

*Ф.Д. ЕВЧЕВ, М.А. ВАРЕШКИНА, А.Ф. ЕВЧЕВА*

**КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ  
ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ ОПУХОЛЯХ  
ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ**  
*Сообщение 3*

*Каф. оториноларингологии Одес. нац. мед. ун-та  
(ректор – акад. НАМН В.Н. Запорожан)*

Доброкачественные опухоли (эпителиальные и неэпителиальные) околоушной слюной железы встречаются у пациентов в различном возрасте. Как правило, новообразование околоушной слюнной железы возникают с одной стороны, но одинаково часто располагаются справа и слева. Среди неэпителиальных опухолей чаще выявляются сосудистые. Из всех новообразований околоушной слюнной железы чаще всего наблюдаются полиморфные аденомы (смешанные опухоли), составляя 47,3%, от доброкачественных эпителиальных опухолей (87,3%) [3, 4, 5].

Несмотря на то, что новообразования слюнных желез имеют к «наружную» локализацию, их распознавание не всегда бывает быстрым и точным. Чаще отмечаются неудачи в диагностике опухолей глубоких отделов железы, ее глоточного отростка и нижнего полюса (парафарингеального пространства). Учитывая непосредственную близость внутренних отделов околоушной слюнной железы к окологлоточному пространству и перепончатохрящевому отделу наружного слухового прохода, необходимо исключить патологию глотки и уха [6, 1].

Знания топографо-анатомического взаимоотношения опухоли околоушной железы, ее нижнего полюса и глоточного отростка с окружающими структурами - нижней челюстью, мышцами глотки, шиловидным отростком, наружной и внутренней сонной артерией, внутренней яремной веной, блуждающим, языкоглоточным, подъязычным и добавочным нервам, зна-

чительно облегчают диагностику. Особое клиническое значение имеют нарушения иннервации и кровоснабжения этой области, так как вовлечение сосудисто-нервных образований в опухолевый или воспалительный процесс формирует клиническую симптоматику заболевания околоушной железы. Эти знания важны для учета и понимания технических трудностей, которые встречаются при проведении диагностической пункционной биопсии новообразования, а также позволяют отоларингологу провести хирургическое иссечение опухоли без осложнений.

Известно, что 12 пар черепных нервов выходят через костные каналы мозгового и лицевого черепа. Инструментальное исследование и неизвизивная визуализация этих нервов затруднены [6]. Однако некоторые из них после выхода из костных каналов могут быть в определенной степени визуализированы. В эту группу входят лицевой, блуждающий и добавочный нервы, а языкоглоточный и подъязычный не удается достоверно визуализировать.

При опухолях околоушной слюнной железы, как правило, в патологический процесс вовлечен ствол лицевого нерва и его ветва, при новообразованиях нижнего полюса и глоточного отростка (фарингопарафарингеального пространства) - нижнечелюстная и шейная ветви, а также ветви языкоглоточного, добавочного нервов и симпатического сплетения на шее.

Лицевой нерв (n. facialis), VII пара черепных нервов, относится к нервам мостомозжечкового угла и является смешанным

нервом, имеет двигательные, чувствительные и парасимпатические волокна. Нерв выходит из черепа через шилососцевидное отверстие (*foramen stylomastoideus*) височной кости, ложится в толщу околоушной железы, неся в себе только двигательные волокна для висцерокраниальных мышц (мимические и некоторые жевательные мышцы). Лицевой нерв до вхождения в толщу железы отдает ветви, которые важно верифицировать интраоперационно и сохранить: 1) ветвь шилоподъязычной мышцы – тонкий ствол, который соединяется с симпатическим сплетением, расположенным вокруг наружной сонной артерии и входит в толщу шилоподъязычной мышцы; 2) ветвь двубрюшной мышцы отходит от основного ствола ниже предыдущей, имеет соединительную ветвь с языкоглоточным нервом (*n. glossopharyngeus*).

