

А.А. Тимофеев, Б. Беридзе

Ретроспективный анализ историй болезни больных с заболеваниями околоушных желез по данным клиники челюстно-лицевой хирургии НМАПО им П.Л. Шупика

Институт стоматологии НМАПО им. П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

Цель: определить частоту встречаемости опухолей и опухолеподобных образований околоушной железы.

Методы. Статистическая обработка, изучение клинических и диагностических данных, патоморфологические методы обследования.

Результаты. Проведено изучение историй болезни 1139-ти больных с заболеваниями околоушных желез. На основании патоморфологических исследований из 887 обследованных пациентов злокачественные новообразования околоушных желез выявлены в 5,3 %, доброкачественные опухоли – в 92,9 % и опухолеподобные образования – в 1,8 % случая. Среди доброкачественных опухолей эпителиальные опухоли диагностированы в 97,3 %, а неэпителиальные опухоли – в 2,7%. Плеоморфная аденома встречалась в 94,8 % случаев всех доброкачественных эпителиальных опухолей околоушной железы, а в 5,2 % – мономорфные аденомы. Опухолоподобные образования в околоушной железе диагностированы в 1,8 % случая.

Выводы. При удалении доброкачественных опухолей околоушной железы наиболее часто используется субтотальная и тотальная паротидэктомия, значительно реже – частичная паротидэктомия и секторальная резекция железы. В более чем 30 % случаев рецидивы опухолей встречаются при энуклеации плеоморфных аденом околоушных желез.

Ключевые слова: доброкачественные опухоли, злокачественные опухоли, опухолеподобные образования, аденома, околоушная железа, сиалография, патоморфология.

Введение

Для практического врача заболевания околоушных желез являются наиболее сложными при диагностике и лечении. Среди них наиболее сложными для диагностики являются опухоли околоушных желез, содержащие полости. Такие опухоли могут изменяться в размерах, поэтому их нередко принимают за воспалительные процессы и назначают согревающие процедуры, что крайне нежелательно при опухолевых образованиях.

Опухоли слюнных желез в практической деятельности врача встречаются довольно часто. По нашим данным, опухоли околоушных желез встречаются в 92 % случаях среди всех опухолевых поражений слюнных желез, поднижнечелюстной – в 6,5 %, подъязычной – в 0,5%, а малых слюнных желез – в 1 %. Женщины болеют несколько чаще, чем мужчины. Возраст больных самый разный, но наиболее часто – от 35 до 55-ти лет (Тимофеев А.А., 2012). Опухоли околоушных слюнных желез являются одними из самых сложных для диагностики и лечения заболеваний в челюстно-лицевой хирургии.

Был проведен ретроспективный анализ историй болезни больных с заболеваниями околоушных желез, которые проходили обследование и лечение в клинике челюстно-лицевой хирургии НМАПО им. П.Л. Шупика с января 2004 г. до конца декабря 2014 г., т. е. за последние одиннадцать лет.

В течение ранее указанного периода лечились 1139 больных с заболеваниями околоушных желез. Из них 252 больных были с острыми и хроническими воспалительными заболеваниями околоушных желез: это были калькулезные и некалькулезными сиаладенитами (с гнойно-некротическим, лимфогенным, контактным, паренхиматозным и посттравматическим паротитом, сиалодохитом); а также 887 больных с опухолями и опухолеподобными образованиями.

Таким образом, за этот период проведено обследование и лечение 887 больных с опухолями и опухолеподобными образованиями околоушных желез. Если провести изучение больных, обратившихся в клинику, по годам, то результаты следующие: в 2004 г. проведено лечение 57 чел., в 2005 г. – 59 чел., в 2006 г. – 62 чел., в 2007 г. – 78 чел., в 2008 г. – 72 чел., в 2009 г. – 83 чел., в 2010 г. – 98 чел., в 2011 г. – 92 чел., в 2012 г. – 95 чел., в 2013 г. – 97 чел., в 2014 г. – 94 больных с опухолями и опухолеподобными образованиями околоушных слюнных желез.

Размеры этих опухолевых образований значительно варьировали (от минимальных до значительных). Фотографии больных с опухолями околоушных желез представлены на рис. 1.

Внешний вид опухолей околоушных желез имеет большое сходство с опухолевидными образованиями (сиаломами, доброкачественным лимфоэпителиальным поражением, кистами и др.), которые также локализовались в данных слюнных железах (рис. 2), а также с парасиаломами (рис. 3).

Ранее в течение многих лет для дифференциальной диагностики больных с опухолями и опухолеподобными образованиями околоушных желез пользовались только несколькими диагностическими методиками обследования: это сиалографический метод (сиалография околоушных желез), компьютерная томография и МРТ (рис. 4 и 5). Сиалографические признаки хотя и имеют достаточно внешних диагностических различий, но в то же время в некоторых случаях могут иметь и довольно много сходства в сиалографической картине заболевания (рис. 4). Диагностическая ценность сиалограмм в дифференциальной диагностике опухолей и опухолеподобных образований околоушных желез, по нашим данным, не превышает 74,3 % (Тимофеев А.А., 2007).



Рис. 1. Внешний вид больных с опухолями разных размеров, локализовавшимися в околоушной железе (а, б, в, г, д, е).

