вкупно 100 лекувани пациенти 61% беа од женскиот, а 39% од машкиот пол. Кај пациентите од женски пол во 50,8% случаи се постигнати добри резултати, а 53,8% од лекуваните мажи покажаа задоволителни резултати. Лекуваните жени со преднизолон покажаа слична дистрибуција на добри резултати (41,4%), додека оние третирани со концентриран етил алкохол дадоа 59,4% добри резултати. Кај мажите лекувани со преднизолон задоволителните резултати се најзастапени (60,0%), додека кај лекуваните со концентриран алкохол изнесуваа 42,9%.

4. Најголем број испитаници беа на возраст од 10 - 19 год. (24,0%), и од 1 - 9 год. (23,0%). Резултатите од терапијата кај првите се во 50,0% добри и во 41,7% задоволителни, додека кај децата до 9 год. се постигнаа добри и задоволителни резултати во по 34,8%.

Лекуваните со преднизолон кој беа на возраст од 10 - 19 год. покажаа во 50,0% случаи задоволителни резултати, а во 35,7% добри резултати. Кај 1 до 9-годишните пациенти имаше во 40,0% добри, а во 26,7% задоволителни резултати. Можеме да заклучиме дека лекувањето со преднизолон дава подобар резултат кај помладите возрасни групи.

Кај лекуваните со етил алкохол во најинцидентната група (10 - 19 год.) постигнат е добар резултат во 70,0% а задоволителен во 30,0% случаи. Возраста 30 - 39 години беше втора по застапеност група на пациенти кај која добар резултат е регистриран во 77,7% случаи, додека пак децата од 1 - 9 год. беа трета по ред група кај која добар резултат е постигнат во 25,0%. Лекувањето со концентриран етил алкохол даде подобри резултати кај повозрасните групи.

5. Според локализацијата најчести хемангиоми беа во регијата на образот (26,0%), потоа на лицето (19,0%) и на јазикот (17,0%).

При лекуваните хемангиоми во регијата на образот, со преднизолон се постигнати 56,3% задоволителни и 37,5% добри резултати.

Лекуваните хемангиоми со концентриран алкохол во оваа регија дадоа добар резултат во 80,0% случаи. Сметаме дека концентрираниот алкохол е двојно подобар лек во лекувањето на овие лезии.

Концентрираниот алкохол даде многу повисок процент на добри резултати во терапијата на хемангиомите на јазикот - 85,7%, а истиот при лекуваните со преднизолон изнесуваше 50,0%.

Сметаме дека во лекувањето на хемангиоми во горната вилица исклучиво треба да се користи концентриран алкохол, а не преднизолон, кој може да ја влоши состојбата.

6. Претходно нелекуваните беа 74,0% од пациентите меѓу кои третираниите со преднизолон покажаа во најголем број задоволителни резултати (46,4%), а лекуваните со концентриран алкохол пак, покажаа најмногу добри резултати (51,5%). Би заклучиле дека во конзервативната терапија на примарно дијагностицираните хемангиоми треба да му се даде предност на концентрираниот етил алкохол (со исклучок кај најмладите возрасни групи).

Кај претходно лекуваните хемангиоми со обата лека е постигнат во најголем број на случаите добар резултат (46,1% кај лекувани со преднизолон и 69,2% кај лекуваните со алкохол) од што се заклучува за нивната корисна примена кај овие болни. Преднизолонот може да е особено корисен кај претходно неуспешно лекувани хемангиоми со некој друг конзервативен или хируршки метод.

7. Сметаме дека интерстициелното убризгување на преднизолон е едноставно и претставува ефикасен метод во спречувањето на растот и развојот на хемангиомите во меките ткива во максилофацијалната регија.

8. Концентрираниот етил алкохол мора да се убризгува строго интрахемангиоматозно и тоа да трае се до моментот на

појавата на болка во два правца, што е сигурен знак дека истиот ја оправдал целта, односно ги оштетил доводниот и одводниот крвен сад.

9. Употребата на преднизолон и концентриран етил алкохол како методи во лекувањето на хемангиомите можат поодделно успешно да се користат, а во некои случаи и да се надополнуваат.

10. Констатираме дека интерстициелно убризган преднизолон предизвикува губење на јасната граница кон околината, едем во сврзното ткиво со инфламација (со лимфо-моно-плазмочитарен инфилтрат), бубрење и раслојување на колагенот и појава на истенчени и искинати капилари со појава на некроза. Сметаме дека преднизолонот има специфично дејство врз сврзното ткиво на хемангиомот, како и врз капиларните сидови, што резултира со смалување на циркулацијата на крвта во туморот и негова регресија. Со ова негово дејство врз крвните садови се спречува ангиогенезата без да има штетни општи дејства врз организмот.

11. Концентрираниот алкохол убризган во хемангиомските садови (интрахемангиоматозно) предизвикува нивно оштетување со стварање на тромби, хијалинизација на капиларните сидови и појава на траки на компактно сврзно ткиво, односно колаген околу склерозираниите простори.

Сметаме дека склерозацијата со концентрираниот алкохол дава добри резултати во лекувањето на капиларните, кавернозните и мешаните типови на хемангиоми.

Заклучуваме дека концентрираниот алкохол при лекувањето на артерио-венските форми на хемангиоми има влијание врз венските, но не и врз артериските крвни садови.

12. Заклучуваме дека склерозацијата со концентриран алкохол, ако соодветно се примени, претставува сигурен и ефикасен метод во терапијата на хемангиомите.

13. Директната контрастна хемангиографија е од сите рентгенски методи наједноставна, прецизна во прикажувањето на местоположбата на хемангиомската лезија и нејзината големина. Таа се врши активно и може да го прикаже доводниот и одводниот крвен сад и да открие постоење на артерио-венска врска. Може да се користи како во дијагностиката, така и за пратење на успехот од завршеното лекување.

14. Сметаме дека панорамиксот и ретроалвеоларната рентгенографија се најпрецизни и според тоа најмеродавни во дијагнозата на хемангиомите на вилиците.

Селективна ангиографија може да се примени само во поедини случаи и тоа откако ќе се диференцира типот на хемангиом (артериски или венски).

15. Радиоизотопската детекција го прати движењето на болус на Tc-99m по пат на секвенцијални слики во васкуларната фаза, што е важно за одредување на типот на хемангиом. После една минута се прикажува состојбата на статичен скен.

Сметаме дека оваа метода може да послужи во откривањето на хемангиоми како во меките ткива така и во коските на лицето. Таа е едноставна, лесно се спроведува, па ја препорачуваме како селективна метода во дијагностицирањето и пратењето на тераписките резултати кај хемангиомите.

16. Како заклучок на испитувањата на неспецифичниот целуларен имунитет може да се рече дека лекувањето со локално убризган преднизолон во 55,2% покажа подобрување на исти-

от, а примената на концентрираниот алкохол покажа во 72,7% од случаите подобрување на НЦИ по завршеното лекување.

Статистичката анализа со помош на т-тест покажа дека горе споменатите резултати се значајни не само за ниво $p < 0,05$ (кај концентрации на фитохемаглутининот од 0,1), туку и за ниво $p < 0,01$ (кај концентрации на фитохемаглутининот од 0,05, 0,025 и за средните вредности на резултатите од сите три концентрации на антигенот).

17. За сите отворени прашања во врска со ефектите од локалната примена на овие два лека во терапијата на хемангиомите, сметаме дека ќе биде даден одговор во понатамошни испитувања.

16. КРАТКА СОДРЖИНА

Овие тези обработуваат клиничко искуство во лекувањето на хемангиомите со кортикостероидот Ултракортен-Х (преднизолон) и 96% етил алкохол.

Во уводот се изнесува фактот дека хемангиомите се тумори со потекло од крвните садови. Се смета дека тие настапуваат од ембрионални зачетоци кои имаат моќ за неправилен и неограничен раст. Во пределот на лицето и вилиците се среќаваат во големина од мали петна, до огромни тумори што зафаќаат витално важни органи. Заради тоа тие претставуваат витална опасност и индикација за третман.

Во посебно поглавје накратко се изнесени нивните клинички и хистолошки особини. Се смета дека капиларните хемангиоми обично се локализирани вдоль средната линија, глабелата и тилот. Овие скоро секогаш спонтано исчезнуваат и припаѓаат во групата на т. нар. обични капиларни хемангиоми. Кавернозните хемангиоми се среќаваат како површински и длабоки. Тие нејасно се ограничени спрема околината, на палпација се меки и компресибилни. Можат да достигнат гигантски размери и да развијат артерио-венска комуникација, чиа повреда води до фатално искрварување. Хистолошки се одликуваат со меѓусебно поврзани широки и неправилни по форма простори. Сврзно-ткивните прегради меѓу нив се со различна дебелина.

Се изнесуваат и потешкотии во врска со класификацијата на овие тумори. Сметаме дека за хемангиомите во регијата на лицето и вратот се битни како анатомоморфолошките, така и нивните клинички карактеристики. Но, од тераписки аспект не смее да се потцени нивната хистолошка градба, според која

можат да бидат бенигни (капиларниот, кавернозниот и мешаните врсти) и малигни (хемангиоендотелиосарком).

Ангиографските можности даваат класификација која се базира на нивниот морфолошки приказ на: артерио-венски, капиларни и венозни; а според хемодинамските можности ги дели на хемангиоми со брз и со спор проток на контрастот.

Во посебно поглавје се опишани најчесто употребуваните методи за терапија на хемангиомите како склерозација, криотерапија, ирадијациона, емболизација, ласер и хирушка терапија. Даден е и историски преглед за досегашната употреба на кортикостероидите и етил алкохолот во лекувањето на овие тумори.

Цел на овие тези е да се проучи корисноста од примената на кортикостероидот Ултракортен-Х (преднизолон) и концентрираниот етил алкохол, кои се даваат по пат на локално инјекционо вбризгување во интерстициумот, односно во шуплините на туморските крвни садови. Исто така да се прикажат резултатите од третманот при разните видови на хемангиоми, во различни возрасти и да се даде прилог за нивна понатамошна примена.

Изнесено е клиничкото искуство од примената на преднизолонот и етил алкохолот за временскиот период од 01.01.1980 г. до 30.06.1988 г. Третирани се вкупно 100 пациенти, кои се поделени спрема возраста, полот, локализацијата на хемангиомот, приемната дијагноза и времетраењето на лекувањето. Клиничкиот материјал како и резултатите од лекувањето со преднизолон и концентрираниот алкохол се прикажани во 12 табели и 12 графикони. Во испитувањата беа вклучени пациенти од најразлична возраст. Најмладиот пациент имаше 9 месеци, а најстариот 69 години. Средната возраст изнесуваше 22,5 год.

