

## **ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ СУПРАОМОГИОИДНОЙ ШЕЙНОЙ ДИССЕКЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАКА СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ**

**В.Г. Центило, Э.В.Крайникова**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

### **Резюме**

Рак слюнных желез является нередко встречаемой локализацией рака, поражающего человека, и регионарное метастазирование этих опухолей происходит раньше всего в рядом расположенные лимфатические узлы. Поэтому при их оперативном лечении традиционно вместе с футлярным иссечением шейной клетчатки в одном блоке выполняют экстирпацию слюнных желез. При раке околоушных слюнных желез регионарные метастазы могут распространяться вдоль добавочного нерва.

Нами изучена возможность выполнения при раке поднижнечелюстной слюнной железы супраомогиоидной шейной диссекции, а при раке околоушной слюнной железы - расширенного ее варианта с включением в блок удаляемых тканей лимфатических узлов вдоль добавочного нерва.

**Ключевые слова:** рак слюнных желез, регионарные метастазы, супраомогиоидная шейная диссекция.

### **Резюме**

Рак слинних залоз нерідко зустрічається, регіонарне метастазування цих пухлин відбувається найчастіше в поруч розташовані лімфатичні вузли.

Тому при їх оперативному лікуванні традиційно разом із футлярним вирізанням шийної клітковини виконують одним блоком екстирпацію слинних залоз.

Метастази раку привушних слинних залоз можуть розповсюджуватися вздовж додаткового нерва.

Нами вивчена можливість виконання при раку піднижньощелепної слинної залози супраомогіодної шийної дисекції, а при раку привушної слинної залози – розширеного її варіанта із залученням до блоку тканин, що видаляють, лімфатичних вузлів уздовж додаткового нерва.

**Ключові слова:** рак слинних залоз, регіонарні метастази, супраомогіодна шийна дисекція.

### **Summary**

Cancer of salivary glands is not a rare cancer localization in human organism, and the regional metastasis of these tumors occur earlier in the closest lymphatic nodules. That's why when undergoing traditional operative treatment together with the excision of the neck fatty tissue sack, in the same block the salivary gland is also extracted. In the case of cancer of parotid gland regional metastasis can spread alongside the accessory nerve.

We've studied the possibility of carrying out supraomogoid neck dissection in cancer of submandibular gland. Extended variation of this operation is used in case of cancer of parotid gland with the involvement of lymphatic nodule tissues along the accessory nerve into the removed block.

**Key words:** cancer of salivary glands, regional metastasis, supraomogoid neck dissection.

### **Литература**

1.Цымбал В.Е. Опухоли слюнных желез /В.Е.Цымбал. - Л., 1938.- 302 с.

2. Pacheco-Ojeda L. Malignant salivary gland tumors in Quito, Ecuador/ L. Pacheco-Ojeda, H. Domeisen, M. Narvaez // J. Otorhinolaryngol. Relat. Spec.- 2000.-Vol.62, N 6.- P. 296-302.
3. Spiro R.H. Management of malignant tumors of the salivary glands/ R.H. Spiro // Oncology.- 1998.- Vol. 12, N 5.- P. 671-680.
4. Rodr yiguez-Cuevas S. Risk of nodal metastases from malignant salivary gland tumors related to tumor size and grade of malignancy/ S. Rodr yiguez-Cuevas, S. Labastida, L. Baena //Eur. Arch. Otorhinolaryngol. - 1995.- Vol.252, N 3.- P. 139-142.
5. Califano L. Indication for neck dissection in carcinoma of the parotid gland. Our experience on 39 cases. / L.Califano, A.Zupi, P.S. Massari // Int. Surg. -1993.- Vol. 78, N 4. -P. 347-349.
6. Sur R.K. Adenoid cystic carcinoma of the salivary glands: a review of 10 years / R.K.Sur, B. Donde, V. Levin //Laryngoscope.- 1997.- Vol.107, N 9.- P. 1276-1280.
7. Malata C.M. Metastatic tumours of the parotid gland / C.M. Malata, I.G.Camilleri, N.R. McLean // Br. J. Oral. Maxillofac. Surg.- 1998.- Vol. 36, N 3.- P. 190-195.
8. Redaelli de Zinis L.O. Indications for elective neck dissection in malignant epithelial parotid tumors / L.O. Redaelli de Zinis, L.O. Piccioni, D. Ghizzardi // Acta Otorhinolaryngol Ital.-1998.- Vol.18, N 1.- P. 11-15.
9. Dai D. Postoperative irradiation in malignant tumors of submandibular gland/ D. Dai //Cancer Invest.-1999.-Vol.17, N1.-P. 36-38.
10. Yasumatsu R. Clinical analysis of parotid cancer / R.Yasumatsu, T. Ichibangase, K.Tomita //Nippon Jibiinkoka Gakkai Kaiho.-1999.-Vol. 102, N 7.-P. 883-890.
11. Цыбырнэ Г.А. Рак нижней губы / Г.А. Цыбырнэ, Н.М. Годорожа. -Кишинев: Штиинца, 1978.-117 с.

