УДК 616.316.5-006.03

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ И ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ОКОЛОУШНЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ И ПАРАЛИЧОМ МИМИЧЕСКОЙ МУСКУЛАТУРЫ

Пахомова Н.В., Калакуцкий Н.В., Петропавловская О.Ю., Грачев Д.И.

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, e-mail: dr.pnv25@yandex.ru

В настоящее время, на фоне увеличения общего количества онкологических заболеваний, особую актуальность приобретает лечение пациентов с опухолями челюстно-лицевой области. Среди них крайне распространены опухоли больших слюнных желез. Из них чаще всего поражаются околоушные слюнные железы. При оперативном лечении пациентов с опухолевыми процессами околоушных слюнных желез, при работе в глубоких отделах боковой области лица, может возникать повреждение ствола и ветвей лицевого нерва. Это вызывает парезы и параличи мимической мускулатуры. Их лечение является одним из наиболее сложных и длительных процессов реабилитации в челюстно-лицевой хирургии. Поэтому для объективизации планирования хирургического вмешательства необходимо использовать данные современных методов лучевой диагностики, а в ходе самой операции – применять дополнительные методы, облегчающие обнажение и препаровку лицевого нерва для предотвращения его травматизации. В случае неизбежного пересечения лицевого нерва с целью соблюдения абластичности операции показано проведение одномоментной нейропластики одним из известных методов. Щадящее отношение к нервным структурам позволяет минимизировать частоту послеоперационных нарушений мимики, а своевременная нейрореконструкция предотвращает инвалидизацию больного.

Ключевые слова: оперативное лечение новообразований околоушных слюнных желез, нейромониторинг, нейропластика

AN INTEGRATED APPROACH TO THE DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH PAROTID SALIVARY GLAND NEOPLASMS AND FACIAL PALSY

Pakhomova N.V., Kalakutskiy N.V., Petropavlovskaya O.Yu., Grachev D.I.

Saint Petersburg State Medical University named after I.P. Pavlov, Saint Petersburg, e-mail: dr.pnv25@yandex.ru

Currently there is a particular relevance in treatment of patients with tumors of the maxillofacial region, occurring against the backdrop of an increase in the total number of oncological diseases. Among them the major salivary gland tumors are extremely common and most of all occurs in the parotid gland. Operations in patients with parotid salivary gland tumors of the deep lateral facial region may cause the facial nerve impairment resulting in paresis and paralysis. Its treatment is one of the most complicated and long-term rehabilitation processes in maxillofacial surgery. Therefore to objectify the treatment planning it's necessary to use modern methods of diagnostics radiology and during the operation – to apply additional methods facilitating the facial nerve detection and preparation to prevent its traumatization. In case of unavoidable facial nerve cut observing the operation ablastics it's indicated to perform the simultaneous neuroplasty by one of known methods. Sparing approach to nerves minimizes the postoperative mimic disorders frequency and timely nerve reconstruction prevents patient's disability.

Keywords: surgical treatment of parotid salivary gland tumors, neuromonitoring, neuroplasty

Опухоли слюнных желез, по данным отечественных и зарубежных авторов, составляют 3 % от всех опухолей организма [1, 2]. Процентное соотношение от всех опухолей головы и шеи составляет от 2 до 4 % [3]. Злокачественные опухоли слюнных желез могут достигать 0,5 % от всех злокачественных опухолей организма, 3–5 % от всех злокачественных опухолей головы и шеи и 11 % от всех орофарингеальных злокачественных опухолей [4]. В современной периодической литературе упоминается, что новообразования околоушных слюнных желез занимают от 1 до 3 % от всех опухолей головы и шеи. Из них доброкачественные опухоли зарегистрированы в 75–80 %

случаев [5]. Самым распространенным доброкачественным новообразованием является плеоморфная аденома. По данным иностранных исследователей, она может составлять 70–94 % от опухолей околоушных слюнных желез [6].

Среди заболевших преобладают женщины в возрасте от 30 до 60 лет (63,4 %). Пятилетняя выживаемость после хирургического лечения составляет 50 %. Рецидивы встречаются в 9,4 % случаев от общего числа первичных больных [7]. Недостаточный объем резецируемых тканей, являющийся основной причиной рецидивов, объясняется тем, что в большинстве случаев хирург боится повредить лицевой нерв, что неизбежно при-

водит к нарушению двигательной иннервации мимической мускулатуры лица [8].