Возрасните групи 10-19 год. и 1-9 год. беа најзастапени со по 24%, односно 23% случаи. Според полот 61,0% беа од женскиот, а 39,0% од машкиот пол. Хемангиомите беа најчесто локализирани во регијата на образот (26%), на лицето (19%) и на јазикот (17%). Најголем број од пациентите (52,0%) се лекувани помеѓу 10-19 дена.

Преднизолонот се вбризгува интерстициелно во ткивото на хемангиомот и тоа кај возрасни во доза од 50 мг, а кај деца од 25 мг секој втор ден. Во текот на една терапевска сеанса се даваат 1-3 апликации зависно од возраста и големината на хемангиомот.

Етил алкохолот се користеше во концентрации од 96% со еднократно, строго интрахемангиоматозно вбризгување во количина од 0,5-2 мл зависно од возраста на пациентите, местоположбата и големината на лезијата.

Како метод на работа се користени клинички испитувања со верификација на состојбата по пат на фотографирање, патохистолошки, рентгенски, радиоизотопски и имунолошки испитувања, направени пред и после завршеното лекување.

Клиничките испитувања ги дадоа следните резултати: кај пациентите од женски пол во 50,8% се постигнати добри, а 53,8% од лекуваните мажи покажаа задоволителни резултати. Лекуваните жени со преднизолон покажаа 41,4% добри резултати, а со концентриран алкохол 59,4% добри резултати. Кај мажите лекувани со преднизолон имаше во 60,0% задоволителни, а кај оние со концентриран алкохол 42,9% задоволителни резултати.

Кај најзастапените возрасти 10-19 год. и 1-9 год. резултатите од терапијата кај првите се во 50,0% добри и во 41,7% задоволителни, додека кај помладите се постигнаа добри

и задоволителни резултати во по 34,8% од случаите.

Лекуваните со преднизолон во најзастапените возрасти покажаа во 50,0% задоволителни, а во 35,7% добри резултати. Кај 1-9 годишните пациенти добри резултати се постигнати во 40,0%, а задоволителни во 26,7% случаи.

Кај лекуваните со концентриран алкохол кај 10-19 год. пациенти постигнати се 70,0% добри и 30,0% задоволителни резултати. Возраста 30-39 год. покажа во 77,7% добри, а кај 1-9 год. пациенти имаше само 25,0% добри резултати.

Во најчестата локализација на хемангиомите - образите со преднизолон се постигнати 56,3% задоволителни и 37,5% добри резултати. Со концентриран алкохол во оваа регија се постигнати 80,0% добри резултати.

Концентрираниот алкохол во лекувањето хемангиоми во јазикот покажа 85,7% добри резултати, а терапијата со преднизолон даде таков резултат во 50,0% од лекуваните.

Претходно нелекуваните (74,0%) кои беа третирани со преднизолон покажаа 44,6% задоволителни, а лекуваните со концентриран алкохол најмногу добри резултати (51,5%).

Дел од лекуваните пациенти е прикажан фотографски на 54 слики.

Извршените патохистолошки испитувања верифицираа промени во хемангиомите во текот и по завршеното лекување. Кај лекуваните со преднизолон констатирано е: губење на јасната граница на ендотелот кон околината, едем во сврзаното ткиво со инфламација, бубрење и раслојување на колагенот и појава на истенчени, искинати капилари и некроза. Концентрираниот алкохол предизвикува оштетување на хемангиомските крвни садови со создавање на тромби, хијалинизација на капиларните си-

дови и појава на траки на компактно сврзано ткиво, односно колаген околу крвните простори.

Иако овие тумори се релативно чести, нивните рентгенски карактеристики не се доволно познати. Затоа можеше да се применат поголем број на методи за да се дојде до сознание за корисноста од нивната примена. При тоа констатирано е дека директната контрастна хемангиографија е наједноставна и прецизна за прикажување на големината на хемангиомот. Таа се врши активно и го прикажува како доводниот, така и одводниот крвен сад на туморот.

Радиоизотопската детекција е применета со цел да верифицира хемангиоми како во меките ткива, така и во коските на лицето и настанатите промени по завршеното лекување.

Испитуван е и неспецифичниот целуларен имунитет (НЦИ) со помош на 3 антигена: туберкулин (ТПД), монилија антиген (МО) и фитохемаглутинин (ПХА) пред и после лекувањето и тоа кај 29 пациенти лекувани со преднизолон и 22 пациенти лекувани со концентриран алкохол. При тоа се доби подобрување на НЦИ во 55,2% по завршената терапија со преднизолон и во 72,7% кај лекувањето со концентриран алкохол.

Во заклучокот се наведува дека клиничката слика на хемангиомите е појдовна точка за интерпретација и за оценка на нивните карактеристики. Независно од возраста на пациентот секој хемангиом што расте треба конзервативно да се лекува. Исклучок се хемангиоми со артерио-венски врски и малформации на крвните садови.

Лекувањето со преднизолон дава подобри резултати кај помладите пациенти, а концентрираниот алкохол кај повозрасните. Концентрираниот алкохол е двојно подобар лек во терапијата

на овие лезии. За хемангиоми во горната вилица треба исклучиво да се користи концентриран алкохол, а не преднизолон, бидејќи тој може да ја влоши состојбата.

Во конзервативната терапија на примарно дијагностицирани хемангиоми треба да му се даде предност на концентрираниот етил алкохол (со исклучок кај најмладите). Преднизолонот може да е особено корисен кај претходно неуспешно лекувани хемангиоми со некој друг конзервативен или хируршки метод.

Интерстициелното убризгување на преднизолон е едноставно и претставува ефикасен метод во спречувањето на растот и развојот на хемангиомите во максилофацијалната регија.

Концентрираниот етил алкохол мора да се убризга строго интрахемангиоматозно се до моментот на појава на болка во два правца, што е сигурен знак дека истиот ја постигнал целта, односно ги оштетил доводниот и одводниот крвен сад.

Преднизолонот ако се дава преку еден ден ја спречува ангиогенезата без да има штетни општи дејства врз организмот.

Склерозацијата со концентриран алкохол дава добри резултати во лекување на капиларните, кавернозните и мешаните типови на хемангиоми. Меѓутоа, во терапија на артерио-венски форми има влијание врз венските, но не и врз артериските крвни садови.

Директната контрастна хемангиографија треба да се користи како во дијагнозата, така и во пратењето на успехот од лекувањето.

Панорамиксот и ретроалвеоларната ренгенографија се најпрецизни и најкорисни во дијагноза на хемангиомите во вилиците.

Селективната ангиографија може да се примени само во поедини случаи и тоа откако ќе се диференцира типот на хемангиомот - артериски или венски.

Радиоизотопската детекција ја препорачуваме како селективна метода во дијагностицирањето и пратењето на терапевтските резултати.

Статистичката анализа за состојбата на НЦИ пред и после лекувањето покажа дека добиените резултати укажуваат на подобрување на истиот до ниво $p = 0,05$ (кај концентрации за ПХА од 0,1) и $p = 0,01$ (кај концентрации за ПХА од 0,05, 0,025 и кај просекот од добиените вредности).

Употребата на преднизолон и етил алкохол може да биде успешна поодделно, а во некои случаи и да се надополнуваат.

Склерозацијата со концентриран алкохол ако соодветно се примени претставува сигурен и ефикасен метод во лекувањето на хемангиомите.

Потребно е уште многу да се работи и испитува како би се утврдиле во потполност сите ефекти од локалната примена на преднизолон, односно концентриран етил алкохол.

16. SUMMARY

These theses deal with the clinical experience in the treatment of hemangioma with the corticosteroide Ultracorten-E /prednisolone/ and 96% Ethyl alcohol.

The fact that hemangioms are tumors originating from the blood vessels is presented in the introduction. It is considered that they come out of the embryos which have the ability for irregular and unlimited growth. They are found in the region of the face and jaws, from small specks to large tumors affecting vitally important organs. Therefore they represent a vital danger and an indication for treatment.

In a separate chapter there is a separate brief account of their clinical and histological characteristics. It is considered that the capillary hemangioms are usually located along the median line, the glabella and the back of the head.

These hemangioms almost always spontaneously disappear and belong to the group of the so called simple capillary hemangioms. The cavernous hemangioms are found as surface and deep ones. They are vaguely limited towards the environment and they are soft and compressible on palpation. They can reach gigantic size and develop arterio-venous communication, the injury of which leads to fatal bleeding. Histologically they are characterized by mutually connected wide and irregularly shaped areas. The spaces of the connective tissues among them are of different thickness.

The paper presents also some difficulties related to the classification of these tumors. It is considered that the hemangioms in the region of the face and the neck are essential for their anatomomorphological as well as clinical charac-

teristics. But from the therapeutic aspect we must not underestimate their histological constitution, according to which they can be benign /capillary, cavernous and mixed types/ and malignant /hemangioendoteliosarcom/ tumors.

The angiographical possibilities provide a classification which is based on their morphological characteristics, i. arterio-venous, capillary and venous, and according to the hemodynamic possibilities they are classified as hemangiomas with fast and with slow flow of the contrast.

In a separate chapter are described the most frequently used methods of hemangiomas therapy. Such as sclerosation, cryotherapy, irradiation, embolisation and surgical therapy. This chapter also gives a historical review of the so far use of the corticosteroids and ethyl alcohol in the treatment of these tumors.

The aim of this paper is to study the usefulness of the application of the Ultracorten-H /prednisolone/ and concentrated ethyl alcohol, which are given locally by injecting them into the interstitium, i.e. the cavities of the tumor blood vessels. Its aim is also to present the results of this treatment at various types of hemangiomas, in different age and to give a contribution for their further application.

Here, the clinical experience of the application of prednisolone and ethyl alcohol in the period between January 1 1980 to June 30, 1988 is given. 100 patients have been treated according to age, sex, location of hemangiomas, primary diagnosis and the duration of treatment. The clinical material and the results of the treatment with prednisolone and concentrated alcohol are shown in 12 tables and 12 graphs. Patients of

different age were included in the examination. The youngest was 9 months old and the oldest, 69. The average age amounted 22,5.

The age groups of 10-19, and of 1-9 were the most represented ones with 24,0%, i.e. 23,0% cases.

According to sex, 61,0% were females and 39,0% males. The hemangiomas were most commonly found on the cheeks /26,0%/ on the face /19,0%/ and on the tongue /17,0%/. The largest number of the patients /52,0%/ were treated for a period between 10-19 days.

