

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЛЕОМОРФНЫМИ АДЕНОМАМИ ОКОЛОУШНЫХ ЖЕЛЕЗ

А.А. Тимофеев, И.Б. Киндрась,
С.В. Максимча, А.И. Кривошеева

Институт стоматологии НМАПО им. П.Л. Шупика

Резюме. Проведен ретроспективный анализ 1500 больных, которых оперировали в клинике челюстно-лицевой хирургии НМАПО им. П.Л. Шупика. Рассмотрена частота встречаемости различных видов опухолей в околоушных железах. Выявлена особенность клинического течения плеоморфных аденом околоушных желез, которая заключалась в мультицентризме. Предложен эффективный способ лечения послеоперационных посттравматических невритов лицевого нерва.

Ключевые слова: опухоли слюнных желез, плеоморфная аденома, околоушная железа, паротидэктомия, осложнения паротидэктомий, неврит лицевого нерва, лечение неврита.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПРОТІКАННЯ І ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ ПЛЕОМОРФНИМИ АДЕНОМАМИ ПРИВУШНИХ ЗАЛОЗ

О.О. Тимофеев, І.Б. Кіндрась, С.В. Максимча, А.І. Кривошеева

Резюме

Був проведений ретроспективний аналіз 1500 хворих, які оперувалися у клініці щелепно-лицевої хірургії НМАПО ім. П.Л. Шупика. Була розглянута частота зустрічаємості різних видів пухлин у привушних залозах. Виявлена особливість клінічного протікання плеоморфних аденом привушних залоз, котра полягала в мультицентризмі. Запропоновано ефективний спосіб лікування післяопераційних посттравматичних невритів лицевого нерва.

Ключові слова: пухлини слинних залоз, плеоморфна аденома, привушна залоза, паротидектомія, ускладнення паротидектомій, неврит лицевого нерва, лікування невриту.

FEATURES OF CLINICAL FLOW AND TREATMENT OF PATIENTS WITH THE PLEOMORPHIC ADENOMA OF PAROTID GLANDS

O. Tymofiev, I. Kindras, S. Maksymcha, A. Kryvosheieva

Summary

A retrospective analysis is conducted on 1500 patients which was operated in the maxillofacial clinic of P.L. Shupik National medical academy of postgraduate education (Kiev, Ukraine). Frequency of met different tumours' types in parotid glands is considered. The feature of clinical flow pleomorphic adenoma of parotid glands is detected, which consisted in multicentricism. The effective method of treatment postoperative posttraumatic facial nerve's neuritis is offered.

Key words: tumours of salivary glands, pleomorphic adenoma, parotid gland, parotidectomy, complications of parotidectomies, neuritis of facial nerve, treatment of neuritis.

Опухоли слюнных желез являются одними из самых сложных в челюстно-лицевой хирургии для диагностики и лечения. Доброкачественные опухоли слюнных желез в практической деятельности челюстно-лицевого хирурга наблюдаются довольно часто. По нашим данным (Тимофеев А.А., 2012), среди всех слюнных желез опухоли околоушной железы составляют 92,0 %, поднижнечелюстной – 6,5 %, подъязычной – 0,5 %, а малых слюнных желез – 1,0 %. Женщины несколько чаще болеют чем мужчины. Наиболее часто опухоли слюнных желез выявляются у лиц в возрасте 35–55-ти лет.

Разнообразие нозологических форм опухолей и неопухолевых заболеваний околоушных желез, сходное клиническое течение, а также опасность возникновения послеоперационных осложнений зачастую ставят перед челюстно-лицевым хирургом довольно трудноразрешимые задачи. Прежде всего это касается первичной диагностики опухоли, проведения ее дифференциальной диагностики и особенно выбора метода планируемого оперативного вмешательства.

Цель исследования – установить частоту встречаемости различных видов опухолей в околоушных железах, определиться с тактикой проведения оперативных вмешательств при доброкачественных новообразованиях и лечения послеоперационных неврогенных осложнений.

Был проведен анализ результатов хирургического лечения 1500 больных с опухолями околоушной железы, находившихся на стационарном лечении в клинике челюстно-лицевой хирургии НМАПО им. П.Л. Шупика в период с января 1992 года по январь 2012 года.

