

DOI: 10.33454/1728-1261-2022-1-18-20
УДК 616.316-006.55-089

Хирургическое лечение гигантской плеоморфной аденомы околоушной слюнной железы

В. Л. Коваленко, А. С. Серебрянская, А. С. Барбашова

ГБУЗ МО «Ступинская областная клиническая больница»,
142800, Московская область, г. Ступино, ул. Чайковского, 7; тел.: + 7 (4966) 42-64-64; e-mail: stupinomed@mail.ru

Surgical treatment of giant pleomorphic adenoma of the parotid salivary gland

V. L. Kovalenko, A. S. Serebryanskaya, A. S. Barbashova

The Stupino Regional Clinical Hospital, 7 Tchaikovsky Street, Stupino, Moscow Oblast,
zip code: 7142800, Russia; phone +7 (4966) 42-64-64; e-mail: stupinomed@mail.ru

Представлено наблюдение хирургического лечения гигантской плеоморфной аденомы околоушной слюнной железы. Плеоморфная аденома околоушной слюнной железы является преобладающей формой среди опухолей слюнных желез. Медленный рост, скудная симптоматика приводят к поздней диагностике и значительному поражению околоушной слюнной железы. Сложности хирургического лечения опухоли связаны с прохождением в толще железы магистральных сосудов и нервных стволов.

Ключевые слова: плеоморфная аденома, околоушная слюнная железа, паротидэктомия.

A case of surgical treatment of a giant pleomorphic adenoma of the parotid salivary gland is presented. Pleomorphic adenoma of the parotid salivary gland is the predominant form among tumors of the salivary glands. Slow growth, poor symptoms lead to late diagnosis and significant damage to the parotid salivary gland. The complexity of surgical treatment of the tumor is associated with the passage of the main vessels and nerve trunks in the thickness of the gland.

Key words: pleomorphic adenoma, parotid salivary gland, parotidectomy.

Опухоли слюнных желез, по данным исследований отечественных и зарубежных авторов, составляют 1–2 % от всех опухолей. При этом на новообразования околоушных слюнных желез приходится от 1 до 3 % среди опухолей головы и шеи [1].

Среди новообразований околоушных слюнных желез наиболее часто встречаются доброкачественные опухоли (70–80 %). Самым распространенным доброкачественным новообразованием является плеоморфная аденома (ПА), на долю которой приходится от 40 до 80 % всех опухолей слюнных желез. Чаще всего ПА диагностируется у женщин в возрасте 30–60 лет. Этиология ПА околоушной слюнной железы окончательно не выяснена. Воспалительные заболевания, гормональные нарушения, генетическая предрасположенность являются факторами риска, повышающими вероятность ее образования [2, 4]. Пациенты с ПА длительное время не предъявляют жалоб, и опухоль, как правило, диагностируется случайно. Новообразование плотной консистенции распола-

гается в задне-нижнечелюстной ямке, имеет округлую форму с ровной поверхностью [3]. На компьютерной томограмме ПА имеет вид одиночного образования округлой формы, в большинстве случаев с четкими границами и ровными контурами.

Лечение ПА околоушной слюнной железы хирургическое. При расположении опухоли вблизи основного ствола лицевого нерва проводят субтотальную резекцию околоушной слюнной железы либо полное ее удаление (паротидэктомия). Самым распространенным осложнением хирургического лечения ПА околоушной слюнной железы является неврит лицевого нерва вследствие его прохождения через железу. После проведения хирургического лечения прогноз в большинстве случаев благоприятный. Рецидивы встречаются у 5–10 % больных, чаще всего при недостаточном объеме резецируемых тканей; малигнизация наблюдается в 3,6–30 % случаев [1, 2].

Представляем собственное наблюдение хирургического лечения гигантской ПА околоушной слюнной железы.

Больной М., 69 лет, проживает в психоневрологическом интернате г. Ступино Московской области. Госпитализирован 11.11.2021 г. в плановом порядке в Ступинскую областную клиническую больницу с жалобами на наличие опухоли в правой околоушной области, переходящей на боковую часть шеи, затруднение при повороте и поднятии головы, образование кровоточащей язвы в области задней поверхности опухоли.

Из анамнеза установлено, что пациент более 20 лет страдает параноидной шизофренией и дисциркуляторной энцефалопатией 2–3 степени с когнитивными нарушениями. Время появления новообразования пациент точно указать не смог в связи с психическим заболеванием, однако на фотографии паспорта за 2003 г. видна опухоль правой околоушной области больших размеров. Впервые за медицинской помощью с вышеуказанными жалобами обратился в сентябре 2021 г. Консультирован в МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, где было рекомендовано выполнить по месту жительства оперативное лечение распадающейся опухоли.

При поступлении состояние пациента относительно удовлетворительное. Не встает с постели из-за ранее перенесенного перелома шейки правого бедра и больших размеров опухоли правой околоушной области. Психоневрологический статус: дезориентирован в месте и времени. Контакт по вопросам формальный. Мышление паралогичное. Беспомощен. Полностью обслуживается медперсоналом. Питания пониженного. Телосложения астенического. Кожные покровы бледноватые. Тургор тканей понижен. Дыхание в легких везикулярное. Пульс 76, ритмичный. АД 105/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена, селезенка не пальпируется. Стул, диурез без особенностей.