Prednisolone is injected interstitially in the tissue of hemangiome in doses of 50 mg for adults, and 25 mg for children, every second day. During one therapeutic treatment between 1 and 3 applications are given due to the age and the size of hemangiome.

Ethyl alcohol was used in concentrations of 96% once per treatment, being injected intrahemangiomatously in amounts of 0,5-2 ml depending on the patient's age, location and size of the lesion.

Clinical examinations with a verification of the condition by photographing, patchhistological, X-ray, radioisotopic and immunological investigations made before and after the treatment have been used as a working method.

According to the clinical examinations, the following results were achieved: good results in 50,8% of female patients and satisfactory results in 53,8% of male patients. 41,4% of female treated by prednisolone showed good results, and 59,4% treated by concentrated alcohol showed good results also. 60,0% of males treated by prednisolone had satisfactory results.

and 42,9% treated by concentrated alcohol had satisfactory results.

The largest age groups being treated were those of 10-19 and 1-9 year old patients. The results after the therapy showed that 50,0% of the first group were good and 41,7% satisfactory while the younger group achieved good and satisfactory results in 44,8% of the cases.

Those treated by prednisolone in the most represented age group showed 50,0% satisfactory and 35,7% good results. With patients of 1-9 year old, good results were achieved in 40,0%, and satisfactory ones in 26,7% cases.

The 10-19 old patients treated by concentrated alcohol showed 70,0% good and 30,0% satisfactory results. The age group 30-39 showed good results in 77,7% cases, while the age group 1-9 had only 25,0% good results.

The patients treated by Prednisolone in the most common location of hemangiomas - the cheeks, achieved in 56,3% satisfactory and in 37,5% cases good results. The treatment by concentrated alcohol in this location showed good results in 80,0% cases. The treatment of concentrated alcohol in tongue hemangiomas showed good results in 85,7%, while the Prednisolone therapy recorded 50,0% good results. 74,0% of the patients without previous treatment, but now treated by Prednisolone showed 44,6% satisfactory results, and those treated by concentrated alcohol achieved good results in 51,5% cases. A part of the treated patients is shown in 54 photos.

The carried out patchistological examinations have verified changes in hemangiomes during the coarse of the treat-

ment and after the treatment. In patients treated by Prednisolone the following was stated: the clear borderline between the endothelium and the environment disappears, there is a development of edem /oedhema/ in the connective tissue accompanied with inflammation, there is a swelling and dislayering of collagen as well as an appearance of thin and broken capillaries and necrosis. The concentrated alcohol results in damages of the hemangioma, blood vessels and development of thrombosis, hyalinisation of capillary walls and appearance of strips of compact connective tissue, i.e. collagen around the blood areas

Although these tumors are relatively frequent, their X-ray characteristics are not well-known enough. Therefore it is necessary to apply a large number of methods in order to obtain evidence for the usefulness of their application. It was stated that the application of direct contrastive hemanigraphy is the most simple and the most precise method when presenting the size of the hemangioma. It is carried out actively and shows the inductive as well as deductive blood vessel of the tumor.

The radioisotopic detection was applied in order to verify hemangiomas in the soft tissues, as well as in the bones of the cheeks and the changes resulting after the treatment.

Investigations on the unspecified cellular immunity /UCI/ were also carried out using three antigens: tuberculin /PPD/, monilia antigen /MO/ and phytohemagglutinin /PHA/ before and after treatment, i.e. in 29 patients treated by Prednisolone and 22 patients treated by a concentrated alcohol. This resulted in improvement of LCI with 55,2% of those who had a therapy with

Prednisolone, and with 72,7% treated by concentrated alcohol.

In the conclusion it is stated that the clinical picture of hemangiomas is the starting point for interpretation and estimation of their characteristics. Each developing hemangioma independently from the age of the patient should be treated conservatively, except the hemangiomas with arteriovenous connections and malformations of blood vessels.

Prednisolone treatment gives better results with younger patients, while the treatment with concentrated alcohol with adults. The concentrated alcohol is twice a better medicament in the therapy of these lesions. The hemangiomas in the upper jaw should exclusively be treated by concentrated alcohol, and not Prednisolone, because the latter one could make the condition worse.

In the conservative therapy of primarily diagnosed hemangiomas, the priority is to be given the concentrated ethyl alcohol /except with the youngest age/. Prednisolone could be of a particular use with those patients having previous unsuccessfully treated hemangiomas using some other conservative or surgical method.

The use of interstitially injected Prednisolone is simple and represents an efficient method in preventing the growth and development of hemangiomas in maxillofacial region.

The concentrated ethyl alcohol should be injected only intrahemangiomatously until the moment of appearance of pain in both directions, which is an evident sign that is reached the target i.e. it damaged the inductive and the deductive blood vessel.

If Prednisolone is applied every second day, it prevents angiogenesis, without any harmful consequences upon

the organism.

Sclerosation with concentrated alcohol gives good results in the treatment of capillary, cavernous and mixed types of hemangiomas. However, in the therapy of arteriovenous types it has an effect on the venous, but not on the arterious blood vessels.

Direct contrastive hemangiography should be used in the diagnosis as well as in the following of the success of the treatment.

Panoramix and retroalveolar X-ray method are the most precise and the most useful in the diagnosis of hemangiomas in the jaws.

The selective angiography could be applied only in certain cases, after having made a differentiation of the type of the hemangioma - arterious or venous.

Radioisotopic detection is recommended as a selective method in making the diagnosis and following the therapeutic results.

The statistical analysis of the condition UCI, before and after the treatment shows that the obtained results denote its improvement up to the p level 0,05 /in concentrations for PHA of 0,1 / and p level 0,01 /in concentrations for PHA of 0,05 , 0,025 and the average of the obtained results/.

The use of Prednisolone and ethyl alcohol can be successful if they are used separately, and in some cases if used complementary.

Sclerosation with concentrated alcohol if used properly, represents a reliable and efficient method in the treatment of hemangiomas.

It is evident that there is a need for a lot more work and investigations to be done in future in order to determine completely all the effects in the local application of Prednisolone, i.e. concentrated ethyl alcohol.

17. L I T E R A T U R A

1. ABE S.: TREATMENT OF HEMANGIOMA OF THE EYELID AND ORBIT IN INFANCY BY INTRALESIONAL INJECTION OF STEROID. I. A LONG FOLLOW-UP
Sapporo Med. J.; 53/2:127-134 /1984/
2. ABRIKOSOV A.I.: OSNOVI OPŠTE PATOLOŠKE ANATOMIJE,
Medic. knjiga, str.:152 /1969/
3. ADZICK N.S., STROME M., GANG D., DONAHOE P.K.: CRYOTHERAPY OF SUBGLOTTIC HEMANGIOMA
J. Pediatr. Surg; 19/4/:373-7 /1984/
4. AGAPOV V.S., PRUSAKOV V.A., MANUILOV O.E.: KLINIKA I LEČENIE GEMANGIOM ROTO-
GLOTKI I DISTAL`NYKH OTDELOV
POLOSTI RTA.
Vestn Otorinolar.; /4/:50-52 /1981/
5. ALPERMANN H.G., SANDOW J., VOGEL H.G.: TIEREXPERIMENTELL UNTERSUCHUNGEN
zur topischen und systemischen
Wirksamkeit von Prednisolon-17-
ethylcarbonat-21-propionat.
Z. Hautkr.; 61/Suppl. 1/:7-17 /1986/
6. ALLEGRETTI N., ANDREIS I., ČULO F., MARUŠIĆ M., TARADI M.: IMUNOLOGIJA II. potpuno promijenjeno
izdanje.
ŠKOLSKA KNJIGA - ZAGREB, /1987/
7. ANDREWS, C. GEORGE, DOMONKOS, N. ANTHONY, VICTOR, BEMBENISTA, K.J.: HEMANGIOMAS - TREATED AND UNTREATED,
J.A.M.A., vol.165 /9/ /1957/
8. APFELBERG, B.D., KOSEK, J., MASEP, R.M., LASH, H.: HISTOLOGY OF PORT-WINE STAINS
FOLLOWING ARGON LASER TREATMENT.
Brit. J. of Plast. Surg.; 32:232-7
/1979/
9. AZZOLINI, A., NOUVENNE, R.: GLI ANGIOMI DELLA REGIO PAROTIDEA
RESULTATI DELLA TERAPIA CORTISONICA
IN 10 CASI TRATTATI E REVIGIONE...
Minerva, Chir.; 29:12 /1974/

10. BARSEKOW F., SCHMIDT R.C.: ZUR FRAGE DER PRAOPERATIVEN
EMBOLISIERUNG VON GROSSEN
HAMANGIOMEN.
Dtsch.Zahnaerztl. Z.; 37/1/:42-44
/1982/
11. BART R.S., KOPF A.W.: TUMOR CONFERENCE - UNTREATED
MASSIVE HEMANGIOMA WITH
SATISFACTORY OUTCOME.
J. Dermatol. Surg. Oncol; 9/11/:
875-877 /1983/
12. BARTLEY, O.,
WICKBOM, I.: ANGIOGRAPHY IN SOFT TISSUE
HEMANGIOMAS.
Acta Radiol.; 51:81 /1959/
13. BATSAKIS, J.G.,
RICE, D.H.: THE PATHOLOGY OF HEAD AND NECK
TUMORS: VASOFORMATIVE TUMORS,
PART 9 A.
Head Neck Surg.; 3/3/:231-9 /1981/
14. BEAN, W.D., CONGSWEEL, R., VASCULAR CHANGES OF THE SCIN
DEXTER, M., EMBRICK, J.F.: DURING PREGNANCY.
Surg. Ginec. Obst.; 88:739 /1949/
15. BEK, V., ZAHN, K.: CATARACT AS A LATE SEQUEL OF
CONTACT HEMANGIOMAS.
Acta Rad.; 51:81 /1959/
16. BEMMETT, J. E.,
ZOOK, E. G.: TREATMENT OF ARTERIOVENOUS FISTULA
IN CAVERNOUS HEMANGIOMAS OF FACE
BY MUSCLE EMBOLIZATION.
Plast.& Recon. Surg.; 50:84 /1972/
17. BERENSTEIN, A.,
LASJAUNIAS, P.,
KRICHEFF, I.I.: FUNCTIONAL ANATOMY OF THE FACIAL
VASCULATURE IN PATHOLOGIC CONDITIC
AND ITS THERAPEUTIC APPLICATION.
AJNR; 4/2/:149-153 /1983/
18. BERLIN, B.S., JOHANSON, C., THE OCCURENCE OF BACTERIEMIA AND
HAWK, W.D., LAWRENCE, A.G.: DEATH IN CORTISONE TREATED MICE.
J. Lab. Clin. Med.; 40:82 /1952/