Лицевой нерв входит в толщу околоушной железы, где делится на две основные ветви, от которых, в свою очередь, отходят более мелкие. Все ветви соединяются между собой тонкими нервными волокнами, которые образуют околоушное сплетение (*plexus parotideus*) или «большую гусиную лапку» (*pes anserinus*). Здесь лицевой нерв разделяется на 5 групп нервных ответвлений: височная, скуловая, щечная, нижнечелюстная группы и одно шейное ответвление, которое анастомозирует с ответвлениями шейного сплетения в поверхностной шейной петле (рис. 1) [6,7].

Кровоснабжение лицевого нерва осуществляется за счет ветвей базилярной (основной) и наружной сонной артерии. Наличие многочисленных анастомозов в эпипери- и эндоневрий способствует лучшему и быстрому восстановлению функции ветвей лицевого нерва после хирургических вмешательств.

Используемые в клинической практике способы диагностики опухолей парафарингеального пространства и околоушной слюнной железы – обычная рентгенография, ангиография, термографическое исследование, РКТ, МРТ, УЗИ диагностика в комплексе дают относительно полное представление об образовании, но не позволяют визуализировать структуру лицевого нерва. Еще более трудна и сложна диагностика

рецидивных новообразований вышеперечисленными способами из-за рубцовых изменений тканей исследуемой зоны. При рецидивных опухолях возникают трудности определения не только границ опухолевого поражения, но и степень вовлечения (поражения) в процесс ветвей лицевого нерва – шейной, краевой нижнечелюстной, щечной и скуловой [2, 6]. Особенно трудна диагностика внеорганных новообразований шеи с парафарингеальным ростом. Так, в некоторых случаях у пациентов с опухолями околоушной слюнной железы выявляются бессимптомные изменения ЛОР-органов: смещение отдельных элементов боковой стенки глотки, атипичная васкуляризация и односторонние сосудистые изменения застойного характера, деформация стенок слухового прохода, появление там свищей и опухолевых разрастаний.

Клиническое течение воспалительных заболеваний железы, окружающих ее тканей и различных опухолей похоже одно на другое. Поэтому на дооперационном этапе важно провести дифференциальную диагностику между различными опухолями слюнных желез, воспалительными заболеваниями самой железы и хроническим лимфаденитом, глубокими боковыми кистами шеи и туберкулезным поражением желез.

Следует помнить, что туберкулез околоушной железы (инкапсулированные формы) и клинически, и рентгенологически не отличим от доброкачественной опухоли. Именно в этих случаях показана и эффективна пункционная биопсия.

Конечно, клиническое течение новообразований околоушной железы зависит от их вида, локализации и распространенности поражения. В большинстве случаев опухоли развиваются безболезненно и медленно, иногда в течение десятков лет. Даже колоссальные размеры новообразований околоушной железы, свисающих с боковой стороны околоушной области, не вызывают болей и нарушения функции лицевого нерва. Практически только ускоренный рост опухоли в виде припухлости заставляет больного обратиться за помощью к врачу.

Эксцизионная биопсия, как метод диагностики парафарингеальной опухоли,

нами не применялась, так как осуществить ее правильно не всегда удавалось, особенно при глубокой локализации новообразования. Мы использовали ее только в качестве экспресс-биопсии непосредственно перед операцией и лишь в тех случаях, когда новообразование четко видно в ротовой части глотки или пальпируется на шее в зоне сонного треугольника.

Эти опухоли сложны и в лечении, так как есть опасность ятрогенного повреждения ветвей лицевого нерва, языкоглоточного и подъязычного нервов, а также шейного сплетения во время резекции новообразования околоушной железы. Наиболее часто повреждаются ветви лицевого нерва при иссечении рецидивных опухолей из-за рубцовых и инфильтративных изменений в зоне ранее проведенного хирургического вмешательства.

Сегодня поиск наиболее информативной диагностической технологии на дооперационном этапе с целью визуализации топологии и структуры лицевого нерва остается актуальным.