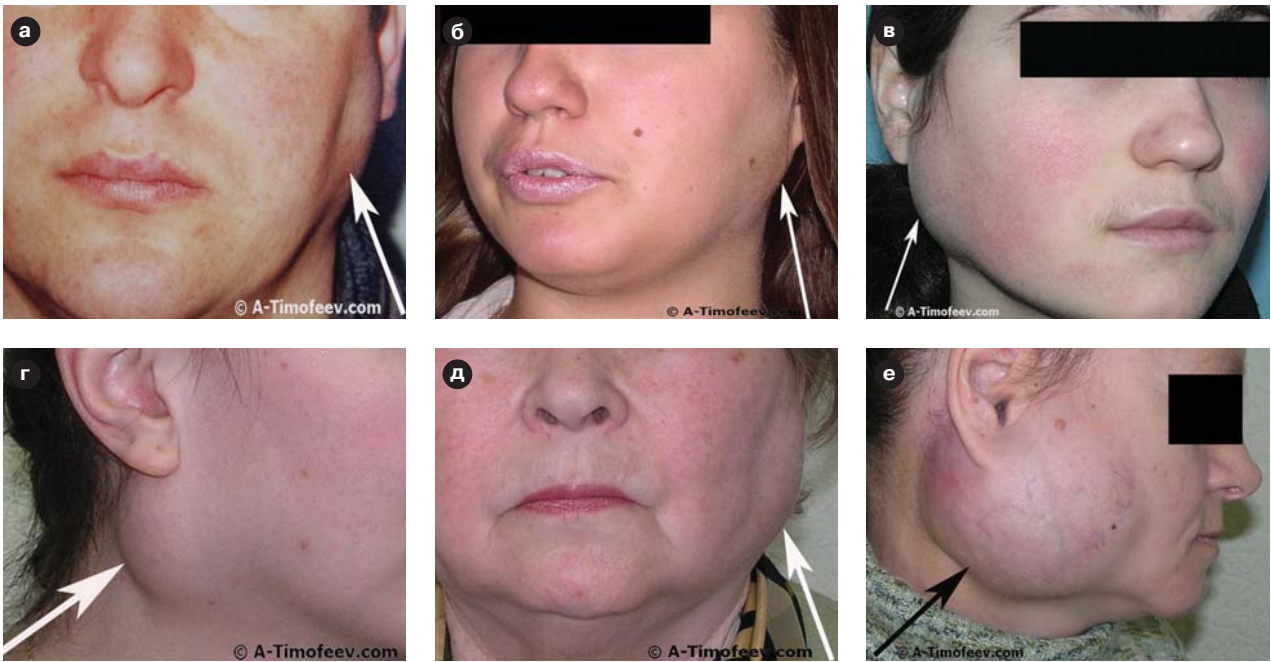


Рис. 2. Внешний вид больных с сиалезом околоушных желез (а, б, в), с истинной кистой (г), с доброкачественным лимфоэпителиальным поражением околоушных желез (д, е).



Рис. 3. Внешний вид больных с парасиаломами (а, б, в).

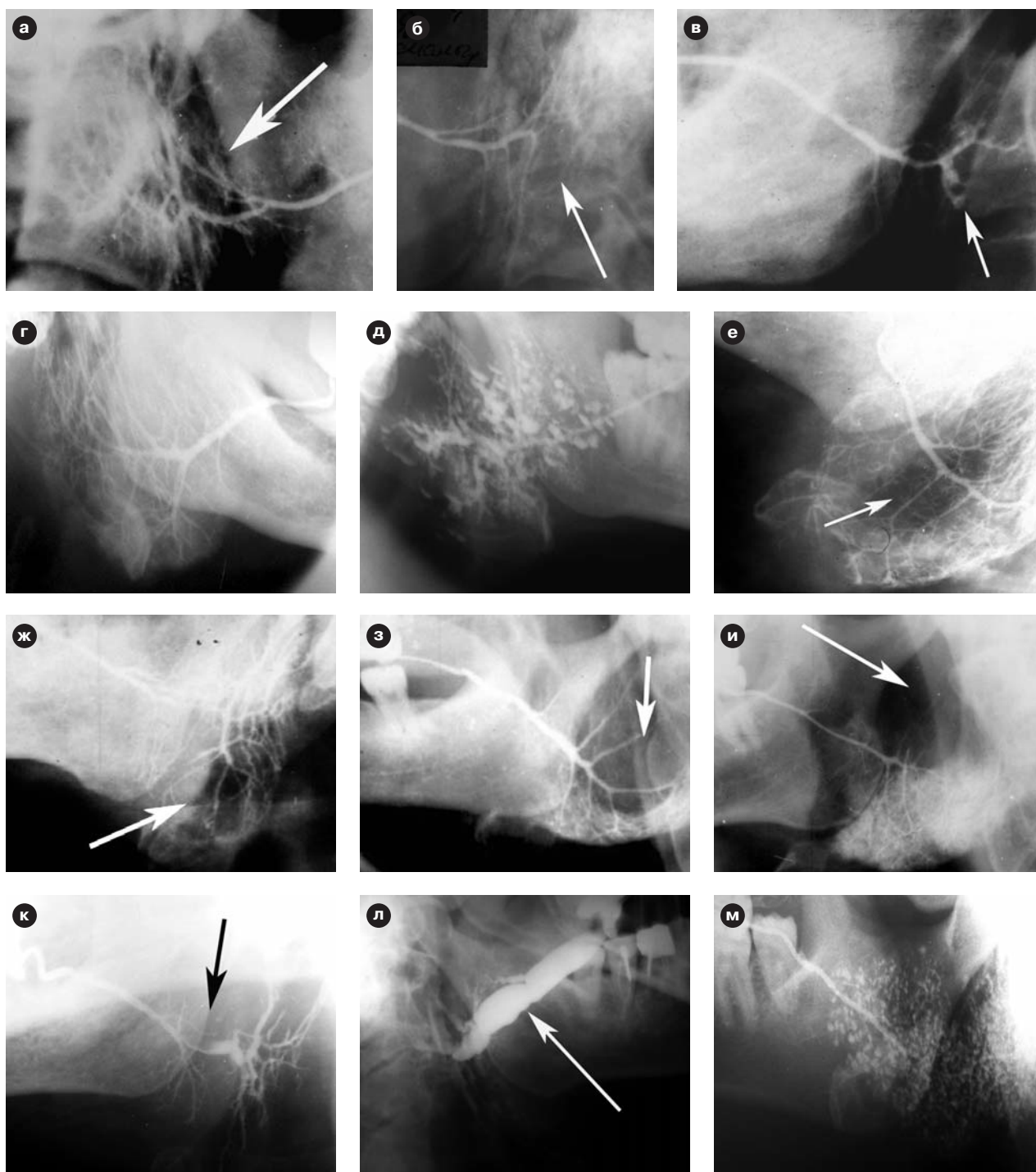


Рис. 4. Сialogраммы околоушных желез больных с ложным паротитом Герценберга (а, б), лимфогенным паротитом (в), сиалезом (г), доброкачественным лимфоэпителиальным поражением (д), кистой (е), опухолями (ж, з), парасиаломой (и). Сialogрамма околоушной железы больного (к) с калькулезным паротитом (стрелкой указано место расположения слюнного камня). Сиалодохит (л). Синдром Шегрена (м).

В последнее десятилетие большую помощь при дифференциальной диагностике оказывают компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ). КТ и МРТ околоушных областей позволили более детально провести оценку патологического очага, находящегося в околоушной железе и/или окружающих ее мягких тканях. Оценку проводили по наличию или отсутствию патологических очагов определенной плотности ткани, что позволило выявить полостные образования как в самой железе, так и в опухоли. КТ и МРТ дали возмож-

ность обнаружить наличие капсулы в опухоли или в опухолеподобном образовании, ее толщину и равномерность распределения вокруг патологического очага (рис. 5). Диагностическая ценность использования данных методов в диагностике заболеваний околоушной железы увеличилась до 86,7 % (Тимофеев А.А., 2007).