12. Пат. 41425 Україна, МПК (2009) А61В 17/00. Спосіб виконання супрагіоїдної та супраомогіоїдної шийної дисекції / Центіло В.Г.: заявник та патентовласник Донецький мед. ун-т.- у 2008 13818; заявл. 01.12.08, опубл. 25.05.2009, Бюл.№ 10.

13. Пат. 51325 Україна, МПК (2009) А61В 17/00. Спосіб виконання розширеної супраомогіоїдної шийної дисекції / Центіло В.Г., Крайнікова Е.В.: заявник та патентовласник Донецький мед. ун-т.- у 2010 00796; заявл. 27.01.10, опубл. 12.07.2010, Бюл.№ 13.

14. Пат. 41421 Україна, МПК (2006) А61В 17/00. Спосіб доступу до лімфатичних вузлів супраомогіоїдної ділянки при оперативному лікуванні раку привушної слинної залози / Центіло В.Г., Крайнікова Е.В.: заявник та патентовласник Донецький мед. ун-т.- у 2008 04215; заявл. 03.04.08, опубл. 10.09.2008, Бюл.№ 17.

15. Пат. 35236 Україна, МПК (2006) А61В 17/00. Спосіб хірургічного лікування злоякісних пухлин привушної слинної залози, що виникають з глоткового відростка слинної залози та розповсюджуються у бік основи черепа та глотки / Центіло В.Г., Жданов В.Є.: заявник та патентовласник Донецький мед. ун-т.- у 2008 13771; заявл. 01.12.08, опубл. 25.05.09, Бюл.№ 10.

16. Пат. 2112440 Российская Федерация, МПК А 61 В 17/24. Способ хирургического лечения цилиндром (цистоаденоидных карцином) поднижнечелюстной слюнной железы с клинически негативными регионарными метастазами /Центило В.Г.; заявитель и патентообладатель Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького (UA).-№95112798; заявл. 25.07.95; опубл. 10.06.98, Бюл. №16.

17. Пат. 48501 Україна, МПК (2001) А61В 17/00. Спосіб фасціально-футлярного видалення пухлин сонного трикутника / Центіло В.Г.: заявник та патентовласник Донецький мед. ун-т.- у 20011096361; заявл. 17.09.01, опубл. 15.03.05, Бюл.№ 3.

18. Пат. 59283 Україна, МПК (2011) А61В 17/00. Спосіб оперативного лікування обмежених злоякісних пухлин привушної слинної залози, які локалізуються в нижньому її полюсі / Центіло В.Г, Крайнікова Е.В.: заявник та патентовласник Донецький мед. ун-т.- и 2010 12473; заявл. 22.10.10, опубл. 10.05.11, Бюл.№ 9.

**Введение.** Частота клинически определяемых метастазов при карциномах слюнных желез, по сводным данным литературы и собственных наблюдений, проведенных В.Е.Цымбалом [1], колеблется в пределах от 20 до 50%. Такие широкие колебания автор объясняет разнородностью материала в плане распространенности опухолей.