Цель работы – изучение диагностической информативности компонентов комплексного исследования: РКТ, МРТ, УЗИ, сиалограммы и цитологии пунктата опухолей околоушной слюнной железы, их топической и дифференциальной диагностики, а также топической визуализации ствола и ветвей лицевого нерва (степень вовлечения их в опухолевый процесс) в сравнении с интраоперационной визуализацией.

### **Материал и методы**

Под нашим наблюдением с 2005 по 2011гг. находилось 32 больных в возрасте от 35 до 55 лет с опухолями нижнего полюса и глоточного отростка околоушной слюнной железы (парафарингеального пространства). Из них было 26 женщин и 6 мужчин, которые получали хирургическое лечение в условиях ЛОР-онкоотделения 11ГКБ. У всех пациентов опухолевый процесс был односторонним. Из 32 обследуемых 13 (40,6%) имели рецидив заболевания, у 10 опухоль локализовалась в строме железы, у 11 – в глоточном отростке железы и у 13 – в строме железы и глоточном отростке.

У больным на дооперационном этапе в амбулаторных условиях производилась комплексная диагностика: УЗИ диагностика, МРТ и РКТ околоушной слюнной железы и парафарингеального пространства, сиалограмма и цитологическое исследование пунктата опухоли.

### **Результаты исследования**

В условиях ЛОР-онкоотделения выполнено хирургическое вмешательство и сделан анализ диагностических ошибок. Не касаясь техники операции, отметим, что использовались широкие и рациональные доступы к опухолям без перевязки наружной сонной артерии. Осложнений во время операций (кровотечения) не было.

При проведении исследования (на сиалограммах) (рис.2) у всех больных определялся дефект наполнения и различной степени расширение, а также смещение протоков, что свидетельствовало не только о наличии опухоли, но и воспалительного процесса в железе. Визуализация сосудисто-нервных структур не удавалась.

На УЗИ и МРТ у 32 (100%) лиц хорошо визуализировались опухоли, их дифференцировка на структуру, но не удавалось визуализировать ствол лицевого нерва и его ветви ни у одного пациента (рис. 3).

На КТ у всех обследованных топически более четко визуализированы опухолевидные образования, их размеры, форма, плотность и взаимоотношения опухоли нижнего полюса железы, ее глоточного отростка с окружающими структурами: нижней челюстью, мышечными структурами глотки, шиловидным отростком, внутренней сонной артерией, внутренней яремной веной (рис. 4, 5). К сожалению, на КТ только у 7 (21,9%) человек неудовлетворительно удалось визуализировать ствол лицевого нерва у сосцевидного отростка (место выхода n.facialis) и до паренхимы железы, ветви лицевого нерва не визуализировались ни у одного больного. И только у 6 (18,8%) лиц удалось визуализировать блуждающий нерв на шее в парафарингеальном пространстве. Все это настораживало нас и напоминало о предстоящих трудностях и возможном интраоперационном повреждении ветвей лицевого нерва.

У 100% больных проведенное цитологическое исследование пунктата опухоли позволило отдифференцировать и исключить специфический процесс (туберкулез). Кроме того, у 13 (40,6%) пациентов цитологическое исследование показало наличие фрагментов крови, фиброцитов и макрофагов. В целом в большинстве случаев цитограмма соответствовала картине лимфопролиферативного процесса.

**Интраоперационная диагностика.** Хирургическое иссечение новообразования у больных с первичной опухолью начиналось с обнажения ствола лицевого нерва у сосцевидной области, а при рецидивных опухолях иссечение опухоли производилось от периферии лицевого нерва. Во время операции удалось визуализировать у 100% пациентов ствол лицевого нерва и только у 29 (90,6 %) визуализированы и прослежены все его ветви. Из них у 11 (34,4%) человек ветви лицевого нерва были крупными, которые легко удалось выделить и удалить без осложнений глубокоую часть железы. У 8 (25%) обследуемых ветви оказались мелкими и с трудом были выделены (рис. 6, 7, 8). В 6 наблюдениях опухоль прорастала в ветви лицевого нерва. Послеоперационный период у этих больных сопровождался парезами мимической мускулатуры лица, которые сохранялись в легкой степени, несмотря на проведенные реабилитационные мероприятия через 5 мес. Эта группа пациентов получала реабилитирующее лечение в амбулаторных условиях.

