

It was revealed that the activity of pulmonary function parameters (VC, CVC, maximal expiratory pressure, breath volume) is significantly reduced, indexes of the cardiovascular system (heart rate, HbO₂%,

SBP, DBP mmHg) changed, indicators of physical performance are also reduced.

It was proved a negative impact of tobacco smoke on the respiratory, cardiovascular system, functional reserves of the body, on the performance and endurance.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ С РЕКОНСТРУКЦИЕЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ДЕФЕКТА

А.И. Хасанов, Ф.Ш. Камолова, А.Ч. Полвонов, Р.М. Бекмирзаев

Республиканский онкологический научный центр

Новообразования слюнных желез встречаются в 1-2% наблюдений от общего количества опухолей [2,6]. Доброкачественные опухоли слюнных желез составляют около 60% [4]. Чаще опухоли возникают у лиц в возрасте от 30 до 60 лет. Для многих из опухолей характерен мультицентрический рост, при неадекватном лечении они часто рецидивируют [2,3,6,7]. К доброкачественным новообразованиям слюнных желез относятся наиболее часто встречающиеся плеоморфные аденомы (60-80%) – так называемые «смешанные» опухоли. Их доля среди всех опухолей слюнных желез – от 40 до 80% [2,3,8]. Первичная плеоморфная аденома обычно бывает единичной, однако рецидивы опухоли после операции почти всегда обусловлены неполным ее удалением (зачастую из-за боязни повреждения лицевого нерва). Нередко опухоль принимает вид множественных узлов [3,7].

Высокий процент рецидивов после энуклеации доброкачественных опухолей послужил причиной для разработки более радикальной техники хирургического вмешательства и поиска различных способов комбинированного лечения [1,3,8-10]. Радикальным хирургическим способом лечения является паротидэктомия с сохранением лицевого нерва, которая в свою очередь приводит к послеоперационным дефектам, с одной стороны, а с другой стороны, к появлению Фрей синдрома, встречающегося в 25% случаев [5]. Как

известно Фрей синдром проявляется покраснением кожи, излишним потением кожи околоушной области во время приема пищи. Причина – повреждения симпатических и парасимпатических нервных волокон. Устранение вышеперечисленных недостатков требует определенных знаний и навыков по проведению пластических, реконструктивных операций.

В настоящее время четко прослеживается тенденция к одномоментному пластическому возмещению удаленной опухолевой ткани. Хирург при этом должен решать одновременно две разные задачи – полноценно удалить опухоль и максимально полностью закрыть дефект.

Нами предложен способ хирургического вмешательства при плеоморфной аденоме околоушной слюнной железы с реконструкцией ретромандибулярной зоны перемещенным мышечным лоскутом собственного организма, который ранее не использовался в республике и не требует закупки дорогостоящего импортного материала.

Цель исследования

Улучшение результатов хирургического лечения больных с опухолями околоушной слюнной железы с реконструкцией послеоперационных дефектов.

Материал и методы

В отделении опухолей головы и шеи Республиканского

онкологического научного центра МЗ РУз в 2015 г. 14 больным проведено хирургическое лечение в объеме паротидэктомия с сохранением лицевого нерва и одновременная реконструкция ретромандибулярной зоны перемещенным мышечным лоскутом собственного организма. Мужчин было 5, женщин – 9. Возраст больных – от 20 до 65 лет. Всем пациентам произведены традиционные методы обследования с обязательной биопсией и гистологическим исследованием. У 11 из 14 больных диагностированы смешанные опухоли (плеоморфная аденома) околоушной слюнной железы, у остальных 2 гистологически диагностирован рак околоушной слюнной железы (недифференцированный рак и мукоэпидермоидная карцинома), у 1 – фибролипома околоушной слюнной железы.

При злокачественных опухолях околоушной слюнной железы при выполнении классической паротидэктомии с удалением лицевого

нерва проведение реконструктивно-восстановительных операций малоэффективно. Они приемлемы при паротидэктомии с сохранением лицевого нерва.

