

Арстанбеков С.Р., Жумабаев А.Р.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ СМЕШАННЫХ ОПУХОЛЕЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Арстанбеков С.Р., Жумабаев А.Р.

АРАЛАШ ШИЛЕКЕЙ БЕЗДЕРИНИН КЛИНИКАСЫ

S.R. Arstanbekov, A.R. Zhumabaev

THE CLINICAL COURSE OF MIXED TUMORS OF THE SALIVARY GLANDS

УДК: 616.316-006

*Опухоли слюнных желез занимают 1–5% в статистике онкологической заболеваемости. На протяжении многих лет эти цифры довольно стабильны и не имеют тенденции к снижению. Представлен анализ 32 больных со смешанными опухолями слюнных желез, показано, что при лечении целесообразно индивидуально определять объем хирургического вмешательства.*

**Ключевые слова:** клиника, опухоль, смешанный.

*Онкологиялык статистика боюнча шилекей бездеринин шишиктери 1-5% түзөт. Көп жылдан бери бул көрсөткүч туруктуу. 32 аралашма шилекей бездеринин анализдери түзүлүп, хирургиялык жардам көрсөтүүгө такталган.*

**Негизги сөздөр:** клиника, шишик, аралашма.

*The clinical course of mixed tumors of the salivary glands.*

*Tumors of the salivary glands occupy 1–5% of cancer incidence statistics. For many years, these numbers are fairly stable and do not tend to decrease. The analysis of 32 patients with mixed tumors of the salivary glands, it is shown that the treatment it is advisable to individually determine the volume of surgical intervention.*

**Key words:** clinical, tumor, mixed.

Опухоли слюнных желез занимают 1-5% в статистике онкологической заболеваемости. На протяжении многих лет эти цифры довольно стабильны и не имеют тенденции к снижению [1,2,3].

Большинство (95%) новообразований имеют эпителиальную природу. В 88% случаев опухоли локализируются в больших слюнных железах.

Чаще опухоли бывают доброкачественными (около 60%). Самой распространенной доброкачественной опухолью является смешанная опухоль (полиморфная аденома), причем в 80-90% она развивается в околоушной слюнной железе. Соотношение опухолей околоушной и подчелюстной слюнных желез составляет, по данным различных авторов, от 6:1 до 15:1. Опухоли слюнных желез могут наблюдаться в различном возрасте.

При изучении клинической картины и локализации «смешанной» опухоли в околоушной слюнной железе установлено, что 40,1% их располагается в позадичелюстной области 12,3% - в нижнем полюсе железы. У этих больных при размерах опухоли до 2 см мы производили резекцию железы, а при размерах новообразования более 2 см – субтотальную резекцию железы. При локализации опухоли в поверхностной части впереди ушной раковины, что отмечает у 26% больных, как правило, выполнялось

субтотальная резекция железы в плоскости расположения ветвей лицевого нерва. И только когда опухоль занимала всю околоушную слюнную железу, что наблюдалось у 3,7% пациентов, производилось паротидэктомия с сохранением ветвей лицевого нерва.

Особого внимания, как с точки зрения диагностики, так и лечения, требуют «смешанные» опухоли глоточного отростка железы, т.е. той части железы, которое располагается под ветвями лицевого нерва. В наших наблюдениях подобная локализация отмечена 12,3% больных. В этих наблюдениях в зависимости от размеров и направления роста новообразования выполнялись резекция железы или паротидэктомия с сохранением ветвей лицевого нерва обычным впереди ушным доступом или паротидэктомия с парафарингиальном ростом.

Перечисленные операции в большинстве наблюдений осуществлялись по направлению от основного ствола лицевого нерва к его периферическим ветвям по модифицированной методике Редона. При расположении опухоли непосредственно в области ствола лицевого нерва хирургическое вмешательство выполнялось по направлению от периферических ветвей к основному стволу лицевого нерва использовалось - методика Г.П. Ковтуновича.

Общее состояние пациентов обычно не страдало, они относительно легко переносили хирургическое вмешательство, быстро выздоравливали.

При изучении отдаленных результатов лечения 32 больных с первичными «смешанными» опухолями околоушной слюнной железы рецидива новообразования не выявлено ни у одного пациента. Сроки наблюдения у 74,4% пациентов превышают 2 года, у 55,5% - более трех лет и у 35,3% - они составляют от 5 до 9 лет. Эти сроки наблюдения мы считаем достаточными, т.к. по данным литературы известно, что 50 % «смешанных» опухолей рецидивирует впервые 2 года после лечение, а в течение первых пяти лет обнаруживаются 90% рецидивов этих новообразований.