У 13 (40,6%) больных с рецидивными опухолями иссечение начиналось с периферии, так как новообразование локализовалось в области послеоперационного рубца и глоточного отростка. Иссечение опухоли сопровождалось определенными трудностями, в рубцово-измененных тканях с трудом визуализировались мелкие ветви лицевого нерва и выделена лицевая артерия (рис. 9, 10). Несмотря на то, что ветви лицевого нерва абластично и щадяще выделены в послеоперационном периоде, проявились признаки пареза четырехугольной мышцы верхней губы и круговой мышцы рта. Эти клинические проявления связаны с травмой щечной, краевой нижнечелюстной и шейной ветвей лицевого

нерва, которые после проведения реабилитирующего лечения в разные сроки прошли (2-3 и 5 месяцев).

Таким образом, выполненная дооперационная комплексная диагностика позволила определить характер и локализацию опухолевого процесса, его взаимоотношение с окружающими тканями. Цитологическое исследование исключило специфический процесс у 100% обследуемых. Но анализ результатов визуализации лицевого нерва и его ветвей компонентами комплексной диагностики оказался малоинформативным. Так, удалось визуализировать и проследить на всем протяжении ствол и ветви лицевого нерва в зоне опухолевого поражения при использовании УЗИ, РКТ и МРТ, что показало их диагностическую эффективность и определило технические трудности во время операции. Интраоперационно удалось визуализировать ствол и ветви лицевого нерва у всех пациентов.

Анализ послеоперационных осложнений показал, что у 18 (56,1%) больных наблюдались явления пареза мимических мышц лица (круговых мышц рта, щечных и височных) на стороне операции, которые проходили в разные сроки после проведения реабилитационного лечения.

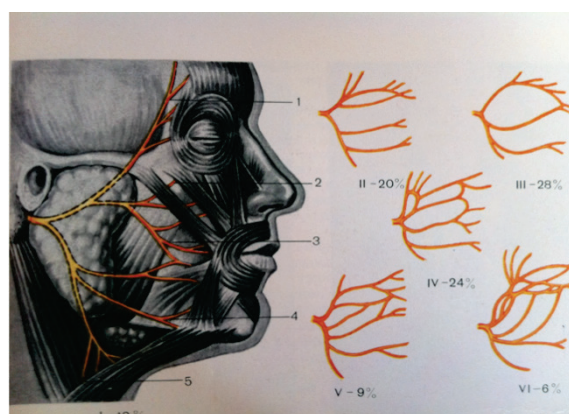


Рис. 1. Топография лицевого нерва. Варианты строения лицевого нерва: 1 – височная ветвь; 2 – скуловая ветвь; 3 – щечная ветвь; 4 – краевая нижнечелюстная ветвь; 5 – шейная ветвь (цифры показывают частоту выявления различных вариантов в процентах).