Согласно проведенному ретроспективному анализу историй болезни больных, можно обратить внимание на ежегодный рост количества пациентов с данной патологией, особенно за последние 5–6 лет. По нашему мнению, это

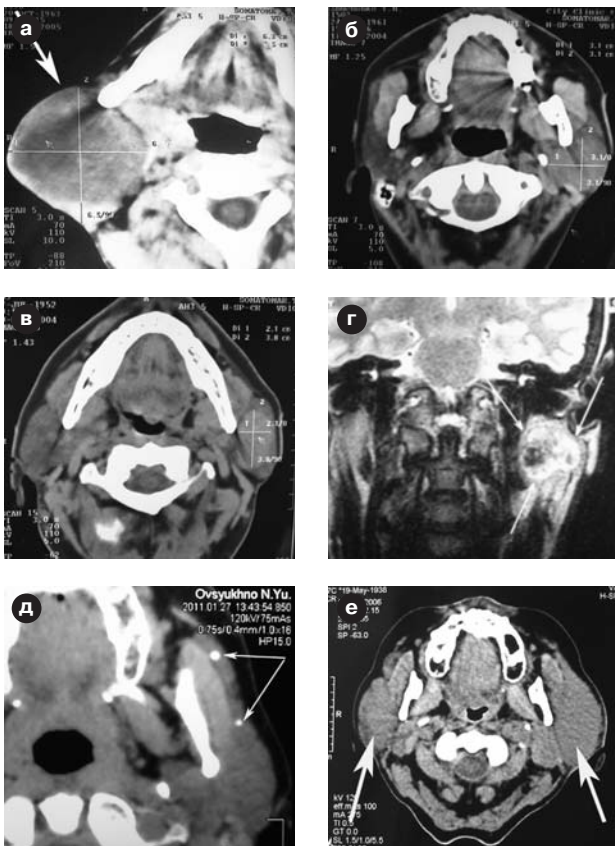


Рис. 5. Внешний вид опухолей околоушных желез на компьютерной (а, б, в) и магнитно-резонансной томограммах (г). Компьютерная томограмма при калькулезном (д) паротите (слонные камни указаны стрелками) и при доброкачественном лимфоэпителиальном поражении (е).

связано не с увеличением количества больных с данной патологией, а со значительным улучшением диагностических возможностей современных методов обследования (рис. 6) опухолевых образований околоушных желез, которые используются в нашей клинике (сиалография, ортопантомография, компьютерная томография, КТ, МРТ, УЗИ и другие методы обследования).

Согласно нашим наблюдениям, только одновременное использование разных диагностических методов обследования больных с патологией околоушных желез позволило значительно повысить диагностическую ценность применяемых методов.

В диагностике опухолей околоушных слюнных желез большое значение кроме клинических и инструментальных методов обследования пациента имеет прицельная биопсия и/или патоморфологическое исследование операционного материала. Последнее является обязательным при окончательном установлении правильного диагноза.

Разнообразие нозологических форм опухолей и неопухолевых заболеваний околоушных желез, сходное клиническое течение и риск возникновения послеоперационных осложнений нередко ставят перед челюстно-лицевым хирургом довольно трудные задачи при лечении больных с этой патологией. Прежде всего это касается первичной диагностики опухоли, проведения дифференциальной диагностики и особенно выбора метода планируемого оперативного вмешательства.

Цель исследования – установить частоту встречаемости различных видов опухолей в околоушных железах, определить с тактикой оперативного вмешательства при разных формах доброкачественных новообразований, а также установить, при каких видах оперативного вмешательства возможен наибольший риск развития рецидивов.

Был проведен анализ историй болезни и результатов патоморфологического исследования 887 больных с опухолями и опухолеподобными образованиями околоушных желез. Больных с парасиаломами (липомы, гемангиомы и т. д.) в анализ историй болезни не включали. Для разделения опухолевых образований по нозологическим формам

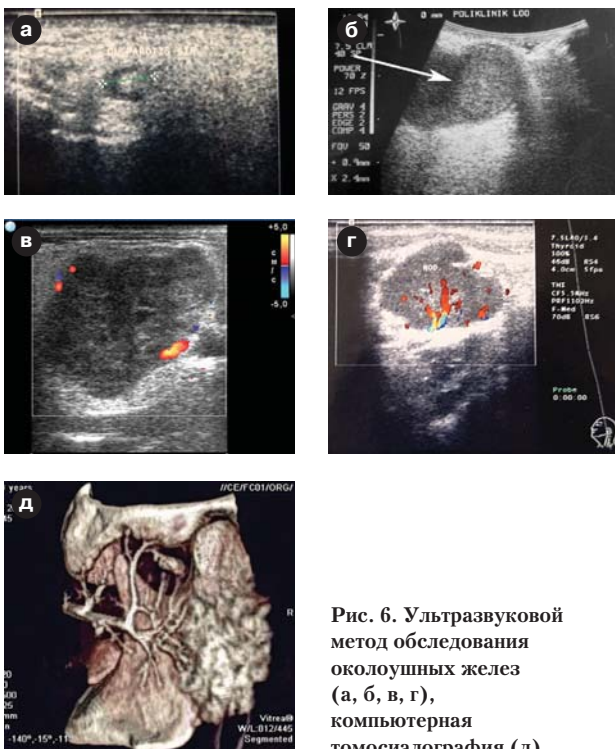


Рис. 6. Ультразвуковой метод обследования околоушных желез (а, б, в, г), компьютерная томография (д).

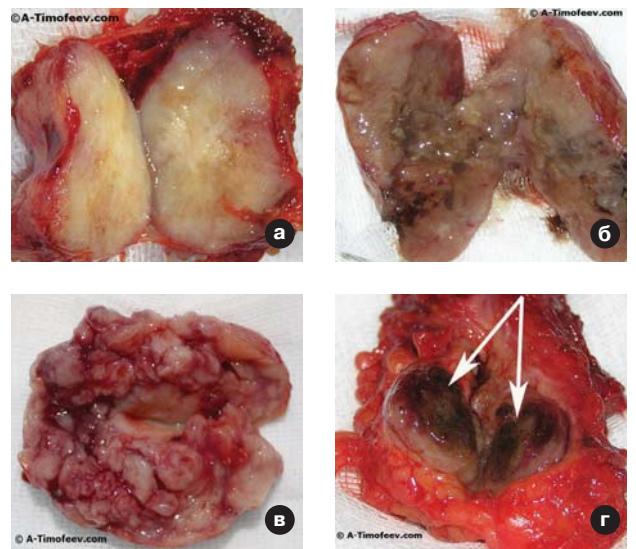


Рис. 7. Макроскопический вид злокачественных опухолей околоушных желез: а – цилиндромы (аденокистозная карцинома), б – мукоэпидермоидная карцинома (слизеобразующая эпителиома), в – злокачественная лимфома, г – метастаз меланомы в околоушную железу.

