

А.С. Ластовка

Органосохраняющая операция удаления доброкачественных опухолей глубокого отдела околоушной железы

Белорусский государственный медицинский университет

Дается описание методики выполнения и клинического применения органосохраняющей методики удаления доброкачественных опухолей глубокого отдела околоушной слюнной железы, основанной на применении микрохирургической техники операции.

Ключевые слова: околоушная слюнная железа, доброкачественные опухоли, хирургическое лечение.

При хирургическом лечении доброкачественных опухолей околоушных желез традиционно выполняется четыре вида операций: энуклеация опухоли, частичная резекция железы, субтотальная резекция железы, тотальная паротидэктомия (экстирпация) с сохранением лицевого нерва [5, 6, 7]. Выбор операции зависит от конкретной морфологической структуры опухоли, ее размеров и локализации в околоушной железе [2, 4, 10]. Локализация опухоли оценивается клиницистами по отношению к плоскости ветвления в железе лицевого нерва. Снаружи от этой плоскости – поверхностный, а под ветвями лицевого нерва – глубокий отдел околоушной железы. На сегодняшний день общепринято, что все доброкачественные опухоли, расположенные в глубоком отделе околоушной железы, удаляются только путем проведения тотальной паротидэктомии с сохранением лицевого нерва [1, 3, 8, 9]. Суть такой операции сводится к следующему. Проводится один из стандартных разрезов в предушной области (Ковтуновича, Редона, Мартина и др.). Отслаивается кожно-жировой лоскут до полного обнажения наружной поверхности околоушной железы. Затем проводится удаление поверхностного отдела железы, отделяя его от ветвей лицевого нерва начиная со стволовой части его (по Редону), либо от периферии (по Ковтуновичу). После этого лицевой нерв отделяется от подлежащей части железы, приподнимается и проводится удаление глубокого отдела железы вместе с опухолью.

Однако, полное удаление функционально значимого и практически полноценного органа при наличии в нем доброкачественной опухоли, на наш взгляд, не совсем оправдано на современном уровне развития хирургии.

Цель: разработать и применить в клинических условиях методику органосохраняющей операции удаления доброкачественных опухолей глубокого отдела околоушной железы на основе применения микрохирургической техники.

Материал и методы

Данный метод разработан и применен в клинике челюстно-лицевой хирургии на базе 9-й городской клинической больницы г. Минска при хирургическом лечении 7 пациентов с доброкачественными опухолями (плеоморфные аденомы), которые локализовались в глубоком отделе околоушной слюнной

железы. Уточнение локализации опухоли проводилось по данным магнитно-резонансной компьютерной томографии.

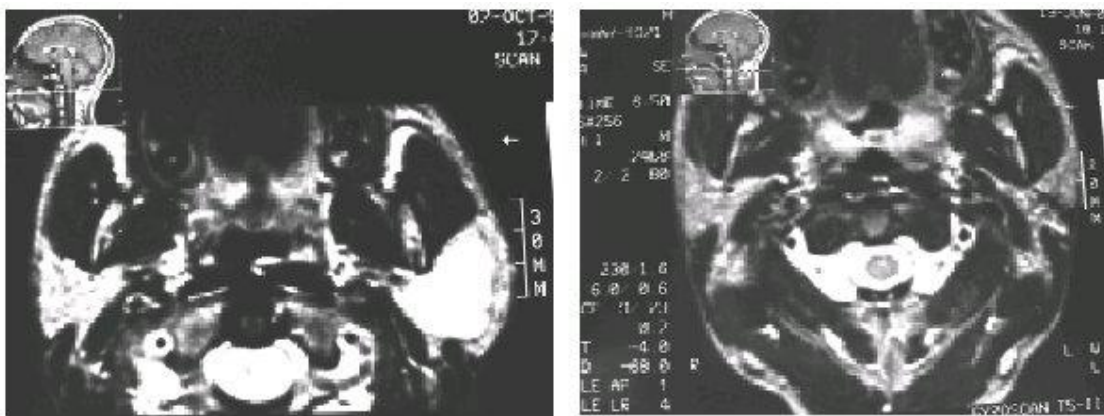
Методика операции заключается в следующем. В околоушно-жевательной области проводится разрез по Ковтуновичу. Рассекается кожа и подкожно-жировая клетчатка. Затем, в отличие от стандартной методики, отслойка кожно-жирового лоскута от наружной поверхности околоушной слюнной железы не проводится, а рассекается околоушная фасция в области нижнего и заднего полюса околоушной железы с последующей мобилизацией их кпереди до обнажения переднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Используя традиционные ориентиры, выходим на стволовую часть лицевого нерва. Под контролем операционной оптики и использованием микрохирургического инструментария, отделяем от стволовой части и ветвей лицевого нерва наружный отдел околоушной железы и мобилизуем его до переднего полюса железы единым анатомическим блоком с кожно-жировым лоскутом околоушно-жевательной области, максимально щадя при этом железистую ткань. Далее отделяем лицевой нерв от железистой ткани глубокого отдела железы. Глубокий отдел железы выделяем и удаляем из-под ветвей лицевого нерва вместе с находящейся в нем опухолью. При этом со стороны полости рта через устье в проток вводится зонд до уровня внутрижелезистой его части. Это позволяет осуществлять необходимый контроль и определить возможность сохранения протока вместе с прилежащим к нему сегментом железистой ткани, с целью поддержания слюновыделительной функции железы. У всех 7 пациентов представилось возможным провести операцию с сохранением выводного протока железы. В завершение операции, кожно-жировой лоскут вместе с сохраненным на нем поверхностным отделом слюнной железы, возвращается на место, восстанавливается целостность фасциального футляра и рана зашивается.