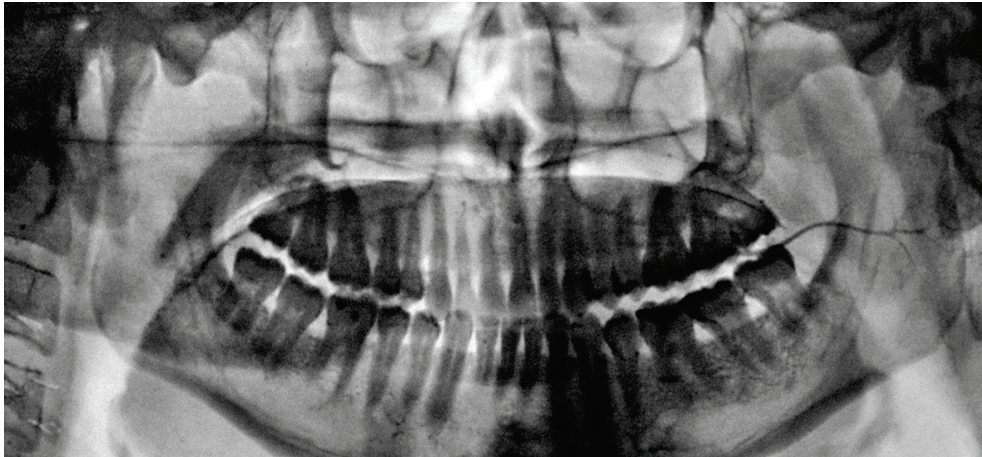


Рис. 2. Сиалограмма. Визуализированы протоки околоушной железы слева. Расширены и смещены протоки I, II порядка, а протоки III порядка сужены.

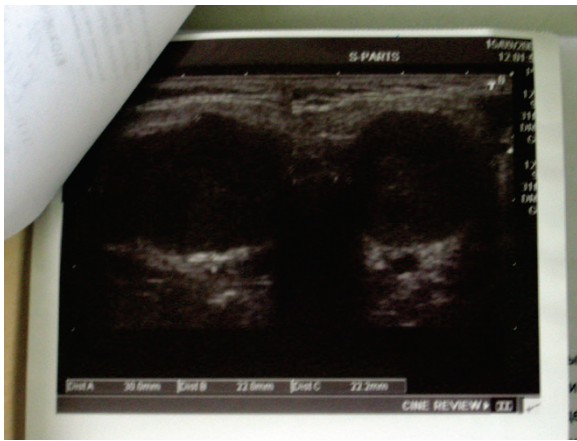


Рис. 3. На сканах – бугристое образование нижнего полюса околоушной слюнной железы, размером 30x22x22,2 мм, с хорошо развитой сосудистой сетью (при ЦДК), умеренно неоднородной эхоструктуры сниженной эхогенности. Капсула не определяется. Прилегающая паренхима интактна.

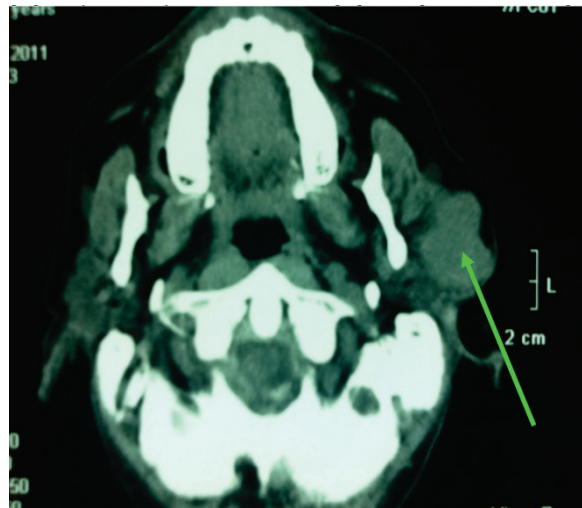


Рис. 5. РКТ Топически визуализирована опухоль околоушной железы.

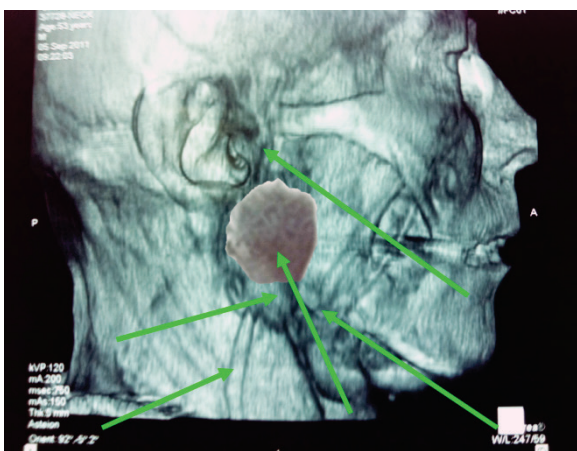


Рис. 4. РКТ околоушной слюнной железы. Слева направо: нижний полюс железы, внутренняя сонная артерия, опухоль околоушной железы, лицевая артерия, поверхностная височная артерия.