По данным авторитетных зарубежных исследователей, временные параличи мимической мускулатуры после операций на околоушных слюнных железах могут колебаться от 10,2% до 53,5%, в то время как постоянные параличи имеют разброс от 2,6% до 14,5% [9, 10].

Следует отметить, что полноценное лечение послеоперационных парезов и параличей лица является многолетним, сложным и затратным процессом, требующим привлечения сразу нескольких специалистов различного профиля. Поэтому еще на дооперационном этапе необходимо прикладывать все усилия для четкого планирования операции, а в ходе ее проведения – использовать современные средства интраоперационного контроля и визуализации, позволяющие предупредить повреждение ствола и ветвей лицевого нерва [11].

Цель исследования

Улучшение отдаленных результатов реабилитации пациентов с опухолями околоушных слюнных желез и параличом мимической мускулатуры, получающих лечение в ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России.

Материалы и методы исследования

Выполнено открытое проспективное нерандомизированное исследование 97 историй болезни пациентов с патологией бокового отдела лица (опухоли слюнных желез и паралич мимической мускулатуры), находившихся на лечении в клинике челюстно-лицевой хирургии ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России с января 2015 г. по декабрь 2017 г. Обработка полученной информации проведена с помощью пакета лицензионных программ по статистической обработке данных «Statistica» (10 версия).

Полученные сведения (в том числе возраст, пол, локализация опухоли, характер оперативного лечения, результат гистологического исследования, наличие послеоперационного нарушения функции мимической мускулатуры, были внесены в оригинальную программу для ЭВМ «Планирование и учет диспансерного наблюдения после оперативного лечения больных с патологией околоушных слюнных желез и параличом мимической мускулатуры» (свидетельство о государственной регистрации № 2016661620 от 14 октября 2016 г.). Выполнен анализ данных с помощью описательной статистики. После получения добровольного информированного согласия осуществлялись фотографирование и видеосъемка пациентов до, во время и после операции.

Результаты исследования и их обсуждение

Проанализированы результаты лечения 97 пациентов с опухолями околоушных слюнных желез (94 человека) и стойким па-

раличом мимической мускулатуры (3 человека), обратившихся для оперативного лечения в клинику челюстно-лицевой хирургии ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России с января 2015 г. по декабрь 2017 г. (рис. 1). Среди них подавляющее большинство получало лечение по ВМП-каналу госпитализации. Территориально основная часть пациентов проживала в Санкт-Петербурге, на втором месте – Ленинградская область, на третьем – Псковская область. Среднее количество койко-дней равно 10.

Следует отметить, что, несмотря на наличие лицензии на лечение онкологических больных, в большинстве случаев на госпитализацию отбирались пациенты с доброкачественными новообразованиями околоушных слюнных желез.

Суммарно, из всей выборки пациентов, мужчины составили 26% (25 человек), а женщины – 74% (71 человек). Средний возраст пациентов в 2015 г. составил 50 лет и 6 мес., в 2016 г. – 49 лет, в 2017 г. – 50 лет. Отмечено ежегодное преобладание пациентов, первично обратившихся за лечением. В целом за указанный период соотношение мужчин и женщин можно представить как 1: 2,8. Ежегодно отмечалось преобладание женской части населения в структуре первичных больных. За 3 проанализированных года не отмечено существенного колебания количества тематических больных.

Из 94 пациентов с новообразованиями околоушной слюнной железы доброкачественные опухоли диагностированы у 90,4% (85 человек); злокачественные у 9,6% (9 человек) (соотношение опухолей: 9,4:1).

В рамках выполненной работы выявлено, что среди пациентов, обращающихся на оперативное лечение в челюстно-лицевой стационар ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России в течение 3 лет, ежегодно преобладают больные, страдающие доброкачественными новообразованиями околоушных слюнных желез. Подавляющее большинство злокачественных опухолей явились неожиданной находкой после проведения окончательного гистологического исследования и трактовались как результат малигнизации первичной доброкачественной опухоли. Следует отметить, что полученные нами данные не противоречат общемировой статистике.