Среди 1500 прооперированных опухолей околоушных желез злокачественные или озлокачественные опухоли были диагностированы у 74-х больных (4,9 %). Озлокачественная плеоморфная аденома (первично злокачественная, озлокачественная – карцинома в плеоморфной аденоме и доброкачественная опухоль с метастазами, пролиферирующая) диагностированы у 32-х больных (в 43,2 % случаев от всех выявленных злокачественных новообразований или 2,2 % от всех опухолей околоушной железы). Мукоэпидермоидная опухоль (карцинома) обнаружена у 23-х больных (31,1 % от всех выявленных злокачественных новообразований или 1,5 % всех опухолей околоушной железы). Аденокистозная карцинома (цилиндрома) обнаружена у 11 больных (14,9 % от всех выявленных злокачественных новообразований или 0,7 % от всех прооперированных опухолей

околоушной железы). Ацинозно-клеточная опухоль (карцинома) диагностирована у 5-ти больных (6,8 % всех выявленных злокачественных новообразований или 0,3 % от всех опухолей околоушной железы). Аденокарцинома обнаружена у 3-х больных (4,0 % всех выявленных злокачественных новообразований или 0,2 % от всех опухолей околоушной железы).

Относительно большое количество больных с озлокачественными формами плеоморфных аденом свидетельствует о поздней обращаемости больных за медицинской помощью. Причиной несвоевременного обращения больных в специализированные лечебные учреждения являлось прежде всего опасение появления в послеоперационный период нарушений функции мимических мышц, а также неправильная ориентация больных во время первичного осмотра врачами поликлиник (стоматологических или общих), где осматривающие этих больных врачи (стоматологического и/или лечебного профиля) часто не советовали проведение такого сложного оперативного вмешательства на околоушной железе при медленном или бессимптомном росте опухоли.

Доброкачественные опухоли околоушных желез диагностированы у 1426 больных. Эпителиальные доброкачественные новообразования выявлены у 1405 больных (в 98,5 % случаев от всех доброкачественных опухолей), а неэпителиальные – у 21 больного (в 1,5 %). Плеоморфная аденома (полиморфная аденома, смешанная опухоль) патоморфологически установлена у 1327 больных, т. е. данный вид опухолей составлял 94,5 % от всех доброкачественных эпителиальных новообразований данной железы или они встречались в 93,1 % случаев всех прооперированных доброкачественных опухолей околоушной железы. У 78 больных (в 5,5 % от доброкачественных эпителиальных опухолей околоушной железы) были диагностированы мономорфные аденомы (базально-клеточная, оксифильно-клеточная – онкоцитомы или ацидофильно-клеточная аденома, светлоклеточная и аденолимфома – опухоль Уртина). Среди неэпителиальных опухолей околоушной слюнной железы, которые составили 1,5 % от всех доброкачественных новообразований, наиболее часто встречались липомы и гемангиомы, а редко – невриномы и лимфангиомы.

Таким образом, наиболее часто (в 94,5 %) встречались плеоморфные аденомы околоушных желез. Далее рассмотрим патоморфологию данного вида доброкачественных опухолей. Патоморфологическая картина плеоморфных аденом, по наблюдениям Солнцева А.М., Колесова В.С. (1979, 1985), Тимофеева А.А. (1993), чрезвычайно пестра из-за разнообразия сочетания эпителиальных и мезенхимоподобных структур: дольки железы с атипичным строением; структуры, напоминающие выводные протоки нормальной слюнной железы; массивные опухолевые комплексы и тяжи эпителиальных клеток; цилиндроподобные структуры; участки миксоидной ткани; очаги плоскоклеточной метаплазии эпителия; нейрономоподобные клеточные структуры; структуры типа гиалинового хряща; могут быть участки, напоминающие кость; встречаются отложения гиалиноподобного вещества. Несмотря на многообразие цитологического дифференцирования клеточных форм плеоморфной аденомы, в современном представлении они расцениваются как производные малодифференцированных клеток слюнных протоков и миоэпителиальных клеток, составляющих 75–90 % всех клеточных форм опухоли.