19. BERLINER, D.L.,
RUHMANN, A.G.:
COMPARISON OF THE GROWTH OF FIBRO-
BLASTS UNDER THE INFLUENCE OF 11-
BETA-HYDROXY AND 11-KETO-CORTICOSTE-
ROIDS.
Endocrinology; 78:373 /1966/
20. BILLER, H.F., KRESPI, P.,
SOM, P.M.:
COMBINED THERAPY FOR VASCULAR LESION
OF THE HEAD AND NECK WITH INTRA-
ARTERIAL EMBOLIZATION AND SURGICAL
EXCISION.
Otolaryngol. Head Neck Surg.; 90/1/:
37-47 /1982/
21. BINGHAM, H.G.,
LIGHTI, E.L.:
THE DOPPLER AS AN AID IN PREDICTING
THE BEHAVIOR OF CONGENITAL CUTANEOUS
HEMANGIOMA.
Plast. & Recon. Surg.; 47:580 /1971
22. BINGHAM, G. HAL:
PREDICTING THE COURSE OF A CONGENITA
HEMANGIOMA.
Plast. & Recon. Surg.; 63:161 /1979
23. BIVINGS, L.:
SPONTANEOUS REGRESSION OF ANGIOMAS
IN CHILDREN /22 YEARS OBSERVATION
COVERING 236 CASES/.
J. of Pediatr.; 45:643 /1954/
24. BLIZNAK, J.,
STAPLE, T.W.:
RADIOLOGY OF ANGIODYSPLASIS OF THE
LIMB.
Radiology; 110:35 /1974/
25. BONDY, K. PHILIP:
STEROID PHYSIOLOGY AND METABOLISM.
Cecil-Loeb, Textbook of Medicine,
XI-edition, /1963/
26. BOWERMAN, E.J., ROWE, L.N.:
HEMANGIOMAS INVOLVING THE SUBMANDI-
BULAR SALIVARY GLAND.
Brit. J. of Oral Surg.; 6 /1968-69/
27. BOYD, W.:
A TEXTBOOK OF PATHOLOGY.
Philadelphia, Lea Tebiger, p.539
/1961/
28. BOYD J.B., MULLIKEN J.B.,
KABAN B., UPTON D., MURRAY:
SKELETAL CHANGES ASSOCIATED WITH
VASCULAR MALFORMATIONS.
Plast.Recons. Surg.; 74/6/:789 /1984/

29. BOWERS, R.E., GRAHAM, E.A., THE NATURAL HISTORY OF THE
TOMLINSON, K.M.: STRAWBERRY NEVUS.
Arch Dermat.; 82:667 /1960/
30. BRAIN, R.T., CALNAN, C.D.: VASCULAR NEVI AND THEIR TREATMENT.
Brit. J. Dermat.; 64:147 /1952/
31. BROWN, J.B., CANNON, B., PERMANENT PIGMENT INJECTION
McDOWELL, A.: OF CAPILARY HEMANGIOMATA.
Plast. & Recon. Surg.; 1:106 /1946/
32. BROWN, D.A., SMITH, J.D.: LATE COMPLICATION OF CONGENITAL
HEMANGIOMA OF THE TONGUE.
Head Neck Surg. /UNITED STATES/,
May-Jun, 9/5/:299 /1987/
33. BROWN, S.H., NEERHANT, R.C., PREDNISONE THERAPY IN THE
FONKALSRUD, E.W.: MANAGEMENT OF LARGE HEMANGIOMAS
IN INFANTS AND CHILDREN.
Surgery; 7:168 /1972/
34. BROWNE, D.: NATURAL HISTORY OF CAVERNOUS
HEMANGIOMATA.
Lancet; 1 /1955/
35. BUCY, P.C., CAPP, C.S.: PRIMARY HEMANGIOMA OF BONE: WITH
SPECIAL REFERENCE TO ROENTGENOLOGIC
DIAGNOSIS.
Am. J. Roentg.; 99:443 /1974/
36. BUFFA, D., BADINI, A., SULLA PATOLOGIA DEGLI ANGIOMI DEL
MAZZOLA, R.: LABRO / REILIEVI SU 65 CASI /.
Pathologica; 68:253 /1976/
37. BUNTE, M., STELLMACH, R., DIE RONGENOLOGISCHE DARSTELLUNG VON
BRADAC, C.B.: HAMANGIOMEN IM GESICHTSBEREICH MIT
SERIEN ANGIOGRAPHIE UND SUBFRACTION
Fortschritte der Kiefer und Gesicht
Chirurgie; Band XXII /1977/
38. CAMPBELL, J.H.: THE EFFECT OF STEROID ON SELF
STIMULATION, GENERAL AND PERIPHERAL
Steroidologia; 1:8 /1970/

39. CHAPPUIS, J.P.: LES COMPRESSIONS TRACHEO-BRONCHIQUES
PAR TUMEURS CONGENITALES.
Chir. Pediatr.; 25/4-5/:279-283 /1984/
40. CHARLES JACKON,
GREENE L. HARRY,
JAMES O'NEILL,
SANDRA KIRCHNER: HEPATIC HEMANGIOENDOTHELIOMA.
Am. J. Dis. Child.; vol.131 /1977/
41. CHIN, D.C.: TREATMENT OF MAXILLARY HEMANGIOMA
WITH A SCLEROSING AGENT.
Oral. Surg.; 55/3/:247-249 /1983/
42. CIESLINSKA-WILK, G.: THE USE OF 99mTc LABELLED PYROPHOSPHATE
FOR INVESTIGATING BONE CHANGES IN NEO-
PLASMS INFILTRATING MAXILLA OR MANDIBLE.
Pol. Przegl. Radiol.; 43/5/:278 /1977/
43. CLODIUS, L.: DIE PLASTISCH-CHIRURGISCHE THERAPIE
DES AUSGEDEHNTEN FEUERMALES IM GESICHT.
Schweiz Med. Woch.; 113/8/:274-80 /1983
44. CLOUET, M., LAFFITTE, F., TRAITEMENT DES AFFECTIONS DE LA MUQUEUSE
CHAVOIN, J.P.,
BOUTAULT, F.,
COMBELLES, R.,
CADENAT, H.: BUCCALE PAR LE LASER A GAS CARBONIQUE.
Rev. Stomatol. Chir. maxillo-faciale;
87/4/:227 /1986/
45. COHEN, S.K.;
WANG, C.: STEROID TREATMENT OF THE HEMANGIOMAS
OF THE HEAD AND NECK IN CHILDREN.
Ann. Otol.; 81:584 /1972/
46. CONWAY, H.,
McKINNEY, P.,
CLIMO, M.: PERMANENT CAMOUFLAGE OF VASCULAR NEVI
OF THE FACE BY INTRADERMAL INJECTION
OF INSOLUBLE PIGMENTS /TATTOOING/
Plast & Recon. Surg.; /1967/
47. CSAKY, G., BALAZS, Gy., NYAKTAJI HAEMANGIOMA RONTGEN BESUGARZA-
FABIAN, E., IVANYI, JL, SANAK KOVETKEZTEBEN KIALAKULT PAJZSMIRIG
LUKACS, G., MAKAR, V.: ELEVALTOZASOK.
Orv Hetil; 122/42/:2599-2602 /1981/
48. CUNNINGHAM, S. D.,
FRANCIS, X. P.: CONTROL OF ARTERIO-VENOUS FISTULAE IN
MASSIVE FACIAL HEMANGIOMA BY MUSCLE EMBO
Plast.& Recon. Surg.; 46:305 /1970/

49. DARGEON, H.W., ADIAO, A.C., HEMANGIOMA WITH THROMBOCYTOPENIA.
PACK, G.T.: J. Pediatr.; 54:285 /1959/
50. DAVANZO, R.,
RIOSA, E., LONGO, F.: EMANGIOMATOSI NEONATALE DIFFUSA:
RAPIDA RISPOSTA CLINICA AL
TRATAMENTO STEROIDEO.
Pediatr. Med. Chir. /ITALY/;
9/4/:483-485 /Jul-Aug. 1987/
51. DAVIS, E., MORGAN, E.: HEMANGIOMA OF BONE.
Acta Otolaryng.; 99:443 /1974/
52. DEMUTH, R.J., MILLER, S.H., COMPLICATIONS OF EMBOLIZATION
KELLER, F.: TREATMENT FOR PROBLEM CAVERNOUS
HEMANGIOMAS.
Ann. Plast. Surg.; 13/2/:135-144
/1984/
53. DeVENECIA, G., LOBECK, C.: SUCCESSFUL TREATMENT OF EYELID
HEMANGIOMAS WITH PREDNISONE.
Arch Ophtal.; 84:98 /1970/
54. DJINDJIAN, R.: INTRODUCTION A LA TECHNIQUE DE
L'EMBOLISATION EN PATOLOGIE O.R.L.
Ann. de Radiol.; 6, vol.17 /1974/
55. DONATI, L., CORONA, C., COMBINED EMBOLIZATION AND SURGERY
SCIALFA, G., CANDIANI, P., FOR CRANIOFACIAL ANGIOMAS.
SIGNORINI, M.: Ann. Plast. Surg.; 9/2/:101-4/1982
56. DONG, Y., WANG, Y.: STATISTICAL ANALYSIS OF 356 CASES
OF TUMOR OF THE TONGUE.
Zhonghua Kouqiangke Zazhi; 17/2/:
124 /1982/
57. DOUGHERTY F. THOMAS: SOME OBSERVATION ON MECHANISMS OF
CORTICOSTEROID ACTION ON INFLAMMAT
ON AND IMMUNOLOGIC PROCESSES.
Ann. New York Acad.Sci.748-56/1952
58. DUPERRAT, B.: ETUDE CLINIQUE ET HISTOLOGIQUE
DES HEMANGIOMES CUTANES.
Ann. de Chir. Plast.; vol.9 /1964/