Согласно анализу результатов послеоперационного гистологического заключения, среди доброкачественных новообразований околоушных слюнных желез наиболее распространена плеоморфная аденома, второе место занимает аденолимфома.

Рис. 1. Распределение больных с новообразованиями околоушных слюнных желез и параличом мимической мускулатуры, обратившихся на лечение в клинику челюстно-лицевой хирургии ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России с января 2015 г. по декабрь 2017 г. по годам и по гендерному признаку

Среди всех отмеченных больных с опухолями околоушных слюнных желез с 2015 по 2017 г. выявлено только 2 человека с повторным возникновением новообразований, которые ранее получали лечение в нашей клинике. В одном случае, после блок-резекции в 2013 г. (после двух предшествовавших операций в других медучреждениях), выявлено повторное образование опухолевого узла слюнной железы (гистологически – аденома) через 4 года после последнего вмешательства (в 2017 г.). В другом случае, через 10 лет после первой операции, выявлен рецидив новообразования с малигнизацией процесса. Хочется обратить особое внимание, что остальные пациенты, зарегистрированные в медицинской электронной базе как больные с рецидивом новообразований околоушных слюнных желез, были направлены для проведения высокотехнологичного лечения из других регионов, где и получали лечение первично.

Работа с пациентами (диагностический подход и тактика оперативного лечения) осуществлялась в соответствии с «Клиническим протоколом медицинской помощи при доброкачественных образованиях мягких тканей головы и шеи», утвержденном на заседании Секции СтАР «Ассоциации челюстно-лицевых хирургов и хирургов-стоматологов» 21 апреля 2014 года. После клинического обследования больных проводилась магнитно-резонансная томография околоушных областей и шеи с контрастным усилением и только после этого, для верификации диагноза, выполнялась тонкоигольная аспирационная биопсия.

Выполнение магнитно-резонансной томографии объективизировало границы опухолевого роста и позволяло высказать предположение о характере процесса, что крайне важно, в связи с недостаточной точностью цитологического исследования.

К сожалению, на сегодняшний день методы лучевой диагностики не дают убедительной визуализации хода экстратемпорального отдела лицевого нерва в толще околоушной слюнной железы. Однако они значительно помогают при планировании оперативного вмешательства, поскольку позволяют оценить глубину расположения опухоли, что, в свою очередь, определяет объем резекции и позволяет судить о возможности нейропластики.

У 71 человека (73%) операции проводились под контролем интраоперационного нейромониторинга в режиме монополярной стимуляции с применением системы «NIM Neuro 3.0» (фирмы Medtronic). Учитывая многообразие клинических проявлений паралича мимической мускулатуры и опухолей околоушных слюнных желез, применялся широкий спектр операций (рис. 2).

Следует отметить, что именно применение интраоперационного нейромониторинга позволило проводить вмешательства крайне прецизионно, сохраняя структуры лицевого нерва. Во всех случаях соблюдались требования к абластичному проведению операции, но за счет нейромониторинга у отдельных больных, даже при проведении экстирпации околоушной слюнной железы, удавалось сохранить лицевой нерв. Во всех случаях, когда ствол или ветви лицевого не-

рва были вовлечены в опухолевый процесс, осуществлялась одномоментная нейропластика (рис. 3). На текущий момент получены «хорошие» и «отличные» (по шкале М.

May) результаты пластики лицевого нерва у всех пациентов, кроме одной больной, прооперированной в ноябре 2017 г.

- субтотальная резекция околоушной слюнной железы с опухолью с сохранением лицевого нерва
- субтотальная резекция околоушной слюнной железы с опухолью с нейропластикой
- экстирпация околоушной слюнной железы опухолью с сохранением ветвей лицевого нерва
- экстирпация околоушной слюнной железы с опухолью с нейропластикой
- биопсия
- отказ от операции
- удаление кисты околоушной слюнной железы
- операции динамической коррекции паралича mimической мускулатуры

Рис. 2. Варианты оперативных вмешательств в боковом отделе лица у пациентов, обратившихся на лечение в клинику челюстно-лицевой хирургии ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России с января 2015 г. по декабрь 2017 г.