А.Ф. Киселева и соавт. (1985) отмечают, что опухоли околоушных желез отличаются наличием макроскопически хорошо выраженной капсулы, однако ее микроскопическое строение иное: толщина капсулы значительно колеблется не только в опухолях разных видов, но и в различных участках одной и той же опухоли. В некоторых

отделах капсула плеоморфной аденомы, согласно исследованиям авторов, отсутствует вовсе, т. е. здесь можно наблюдать непосредственный контакт паренхимы опухоли с окружающей железистой тканью и даже распространение опухолевых клеток в виде выростов в ткань железы при сохранении доброкачественного строения. Авторы считают, что полноценное развитие капсулы плеоморфной аденомы наблюдается только в 40 % случаев, а в 60 % обнаруживается инфильтрация капсулы опухолевыми клетками или прямой контакт между опухолью и тканью железы. В связи с этим, по нашему мнению, операция энуклеации плеоморфной аденомы околоушной железы, естественно, не может предотвратить появления послеоперационных рецидивов, частота которых при этом методе лечения достигает 30 %.

При гистологическом исследовании также обнаружены первичные множественные плеоморфные аденомы. Это служит подтверждением имеющейся в литературе теории о так называемой «мультицентричности развития опухолей» и наряду с доказанными особенностями строения капсулы плеоморфных аденом (неоднородность ее строения, местами капсула может отсутствовать, наличие выпячиваний опухолевой ткани в паренхиму железы) объясняет причины рецидивов данных опухолей после неправильно проведенных оперативных вмешательств (вылущивания опухоли или частичной паротидэктомии).

Учитывая факт, что по своей клинической картине и течению отдельные виды доброкачественных опухолей околоушной железы мало различаются между собой (клинически аденому практически очень трудно отличить от плеоморфной аденомы и т. д.), а также во избежание рецидивов, считаем, что самым благоприятным и надежным для больных методом оперативного лечения опухолей околоушной железы является субтотальная паротидэктомия (применяется значительно чаще) и секторальная резекция (используется редко) или тотальная паротидэктомия (применяется только в случаях расположения опухоли в глубокой доле околоушной железы).

Субтотальная и тотальная паротидэктомия подробно описана в учебнике А.А. Тимофеева «Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии» (1999, 2000, 2002, 2004, 2012).

Остановимся только на описании хирургической техники проведения «секторальной резекции околоушной железы». Предложенная операция используется более десяти лет. Показанием для проведения данной операции являются небольшие размеры опухоли (до 2–3 см), располагающейся в верхнем и/или нижнем полюсе околоушной железы. На начальном этапе операции секторальной резекции околоушной железы, т. е. после разреза по Ковтуновичу или Клементову, необходимо задним доступом обнаружить и выделить ствол лицевого нерва. После выделения ствола нерва в области его бифуркации проводим препарирование его соответствующей ветви в зависимости от локализации опухоли. При локализации опухоли в нижнем отделе околоушной железы препарирование проводится по краевой ветви и значительно реже по щечным ветвям лицевого нерва. Если опухоль располагается в верхнем полюсе околоушной железы, то выделение опухоли и препарирование проводится по височным, скуловым и реже щечным ветвям. По ходу операции удаляются опухоль и видимые травмированные при операции дольки слюнной железы. Удаление травмированных долек околоушной железы проводится для того, чтобы в дальнейшем (после операции) произошло снижение выделения слюны в послеоперационную рану (профилактика развития слюнных кист). В отличие от субтотальной паротидэктомии при секторальной резекции околоушной железы мы не пересекаем главный выводной (околоушный) проток, что позволяет частично сохранить функцию слюнной

железы. Такая методика проведения операции позволяет не только сохранить функцию околоушной железы, но и уменьшить возможность развития в послеоперационный период таких неприятных для больного осложнений, как аурикуло-темпоральный синдром (синдром Л. Фрей), т. к. меньше травмируются ветви ушно-височного и большого ушного нерва. При секторальной резекции околоушной железы реже развивается посттравматический неврит лицевого нерва, уменьшается операционная кровопотеря, сокращается время проведения операции. Данный вид операции можно рекомендовать для клинической практики челюстно-лицевого хирурга как метод выбора при оперативных вмешательствах на околоушных железах при удалении доброкачественных опухолей.