Локально: конфигурация лица изменена за счет наличия больших размеров опухоли в правой околоушной области, переходящей на правую боковую поверхность шеи (рис. 1). Вверху опухоль начинается от козелка правого уха и распространяется вниз до правой ключицы. При пальпации новообразование плотное, бугристое, относительно подвижное, размерами 22×11 см. На задне-нижней поверхности опухоли располагается трофическая язва размером 4×5 см с серозно-геморрагическим отделяемым (рис. 2). Задне-нижняя поверхность опухоли прилежит к передней поверхности правого плечевого сустава, где имеются трофические нарушения кожи по типу пролежня из-за давления опухоли. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. Открывание рта в полном объеме.



Рис. 1. Внешний вид опухоли спереди



Рис. 2. Внешний вид опухоли сзади



Рис. 3. СКТ головы и шеи больного М., фронтальный срез

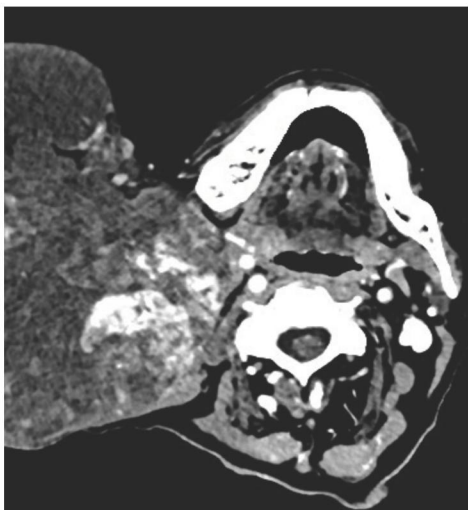


Рис. 4. СКТ шеи больного М., поперечный срез

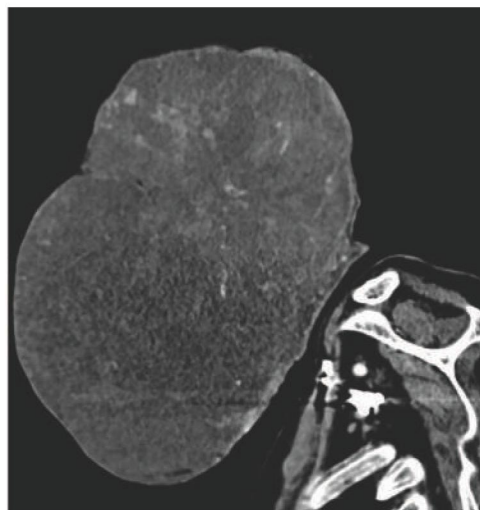


Рис. 5. СКТ шеи больного М., сагиттальный срез

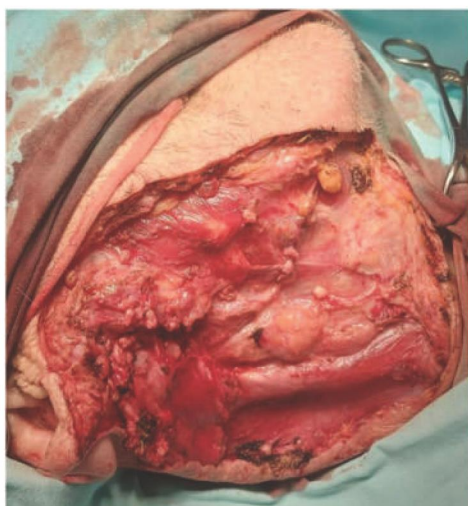


Рис. 6. Операционное поле после удаления опухоли



Рис. 7. Пластическое закрытие раневого дефекта

Компьютерная томография головы с контрастом (рис. 3, 4, 5): в области правой околоушной слюнной железы определяется гигантское объемное образование размером 21,5×10,3 см, неоднородно накапливающее контрастное вещество, распространяющееся на мягкие ткани шеи до надключичной области. При цитологическом исследовании пунктата опухоли – картина плеоморфной аденомы.

18.11.2021 г. – паротидэктомия с удалением гигантской опухоли правой околоушной

слюнной железы, сохранением основной ветви лицевого нерва, пластическим закрытием раневого дефекта (хирург Коваленко В.А.; рис. 6, 7). Течение после операции без осложнений. На 5-е сутки после операции начал вставать и передвигаться с помощью костылей и медперсонала. Гистологическое исследование № 8347 – плеоморфная аденома с трофическими нарушениями; вес опухоли 2 428 гр. Выписан в удовлетворительном состоянии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Афанасьев, В. В. Слюнные железы. Болезни и травмы: рук. для врачей / В. В. Афанасьев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 296 с.
2. Лебедев, М. В. Плеоморфная аденома околоушной слюнной железы / М. В. Лебедев, И. Ю. Захарова, К. И. Керимова // Вестн. Пенз. гос. ун-та. – 2019. – № 1 (25). – С. 77–79.
3. Результаты диагностики и хирургического ле-

4. Хасанов, А. И. Паротидэктомия с одномоментной реконструкцией послеоперационного дефекта / А. И. Хасанов, Ф. Ш. Камалова, А. Ч. Полвонов // Опухоли головы и шеи. – 2017. – Т. 7, № 7. – С. 42–45