По данным Pacheco-Ojeda L. с соавт. [2], регионарные метастазы рака слюнных желез наблюдаются в 21% случаев.

Близкие к этим данные приводят Spiro R.H.[3], Rodríguez-Cuevas S. с соавт. [4], Califano L. с соавт. [5], Sur RK, Donde B, Levin V. [6]

Malata С.М. с соавт. [7] наблюдали частоту регионарного метастазирования при раке околоушной слюнной железы в 55% случаев, а Redaelli de Zinis L.O. с соавт. [8] указывают на 24% регионарных метастазов. При этом 5% больных имели скрытые метастазы. Наиболее часто отмечены метастазы уровня II.

Опухоли околоушной слюнной железы метастазируют раньше всего в лимфатические узлы, расположенные под ее капсулой вблизи опухоли, и нередко увеличенные лимфатические узлы являются первым клиническим признаком проявления опухоли. Затем появляются метастазы в заднем треугольнике шеи: вдоль наружной яремной вены, добавочного нерва и далее – в глубоких шейных и лимфатических узлах поднижнечелюстного треугольника.

Что касается рака поднижнечелюстной слюнной железы, то первые метастазы наблюдают чаще всего в поднижнечелюстном

треугольнике, а затем – в глубоких шейных лимфатических узлах яремной цепи.

Dai D. [9] сообщает о 71% локальных рецидивов рака поднижнечелюстной слюнной железы в тех случаях, когда после оперативного лечения по краю резецированных тканей при гистологическом исследовании находили раковые клетки, а Yasumatsu R. с соавт. [10] считают необходимым выполнение супраомогиоидной шейной диссекции у больных раком околоушной слюнной железы с негативными лимфатическими узлами с профилактической целью.

Г.А.Цыбырнэ с соавт. [11] наблюдали пятилетнюю выживаемость после выполнения супраомогиоидной шейной диссекции лишь у 52,94% больных. Остальные больные умерли от регионарных рецидивов.

Изложенное дает основания полагать, что супраомогиоидная шейная диссекция с футлярным удалением лимфатических узлов шеи I – III уровней и ее расширенный вариант с удалением лимфатических узлов шеи I – III, V уровней нуждаются в усовершенствовании. После чего может быть адекватной операцией для лечения метастазов рака слюнных желез N0-2, локализующихся выше перекреста лопаточно-подъязычной мышцы с кивательной.

**Материалы и методы.** Нами проведено оперативное лечение 17 больных злокачественными опухолями слюнных желез. Выполнены операции супраомогиоидной и расширенной супраомогиоидной шейной диссекции одноэтапно с удалением околоушной или поднижнечелюстной слюнной железы.

Данные о возрасте, половой принадлежности больных и локализации опухолей приведены в табл. 1.

Возраст	1-10		21-30		31-40		41-50		51-60		61-70		71-80		Итого
	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	
Околоушная слюнная железа	1	-	-	1	-	-	1	2	1	1	-	2	1	-	10
Поднижне- челюстная слюнная железа					-	1	-	2	-	1	1	-	1	1	7
Итого	1	-	-	1	-	1	1	4	1	2	1	2	2	1	17

При выполнении супраомогиоидной шейной диссекции с целью обеспечения минимальной возможности травмирования подподбородочного лимфатического узла, расположенного под передним брюшком двубрюшковой мышцы, мы электроножом рассекаем клетчатку от подбородка до подъязычной кости и вскрываем собственный футляр переднего брюшка двубрюшковой мышцы с медиальной ее стороны [12].

Выполняя расширенную супраомогиоидную шейную диссекцию, мы включаем в блок удаляемых тканей клетчатку вместе с лимфатическими узлами, расположенными вдоль добавочного нерва от уровня выше пересечения лопаточно-подъязычной мышцы с кивательной [13].

Это позволяет обеспечить возможность футлярного удаления регионарных метастазов I, II, III и V уровней метастазирования злокачественных опухолей челюстно-лицевой области.