Такое оперативное вмешательство, как частичная паротидэктомия, применимо при кистах больших слюнных желез (истинных и ретенционных), значительно реже при аденомах, которые, по нашим данным, встречаются редко – в 5,5 % от всех доброкачественных эпителиальных опухолей околоушной железы и неэпителиальных опухолей (встречаются в 1,5 % от всех доброкачественных новообразований этой железы)

У 37-и госпитализированных больных с опухолями околоушной железы были диагностированы рецидивные плеоморфные аденомы. Среди 37 больных у 2 чел. (5,4 %) операции по поводу удаления опухоли были проведены в нашей клинике, а у 35 чел. (94,6 %) – в других городских и областных челюстно-лицевых, ЛОР и хирургических отделениях больниц Украины. Согласно ретроспективному анализу историй болезни, а также осматривая послеоперационные рубцы на коже в околоушной области всех госпитализированных рецидивных больных, мы пришли к заключению, что этим больным были ранее проведены энуклеация опухоли или частичная паротидэктомия. Рецидивные опухоли преимущественно были многоузелковыми и зачастую спаянными с послеоперационным рубцом. Поэтому был сделан вывод о том, что первичная опухоль была удалена нерадикально из-за неправильно выбранной техники оперативного вмешательства. На погрешности техники проведения операции указывала также многоузелковость рецидивных опухолей. Рецидивные опухолевые узлы располагались преимущественно в области послеоперационного рубца и в прилежащих тканях. Это происходит при повреждении капсулы опухоли и обсеменении раневой поверхности опухолевыми клетками.

Следует отметить, что за последние десять лет не наблюдали ни одного рецидива плеоморфной аденомы после субтотальной и тотальной паротидэктомии, которые были проведены в нашей клинике, что подтверждает правильность разработанных и применяемых оперативных методик.

Диагностика рецидивных опухолей, как правило, не представляет трудности. Этому способствует как характерная клиническая картина, так и ретроспективное изучение патогистологических препаратов первичной операции. Гораздо хуже обстоят дела с прогнозом послеоперационного течения. Отмечено, что повторное рецидивирование опухолей (плеоморфных аденом) встречается намного чаще, чем после правильного удаления первичных новообразований.

Объясняется это тем, что не все рецидивные опухоли развиваются вследствие обсеменения раневой поверхности в результате нерадикально проведенной первичной операции (прежде всего из-за повреждения капсулы опухоли). В некоторых случаях не всегда удается обнаружить и удалить опухолевое образование даже при повторной операции. Данное обстоятельство можно объяснить не только малыми размерами рецидивных опухолей, но и тем, что они могут располагаться вне железистой ткани,

а следовательно, выявляться даже после тотальной паротидэктомии, являющейся методом выбора хирургического лечения рецидивов плеоморфных аденом околоушных желез. Известно, что повторные операции при рецидивах опухолей, особенно при тотальной паротидэктомии, существенно повышают риск повреждения ветвей лицевого нерва, так как приходится выделять его ветви из рубцово-измененных тканей.

Хотим остановиться на клинической особенности плеоморфных аденом, которую можно объяснить «первичным мультицентризмом плеоморфной аденомы околоушной железы». За двадцать последних лет проведения в нашей клинике оперативных вмешательств на околоушной железе пришлось наблюдать у 43 больных (в 3,2 % случаев) многоузелковость плеоморфных аденом. На многоузелковость первичных плеоморфных аденом околоушных желез (первичный мультицентризм) много лет назад указывали и другие авторы, которые рассматривали данный факт как основную причину рецидивов этих опухолей (Bedon, 1957; Beck Manngeta, Roscis, 1983, и др.). В литературе имеется еще и другая точка зрения, которая, по нашему мнению, имеет полное право на существование. Согласно этой точке зрения, первичная многоузелковость опухоли встречается очень редко (Scolnik, 1977 и др.), а гораздо чаще возникающие рецидивы связаны с особенностью строения капсулы плеоморфной аденомы, имеющей микроскопические отверстия, через которые опухолевая ткань проникает в окружающую паренхиму, и появляются так называемые узелки-сателлиты (Nayioks, 1981; Laccoureye и соавт., 1984, и др.). Проведенные исследования, основанные на ретроспективном анализе результатов лечения больных с плеоморфными аденомами околоушных желез, подтверждают правильность всех вышеуказанных точек зрения на причины рецидивирования данных опухолей.