Рис. 3. Схема одномоментной нейропластики ствола и ветвей лицевого нерва у больной Л. 71 года при удалении аденомы левой околоушной слюнной железы

В настоящее время все больные находятся на диспансерном наблюдении у онколога и челюстно-лицевого хирурга. После получения результатов послеоперационного гистологического исследования составляется план комплексной реабилитации с привлечением невролога, офтальмолога, ЛОР-врача, специалиста по лечебной физкультуре, физиотерапевта и дерматолога. Регулярно осуществляется сонографический контроль и, по показаниям, электронейромиография.

Заключение

При проведении анализа историй болезни пациентов с опухолями околоушных слюнных желез и параличом мимической мускулатуры, получавших лечение в клинике челюстно-лицевой хирургии ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России с января 2015 г. по декабрь 2017 г., отмечено, что новообразования околоушных слюнных желез встречаются преимущественно у женщин в возрасте около 50 лет. Наиболее распространенным морфотипом опухолей околоушных слюнных желез является плеоморфная аденома. Всем пациентам на догоспитальном этапе проводилась магнитно-резонансная томография, что позволило объективизировать планирование объема оперативного вмешательства. Использование современного высокотехнологичного оборудования для интраоперационного нейромониторинга позволило уменьшить количество послеоперационных осложнений, что в результате минимизировало число койко-дней пребывания в стационаре и ускорило дальнейшую реабилитацию данной категории больных. Проведение первичной нейропластики лицевого нерва при удалении опухолей околоушных слюнных желез помогло

избежать инвалидизации больного и предотвратило проведение сложных и затратных вторичных нейрореконструктивных вмешательств. Мультидисциплинарный подход при обследовании и лечении пациентов с опухолями околоушных слюнных желез и параличом мимической мускулатуры позволяет успешно реабилитировать одну из самых сложных в челюстно-лицевой хирургии категорию больных.

Список литературы

1. Пачес А.И., Таболинская Т.Д. Опухоли слюнных желез. – М.: Практическая медицина, 2009. – 490 с.
2. Som P.M., Brandwein M. Salivary glands. In Som P.M., Curtin H.D. (eds): Head and Neck Imaging. 3rd edn. // Mosby Year Book Co. St.T.Louis. – 1996. – P. 833–836
3. Bradley P., O'Hara J. Diseases of the salivary glands // Surgery (Oxford). – 2015. – Vol. 33, № 12. – P. 614–619.
4. Speight P.M., Barrett A.W. Salivary gland tumours // Oral Diseases. – 2002. – Vol. 8, № 5. – P. 229–240.
5. Kevin Y. Zhan, Sobia F. Khaja, Allen B. Flack, Terry A. Day. Benign Parotid Tumors // Otolaryngol Clin. N. Am. – 2016. – Vol.49 – P. 327–342.
6. Upton D.C., McNamar J.P., Connor N.C., Harari P.M., Hartig G.K. Parotidectomy: ten-year review of 237 cases at a single institution // Otolaryngol Head Neck. – 2007. – Vol. 136. – P. 788–792.
7. Решетов И.В. Опухоли органов головы и шеи: технологии лечения и реабилитации пациентов: реконструкция тканей. – М., 2016. – 520 с.
8. Terrell J.E., Kileny P.R. et al. Clinical outcome of continuous facial nerve monitoring during primary parotidectomy // Archives of Otolaryngology Head & Neck Surgery. – 1997. – Vol. 123, № 10. – P. 1081–1087.
9. Janusz Piekarski, Dariusz Nejc et col. Results of Extracapsular Dissection of Pleomorphic Adenoma of Parotid Gland // J. Oral Maxillofac. Surg. – 2004. – Vol. 62. – P. 1198–1202.
10. Renehan A., Gleave E.N., McGurk M. An analysis of the treatment of 114 patients with recurrent pleomorphic adenomas of the parotid gland // Am J. Surg. – 1996. – Vol. 172. – P. 710–714.
11. Пахомова Н.В. Диагностика и варианты хирургического лечения паралича мимической мускулатуры: дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2014. – 181 с.