использовали международную гистологическую классификацию опухолей слюнных желез (ВОЗ, 1991).

Из 887 обследованных пациентов злокачественные новообразования околоушных желез были у 47 чел. (в 5,3 % случаев), доброкачественные опухоли обнаружены у

824 чел. (в 92,9 % случаев) и опухолеподобные образования (сиалозы, кисты) выявлены у 16-ти (в 1,8 % случаев) больных. Таким образом, злокачественные и доброкачественные опухоли околоушных желез обнаружены у 871 больного.

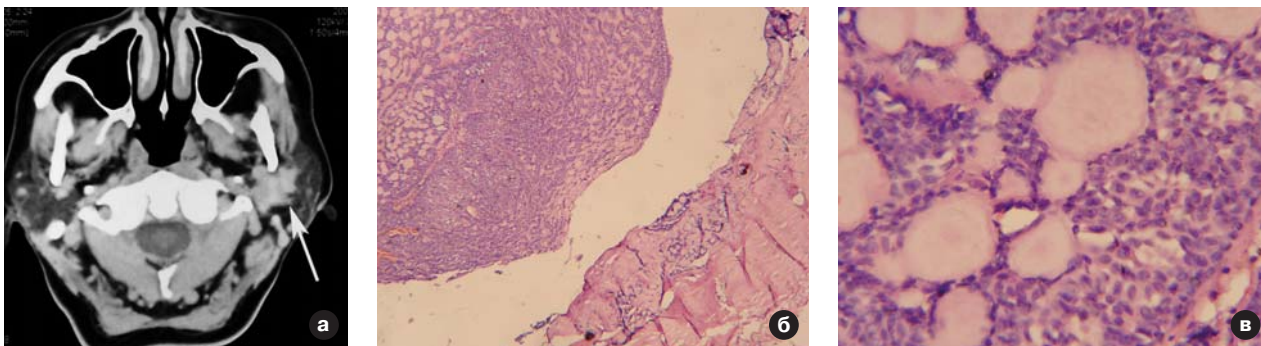


Рис. 8. Компьютерная томограмма (а) больного с аденокистозной карциномой-цилиндромой (указана белой стрелкой). Патоморфологическая картина (б) аденокистозной карциномы (Х40), криброзный вариант (в) опухоли (Х400). Окраска гематоксилином и эозином.

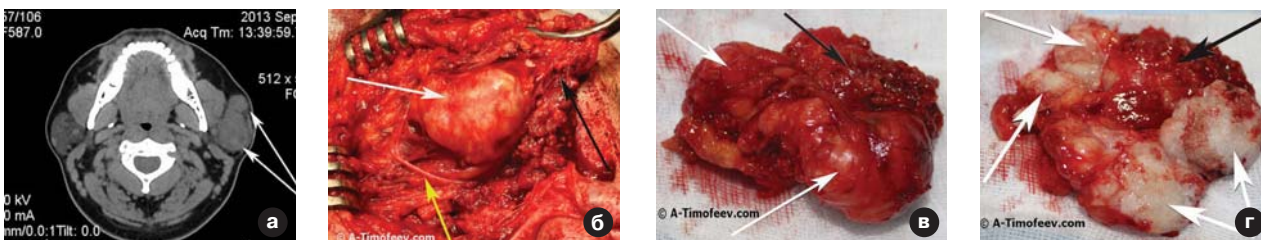


Рис. 9. Компьютерная томограмма аденокарциномы (имеются два патологических очага) околоушной железы (а), вид опухоли во время тотальной паротидэктомии (б), макропрепарат удаленного единого блока опухоли и железы (в), макроскопический вид аденокарциномы (г). Белой стрелкой обозначены опухолевые очаги, желтой – ветвь лицевого нерва, черной – ткань околоушной железы.

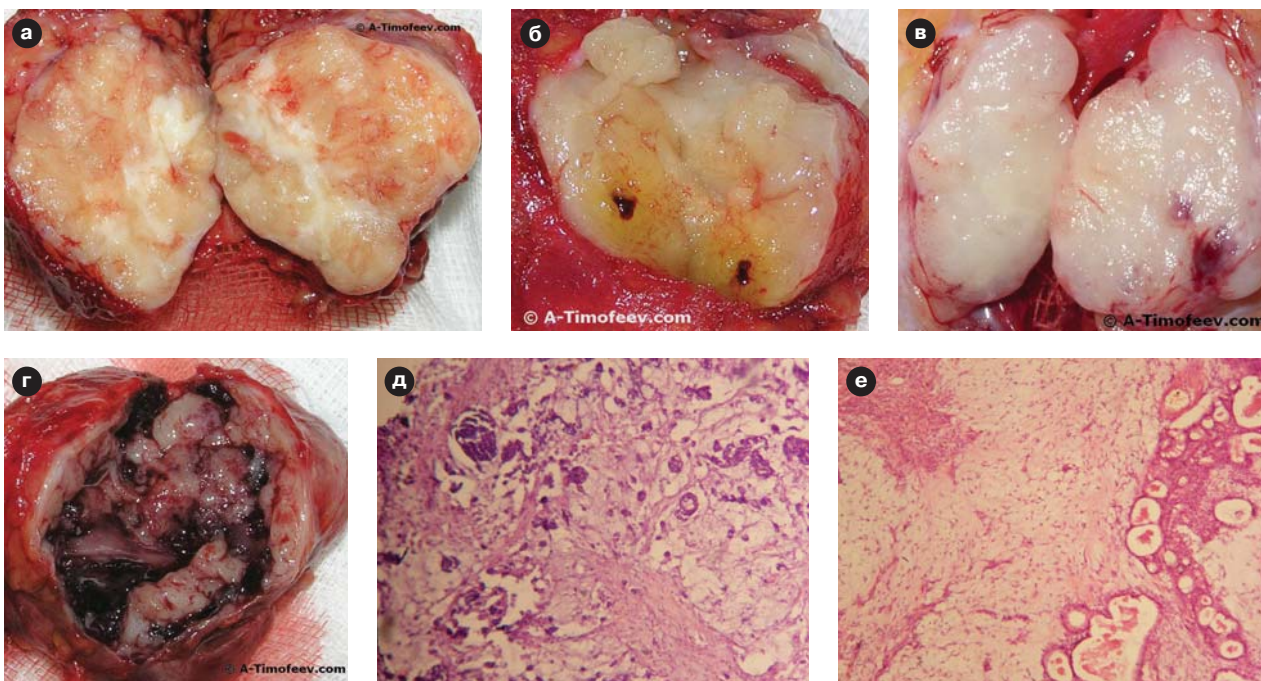


Рис. 10. Макроскопический вид плеоморфных аденом околоушных желез с преобладанием эпителиального (а, б, в) и мезенхимально-миксоматозного (г) компонентов. В гистологических препаратах имеются фрагменты слюнной железы с морфологическими признаками плеоморфной аденомы (д), миксоидная форма (×100), и плеоморфной аденомы (е) с преобладанием мезенхимального компонента (×100).