Под первичным мультицентризмом мы понимаем рост опухоли, характеризующийся наличием нескольких узлов, из которых клинически проявляется лишь один, служащий объектом оперативного вмешательства. Поэтому развивающиеся в послеоперационный период опухоли фактически не могут считаться рецидивными, т. к. являются продолжением роста не выявленных хирургом первично существовавших ранее отдельных узлов плеоморфных аденом. Исходя из этого, некоторые авторы (Тимофеев А.А., Киндрась И.Б., 1999, Тимофеев А.А., 2007, и др.) считают, что гарантией радикальности операции на околоушной железе является тотальная паротидэктомия.

Значительную помощь в выявлении первичного мультицентризма опухоли является компьютерная и/или магнитно-резонансная томография околоушной области (рис. 2, 3, 4).

Двойные (мультицентрические) первичные плеоморфные аденомы могут находиться как в непосредственной близости друг от друга (рис. 2), так и на достаточном удалении одна от другой (рис. 3, 4). При непосредственной близости опухолевых узлов можно говорить о вышеупомянутой особенности строения опухолевой капсулы, т. е. о наличии узелков-сателлитов.

Наличие отдаленных первичных опухолевых узлов можно четко определить при компьютерной томографии (КТ) данных областей. Приведем пример описания подобной КТ (представлена на рис. 3). На СКТ – томограмма слюнных желез – правая околоушная железа увеличена в размерах за счет образования, что визуализируется в поверхностной части размерами 37×45,3×35 мм, данное образование с четкими контурами, повышенной плотности, плотностью до +45±53 ед.НУ, структура образования неоднородная с участком пониженной плотности, плотностью до +7±11 ед.НУ в центре (с большей вероятностью данный участок представляет собой уча-



Рис. 1. Внешний вид больных с рецидивами плеоморфных аденом околоушных желез (а, б, в).

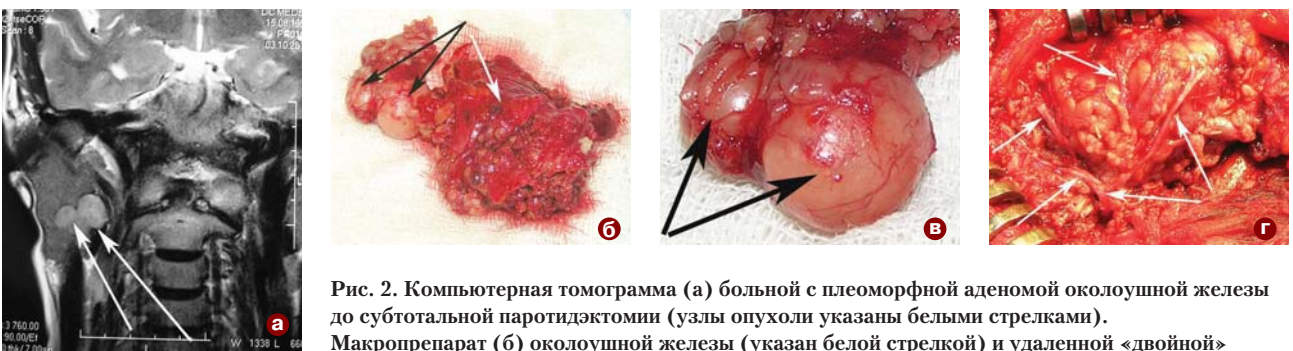


Рис. 2. Компьютерная томограмма (а) больной с плеоморфной аденомой околоушной железы до субтотальной паротидэктомии (узлы опухоли указаны белыми стрелками). Макропрепарат (б) околоушной железы (указан белой стрелкой) и удаленной «двойной» опухоли (черные стрелки). Увеличенный внешний вид «двойной» опухоли (в). Белыми стрелками указаны ветви лицевого нерва.

Внешний вид послеоперационной (г) раны (белыми стрелками указаны ветви лицевого нерва).
 Патогистологическое заключение по обоим опухолевым узлам – плеоморфная аденома.