Осуществляя расширенную супраомогиоидную шейную диссекцию по поводу рака околоушной слюнной железы, мы пользуемся предлагаемым нами оперативным доступом [14], а при оперативном

лечении опухолей, возникающих из глоточного ее отростка и распространяющихся в сторону основания черепа, производим кондилэктомию с суставным диском и частичную резекцию заднего края ветви челюсти [15].

При выполнении хирургического лечения цилиндром (цистоаденоидных карцином) поднижнечелюстной слюнной железы с клинически негативными регионарными метастазами в блоке с экстрафутлярным удалением клетчатки поднижнечелюстного треугольника дополнительно футлярно удаляем клетчатку сонного треугольника, частично дна полости рта, переднего окологлоточного пространства и парамандибулярную клетчаточную щель, а операцию проводим в условиях редуцированного зонального кровообращения [16]. При этом клетчатку сонного треугольника с его лимфатическим аппаратом удаляем предлагаемым нами способом [17].

Чаще всего злокачественными опухолями слюнных желез болели женщины (соотношение 2:1), наиболее частый возраст больных - от 41 до 71 года: 13 больных (76,5%).

По результатам гистологического исследования блоков удаленных при операции тканей аденокарцинома слюнных желез наблюдалась у 10 больных, мукоэпидермоидная опухоль - у 3 больных, цилиндрома – у 2 больных и озлокачествленная смешанная опухоль – у 2 больных.

**Результаты и обсуждение.** Самый молодой из наблюдаемых нами больных оперирован в возрасте 7 лет.

Больной В-ко И.А., 7 лет, мед. карта №22698/875 за 2009 год, поступил в ЧЛХО г. Макеевки 24.12.2009 г. с жалобами на наличие безболезненного опухолевидного образования левой околоушной слюнной железы.

Болеет с 14.10.2009 года, когда мама заметила новообразование в левой околоушной области. 2 ноября 2009 г. обратился к врачу.

Произведено УЗИ и цитологическое исследование опухоли: в материале - скопление элементов слюнной железы, на этом фоне обнаружены молодые незрелые клетки с гипертрофированным ядром. Возможно саркома? С 11.09 по 04.10.2009 г прошел курс ТГТ СОД 36 Гр.

Местно: вся левая околоушная слюнная железа занята плотной, слегка болезненной при пальпации, не смещаемой по отношению к прилежащим тканям опухолью. В верхней трети левой кивательной мышцы пальпируются два плотных, округлой формы, ограниченно смещаемых лимфатических узла около 1,5 см. В средней трети кивательной мышцы пальпируется такой же лимфатический узел диаметром около 1,3 см.

Со стороны внутренних органов и лабораторных исследований без патологических изменений.

Диагноз: рак левой околоушной слюнной железы T3N1MX.

24.12.2009 г выполнена супраомогиоидная шейная диссекция слева, тотальная паротидэктомия.

Послеоперационная рана зажила первичным натяжением.

Данные патогистологического исследования: № 21355-360 – мукоэпидермоидная опухоль слюнной железы, построенная преимущественно из клеток эпидермоидного и промежуточного типа, высокой степени злокачественности (>4 митозов на 10 п/зрения), умеренной степени дифференцировки, с очажками деструкции.

№21361-362 – в лимфоузле (из поднижнечелюстного треугольника) реактивный лимфаденит с гиперплазией лимфоидной ткани, на фоне которых определяются единичные микрометастазы из эпидермоидного типа клеток. В остальных лимфатических узлах (из подподбородочного треугольника и трех из сонного №№ 21363-366, 21367-368, 21369-370, 21371-374): острый лимфаденит с очажками

деструкции, очаговый склероз, синус-гистиоцитоз, лимфостаз, очаговая макрофагальная инфильтрация.

Через 6 месяцев после операции жив без признаков рецидива опухоли и регионарных метастазов. Тотальный парез мимических мышц вследствие резекции левого лицевого нерва. Учится в общеобразовательной школе.