59. DUPONT, E.,
VANDERCHUYS, M.,
WYBRAN, J.:
DEFICIENT NATURAL KILLER FUNCTION IN
PATIENTS RECEIVING IMMUNOSUPPRESSIVE
DRUGS: ANALYSIS AT THE CELLULAR LEVEL.
Cell. Immunol.; 88/1/:85-95 /1984/
60. DuVIVIER ANTHONY,
RICHARD B. STOUGHTON:
ACUTE TOLERANCE TO EFFECTS OF TOPICAL
GLUCOCORTICOSTEROIDS.
British Jour. of Dermat.; 94/12/:25
/1976/
61. EDGERTON, T.M.:
THE TREATMENT OF HEMANGIOMAS: WITH
SPECIAL REFERENCE TO THE ROLE OF
STEROID THERAPY.
Ann. Surg.; 135/5/:517-532 /1976/
62. EDITORIAL BOARD:
CENTRAL HEMANGIOMA OF THE JAWS.
Zhonghua Kouqiangke Zazhi; 16/3/:
174-176 /1981/
63. ELKS, J.:
STEROID STRUCTURE AND STEROID ACTIVITY
Brit. J. of Dermat.; 94/12/:3 /1976/
64. ERATALAY, K.Y.,
SIMMONS, J.D., ELMOFTY, S.,
ROSENBERG, G., NELSON, W.,
HAUS, E., HALBERG, F.:
BONE GROWTH IN THE RAT MANDIBLE FOLLOW
ING EVERY DAY OR ALTERNATE-DAY METHYL-
PREDNISOLONE TREATMENT SCHEDULES.
Arch Oral Biol.; 26:769-777 /1981/
65. FERRARI, P.G., VIVA, E.,
DERADA, T.G., GIRARDI, E.:
A PROPOSITO DI EMANGIOMA CAVERNOSO
DELLA PAROTIDE.
Minerva Stomatol.; 31/6/:669-72 /1982/
66. FITZSIMONS, R.:
INTRALESIONAL CORTICOSTEROID INJECTION
OF INFANTILE ADNEXAL HAEMANGIOMA.
Trans Ophthalmol Soc. NZ; 36:74-5 /1984/
67. FOLKMAN, J.:
TOWARD A NEW UNDERSTANDING OF VASCULAR
PROLIFERATIVE DISEASE IN CHILDREN.
Pediatrics; 74/5/:850-6 /1984/
68. FOST C. NORMAN,
ESTERLY B. NANCY:
SUCCESSFUL TREATMENT OF JUVENILE
HEMANGIOMAS WITH PREDNISONE.
J. of Pediatrics; 72:351 /1968/
69. FREYTAG GOTZ:
DIGNITAT UND MALIGNITAT VON GEF-TUMORE
Fortsch. der Kief. Gesich. Chir. XXII/7

70. FRONT, D., ISRAEL, O., GROSHAR, D., WEININGER, J.: TECHNETIUM-99m-LABELED RED BLOOD CELL IMAGING. Semin. Nucl. Med.; 14/3/:226-50 /1984/
71. GEBHART, W., SEIDEL, K., WEIBENBACHER: CORTICOSTEROID THERAPIE AGRESSIV WACHSENDER HÄMANGIOME IM SAUGLINGALTER: Hautarzt; Bd.23:403 /1972/
72. GERAS'KIN, V.I., SHAFRANOV, V.V., MENOVSCHIKOVA, L.B., REZNITSKII, G., IASONOV, V.: KRIOGENNYI METOD LECHENIIA NEKOTORYKH DOBROKACHESTVENNYKH OPUKHOLEI U DETEI. Vopr. Onkol.; 27/5/:44-49 /1981/
73. GORDON F. SCHWARTZ, ROBIN M. RANKOW: TRAUMATIC ARTERIOVENOUS FISTULA OF THE FACIAL ARTERY. Surg.; 40/1/ /1967/
74. GOLITZ, L.E., RUDIKOFF, J., O'MEARA, P.: DIFFUSE NEONATAL HEMANGIOMATOSIS. Pediatr. Dermat.; 3/2/:145-52 /1986/
75. GOVRIN-YEHUDAIN, J., MOSCONA AR, CALDERON N, HIRSHOWITZ B.: TREATMENT OF HEMANGIOMAS BY SCLEROSING AGENTS: AN EXPERIMENTAL AND CLINICAL STUDY. Ann. Plast. Surg.; 18/6/:465-9 /1987/
76. GRABB C. WILLIAM, Mac COLLUM S. MALCOLM, TAN G. NICK: RESULTS FROM TATTOOING PORT-WINE HEMANGIOMAS. Plast. & Recon. Surg.; 59:667-9 /1977/
77. GREENWOOD, R.D.: SURGICAL TREATMENT FOR FACIAL HEMANGIOMA. Ala Med.; 54/3/:27 /1984/
78. GROSS: EXCISION OF ONE-HALF OF THE HARD PALATE FOR RIMUVAL OF AN ANGIOMA. D. Cosmos; 16:274 /1874/
79. GUIBERT-TRANIER F., PITON J., RICHE M.C., MERLAND J.J., CAILLE J.M.: VASCULAE MALFORMATIONS OF THE MANDIBLE /INTRAOSSEOUS HAEMANGIOMAS/ THE IMPORTANCE OF PREOPERATIVE EMBOLIZATION. A STUDY OF 9 CASES. Eur. J. Radiol.; 4/2/:257-272 /1982/
80. GWINUP G., JOHANSON B.: CLINICAL TESTING OF THE HYPOTHALAMIC-PITUITARY-ADRENOCORTICAL SYSTEM. Metabolism; 24:777 /1975/

81. HARTER G. JOHN, REDDY J. WILLIAM, THORN W. GEORGE: STUDIES ON AN INTERMITTENT CORTICOSTEROID DOSAGE REGIMEN. The New Engl. J. of Med.; 269/12/ /1963
82. HAWKINS D.B., CROCKETT D.M., KAHLSTROM E.J., MAC LAUGHLIN E.F.: CORTICOSTEROID MANAGEMENT OF AIRWAY HEMANGIOMAS: LONG TERM FOLLOW-UP. Laryngoscope; 94/5 Pt.1/:633-637 /1984
83. HEINER H., ZENK W.: DIE BEHANDLUNG DER ANGIOME IM KINDESALTER. Zentralbl. Chir.:106/16/:1055-62 /1981/
84. HIROSHI HASHIMOTO, MUNETOMO ENJOJI, MASATO KAJIWARA: INTRAMUSCULAR HEMANGIOMA-A CLINICOPATHOLOGIC OBSERVATION. Fukuoka Acta Med.; 67:12 /1976/
85. HOBBY L.W.: FURTHER EVALUATION OF THE POTENTIAL OF THE ARGON LASER IN THE TREATMENT OF STRAWBERRY HEMANGIOMAS. Plast.& Recon. Surg.; 71/4/:481-9 /1983
86. HOUCK J.C., PATEL Y.M.: PROPOSED MODE OF ACTION OF CORTICOSTEROIDS ON THE CONNECTIVE TISSUE. Nature; 206:158 /1965/
87. HOWELL D.M., GUMBINER C.H., MARTIN G.E.: CONGESTIVE HEART FAILURE DUE TO GIANT CUTANEOUS CAVERNOUS HEMANGIOMA. Clin Pediatr /Phila./; 23/9/:504-506 /1984/
88. HSIEN CHE-KUO and LEIF B. JOHANNESSEN: SKELETAL CHANGES IN CORTISON TREATED MALE RATS. J. Dent. Res.; 49/1/ /1970/
89. HUFFSTADT, C.J.A.: HEMANGIOMAS - THE CONSERVATIVE APPROACH. Chir. Plast.; 1/4/ /1973/
90. ILLINGWORTH, R.S.: THOUGHTS ON THE TREATMENT OF STRAWBERRY NEVI. Arch of Disea.Child.;51:138 /1976/
91. INNES, F.L.F.: CLASSIFICATION OF HEMANGIOMATA. Brit. J. of Plast. Surg.; 6, p. 76-77 /1953/

92. INOUE H., WALLER B.F., INTRACORONARY ETHYL ALCOHOL OR PHENOL ZIPES D.P.:
INJECTION ABLATES ACONITINE-INDUCED VENTRICULAR TACHYCARDIA IN DOGS.
J. Am. Coll. Cardiol. /UNITED STATES/
10/6/:1342-, /Dec. 1987/
93. JEROME GROSS:
EVALUATION OF STRUCTURAL AND CHEMICAL CHANGES IN CONNECTIVE TISSUE.
Ann. New York Acad.of Sci.; 674-680
/1952/
94. JOHNSON E.W., Jr.:
HEMANGIOMAS OF THE EXTREMITIES.
Thesis Univer. of Minnesota /1950/
95. JOHNSON M.H., SMYSER S; SILICONE IMPLANTS FOR TREATMENT OF
De FILIPP J., WONG W.: RETINAL DETACHMENT: COMPUTED TOMOGRAPHIC APPEARANCE.
Am. J. Neuroradiol.; 5/1/:59-60 /1984/
96. JOFFEE N.:
HEMANGIOPERYCITOMA-ANGIOGRAPHIC FINDINGS.
Brit. J. Rad.; 33:614 /1960/
97. JOHN F. KVETON,
HAROLD C. PILLSBURY:
CONSERVATIVE TREATMENT OF INFANTILE SUBGLOTTIC HEMANGIOMA WITH CORTICOSTEROIDS.
Arch Otolaryngol.; 108:117-24 /1982/
98. KABAN B. LEONARD;
JOHN B. MULLIKEN:
VASCULAR ANOMALIES OF THE MAXILLO-FACIAL REGION.
J. Oral Maxillofac. Surg.; 44:203-213
/1986/
99. KASABACH H.H.,
MERRITT K.K.:
CAPILLARY HEMANGIOMA WITH EXTENSIVE PURPURA /RAPORT OF A CASE/.
Am. J. Dis. Child.; 59:1063 /1940/
100. KATZ H.P., ASKIN J.:
MULTIPLE HEMANGIOMATA WITH THROMBOPENIA - AN UNUSUAL CASE WITH COMMENTS ON STEROID THERAPY.
Am. J. Dis. Child.; 115:351- /1968/
101. KIEHN L. CLIFFORD,
DESPREZ D. JOHN,
KAUFMAN BENJAMIN:
CAVERNOUS HEMANGIOMAS OF THE HEAD AND NECK /INDICATION FOR ARTERIOGR-SURG./.
Plast. & Recon. Surg.; 33/1/ /1964/