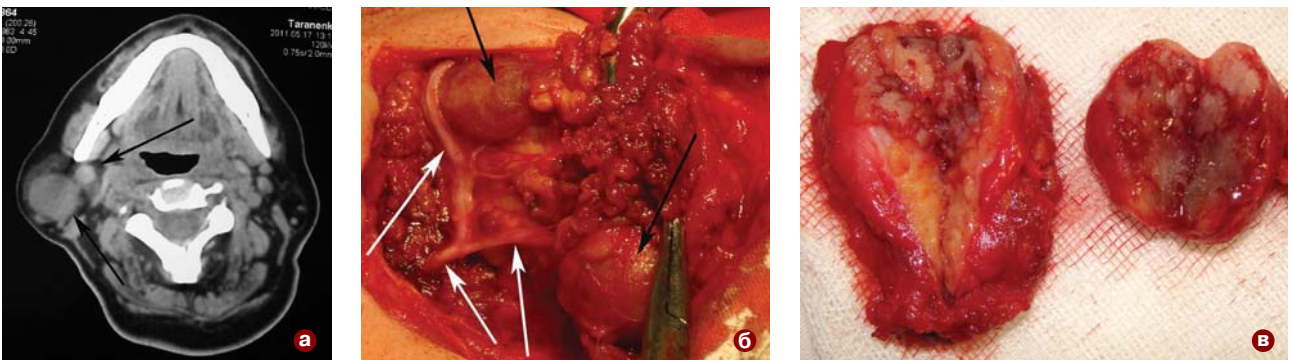


Рис. 3. Компьютерная томограмма (а) больной с первичной мультицентричной плеоморфной аденомой околоушной железы (узлы опухоли указаны стрелками) до тотальной паротидэктомии. Внешний вид операционной раны (б). Опухолевые узлы указаны черными стрелками, а ветви лицевого нерва – белыми. Околоушная железа (в верхнем отделе рисунка) удерживается кровоостанавливающим зажимом. Макропрепарат опухолевых узлов (в) плеоморфной аденомы. Патогистологическое заключение по обоим опухолевым узлам – плеоморфная аденома.



Рис. 4. Макропрепарат первичной мультицентричной плеоморфной аденомы (а, б). Опухолевые узлы указаны черными стрелками, а околоушная железа – белой стрелкой. Внешний вид операционной раны после тотальной паротидэктомии (в). Белыми стрелками указаны ветви лицевого нерва, черной стрелкой – большой ушной нерв.

сток некроза). Глубокая доля железы отдалена медиально книзу, на фоне паренхимы глубокой доли железы визуализируется образование округлой формы размерами 12×11,7×10 мм с четкими контурами, повышенной плотности до +45±50 ед.НУ.

По нашему мнению, причиной рецидивов плеоморфных аденом околоушных желез является первичный мультицентризм опухоли. Доказательство теории «первичной многоузловости плеоморфной аденомы околоушной железы» подтверждается при помощи метода компьютерной томографии и результатам в дальнейшем проведенных паротидэктомий в этих клинических случаях.

Таким образом удалось доказать, что «первичный мультицентризм плеоморфной аденомы околоушной железы» реально существует, а следовательно, всем больным с опухолями околоушной железы необходимо в плане предоперационного обследования предусматривать компьютерную или магнитно-резонансную томографию с последующей рекомендуемой радикальной операцией – субтотальной и/или тотальной паротидэктомией. Минимальным объемом оперативных вмешательств необходимо считать частичную паротидэктомию или секторальную резекцию околоушной железы, которая проводится при опухолевидных образованиях (кистах) и/или при малых размерах (до 1–1,5 см в диаметре) опухоли и расположении последней у нижнего или заднего полюса железы.

Наиболее безопасными в плане предупреждения рецидивов опухолей околоушной железы является субтотальная или тотальная паротидэктомия.

Теперь остановимся на осложнениях, которые возникают после оперативных вмешательств на околоушных железах. Одним из наиболее часто встречающихся осложнений паротидэктомий является *временный парез мимической мускулатуры лица*, который возникает вследствие развития посттравматического неврита лицевого нерва. Из 1500 прооперированных в нашей клинике больных с опухолями околоушных желез (т. е. этим пациентам проводили паротидэктомию) послеоперационный посттравматический неврит лицевого нерва появился в 39 %

случаев. Чаще всего посттравматический неврит развивается после тотальной и субтотальной паротидэктомии (в 54 %), особенно при оперативных вмешательствах по поводу удаления злокачественных новообразований (в 97 %). При тотальной паротидэктомии в большинстве случаев в процесс вовлекаются все ветви лицевого нерва, тогда как при других паротидэктомиях – его отдельные ветви.