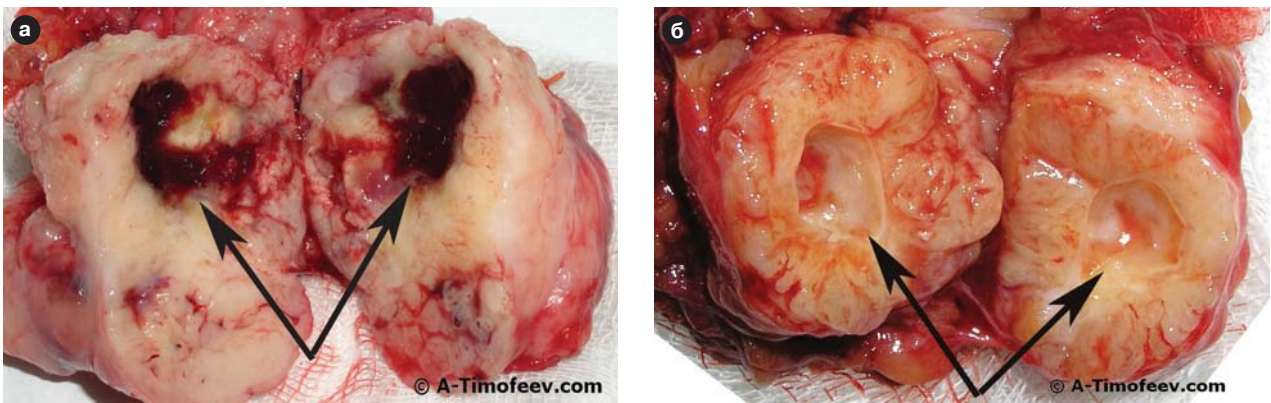


Рис. 11. На разрезе видны полостные образования (указаны стрелками) в паренхиме плеоморфных аденом (а, б).

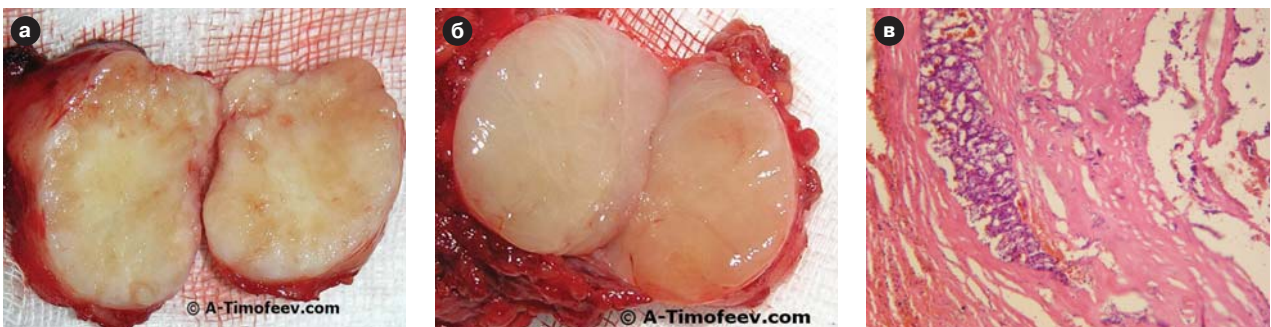


Рис. 12. Внешний вид мономорфной аденомы околоушной железы (а, б). В гистологическом препарате (в) представлена мономорфная аденома околоушной слюнной железы, имеется очаговое врастание опухоли (мономорфной аденомы) в соединительнотканную капсулу. Окраска гематоксилином и эозином ($\times 100$).

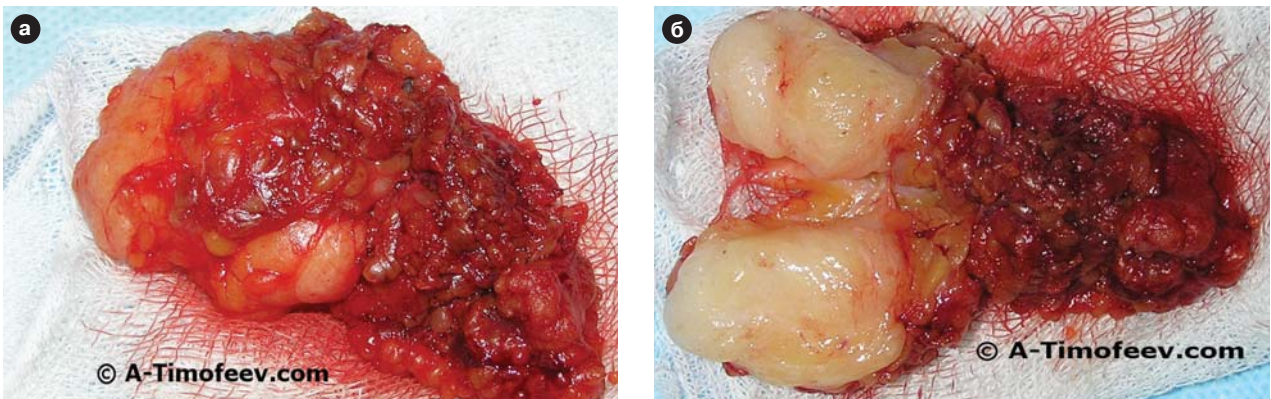


Рис. 13. Внешний вид липомы околоушной железы (а). Вид липомы на разрезе (б).



Рис. 14. Гемангиома околоушной железы. Вид больных (а, б).