102. KIRBY, D.J.,
MUNRO, D.D.:
STEROID-INDUCED ATROPHY IN AN ANIMAL
AND HUMAN MODEL.
Brit. J. of Dermat.; 94/12/:111 /1976/
103. KOSORUKOVA, R.N.:
FIBRINOLIZ KROVI U BOLNIH S RAZLIČNIMI
FORMAMI GEMANGIOMI ČELJOSTNO-LICEVOJ
OBLASTI.
Vest. Akad. Nauk; v.1 /1977/
104. KOLIKOV, S.I.,
BOGADSKII, V.A.,
ZYBIN, O. Kh.:
LECHENIE KAVERNOZNOI GEMANGIOMY
IAZYKA PROLONGIROVANNYM VVEDENIEM.
Stomatologija /Mosk./; 64/3/:88-89
/1985/
105. KOMISAR, A.,
RUBEN, R.J.:
USE OF CARBON DIOXIDE LASER IN
PEDIATRIC OTOLARYNGOLOGIC DISEASE.
N.Y. State J. Med.; 81/12/:1761-64
/1981/
106. KROH, F.:
ZAHNEXTRACTION UND SPONTANER VERBLUT-
UNGSTOD.
Arch. F. Klin. Chir.; 137:389 /1925/
107. KRISHTOPENKO, L.S.,
KAMYSHNIKOV, V.S.:
BIOKHMICHESKIE POKAZATELI FUNKTSII
PECHENI PRI SKLEROZIRUIUSHCHEI TERAPII
GEMANGIOM U DETEI.
Vestn. Khir.; 126/3/:101-104 /1981/
108. KRUCHINSKII, G.V.,
KRISHTOPENKO, L.S.:
OSOBNOSTI GEMANGIOM LITSA U DETEI
RANNEGO VOZRATA I IKH SKLEROZIRUIUSHC
AJA TERAPIA.
Vestn. Khir.; 136/4/:83-85 /Apr.1986/
109. KUENG, L.G.,
GENSHEIMER, T.:
NAEVUS FLAMMEUS:ALTERNATIVE ZUR CHIRUR
GISCHEN THERAPIE.
Handchir. Mikrochir. Plast. Chir.;
17/6/:336-339 /Nov.1985/
110. KUNKEL, G.:
WIRKUNGSMECHANISMUS DER GLUCOCORTICOID
Allerg. Jahrgang 6, 1Beiheft, S. B29-50
/1983/.

111. KUSHNER, B.J.: THE TREATMENT OF PERIORBITAL INFANTILE HEMANGIOMA WITH INTRALESIONAL CORTICOSTEROID.
Plast. & Recon. Surg.; 76/4/:517-525 /1985/
112. KUSHNER, B.J.: INTRALESIONAL CORTICOSTEROID INJEKTION FOR INFANTILE ADNEXAL HEMANGIOMA.
Am. J. Ophthal.; 93/4/:496-506 /1982/
113. LAMPE, I.,
LATOURETTE, B.: MANAGMENT OF HEMANGIOMAS IN INFANTS.
Pedi. Clin. N. Am.; 6:511 /1959/
114. LASSER, A.E.,
STEIN, P.: STEROID TREATMENT OF HEMANGIOMA IN CHILDREN.
Arch. Dermat.; 108:565 /1973/
115. LEA THOMAS, M.,
ANDRESS, M.R.: ANGIOGRAPHY IN VENOUS DYSPLASIA OF THE LIMBS.
Am. J. Roentg.; 113:722 /1971/
116. LEE, H.K.,
MARKOWITZ: 99m TECHNIUM DIPHOSPHONATE BONE SCANNING OF THE MANDIBULAR BONE GRAFT.
Oral Surg. Oral Med. Oral Path.; 49/5/: 471-473 /1980/
117. LEIKENSOHN, R. JOHN,
CORNING BENTON, and
COTTON ROBIN: SUBGLOTIC HEMANGIOMA.
J. of Otolaryng.; vol.5 /1976/
118. LEHNER THOMAS: STEROIDS AND ORAL DISEASE.
Brit. J. of Dermat.; 94/12/:59 /1976/
119. LEVIN C, DAVID,
GORDON H. DAVID, ARTERIOGRAPHY OF PERIPHERAL HEMANGIOMA
Diagnost. Radiol. vol.121:3 /1976/
120. LI P. FREDERICK,
CASSADY J. ROBERT,
and BARNETT ELYSE: CANCER MORTALITY FOLLOWING IRRADIATION IN INFANCY FOR HEMANGIOMA.
Radiology; 113:177 /1974/
121. LI Y.: LIQUID NITROGEN CRYOTHERAPY OF CHILDHOOD HEMANGIOMAS - WITH ANALYSIS OF 84 CASES.
Zhonghua Xiaerwaike Zazhi; 3/1/:24-25 /1982/

122. LIN, S.R.,
MITARB, U.:
ANGIOGRAPHIC DEMONSTRATION AND SILICONE
PELLET EMBOLIZATION OF FACIAL HEMANGIOM/
OF BONE.
Neuroradiol.; 7:201 /1974/
123. LISTER, W.A.:
NATURAL HISTORY OF STRAWBERRY NAEVI.
Lancet; 2:1429 /1938/
124. LUND A. BRUCE,
DAHLIN C. DAVID:
HEMANGIOMAS OF THE MANDIBLE AND MAXILLA.
Am. Dental Assoc.; 22/1/ /1964/
125. LYN WILSON:
THE CLINICAL ASSESSMENT OF A TOPICAL
CORTICOSTEROID ACTIVITY.
Brit. J. of Dermat.; 94/12/:33 /1976/
126. MACOMBER, W.B.,
WANG, M.K.H.:
HEMANGIOMA.
G.P.; 8:47 /1955/
127. Mac LENNON, W.D.:
HEMANGIOMA OF THE MANDIBULAR CONDILAR
PROCESS.
Brit. D. J.; 105:93 /1958/
128. MAJCHRZAK HENRYK,
WENCEL TADEUSZ:
POSSIBLE SIGNIFICANCE OF JUVENILE ORAL
VENOUS ANGIOMA AS MARKER OF INTRACEREBRA
VASCULAR LESION.
J. Neurosurg; 59:348-350 /1983/
129. MANGUS, D.J.:
CONTINUOUS COMPRESSION TREATMENT OF
HEMANGIOMATA. /EVALUATION IN TWO CASES/.
Plast. & Recon. Surg.; 49:490 /1972/
130. MARGILETH, A.M.,
MUSELES, C.M.:
CUTANEOUS HEMANGIOMAS IN CHILDREN,
DIAGNOSIS AND CONSERVATIVE MANAGEMENT.
J.A.M.A.:194:523 /1960/
131. MARTIN, L.W.,
Mac COLLUM, D.W.:
HEMANGIOMA IN INFANTS AND CHILDREN.
Am. J. Surg.; 101:571 /1961/
132. McGOWAN, A.D.,
JONES, J.H.:
ANGIOMA /VASCULAR LEIOMYOMA OF THE
ORAL CAVITY/.
Oral Surg. Med. Pathol.; 27 /1969/
133. McCOY, J.R.,
MORKISSY, E.T.
SEIBERT, J.:
CLINICAL EXPERIANCE WITH THE Tc-99m
SCEN IN CHILDREN.
Clin. Ortop. Relat. Res;154:175-80 /1981/

134. MCKENZIE, A.W.,
STOUGHTON, R.B.: METHOD FOR COMPARING PERCUTANEOUS
ABSORPTION OF STEROIDS.
Arch of Dermat.; 86:608 /1962/
135. McNEILL, T.W.,
CHAN GE, CAPEK, V.: THE VALUE OF ANGIOGRAPHY IN THE
SURGICAL MANAGEMENT OF DEEP HEMANGIOMA
Clin. Orthop.; 101:176 /1974/
136. MEEKS A. EDWIN,
HEATON D. LEONARD,
JAY B. JACK: THROMBOCITOPENIC PURPURA OCCURRING
WITH LARGE HEMANGIOMA.
Am. J. of Dis. of Chil.; 90 /1955/
137. MESSMER, E., FONT, L., CAVERNOUS HEMANGIOMA OF THE RETINA.
LAQUA, H., HOPPING, W, IMMUNOHISTOCHEMICAL AND ULTRASTRUCTURAL
NAUMANN, G.O.: OBSERVATIONS.
Arch Ophthalmol.; 102/3/:413-8 /1984/
138. MILLER, S.H.,
SMITH, R.L.,
SCHOCHAT, S.J.: COMPRESSION TREATMENT OF HEMANGIOMAS.
Plast. & Recon. Surg.; 58:573 /1976/
139. MILLER, J.H.: TECHNETIUM-99m-LABELED RED BLOOD CELLS
IN THE EVALUATION OF HEMANGIOMAS OF
THE LIVER IN INFANT AND CHILDREN.
J. Nucl. Med. /UNITED STATES/; 28/9/:
1412-1418 /Sep. 1987/
140. MIZONO, G.,
DEDO, H.H.: SUBGLOTTIC IN INFANTS: TREATMENT
WITH CO₂ LASER.
Laryngoscope; 94/5 Pt 1/:638-6341
/1984/
141. MOORE, A.M.: PRESSURE IN THE TREATMENT OF GIANT
HEMANGIOMA WITH PURPURA: CASE REPORT
AND OBSERVATION.
Plast. & Recon. Surg.; 34:606 /1964/
142. MOUËL, M.,
ROBILLARD, J.,
BARRELLIER, P.: LA TRAITEMENT NON CHIRURGICAL DES
ANGIOMES TUBEREUX DES LEVRES.
Revue de Stom.; 77/8/:977 /1976/
143. MUKERJEE, S.,
RAKESH DIXIT,
MAHESHWARI, B.H.: HEMANGIOPERICYTOMA OF THE FLOOR OF
THE MOUTH: A CASE REPORT.
Brit. J. O. Surg.; 14:112 /1976/