Результаты и обсуждение

При проведении паротидэктомии с сохранением лицевого нерва и одномоментной реконструкцией ретромандибулярной зоны с перемещенным мышечным лоскутом собственного организма у 14 больных уменьшены послеоперационные дефекты. Заживление раны у всех больных было первичным. Осложнений не было.

Приводим несколько примеров.

Больной А. 32 г. Диагноз: Смешанная опухоль околоушной слюнной железы слева. После клинко-инструментального обследования больному произведена операция «Паротидэктомия с сохранением лицевого нерва и с реконструкцией послеоперационного дефекта» (рис. 1, 2).



Рис. 1. Общий вид больного А. до лечения.

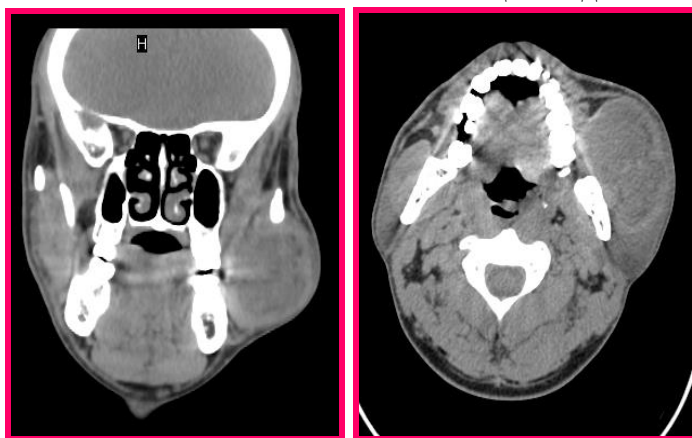


Рис. 2. МСКТ больного А. до лечения

Ход операции. После обнажения ствола лицевого нерва осуществляли

паротидэктомию. Замещение объемного дефекта мягких тканей, возникшего

после удаления околоушной слюнной железы, осуществляли сформированным из мышц *m. platyzma* и *m. Sternocleidomastoideus* аутоотрансплантатом. *M. platyzma* отсепааровывается с поверхностной фасцией от кожи с сосудистой ножкой, и формируется лоскут из *m. sternocleidomastoideus* вместе с питательной ножкой. Лоскут поднимается вверх под углом 60-70 градусов. Мышечный лоскут выкраивается по форме и толщины удаленной околоушной железы. Аутоотрансплантат фиксируются узловыми швами к послеоперационной ложе, в ране оставляется вакуум-дренаж. Рана ушивается послойно, на коже **вставляется** косметический шов.

При классической паротидэктомии с сохранением лицевого нерва лицевой нерв соприкасается с подкожной жировой тканью, и происходит мацерация (трения) с ней, а также с послеоперационными рубцовой тканью.



Рис. 3. Вид больной С. на 6-й и 30-й дни после паротидэктомии с сохранением лицевого нерва и с реконструкцией послеоперационного дефекта.

Как видно из рисунка, у пациентки отсутствует дефект ямки в послеоперационном ложе.

Клинические наблюдения свидетельствуют о том, что множественные поражения опухолью околоушной слюнной железы после паротидэктомии приводили к

Отмечается повреждение симпатических и парасимпатических нервных волокон (Фрей синдром). Применение одномоментной пластики позволяет избежать этих трений, которые в свою очередь дают возможность получить хорошие функциональные и косметические результаты, а также обеспечивает замещение дорогостоящего синтетического материала мышечным лоскутом собственного организма. В последующем устраненный косметический дефект даёт возможность некоторым больным вернуться к трудовой деятельности, которой они занимались до начала заболевания.

Больная С. 38 г. Диагноз: Смешанная опухоль околоушной слюнной железы слева. После клинко-инструментальных обследований больной произведена операция «Паротидэктомия с сохранением лицевого нерва и с реконструкцией послеоперационного дефекта» (рис. 3).