При изучении предшествующего лечению 13 пациентов, обратившихся в Центр по поводу рецидивов «смешанной» опухоли околоушной слюнной железы выяснено, что у всех больных ранее проводилось нерадикальное или неадекватное лечение. Таким образом, в большинстве наблюдений речь идет о продолженном росте первичной «смешанной» опухоли.

Объем хирургического вмешательства, осуществленный 55 раз (36 как самостоятельное лечение и в 19 наблюдениях в комбинации с лучевой терапией), не превышал энуклеации опухоли, а в 4 наблюдениях выполнено кускование опухоли. В настоящее время накоплен значительный материал о том, что операции такого объема не должно иметь место в лечении «смешанных» опухолей околоушной слюнной железы. Это связано с особенностями морфологического строения этих опухолей и их капсулы, а также трудностями при использовании такой методики для полного удаления опухолей глубокой части железы.

Более того, пересечение лицевого нерва или одной из его ветвей и развитие паралича соответственных групп мимических мышц при выполнении энуклеации, по данным А.И.Пачес (2007) наблюдается в 20%. Паралич одной или нескольких групп мимических мышц лица, возникший в результате пересечения ветвей лицевого нерва, предшествующих хирургических вмешательствах отмечен нами у 14,3% пациентов.

Рецидивы после лечения «смешанных» опухолей околоушной слюнной железы наблюдаются, по данным различных авторов, в 1,5-35% случаев (в крупных специализированных клиниках США-в 5%) и возникают чаще в течение первых двух лет. Мы наблюдали рецидивы только после хирургического лечения рецидивных «смешанных» опухолей в 3% случаев. По данным американских хирургов, повторные рецидивы после удаления рецидивных «смешанных» опухолей следует ожидать в 25% случаев. Эта цифра говорит о большой ответственности хирурга, делающего первую операцию. Учитывая низкий коэффициент роста для этих новообразований около 1 см/год, вероятнее всего предположить, что в этих наблюдениях имело место продолженный рост не радикально оперированной первичной «смешанной» опухоли. При обнаружении опухоли спустя 5 и более лет после лечения возможными причинами рецидива мы считаем, во-первых, неадекватное лечение, учитывая низкий потенциал роста этих новообразований, и во-вторых, возможность мультицентрического роста опухолевых зачатков.

При анализе сроков появления второго, третьего и последующих рецидивов следует отметить, что у большинства больных (89,4%) рецидивы выявлены в первые два года после лечения. Причем, после энуклеации у 3 из 6 пациентов они обнаружены в сроки до 6 месяцев, а после энуклеации в комбинации с лучевой терапией у 6 из 7 больных. Эти данные указывают на более высокий темп роста

рецидивных опухолей по сравнению с первичными формами, а также на то, что лучевая терапия не удлиняет сроков ремиссии.

Дифференциальный подход в выборе объема и техники хирургического вмешательства позволил у всех 32 пациентов с первичными «смешанными» опухолями околоушной слюнной железы сохранить целостность лицевого нерва, а также не предупредить больших о таком тяжелом последствии как паралич мимических мышц лица.

Кроме того, успеху в сохранении лицевого нерва способствует использование современного эндотрахеального наркоза, который создает условия для спокойного проведения операции, более свободной ориентации в тканях и не отвлекает хирурга при работе на лицевом нерве и его ветвях.

Временный парез одной или нескольких групп мимических мышц лица было возможно ишемического или травматического характера. Восстановлений функции лицевого нерва или отдельных его ветвей у большинства пациентов происходило в сроки от 1 недели до 2-х месяцев. Продолжительность пареза зависела от типа деления основного ствола лицевого нерва, от взаимоотношения опухоли и ветвей лицевого нерва, а также от интервала между предшествующим облучением и операцией, и доз лучевой терапии.

При лечении больных с рецидивами «смешанной» опухоли вторичный фиброз и склероз тканей околоушной слюнной железы после предыдущих операции и лучевой терапии в ряде наблюдений затрудняли выделения лицевого нерва и его ветвей и удлиняли сроки восстановления функции лицевого нерва.

Таким образом, знания клинических и морфологических особенностей смешанных опухолей и их сопоставления с данными дополнительных методов исследования позволяют предотвратить ошибочную предоперационную диагностику, при лечении целесообразно индивидуально определять объем хирургического вмешательства.

#### Литература:

1. Варшавский А.И. Клиника, диагностика и лечение аденом околоушной слюнной железы. *Стоматология* Том 89 3.2010.
2. Давыдов А.Б., Богатов В.В., Шабанов А.М. Совершенствование методов диагностики и лечения опухолей слюнных желез. Тверь 2000.
3. Светицкий П.В., Енгбарян М.А., Гусова М.А., Донская А.К. Рецидивная полиморфная аденома глоточного отростка околоушной слюнной железы. *Стоматология* 6.2014.

Рецензент: д.м.н., профессор Аралбаев Р.Т.