144. MUNRO, D.D.: PERCUTANEOUS OBSERVATION IN HUMANS WITH PARTICULAR REFERENCE TO TOPICAL STEROIDS AND THEIR SYSTEMIC INFLUENCE - Thesis for Doctorate in Medicine. University of London, /1975/
145. MUNRO, D.D.: THE EFFECT OF PERCUTANEOUSLY ABSORBED STEROIDS ON HYPOTHALAMIC-PITUITARY-ADRENAL FUNCTION AFTER INTENSIVE USE IN PATIENTS. Brit. J. of Dermat.; 94/12/:67 /1976/
146. NELSON, L.B.,
MELICK, J.E.,
HARLEY, R.D.: INTRALESIONAL CORTICOSTEROID INJECTIONS FOR INFANTILE HEMANGIOMAS OF THE EYELID. Pediatrics; 74/2/:241-245 /1984/
147. NUSSBAUM, M.,
TAN, S., SOM, M.L.: HEMANGIOMAS OF THE SALIVARY GLANDS. Laryngoscope; 86:1015 /1976/
148. ОСМАНЛИЕВ, П.: МАЛИГНЕНИ ЛИМФОМИ.
Медицина и Физкултур, София, /1977/
149. ORTEGA, J.A.: CHEMOTHERAPY OF MALIGNANT HEMANGIOEPERICYTOMA OF CHILDHOOD. Cancer; 27:730 /1972/
150. OVERCASH, K.E.,
PUTNEY, P.J.: SUBGLOTIC HEMANGIOMA OF THE LARYNX TREATED WITH STEROID THERAPY. Laryngoscope; 83:679 /1973/
151. PERSKY, M.S.,
BERENSTEIN, A.,
COHEN, L.N.: COMBINED TREATMENT OF HEAD AND NECK VASCULAR MASSES WITH PREOPERATIVE EMBOLIZATION. Laryngoscope; 94/1/:20-27 /1984/
152. PFEIFER GERHARD: DIE CHIRURGISCHE BEHANDLUNG DER GEFASSANOMALIE UND GESCHWULSTE IM MUND-KIEFERGESICHTS-BEREICH IN ABHÄNGIGKEIT VON SITZ, GRÖSSE UND LEBENSALTER. Fortschritte der Kiefer-Gesichts-Chir. Bd. XXII /1977/
153. PHAIBUL SUTTHIWAN: TREATMENT OF HEMANGIOMAS IN PEDIATRIC PATIENTS WITH PREDNISOLONE. J. Med. Assoc. Thailand; v.59 /1976/

154. PINCUS GREGORY,
OSCAR HECHTER: INTRODUCTION TO MECHANISM OF CORTICO-
STEROID ACTION IN DISEASE PROCESSES.
Ann. N. J. Acad. Sc.; v.56 /1952/
155. PITANGUY, I.,
A. CALDEIRA, C. CALIXTO, TREATMENT OF HEMANGIOMATA.
and A. ALEXANDRINO: Head & Neck Surg. 7:47-59 /1984/
156. PLESNER-RASMUSSEN, H. J., CAPILLARY HEMANGIOMAS OF THE EYELIDS
MARUSHAK, D., AND ORBIT. A REVIEW OF 5 CHILDREN.
GOLDSCHMIDT, E.: Acta Ophthalm.; /Copenh/; 61/4/:645-654
/1983/
157. POLJUGAN BRANKO: HEMANGIOM PAROTIDNE ŽLIJEZDE KOD
DOJENČETA.
Chir. Maxillofac. & Plast.; 2/2/:75
/1960/
158. ПРУСАКОВ, А. В., КРМОХИРУРГИЈА ГЕМАНГИОМ ПОЛОСТИ РТА
МИТРОФАНОВ, Г. Г., И ЛИЦА.
КОМАРОВ, А. Б.: Стоматологика; 55:49-52 /1976/
159. PRUZANSKY, W., MODULATION OF PHAGOCYTOSIS AND BACTERI-
SAITO, S., DeBOER, G.: CIDA L ACTIVITY OF HUMAN POLYMORPHONUCLEA
AND MONONUCLEAR PHAGOCYTES BY ANTI-
ARTHRITIC AGENTS.
J. Rheumatol.; 10/2/:197-203 /1983/
160. QUERE, M. A., INJECTION INTRA-TUMORALE DE CORTICOIDES
MILAZZO, M., LAGRUE, S.: DANS LE TRAITEMENT DES HEMANGIOMES
ORBITO-PALPEBRAUX.
Bull. Soc. Ophthalmol. /FRANCE/; 86/12/:
1491-1494 /Dec. 1986/
161. RANKOW M. ROBIN, ARTERIO-VENOUS FISTULA OF EXTERNAL
NISIR C. HARI, CAROTID ARTERY.
KING C. MAX: Arch of Otolaryng.; 88/1/ /1969/
162. RAO, V. R.: HYPERVASCULAR CAVERNOUS ANGIOMA
AT ANGIOGRAPHY.
Neuroradiology; 18/4/:211-214 /1979/
163. RITTERMANN, V., TERAPIJA HEMANGIOMA USTA I LICA S
B. MAKROVIĆ-PEIČIĆ: OBZIROM NA KLINIČKU I HISTOLOŠKU SLIKU.
Chir. Maxillofac. Plast; 2/2/:65 /1960/

164. ROBINSON J. HARRY,
SMITH L. AMELIA.:
THE EFFECT OF ADRENAL CORTICAL
HORMONES ON EXPERIMENTAL INFECTION.
Ann. New York Acad. Sci.; 56 /1952/
165. RONCHESI, F.:
THE SPONTANEOUS INVOLUTION OF
CUTANEOUS VASCULAR TUMORS.
Am. J. Surg.; 86/4/:376 /1953/
166. RONCHESI, F.:
HEMANGIOMAS - SHOULD TREATMENT
BE EXPECTANT OR ACTIVE.
M. J. ; 29:658 /1946/
167. SADAN, N., SADE, J.,
GRUNEBAUM, M.:
THE TREATMENT OF SUBGLOTTIC HEMAN-
GIOMAS OF INFANTS WITH PREDNISONE.
Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.;
4/1/:7-14 /1982/
168. SCHESSLER, D.,
HEESEN, J.:
ZUR DIAGNOSTIK FRUHKINDLICHER HAEMAN-
GIOME IM KIEFER- UND GESICHTSBEREICH.
Dtsch. Zahnaerztl. Z.; 37/4/:371-
374 /1982/
169. SCHRUDDE, J.,
PETROVICI, V.:
HAEMANGIOMA UND IHRE THERAPIE.
Leitschrift für Plast. Chir.; 1:3-19
/1977/
170. SCHINDERA, F.:
ERFOLGREICHE INTRAVENÖSE PREDNISOLON
BEHANDLUNG EINES KAVERNÖSEN HEMANGIOM
AM SCROTUM EINES SÄUGLINGS.
Klin. Pädiat.; 184:76-78 /1972/
171. SCHWARTZ, D.N.,
KELLMAN, R.M.,
CACAYOR, E.D.:
TREATMENT OF A LINGUAL HEMANGIOMA
BY SUPERSELECTIVE EMBOLIZATION.
Arch Otolaryngol. Head Neck Surg.;
112/1/:96-98 /Jan. 1986/
172. SEMENOVA, G.S.,
KORDONETS, I.G.,
GRITSIUK, S.N.:
SRAVNITEL'NAIA OTSENKA LECHENIIA
GEMANGIOMA ZASHCHITNOGO APPARATA
GLAZ DETEI.
Oftalmol. Zh.; 38/2/:101-103 /1983/
173. SHAPIRO, H.H.:
A NEW COMPRESSION APPLIANCE USED FOR
THE CONTROL OF HAEMORRHAGE IN A CASE
OF CAVERNOUS ANGIOMA OF THE MANDIBLE.
D. Cosmos; 71:99 /1929/

174. SHIKHANI, A.H., JONES, M.M., MARSH, B.R., HOLLIDAY, M.J.: INFANTILE SUBGLOTTIC HEMANGIOMA. AN UPDATE.
Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.; 95/4 Pt.1/:336-4 /1986/
175. SHIMSHAK R. ROBERT, WINESTOCK, P.D.: DEMONSTRATION OF CAVERNOUS HEMANGIOMAS OF THE NECK AND TONGUE BY SUBCLAVIAN VENOGRAPHY.
J.of Canad. Ass. of Rad;27/1976/
176. SIMPSON, J.R.: NATURAL HISTORY OF CAVERNOUS HEMANGIOMATA.
Lancet; 1:338 /1960/
177. SMITH, J.D.COOK, T.A.: ARGON LASER TREATMENT OF HEMANGIOMAS IN CHILDREN.
Int. J. Pediatr.Otorhinolaryng 7/2/:153-158 /1984/
178. SNELL, S.E.: THE PHARMACOLOGICAL PROPERTIES OF CORTICOSTEROIDS IN RELATION TO CLINICAL EFFICACY.
Brit. J. Dermat.; 94/12/:15 /1976/
179. SMITH, H.W.: HEMANGIOMAS OF THE JAWS-REVIEW OF THE LITERATURE AND REPORT OF A CASE.
A.M.A. Arch. Otolaryng.; 70:579 /1959/
180. SONG, J.: CRYOTHERAPY OF OCULOFACIAL HEMANGIOMAS WITH LIQUID NITROGEN.
Zhonghua Yanke Zazhi; 17/1/: 11-13 /1981/
181. СОЛОВКО, А.: ЭЛЕКТРОХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМАНГИОМ.
Вопросы Онкол.; 16/1/:95 /1970/
182. SONKODI, I., ES KOVACS ADAM.: A SZAJUREGI HAEMANGIOMAK KEZELESE KRIOTERAPIAVAL.
Fogorvosi Szemle; 70:4 /1977/
183. SPARKES, G.S.: MEASURING ADRENAL FUNCTION IN OUT PATIENTS USING TOPICAL CORTICOSTEROIDS.
Brit. J. D.94/ 12/:77 /1976/

184. STAHL, P., BALAN, H.E.: DIE KONSERVATIV-CHIRURGISCHE BEHANDLUNG VON KAVERNÖSEN HÄMANGIOMEN DER GESICHTS-HAUT DURCH INITIALE VERÖDUNG MIT AETHOXYSKLEROL.
Fortschritte der Kiefer und Gesichtschir., Bd.XXII /1977/.
185. STANLEY, E.: A TREATISE ON DISEASES OF THE BONE.
Philadelphia, Lea & Blanchard; 155 /1849/
186. STASSI, J., RAO, V.M., LOWRY, L.: HEMANGIOMA OF BONE ARISING IN THE MAXILLA.
Skeletal. Radiol.; 12/3/:187-91 /1984/
187. STEAHLY P. LANCE, ALMQUIST T. HOWARD: STEROID TREATMENT OF AN ORBITAL OR PERIOCCULAR HEMANGIOMA.
J. Ped. Ophthal.; 14/1/ /1973/
188. STEINHILBER, W.: DIE BETEILIGUNG DER MUNDSCHLEIMHAUT BEI GEFÄSSANOMALIEN UND HÄMANGIOMEN DES GESICHT.
Fortschr. der Kiefer und Gesichtschir.; Bd.XXII /1977/
189. STELLMACH, R., HAUSAMEN, E.J.: KLINIK UND THERAPIE DER OSSAREN KIEFER HÄMANGIOME.
Fortschr. der Kiefer und Ges.-Chir.; Bd.XIV., brsg. von k. Schuchard Thieme, 151 /1970/
190. STOERK C. HERBERT: CORTISONE AND IMMUNITY TO HOMOGENEOUS TISSUE - LOSS OF "INDIVIDUALITY DIFFERENTIALS FROM TISSUES OF CORTISONE TREATED RATS.
Ann. New York Ac. Sci; v.56 /1952/
191. STOSSLEIN, F., GERHARDT, H.J., MULLER, A.: DIE EMBOLISATIONSBEHANDLUNG GEFÄSSREICHER TUMOREN IN GESICHT UND HALS.
Dtsch Gesundheitswes; 37/31/:1360-1366 /1982/
192. STOY, P.J.: AN UNUSUAL TUMOR.
Brit. J. D.; 82:100 /1947/