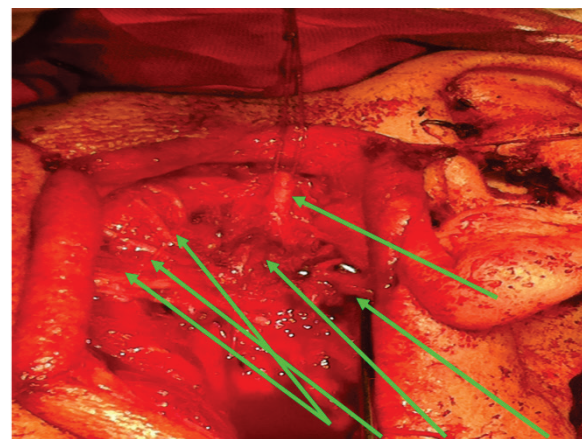


Рис. 6. Послеоперационная полость. Слева направо: rami buccales et zygomatici n. facialis, связь щечной и скуловой ветвей n. facialis, plexus parotideus, ствол n. facialis, a. temporalis superficialis.

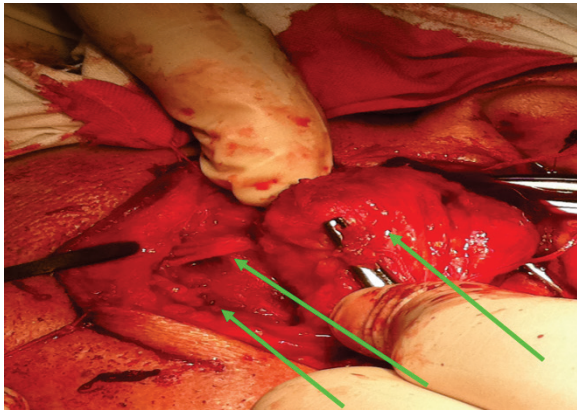


Рис. 7. Выделение лицевого нерва и иссечение опухоли околоушной железы от периферии лицевого нерва. Слева направо: m. masseter, rami buccales n. facialis, удаляемый блок (опухоль с околоушной железой).



Рис. 9. Выделение нижнего полюса железы. Выделена и сохранена краевая ветвь (r. mandibularis) лицевого нерва.

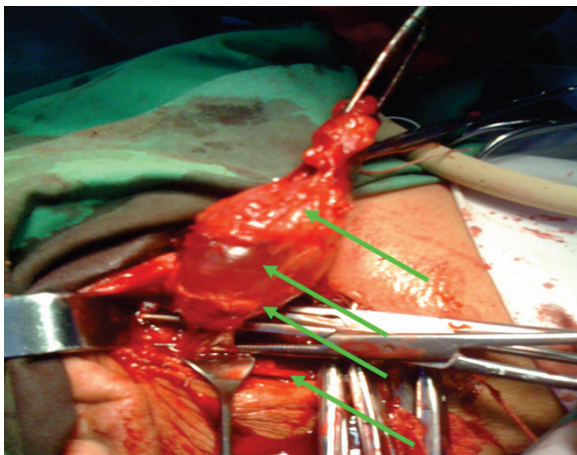


Рис. 8. Интраоперационно. Слева направо: краевая нижнечелюстная ветвь, щечная ветвь n. facialis, опухоль околоушной слюной железы, паренхима железы.