Среди злокачественных опухолей околоушных желез (рис. 7–9) наиболее часто встречалась карцинома. Она была обнаружена у 44 из 47-и больных, т. е. в 93,6 % случаев. Среди них наиболее часто диагностировалась озлокачественная плеоморфная аденома (первично злокачественная, озлокачественная – карцинома в плеоморфной аденоме, доброкачественная опухоль с метастазами, пролиферирующая), которая выявлена у 22-х больных (в 46,8 % случаев всех обнаруженных злокачественных опухолей или 2,5 % всех опухолей околоушной железы). Мукоэпидермоидная опухоль (мукоэпидермоидная карцинома или слизистобразующая эпителиома) выявлена у 12 больных (в 25,5 % случаев всех выявленных злокачественных новообразований или 1,4 % всех опухолей околоушной железы). Несколько реже встречались другие виды карциномы. Аденокистозная карцинома (цилиндра) диагностирована у 5-ти больных (в 10,6 % случаев всех обнаруженных злокачественных опухолей или 0,6 % всех прооперированных опухолей околоушной железы). Ацинозно-клеточная опухоль (ацинозно-клеточная карцинома) диагностирована у 3-х обследуемых (в 6,4 % случаев всех выявленных злокачественных новообразований или 0,3 % всех опухолей околоушной железы). Аденокарциному диагностировали у 2-х больных (в 4,2 % случаев всех выявленных злокачественных опухолей или 0,2 % от всех опухолей околоушной железы). У трех больных (в 6,4 % случаев всех выявленных злокачественных новообразований или 0,3 % всех опухолей околоушной железы) выявлены другие злокачественные опухоли: лимфомы, метастазы меланомы в околоушную железу.

Доброкачественные опухоли обнаружены у 824 чел. (в 92,9 % случаев). Эпителиальные опухоли (аденома) были выявлены у 802 больных (в 97,3 % случаев всех доброкачественных опухолей), а незпитиальные опухоли – у 22-х больных (в 2,7 %). Плеоморфная аденома (полиморфная аденома, смешанная опухоль) патоморфологически была установлена у 760 больных (в 94,8 % случаев всех доброкачественных эпителиальных новообразований околоушной железы или они встречались в 92,2 % случаев доброкачественных опухолей данной железы). Макроскопически плеоморфная аденома выглядит довольно разнообразно (рис. 10). Нередко данные опухоли имеют полости (рис. 11). Поэтому плеоморфные аденомы могут изменяться в размерах (немного увеличиваться или уменьшаться). В связи с этим врачи могут данные опухолевые образования ошибочно принимать за хронические воспалительные процессы (лимфаденит и др.).

Из 760 больных с плеоморфной аденомой первичное обращение в клинику челюстно-лицевой хирургии НМАПО было зарегистрировано у 712 чел. (93,7 %), а у 48-и больных (6,3 %) диагностированы рецидивные опухоли. Из 48-и больных с рецидивными опухолями были только двое больных, которые были прооперированы в нашей клинике (проведена секторальная резекция). Остальные 46 больных с рецидивными опухолями были прооперированы в других челюстно-лицевых и/или хирургических отделениях областных и городских больниц, а также в ведомственных медицинских учреждениях Украины (операции были проведены как челюстно-лицевыми хирургами, так и хирургами общего профиля). Операции у 43-х больных с рецидивами опухолей проводились в стационарных условиях, а у 5-ти больных – в условиях поликлиники (общими хирургами). Рецидивы опухолей у этих обследуемых появлялись в период от одного до четырех лет. После появления рецидивных опухолей данные больные обратились за медицинской помощью в клинику челюстно-лицевой хирургии НМАПО только через 1–5 лет. Установить вид ранее проведенного оперативного вмешательства у 46 обследуемых с рецидивами опухолей нам не удалось. В результате анализа размеров

послеоперационных рубцов предполагаем, что этим 46-ти больным с рецидивами была проведена энуклеация опухоли в разных медицинских учреждениях Украины.

У 42 больных (в 5,2 % случаев доброкачественных эпителиальных опухолей околоушной железы или 5,1 % всех доброкачественных опухолей данной железы) была диагностирована мономорфная аденома (рис. 12): базально-клеточная, оксифильноклеточная – онкоцитомы или ацидофильноклеточная аденома, светлоклеточная и аденолимфома – опухоль Уртина.

Среди незпитиальных опухолей околоушной слюнной железы, которые выявлены у 22-х больных (в 2,7 % всех доброкачественных опухолей околоушной железы), наиболее часто встречались липомы и гемангиомы, редко – невриномы и лимфангиомы (рис. 13–14).

Опухолеподобные образования в околоушной железе (сиалоз, доброкачественные лимфоэпителиальные поражения, синдром Шегрена) были выявлены у 16-ти больных, т. е. у 1,8 % всех обследованных больных с опухолями (злокачественными и доброкачественными) и опухолеподобными образованиями данной железы (рис. 2).

При удалении опухолей околоушной железы технические трудности связаны с выделением ствола и ветвей лицевого нерва. В связи с этим **такое вмешательство, как экстракапсулярная энуклеация, длительное время было основным способом хирургического лечения доброкачественных опухолей, а в настоящее время является недопустимым!** В клинике челюстно-лицевой хирургии НМАПО им. П.Л. Шупника разработаны методы оперативного вмешательства на околоушных железах при опухолевых образованиях, локализованных в данной железе, а также изучены отдаленные результаты лечения (Тимофеев А.А., 1999 и др.). Выявлено, что количество рецидивов после энуклеации опухолей околоушной железы достигает 20–30 % (Тимофеев А.А., 2000 и др.). Это в первую очередь относится к плеоморфной аденоме, которая является одной из наиболее часто встречающихся опухолей такой локализации.

Как сказано ранее, **причина рецидивирования плеоморфной аденомы после ее энуклеации связана с неполноценным строением ее капсулы** (Тимофеев А.А., 2007, и др.). Для радикального удаления доброкачественных опухолей необходима как минимум **частичная, субтотальная или тотальная паротидэктомия** с выделением ветвей лицевого нерва.

Следует помнить, что перед паротидэктомией нужно очень ответственно отнестись к подготовке психики больного, т. к. посттравматический парез мимической мускулатуры лица, который возникает после паротидэктомии, может стать тяжелой психической травмой. В некоторых случаях больные из-за этого в течение длительного периода времени отказываются от оперативного лечения, а в это время опухоль разрастается и, естественно, усложняются технические условия проведения операции. Дать гарантию полного сохранения лицевого нерва не может даже врач, имеющий значительный опыт лечения больных с опухолями околоушной железы. Конечно же, хирургу с большим опытом всегда легче выходить из сложных хирургических ситуаций, которые могут возникнуть при удалении опухоли, расположенной рядом с лицевым нервом. При разъяснении технических сложностей паротидэктомии больному необходимо дать понять, что речь идет о сохранении его жизни, т. к. даже доброкачественные опухоли могут озлокачествляться (Тимофеев А.А., 2007).