Наиболее тягостным для больных является парез мышц, иннервируемых скуловыми ветвями лицевого нерва. Больные жалуются на отсутствие смыкания век при моргании, невозможность сомкнуть веки при зажмуривании, слезотечение, быструю утомляемость при чтении или просмотре телевизионных передач. Пребывание на солнце или в условиях пониженной температуры приводит к появлению режущих болей в глазах, сопровождающихся обильным слезотечением. Больные вынуждены постоянно прикрывать глаза. При длительном существовании пареза перечисленные клинические симптомы усиливаются, развивается ксерофтальмия, кератоконъюнктивиты, понижается зрение. По мере выздоровления появляется полное смыкание век при зажмуривании, но еще сохраняется отсутствие их смыкания при моргании.

Может встречаться изолированное поражение щечных ветвей лицевого нерва. Больные жалуются на нарушение приема пищи, остающейся между слизистой оболочкой щеки и зубами, нарушение носового дыхания на стороне операции. При осмотре имеют место сглаженность носогубной складки и уплощение крыла носа, нарушение или полное отсутствие подвижности верхней губы и крыла носа. При улыбке, оскале зубов отмечаются уплощение половины верхней губы и ее смещение в здоровую сторону. Наиболее часто развивается парез мышц, иннервируемых краевой ветвью. В этом случае наблюдаются нарушение подвижности угла рта, смещение средней линии рта в здоровую сторону, которое усиливается при оскале зубов. У больных нарушается акт жевания, жидкая пища не удерживается, затрудняется речь.

В ряде случаев причиной нарушения функции мимических мышц может быть ухудшение трофики



Рис. 5. Внешний вид аппаратно-программного комплекса «ДИН-1».



Рис. 6. Внешний вид больной К. 54-х лет с парезом мимической мускулатуры лица (справа) через 14 дней после паротидэктомии. Больной проведен один курс лечения на аппарате «ДИН-1».



Рис. 7. Внешний вид больной В. 42-х лет с парезом мимической мускулатуры лица (справа) через 22 дня после паротидэктомии. Больной проведено два курса лечения на аппарате «ДИН-1».

лицевого нерва вследствие рассечения сосудов, снабжающих кровью лицевой нерв. Подтверждением роли нарушения кровоснабжения нерва в возникновении неврита служит факт, что после однотипных операций с препарированием лицевого нерва (частичной, реже субтотальной паротидэктомии) при сохранении данных сосудов функция мимических мышц страдала значительно меньше и быстрее приходила в норму. Отсроченное появление пареза и его постепенное нарастание объясняются влиянием послеоперационного отека нерва и окружающих его тканей, что, естественно, усугубляет нарушение трофики нервных структур.

Для диагностики и лечения возникших нарушений функции мимических мышц в результате ухудшения питания лицевого нерва (при рассечении питающего его сосуда) или при посттравматическом повреждении проводили измерение статистических и динамических параметров тканей, иннервируемых лицевым нервом, аппаратом «ДИН-1» (рис. 5).

Для измерения статических и динамических параметров участков мягких тканей, которые иннервируются лицевым нервом, был применен аппаратно-программный комплекс для электропунктурной диагностики «ДИН-1» (рис. 5). Рекомендуемый порядок обследования пациента строго соблюдался согласно указаниям, прилагаемым к данному прибору. Просмотр осуществлялся на компьютере с последующей записью полученных данных. Лечение проводили на этом же аппарате. Длительность лечения составляла от одного до трех курсов.

Результаты лечения больных с временным парезом мимической мускулатуры лица представлены на рис. 6 и 7.

Нарушение чувствительности кожи околоушной области и ушной раковины наблюдалось у 78 % больных после паротидэктомии. Осложнение возникает вследствие травмирования большого ушного и ушно-височного нервов. Из-за полного отсутствия или резкого снижения чувствительности кожи ушной раковины и околоушной области у больных появляются неприятные ощущения при прикосновении, умывании и т. д. С течением времени наблюдалось постепенное восстановление чувствительности кожи. Профилактикой полного нарушения чувствительности мочки уха является сохранение ушной ветви большого ушного нерва, идущего к мочке ушной раковины.