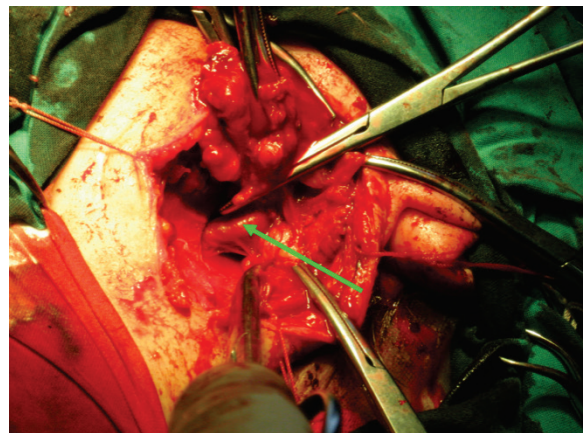


Рис. 10. Выделение опухоли вверх из парафарингеального пространства, в ране a. facialis.

1. Евчев Ф.Д., Варешкина М.А., Пилипюк Н.В. Значение комплексного ультразвукового исследования в диагностике новообразований парафарингеального пространства // Журн. ушных, носовых и горловых хвороб. – 2010. – №4. – С. 52-58.
2. Еськин Н.А., Голубев В.Г., Богдасhevский Д.Р. и др. Эхография нервов, сухожилий и связок // Sono Ace International. – 2005. – № 13. – С. 82-94.
3. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. – М., 1983. – С. 90-124 и 202-235.
4. Подвизников С. О. Неэпителиальные опухоли головы и шеи. Проблемы вчера сегодня, завтра // Современная онкология. – 1999. – Т., №2.
5. Подвизников С.О. Современная диагностика, лечение и прогноз неэпителиальных опухолей головы и шеи // Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Москва, 1997. – 32 с.
6. Салтыкова В.Г. Методика ультразвукового исследования и эхографическая картина блуждающего нерва // Журн. ультразвуковая и функциональная диагностика. – 2009. – №1. – С. 74-78.
7. Синельников Р.Д. Атлас анатомии человека. – 1957. – Т. 3. – С. 146-181.
8. Weiss S.W. Hystological types of the tumos of the soft tissue. – USA, Mechigan hospital, 1994.

Поступила в редакцию 11.11.11.

© Ф.Д. Евчев, М.А. Варешкина, А.Ф. Евчева, 2012

**КОМПЛЕКСНА ДІАГНОСТИКА ТА ХІРУРГІЧНЕ ВТРУЧАННЯ ПРИ ПУХЛИНАХ ПРИВУШНОЇ ЗАЛОЗИ. Повідомлення 3**

*Євчев Ф.Д., Варешкіна М.А., Євчева А.Ф.  
(Одеса)*

*Резюме*

Під наглядом знаходилося 32 хворих з пухлинами привушної залози, у яких проведено хірургічне втручання. В роботі показана діагностична ефективність сучасної технології в порівнянні з хірургічною візуалізацією пухлинного процесу та ступеня ураження гілок лицевого нерва. В результаті виконаних досліджень визначено, що комплексна сучасна діагностика дозволила здійснити точічну візуалізацію пухлини та її взаємовідношення з навколишніми тканинами. Візуалізацію гілок лицевого нерва вдалося зробити тільки інтраопераційно.

**INTEGRATED DIAGNOSTICS AND SURGICAL TREATMENT OF THE NEOPLASM OF THE PAROTID GLAND. Report 3**

*Yevchev F.D., Vareshkina M.A., Yevcheva A.F.  
(Odessa)*

*Summary*

32 patients with the parotid gland's neoplasm were under observation. They received surgical treatment. This investigation showed diagnostic efficiency of modern methods versus surgical visualization of the tumorous process and of the degree of the affection of the parotid gland's branches. As a result of the investigation authors found out that the modern integrated diagnostics had allowed to determine only the topic visualization of tumors and its interrelations with surrounding tissues. The visualization of the facial nerve's branches succeeded only intraoperatively.