выраженным косметическим нарушениям: появлению ямочек в послеоперационной зоне. Как известно, косметические нарушения отрицательно действует на психику больных, особенно женщин, которые в наших исследованиях составляли 64% (рис. 4).



Рис. 4. Больная Б. после паротидэктомии с сохранением лицевого нерва, без реконструкции. Имеется дефект ямка в послеоперационном ложе.

Таким образом, предложенный нами способ хирургического вмешательства при опухолях околоушной слюнной железы с реконструкцией ретромандибулярной зоны перемещенным мышечным лоскутом собственного организма уменьшает выраженность послеоперационных косметических дефектов. Кроме того, предложенный метод предупреждает возникновение Фрей синдрома – гиперчувствительность данной области. На основании полученных результатов данную методику можно использовать у больных с опухолью околоушной слюнной железы.

Выводы

1. Реконструктивно-восстановительные операции у больных с опухолями околоушной слюнной железы после паротидэктомии с сохранением лицевого нерва являются актуальными.

2. Эти операции дают возможность замещать дорогостоящие синтетические материалы мышечным лоскутом собственного организма.

Литература

1. Грибова О.В. Нейтронно-фотонная терапия злокачественных новообразований слюнных и щитовидных желез: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 2008.

2. Матякин Е.Г., Дробышев А.Ю., Азизян Р.И. Рецидивы опухолей околоушных слюнных желез // Стоматология. – 2010. – №1. – С. 75-77.

3. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. – М., 2000. – 446 с.

4. Пачес А.И., Таболиновская Т.Д. Опухоли слюнных желез. – М.: Практ. медицина, 2009. – 470 с.

5. Сельский Н.Е. Контурная пластика лица комбинированными аллотрансплантатами: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб, 1992. – 22 с.

6. Штраубе Г.И., Василюк В.П., Кочержук А.С. Результаты диагностики и хирургического лечения доброкачественных опухолей слюнных желез // Здоровье семьи – 21 век. – 2012. – Т. 2, №2. – С. 21.

7. Bradley P. General epidemiology and statistics in defined UK population; Ed. M. McGulck. – Renahan Oxford– 2001. – P. 3-12.

8. Dehner L., Valbuena L. Salivary gland anlage tumor (congenital pleomorphic adenoma) // Amer. J. Surg. Pathol. – 1994. – Vol. 8. – P. 25-36.

9. Lewis J., Olsen K., Sebo T. Carcinoma ex pleomorphic adenoma: pathologic analysis of 73 cases // Hum. Pathol. – 2001. – Vol. 32. – P. 596-604.

10. Nordkvist A., Rolfer E., Bang G. Expression and mutation patterns of p.53 in behind and malignant salivary gland tumors // Int. J. Oncol. – 2003. – Vol. 16. – P. 477-483.

РЕЗЮМЕ

Целью работы было улучшение результатов хирургического лечения больных с опухолями околоушной

слюнной железы с помощью реконструкции послеоперационных дефектов. В отделении опухолей головы и шеи РОНЦ МЗ РУз в 2015 г. 14 больным проведено хирургическое лечение в объеме паротидэктомия с сохранением лицевого нерва и одновременная реконструкция ретромандибулярной зоны перемещенным мышечным лоскутом. Гистологически у 11(78%) больных диагностированы смешанные опухоли (плеоморфная аденома) околоушной слюнной железы. Полученные результаты показали, что эти операции дают возможность замещать дорогостоящие синтетические материалы мышечным лоскутом собственного организма.

SUMMARY

In conducting parotidectomy with preservation of the facial nerve and the simultaneous reconstruction of retromandibular zone with displacing own body muscle flap, in all 14 patients reduced postoperative complications, which had been revealed before as a defect in retromandibular area. Wound healing in all patients was primary. There were no complications.

Reconstructive - restorative surgery in patients with tumors in the parotid gland after parotidectomy is very relevant. This operations in these patients allow replacement of costly synthetic materials with their own body muscle flap.