193. STRINGEL, G.: GIANT HEMANGIOMA: TREATMENT WITH INTERMITTENT PNEUMATIC COMPRESSION.
J. Pediatr. Surg.; 22/1/:7-10 /1987/
194. SUTULA, F.C.,
GLOVER, A.T.: EYELID NECROSIS FOLLOWING INTRALESIONAL CORTICOSTEROID INJECTION FOR CAPILLARY HEMANGIOMA.
Ophthalmic Surg. /UNITED STATES/; 18/2/10-105 /Feb. 1987/
195. SWINGLE, W.W.,
REMINGTON, W.J.: PHYSIOL. REV.; 24:89 /1944/
196. TAKAHASHI, N.,
KIKUCHI, H.,
KARASAWA, J.: EMBOLIZATION AND DETACHED BALLOON OCCLUSION BY THE FEMORAL ROUTE IN CRANIOFACIAL LESION.
No Shinkei Geka; 11/6/:591-602. /1983/
197. TAUBENHAUS MATTHEW: THE INFLUENCE OF CORTISONE UPON GRANULATION TISSUE AND ITS SYNERGISM AND ANTAGONISM TO OTHER HORMONES.
Ann. New York Ac. Sci; v.56 /1952/
198. THOMPSON, N.J.,
FIERSTIEN, B.S.,
KOHUT, I.E.: EMBOLIZATION TECHNIQUES IN VASCULAR TUMORS OF THE HEAD AND NECK.
Head and Neck Surg.; 2:25-34 /1979/
199. THORN, G.W.: CLINICAL CONSIDERATIONS IN THE USE OF CORTICOSTEROIDS.
New England J. Med.; 274:775 /1966/
200. TORMOS J. PEQUET,
VERDUCH M. MARTINEZ,
ROQUES, J.L.: TRATAMIENTO LOCAL DE LOS ANGIOMAS CON CORTICOIDES.
Ann. Esp. Pediatr.; 7/8/ /1976/
201. TOYNBEE, J.: AN ACCOUNT OF TWO VASCULAR TUMOR DEVELOPED IN THE SUBSTANCE OF BONE.
Lancet, 2:676 /1845/
202. TROUT, H.H.: MANAGEMENT OF PATIENTS WITH HEMANGIOMAS AND ARTERIOVENOUS MALFORMATIONS.
Surg. Clin. North. Am.; 66/2/:333-8 /Apr. 1986/

203. UGRINSKI, P.,
KIRKPATRICK, CH.:
CORNEAL CELLULAR IMMUNITY IN THE
GUINEA PIG.
Am. J. Pathol.; 74/2/:365-375 /1974/
204. VALAVANIS, A.,
CLODIUS, L.:
DER BEITRAG DER NEURORADIOLOGIE ZUR
ERFASSUNG UND BEHANDLUNG VON GESICHTS-
HÄMANGIOMEN.
SCHWEIZ Med. Wochenchr.; 113/8/:281-
289 /1983/
205. ВАСИЛЕВА, Г.И.,
КОРОЛЕНКО, П.В.,
АГАПОВ, С.В.:
ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ
КАВЕРНОЗНЫХ ГЕМАНГИОМ ЛИЦА ИНЕКЦИЯМИ
ЭТИЛОВОГО СПИРТА.
Стоматология; 48:57-59
/1969/
206. VASILEVSKI, B.,
Kristin Vasilevska,
Velika Gerovska:
RADIOIZOTOPSKA DETEKCIJA NA HEMANGIOMIT
VO MAKSILOFACIJALNATA REGIJA.
Radiol. Jugoslavica; 18/1/:27-29 /1984/
207. ВАСИЛЕВСКИ, Б.:
ИЗБОР НА РЕНДГЕНОГРАФСКИ ПРИСТАП ВО
ДИЈАГНОСТИЦИРАЊЕТО И ПРАТЕЊЕТО НА УСПЕХ
ОТ ВО ТЕРАПИЈАТА НА ХЕМАНГИОМИТЕ.
Апстракт од V-от Стом. Собир на СРМ;
226 /јуни 1987/
208. VERBOV JULIAN:
THE PLACE OF INTRALESIONAL STEROID
THERAPY IN DERMATOLOGY.
Brit. J. of Dermat.; 94/12/:51 /1976/
209. WAISMAN, M.:
COMMON HEMANGIOMAS: TO TREAT OR NOT
TREAT - SPECIAL REFERENCE.
Postgradu. Med.; 43:183 /1968/
210. WALDER, D.H.A.:
LA CRYOTHERAPIE - ETUDE EXPERIMENTALE
ET CLINIQUE.
Neurochir.; 15:3 /1969/
211. WANG, L.G.,
COLBURN, K.K.,
KACENA, A.,
WEISBART, R.H.:
EFFECT OF METHYLPREDNISOLONE ON THE
PRODUCTION OF NEUTROPHIL MIGRATION
INHIBITION FACTOR BY T-LYMPHOCYTES
/NIF-T/.
Immunopharmacology; 3/2/: 179-185
/1981/

212. WANG, S., MIRRA, J.,
BHUTA, S.: ALVEOLAR SOFT PART SARCOMA FOLLOWING
RADIOTHERAPY FOR A SPINAL HEMANGIOMA
/ A CASE REPORT /.
Cancer; 53/12/:2655-2660 /1984/
213. WATSON L. WILLIAM,
WILLIAM D. McCARTHY: BLOOD AND LYMPH VASSEL TUMOR.
Surg. Genic. and Obst.; 71/5/ /1940/
214. WEBER, G.: THE TREATMENT OF CAVERNOUS HEMANGIOMA
WITH TOPICAL BETAMETHASONE 17-VALERATE
Brit. J. of Dermatol.; 89:649 /1973/
215. WEINSTEIN ISADORE,
YAMANAKA HIROYUKI,
FUCHIHATA HAJIMA: RESECTION AND RECONSTRUCTION OF THE
MANDIBLE FOR REMOVAL OF A CENTRAL
HEMANGIOMA.
Oroal Surg., Oral Med., Oral Path.;
16:2 /1963/
216. WENGLW, H.P.,
CLODIUS, L.: PSYCHOSOZIALE PROBLEME UND DEREN
BEWALTIGUNG BEI PATIENTEN MIT
FEUERMAAL IM GESICHT.
Schweiz Medd. Wochenschr.; 113/8/:
290-294 /1983/
217. WILLIAMS N. BRUCE: FACIAL BONE CHANGES WITH VASCULAR
TUMORS IN CHILDREN.
Plast. & Recon. Surg.; 63/3/:309-316
/1979/
218. WILLIAM R. BEISEL,
MORTON RAPOPORT: INTER-RELATION BETWEEN ADRENOCORTICAL
FUNCTION AND INFECTIOUS ILLNESS.
New Engl. J. Med.; 280 /1969/
219. WONG, L.G., COLBURN, K.,
KACENA, A., WEISBART, H.: EFFECT OF METHYLPREDNISOLONE ON THE
PRODUCTION OF NEUTROPHIL MIGRATION
INHIBITION FACTOR BY T LYMPHOCYTES
/NIF-T/.
Immunopharmacology; 3/2/:179-185
/1981/
220. WOODS, J.E.: EXTENDED USE OF SODIUM TETRADECYL
SULFATE IN TREATMENT OF HEMANGIOMAS
AND OTHER RELATED CONDITIONS.
Plast. & Recon. Surg.; 79/4/:542-
/ Apr. 1987 /

221. WORK P. WALTER: HEMANGIOMAS OF THE HEAD AND NECK.
Ann. Otol.; 87:633 /1978/
222. WYMAN C. LELAND,
GEORGE P. FULTON
MAURICE H. SHULMAN: DIRECT OBSERVATION ON THE CIRCULATION
IN THE HAMSTER CHEEK POUCH IN ADRENA
INSUFFICIENCY AND EXPERIMENTAL HYPER
CORTICALISAM.
Ann. N.Y. Acad. Sci; 56:643 /1952/
223. ZAREM HARVEY,
EDGERTON T. MILTON: INDUCED RESOLUTION OF CAVERNOUS HEMA
GIOMA FOLLOWING PREDNISONE THERAPY.
Plast. & Recon. Surg.; 39:76 /1967/
224. ЗАВАЛОВ, В.П.,
ГАСАНОВ, Д.Г.: КОРТИКОСТЕРОИДНАЈА ТЕРАПИЈА ГЕМАНГИОМ
У ДЕТЕМ / Обзор литературби /
Хирург.; 8:127 /1975/
225. ZHANG, W.,
JIANG, L., KE, J.,
LIN, Z.: SURGICAL TREATMENT OF CHILDHOOD
HEMANGIOMA - AN ANALYSIS OF 528 CASE
Zhonghua Xiaonerwaike Zazhi; 2/3/:
158-160 /1981/
226. ZHANG, C.F., HU, C.,
Mc MEEL, J.W.: LONG-TERM FOLLOW-UP OF SOLITARY
HEMANGIOMA OF THE CHOROID.
Ann. Ophthalmol.; 16/2/:126 /1984/
227. ZIZMOR J. WILLIAM,
F. ROBBETT, RONALD,
H. SPIRO, ANDREW, G.: HEMANGIOMA OF THE NASAL BONE:
RADIOGRAPHIC APPEARANCE.
Ann. Otol.; 87:360 /1978/
228. ZOU, Z.J., WU, Y.T.,
SUN, G.X., ZHU, X.P.,
MENG, X.Z., HE, Z.Q.: CLINICAL APPLICATION OF ANGIOGRAPHY
OF ORAL AND MAXILLOFACIAL HEMANGIOMA
CLINICAL ANALYSIS OF SEVENTY CASES.
Oral Surg.:55/5/:437-447 /1983/
229. ZWEIFACH, B.W.,
SHORR, E., BLACK, M.: THE INFLUENCE OF THE ADRENAL CORTEX
ON BEHAVIOUR OF THE TERMINAL VASCULA
BED.
Ann. N.Y. Acad. Sci; 56:623 /1953/