Отличие паротидэктомии от энуклеации опухоли заключается в том, что на начальном этапе операции необходимо обнаружить ствол или ветви лицевого нерва, а затем путем их препарирования удалить определенную часть или всю околоушную железу единым блоком с опухолью. Как сказано ранее, различают четыре варианта

паратидэктомии с сохранением лицевого нерва: *частичную, субтотальную* и *тотальную*, а также *секторальную резекцию* околоушной железы.

При *частичной паратидэктомии* удаляется опухоль вместе с прилежащей к ней паренхимой железы, отступая от границ опухоли не менее чем на 1 см. Операция показана при доброкачественных опухолях (мономорфных аденомах) небольших размеров и опухолеподобных образованиях, которые расположены в наружной доле околоушной железы. *Субтотальная паратидэктомия* заключается в удалении части околоушной железы, расположенной над разветвлением лицевого нерва (наружной доли). Показанием являются доброкачественные опухоли околоушной железы (мономорфные и плеоморфные аденомы). Это одна из наиболее часто выполняемых видов паратидэктомии. *Тотальная паратидэктомия* выполняется с удалением как наружной, так и внутренней доли железы (расположенной под лицевым нервом). Операция показана при доброкачественных опухолях, которые исходят из глубокой доли околоушной железы, или при рецидивирующих опухолях. Паратидэктомия обеспечивает радикальность вмешательства при сохранении ствола и ветвей лицевого нерва.

Метод тотальной паратидэктомии, по мнению А.М. Солнцева и соавт. (1991), в сочетании с послеоперационной лучевой терапией можно применять и при наличии некоторых форм первично злокачественных опухолей (аденокистозная карцинома, мукоэпидермоидная или ацинозно-клеточная опухоль). Карциномы слюнных желез лечат по общим принципам лечения злокачественных опухолей, принятым в онкологии.

Техника паратидэктомии детально описана в учебниках проф. Тимофеева А.А. (1999, 2002, 2004, 2012 и др.). Напомним технические особенности паратидэктомии. Операция выполняется под эндотрахеальным наркозом. Существует много вариантов разреза кожи при паратидэктомии. Необходимым требованием к разрезу должны быть обеспечение полного обнажения всей железы и его эстетичность. В нашей клинике чаще всего используется разрез по методу Г.П. Ковтуновича (1953): начинается он от волосистой части височной области кпереди от ушной раковины и козелка уха, огибая мочку уха, направляется в поднижнечелюстную и в поднижнечелюстную область параллельно нижнему краю нижней челюсти, отступая от него вниз на 2–3 см. Если необходимо удалить часть опухоли, расположенной под скуловой дугой, то делают дополнительный разрез – горизонтальный разрез в области скуловой дуги (лучше по волосистой части) кпереди от ушной раковины на 2–3 см (А.В. Клементов, 1962). С учетом ранее описанного (по Г.П. Ковтуновичу) весь этот разрез называют по имени автора – разрезом по методике А.В. Клементова.

При повторных операциях (рецидивах опухолей) послеоперационный разрез следует окаймлять полуовальными разрезами с последующим иссечением. Рекомендуем проводить нахождение ствола лицевого нерва без отсепарирования кожно-жирового лоскута, т. к. доказано, что это снижает степень нарушения трофики и предупреждает развитие некроза лоскута. После рассечения кожи и подкожной клетчатки широко раскрывают капсулу железы по заднему краю. В верхнем отделе железы задний край мобилизуют до места ее прикрепления к скуловой дуге. Острым и тупым путем отделяют железу от наружного слухового прохода (хрящевого и костного отделов) и грудино-ключично-сосцевидной и двухбрюшной мышц. Перевязывают сосуды. Большой ушной нерв пересекают, сохраняя ветви, идущие к ушной раковине (ушная ветвь), чтобы избежать длительного уменьшения чувствительности мочки уха в послеоперационный период. По мере углубления раны необходимо проводить пальцевой контроль, т. к. ориентиром для нахождения ствола лицевого нерва являются

сосцевидный и шиловидный отростки височной кости. Ствол лицевого нерва располагается у переднего края сосцевидного отростка височной кости на глубине 1,5–2 см, залегая между шиловидным и сосцевидным отростками возле заднего брюшка двухбрюшной мышцы. Обнаружив костный отдел наружного слухового прохода, хирург вступает в зону расположения лицевого нерва. На его местонахождение указывает шило-сосцевидная артерия, которая является конечной ветвью задней ушной артерии. После выделения ствола лицевого нерва проводят отслоение кожно-жирового лоскута с обнажением наружной доли околоушной железы. Отслоенный лоскут прошивают шелковой лигатурой с держалкой. На лоскут накладывают марлевую салфетку, смоченную в теплом физиологическом растворе для предотвращения его высыхания. Дальнейшее препарирование лицевого нерва осуществляют по его ветвям. Необходимо знать, что в направлении к периферии железы ветви нерва подходят ближе к поверхности железы, а у ее края лежат непосредственно под фасцией. Заканчивают удаление опухоли (единым блоком вместе с железой) перевязкой и пересечением главного выводного протока. При тотальной паратидэктомии лицевой нерв берут на держалки и приступают к удалению глубокой доли околоушной железы. Наружную сонную артерию перевязывают перед ее вхождением в ложе железы, у верхнего края заднего брюшка двухбрюшной мышцы. Острым и тупым путем выделяют и удаляют глубокую долю околоушной железы. Проводится гемостаз. Кожно-жировой лоскут укладывают на место и зашивают непрерывным швом (можно одиночными швами). Рану не дренируют. На область послеоперационной раны на 5–6 дней накладывают асептическую давящую повязку. Учитывая факт, что по своей клинической картине и течению доброкачественные опухоли околоушной железы мало различимы в отдельных видах (аденома от плеоморфной аденомы и т. д.), и во избежание послеоперационных рецидивов считаем, что самым благоприятным и показанным для больных методом оперативного лечения опухолей околоушной железы является субтотальная паратидэктомия (применяется чаще). Секторальная резекция используется редко, а тотальная паратидэктомия применяется только в случаях расположения опухоли в глубокой доле. По нашему мнению, применение энуклеации опухоли при лечении доброкачественных и злокачественных новообразований околоушной железы является недопустимым, т. е. грубой врачебной ошибкой.