Слюнные свищи наблюдаются в 8 % случаев после паротидэктомии. Чаще они развивались после частичной и реже – при субтотальной паротидэктомии. После тотальной паротидэктомии слюнные свищи не возникали, т. к. при операции удаляется вся масса железы. Характерной особенностью послеоперационных слюнных свищей является их нестойкость в отличие от посттравматических слюнных свищей. Больных беспокоит истечение слюны из свищевого отверстия, усиливающееся при приеме пищи. Из-за раздражения кожи щеки и шеи вытекающей слюной может возникнуть экзема. Причина развития слюнных свищей – это травма паренхимы железы при сохранении ее части. Встречаются они наиболее часто после частичной паротидэктомии. Лечение послеоперационных слюнных свищей подробно описано в учебнике Тимофеева А.А. «Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии» (2012).

«Слюнные опухоли» – это ограниченное скопление слюны под кожным лоскутом, т. е. в области послеоперационного дефекта мягких тканей. Происхождение «слюнных опухолей» такое же, как и слюнных свищей. Различие заключается в том, что при слюнном свище слюна выделяется через кожную послеоперационную рану, а при «слюнной опухоли» скапливается под кожей. Локализуются они чаще у переднего края околоушной железы, т. е. в стороне от послеоперационного рубца (встречались в 5 % случаев). При ограниченном скоплении слюны вокруг нее образуется болезненная инфильтрация мягких тканей. Диагностируется «слюнная опухоль» не в первые дни после операции, а через 7–10 дней, т. е. когда послеоперационный отек уменьшается и в толще мягких тканей пальпируется флюктуирующее образование с более-менее четкими границами диаметром до 2–3 см. Лечение «слюнных опухолей» подробно описано в учебнике Тимофеева А.А. «Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии» (2012).

Серома – ограниченное скопление серозной жидкости под кожным лоскутом (в 4,6 % случаев). Располагается серома в позадищечной области (заниженчелюстной ямке). Выявляется чаще сразу же после снятия давящей повязки. Жалоб больные не предъявляют. Припухлость в виде куполообразного выпячивания в области заднего края кожного лоскута у линии швов. Кожа в этом месте гиперемированная, с выраженным синюшным оттенком, пальпация безболезненная, имеется флюктуация. При разведении краев раны выделяется серозная жидкость в количестве от 1,5 до 3 мл. Серомы возникали при неправильном наложении давящей повязки, которая не обеспечила равномерного прижатия кожного лоскута к ложу удаленной железы. Наблюдаются чаще при тотальной паротидэктомии. После удаления серозной жидкости из-под кожного лоскута на рану повторно накладывали давящую повязку на 2–3 дня.

Краевой некроз кожного лоскута встречался в 0,3 % случаев. Сопровождался развитием краевого некроза, которому способствовало высыхание лоскута при операции (должен покрываться марлей, смоченной физиологическим раствором), неправильное наложение давящей повязки – сильное прижатие лоскута к сосцевидному отростку височной кости. Скопившаяся под лоскутом жидкость также ухудшала питание лоскута и способствовала возникновению краевого некроза. Если во время длительной операции наблюдается изменение цвета края кожного лоскута, т. е. он приобретает синюшную окраску, то этот участок кожного лоскута подлежит иссечению. Это делается с целью профилактики развития краевого некроза лоскута.

Аурикуло-темпоральный синдром является одним из поздних осложнений, которое наблюдается после паротидэктомии (встречался в 29–35 % случаев в зависимости от вида оперативного вмешательства). Возникал синдром в сроки от одного месяца до семи лет и находится в прямой зависимости от объема оперативного вмешательства. Быстрее всего клиническая симптоматика проявляется после частичной паротидэктомии – в сроки от одного до 12-ти месяцев. После субтотальной паротидэктомии – в период от трех месяцев до трех лет, а тотальной – от одного года до семи лет.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии // Киев, 2004, 1046 с.
2. Тимофеев А.А. Основы челюстно-лицевой хирургии. – Москва: ООО «Меди-

цинское информационное агентство», 2007. – 696 с.

3. Тимофеев О.О. Захворювання слинних залоз. – Львів: ВНТЛ-Класика. – 2007. – 160 с.