Результаты и обсуждение

У 3 пациентов послеоперационный период протекал без осложнений, у 4 – имели место явления травматического неврита лицевого нерва, которые к моменту выписки из стационара у 2 пациентов полностью купировались, а у 2 других отмечалась положительная динамика процесса. Швы сняты через 10-14 дней после операции, и пациенты были выписаны с выздоровлением.

При контрольном осмотре пациентов (4 человека) через 1 год после операции при массаже послеоперационной области из выводного протока оперированной железы отмечалось выделение небольшого количества прозрачного секрета, что свидетельствовало о сохранении слюновыделительной функции органа. При ультразвуковом исследовании сохраненная часть железы имела меньшие размеры по сравнению с симметричной здоровой железой, но эхоструктура обеих желез была идентична.

Объективным подтверждением стойкого полноценного сохранения структуры оперированной околоушной железы являются результаты магнитно-резонансной компьютерной томографии (МРТ), проведенной у пациента X. через 3 года после операции (рис.).



А

Б

Рис. МРТ околоушных слюнных желез пациента Х. (А – до операции, Б – через 3 года после операции)

Четко прослеживается полноценное сохранение структурной характеристики сигналов оперированной слюнной железы при ее уменьшенных размерах, по сравнению с симметричной железой.

Объективное подтверждение структурной полноценности сохраняемой при данной операции части околоушной железы (магнитно-резонансная компьютерная томография, ультразвуковое исследование) и сохранение ее слюновыделительной функции (выявленное при клиническом обследовании), дают основание предположить, что оперированная железа при этом сохраняет и другие важные функции, присущие данным органам.

Считаем, что применение данной методики операции при локализации доброкачественных опухолей в глубоком отделе околоушной железы целесообразно, поскольку наряду с радикальностью лечения (удаление опухоли), она позволяет сохранить структурно-функциональную полноценность оперированного органа.

Выводы

1. Разработанная микрохирургическая методика операции на околоушной железе позволяет хирургическим путем отделить поверхностный отдел железы от стволовой части и ветвей лицевого нерва, с сохранением анатомической связи отделяемой части железы с кожно-жировым лоскутом околоушно-жевательной области.
2. Данная методика операции не ухудшает хирургический доступ к глубокому отделу околоушной слюнной железы с целью удаления его единым блоком с опухолью.
3. Сохранение при данной методике операции поверхностного отдела околоушной железы не приводит к развитию каких-либо особых осложнений в послеоперационном периоде.
4. Подтверждение структурно-функциональной полноценности сохраняемой части околоушной слюнной железы дает основание говорить об органосохраняющем характере данной операции.

Литература

1. Давыдов, А.Б., Богатов, В.В., Шабанов, А.М. Совершенствование методов диагностики и лечения опухолей околоушной слюнной железы. – Тверь, 2000. – 144 с.
2. Маслов, А.С., Фалалеев, В.А. Хирургические методы лечения опухолей околоушной слюнной железы // Диагностика и лечение врожденных и приобретенных заболеваний челюстно-лицевой области. – М., 1990. – С. 23-28.
3. Пачес, А.И. Опухоли головы и шеи. – М., 1983. – 416 с.
4. Солнцев, А.М., Колесов, В.С. Хирургия слюнных желез, 1979.-.136 с.
5. Beziat, J., Seguin, P., Freidel, M. Parotidectomy in children Apropos of a homogeneous series of 15 cases // Rev. Stomatol. Chir. Maxillofac. – 1989(3). – P. 142-147.
6. Garcia-Perla Alb. et al. Pleomorphic adenoma of the parotid in childhood // J. Cranio-Maxillofac. Surg. – 2002 (30). – P. 242-245.
7. Hancock, B.D. Clinically benign parotid tumours: local dissection as an alternative to superficial parotidectomy in selected cases // Ann Roy Coll Surg Engl.-1999 (81).-P. 299-301.
8. Laskawi, R., Schott, T., Mirzaie-Petri, M., Schroeder, M. Surgical management of pleomorphic adenomas of the parotid gland: a follow-up study of three methods. // J. Oral Maxillofac. Surg.-1996 (54). – P. 1176-1179.
9. Maynard, J. Management of pleomorphic adenoma of the parotid // Br. J. Surg. – 1988 (75). – P. 305-308.
10. Satko, I., Stanko, P., Longauerova, I. Salivary gland tumours treated in the stomatological clinics in Bratislava // J. Cranio-Maxillofac. Surg. – 2000 (28). – P. 56-61.