В нашей клинике ранее была предложена операция под названием «секторальная резекция околоушной железы» (А.А. Тимофеев, И.Б. Киндрас, 1999). *Данная операция показана только при небольших размерах опухолей, располагающихся в верхнем или нижнем полюсе околоушной железы.* На начальном этапе секторальной резекции околоушной железы после разреза по методике Ковтуновича или Клементова необходимо задним доступом обнаружить и выделить ствол лицевого нерва. После выделения ствола нерва и его бифуркации препарирование его соответствующей ветви проводится 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 проводятся по височным, скуловым и реже щечным ветвям. В ходе операции удаляются опухоль и видимые травмированные дольки слюнной железы. Удаление травмированных долек околоушной железы проводится для того, чтобы в дальнейшем (после операции) произошло уменьшение выделения слюны в послеоперационную рану. В отличие от субтотальной паратидэктомии при секторальной резекции околоушной железы мы не пересекаем главный выводной (около-

ушный) проток, что позволяет частично сохранить функционирование 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 (меньше травмируются ветви ушно-височного и большого ушного нервов) посттравматического неврита лицевого нерва, уменьшает операционную кровопотерю, сокращает время проведения операции, и ее можно рекомендовать в клинической практике как метод выбора при оперативном вмешательстве на околоушных железах (при поверхностном расположении новообразования).

Выводы

Проведено изучение историй болезней 1139-ти больных с заболеваниями околоушных желез. Из них 252 обследуемых были с острыми и хроническими воспалительными заболеваниями и 887 больных – с опухолями и опухолеподобными образованиями околоушных желез. На основании патоморфологических исследований из 887 обследованных пациентов злокачественные

новообразования околоушных желез выявлены в 5,3 %, доброкачественные опухоли – в 92,9 % и опухолеподобные образования – в 1,8 % случаев. Среди доброкачественных опухолей эпителиальные опухоли диагностированы в 97,3 %, а неэпителиальные – в 2,7 % случаев. Плеоморфная аденома встречалась в 94,8 % случаев всех доброкачественных эпителиальных опухолей околоушной железы, а в 5,2 % – мономорфная аденома. Опухолоподобные образования в околоушной железе диагностированы у 1,8 % всех обследованных больных.

При удалении доброкачественных опухолей околоушной железы наиболее часто использовалась субтотальная и тотальная паротидэктомия, значительно реже – частичная паротидэктомия и секторальная резекция железы. При правильном учете показаний к выбору определенного вида паротидэктомии рецидивы опухолей наблюдались крайне редко. Самой безопасной в плане предупреждения рецидивов опухолей околоушной железы является субтотальная или тотальная паротидэктомия. Наиболее часто, в более чем 30 % случаев, рецидивы опухолей встречались при энуклеации плеоморфных аденом околоушных желез.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – Киев, 2004 (издание 4-е), 1062 с.
 2. Тимофеев А.А. Основы челюстно-лицевой хирургии. – Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. – 696 с.
 3. Тимофеев О.О. Захворювання слинних залоз. – Львів: ВНТЛ-Класика. – 2007. – 160 с.
 4. Тимофеев А.А. Челюстно-лицевая хирургия. – Киев: «Медицина». – 2010. – 576 с.
 5. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – Киев, 2012 (издание 5-е), 1046 с.

Ретроспективний аналіз історій хвороби хворих із захворюваннями привушних залоз за даними клініки щелепно-лицьової хірургії НМАПО ім. П.Л. Шупика

О.О. Тимофеев, Б. Беридзе

Мета: визначити частоту зустрічальності пухлин і пухлиноподібних утворень привушної залози.

Методи. Статистична обробка, вивчення клінічних і діагностичних даних, патоморфологічні методи обстеження.

Результати. Проведено вивчення історій хвороби 1139-ти хворих із захворюваннями привушних залоз. На підставі патоморфологічних досліджень з 887 обстежених пацієнтів злоякісні новоутворення привушних залоз виявлені у 5,3 % випадків, доброякісні пухлини – у 92,9 % і пухлиноподібні утворення – в 1,8 % випадку. Серед доброякісних пухлин епітеліальні пухлини діагностовані в 97,3 %, а неепітеліальні пухлини – у 2,7 % випадків. Плеоморфна аденома зустрічалась у 94,8 % випадків усіх доброякісних епітеліальних пухлин привушної залози, а у 5,2 % – мономорфні аденоми. Пухлиноподібні утворення у привушній залозі діагностовані в 1,8 % випадків.

Висновки. При видаленні доброякісних пухлин привушної залози найчастіше використовується субтотальна й тотальна паротидектомія, значно рідше – часткова паротидектомія й секторальна резекція залози. У більш ніж 30 % випадків рецидиви пухлин зустрічаються при операції енуклеації плеоморфних аденом привушних залоз.

Ключові слова: доброякісні пухлини, злоякісні пухлини, пухлиноподібні утворення, аденома, привушна залоза, сіалографія, патоморфологія.

Retrospective analysis of patients with diseases of the parotid gland according Clinic of Maxillo-facial Surgery NMAPE named P.L. Shupyk

О. Тимофеев, В. Беридзе

Purpose: define frequency of occurrences of tumors and tumor-like mass of parotid gland.

Methods. Statistical processing, study of clinical and diagnostic data, pathomorphology methods of examination.

Results. Medical history of 1139 patients having parotid gland diseases has been studied. On the grounds of pathomorphology examinations, from 887 investigated patients, malignant neoplasms of parotid gland have been demonstrated in 5.3 %, benign tumors in 92.9 % and tumor-like mass in 1.8% . Among benign tumors, epithelioma has been diagnosed in 97.3 %, but non-epithelial in 2.7 %. Pleomorphic adenoma has been demonstrated in 94.8 % of benign epithelioma of parotid gland, but monomorphic adenoma in 5.2 %. Tumor-like mass of parotid gland has been diagnosed in 1.8 %.

Conclusion. While removing the benign tumor of parotid gland, subtotal and total parotidectomy are frequently used, but incomplete parotidectomy and cross-sectional resection of gland in rare cases. In more than 30 % cases, recurrent tumor is demonstrated in the time of surgical operation of pleomorphic adenoma of parotid gland with enucleation.

Key words: benign tumor, malignant tumor, tumor mass, adenoma, parotid gland, sialoadenography, pathomorphology.

Тимофеев Алексей Александрович – д-р мед. наук, профессор, заслуженный деятель науки и техники Украины, заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии Института стоматологии НМАПО им. П.Л. Шупика.

Беридзе Бека – клинический ординатор кафедры челюстно-лицевой хирургии Института стоматологии НМАПО им. П. Л. Шупика.

Адрес: г. Киев, ул. Подвысоцкого, 4-а, клиническая больница № 12, кафедра челюстно-лицевой хирургии. Тел.: 528-35-17.