Через 11 месяцев после операции при осмотре отмечается, что левая глазная щель симметрична правой, нижнее веко не отвисает, при закрытии левого глаза веки смыкаются, слезотечения не отмечено. Ротовая щель расположена горизонтально, левый угол рта двигается при напряжении мимических мышц. На контрольном УЗИ признаков рецидива опухоли и регионарных метастазов не выявлено.

Через 2 года после операции при осмотре, пальпации и на контрольном УЗИ признаков рецидива и регионарных метастазов опухоли не отмечено. Левая бровь не поднимается. Подвижность левого нижнего века и угла рта увеличилась.

Неожиданным для нас в этом наблюдении явилось значительное восстановление движения круговой мышцы глаза, круговой мышцы рта, а также мышц, поднимающих верхнюю губу и угол рта, несмотря на выполненную тотальную паротидэктомию вместе с лицевым нервом.

Самый пожилой больной оперирован нами в возрасте 77 лет.

Больной Р-берг П.Н., 77 лет, мед. карта №678 за 2001 год, поступил 14.05.2001 г. в ЧЛХО Макеевской горбольницы №1 с жалобами на опухолевидное образование в толще правой околоушной слюнной железы.

Болеет с ноября 2000 г., когда в области правой околоушной слюнной железы появилось опухолевидное образование, которое постепенно увеличивалось. Обратился к стоматологу по месту жительства.

Назначенная антибактериальная и физиотерапия не эффективны. Направлен на консультацию в ЧЛО больницы №1 г. Донецка.

УЗИ от 13.01.2001: в проекции околоушной слюнной железы справа определяются образования округлой формы с ровными контурами неоднородной структуры с жидкостными включениями 4,1x2,8 см. Цитологическое исследование №762 от 13.01.2001 г: в материале эритроциты, бесструктурные массы, инфильтрированные сегментоядерные лейкоциты, единичные многоядерные клетки хронического воспаления, гистиоцитарные компоненты; т.е. цитограмма хронического неспецифического воспаления с нагноением.

Диагностирован абсцесс околоушной слюнной железы и 17.01.2001 произведено его вскрытие. В послеоперационный период рана не заживала и из нее начала выбухать опухолевидная ткань. Проведена биопсия. ПГЗ №3151-2 от 03.02.2001 г: плоскоклеточный неороговевающий рак.

Получил в ДОПЦ 40 Гр ТГТ на область правой околоушной слюнной железы и регионарные лимфатические узлы.

При поступлении: в правой околоушной слюнной железе расположена плотная, неподвижная, бугристая опухоль размерами 3x4 см, срастающаяся инфильтратом с кожей. Верхние и средние яремные лимфатические узлы на одноименной стороне увеличены до 1,5 см, безболезненны, смещаемы.

Со стороны внутренних органов и данных лабораторных исследований без особенностей.

Диагноз: рак правой околоушной слюнной железы T4N1M0, состояние после предоперационного курса телегамматерапии.

24.05.2001 г. произведена правосторонняя супраомогиоидная шейная диссекция, паротидэктомия.

Результат ПГЗ №19751-58: в коже и подлежащей ткани обширные поля некроза с включением некротизированных элементов лучевого патоморфоза опухолевых клеток, окруженных гигантскими клетками с очагами хронического воспаления в коже. Гиперплазия лимфоидной ткани с очагами некроза в лимфоузле.

Послеоперационная рана зажила первичным натяжением. Жил более 7 лет после операции. Умер 21.09.2008 года от других причин.

При опухоли ограниченного размера, располагающейся в нижнем полюсе околоушной слюнной железы, мы предлагаем вместо традиционно принятой тотальной паротидэктомии с целью сохранения функционирования основных ветвей лицевого нерва выполнять разработанную нами [18] ампутацию околоушной слюнной железы ниже уровня прохождения ствола лицевого нерва. При этом электроножом отсекают околоушную слюнную железу ниже линии, соединяющей козелок уха с углом рта, и удаляют в блоке только одну краевую ветвь лицевого нерва, как, например, данном случае.

Больной В-шин В.Ф., 55 лет, мед. карта №8625/332, поступил 12.05.2010 г. в ЧЛХО Рудничной больницы г. Макеевки с жалобами на новообразование в правой околоушной области.

В сентябре 2009 г. обнаружил новообразование в правой околоушной области, которое постепенно увеличивалось. Обратился к онкологу. Проведено цитологическое исследование, верифицирована смешанная опухоль. 10.02.2010 удалена опухоль. ПГЗ – цилиндрома. Прошел курс ТГТ в дозе 40 Гр.

Местно: в нижнем полюсе правой околоушной слюнной железы пальпируется плотное, бугристое опухолевидное образование размерами около 2,5x2 см. Функция лицевого нерва не нарушена. Пальпаторно определяются увеличенные до 2x1 см подвижные лимфатические узлы в околоушной области, поднижнечелюстном и сонном треугольниках.

Данные УЗИ от 22.04.2010 г.: околоушная слюнная железа справа уменьшена: размеры 34 x23 мм (слева 51 x26 мм), структура нижнего полюса сниженной эхогенности, неоднородная, с неровными контурами размерами 22 x16 мм. Васкуляризация их снижена, васкуляризация окружающей эту часть железы повышена. По передней поверхности жевательной мышцы справа определяются несколько увеличенных и измененных лимфатических узлов размером 17x9 мм, васкуляризация их повышена, жидкостной компонент в структуре лимфатических узлов не определяется. Поднижнечелюстная слюнная железа без особенностей. В над-, подключичной области увеличенных лимфатических узлов не найдено.

Со стороны внутренних органов и данных лабораторных исследований без особенностей.

Диагноз: цилиндрома (цистоаденокарцинома) нижнего полюса правой околоушной слюнной железы.

12.05.2010 г. произведены правосторонняя супраомогиоидная шейная диссекция, субтотальная паротидэктомия (ампутация околоушной слюнной железы ниже ствола лицевого нерва).

Под наркозом произведен разрез для супраомогиоидной шейной диссекции и паротидэктомии по предложенной нами методике. Выполнены все этапы супраомогиоидной шейной диссекции по усовершенствованной нами методике с перевязкой наружной сонной артерии в типичном месте. Выделенный блок тканей оставлен в связи с околоушной слюнной железой. Последняя мобилизована, электроножом пересечена ниже уровня ствола лицевого нерва и удалена вместе с выделенным ранее блоком. Гемостаз по ходу операции. Рана ушита шелком с дренажами. Ас. повязка. На гистологическое исследование отправлены три препарата.

Результат ПГЗ № 7287-99: в присланном материале ткань слюнной железы обычного строения со слабо выраженными дегенеративными изменениями и мелкоочаговым склерозом стромы в отдельных дольках железы, с выраженным липоматозом во всех участках железы. На этом фоне в одном из препаратов определяется участок плотной малигнизированной фиброзной ткани с небольшим островком мелких атипичных гиперхромных клеток, что характерно для солидного варианта цилиндромы слюнной железы. В лимфоузлах определяются умеренно выраженный синусгистиоцитоз и реактивная гиперплазия лимфоидной ткани.

Течение послеоперационного периода без особенностей. Рана зажила первичным натяжением.

Больной осмотрен через 4 месяца. Признаков рецидива опухоли и регионарных метастазов не выявлено. Функция лицевого нерва не нарушена.

Данные ультразвукового доплерографического исследования шеи от 23.09.21010 г. Ближе к ушной раковине и мочке правого уха визуализируется фрагмент неизменной железистой ткани, паренхима зернистая, с единичными элементами фиброза, эхогенность обычная. Дополнительных образований не выявлено.

Левая околоушная слюнная железа и подчелюстная железа без патологии. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Дополнительных образований не выявлено. Признаков патологического кровотока не выявлено. Щитовидная железа без патологии.

Выводы: состояние после резекции правой околоушной слюнной железы.

Через 18 месяцев после операции жив без признаков рецидива опухоли и регионарных метастазов.

При недостаточном и не футлярном удалении клетчатки шеи вместе с лимфатическими узлами выполнение последующей операции по поводу рецидива опухоли требует удаления в одном блоке тканей, не предусмотренных типичной операцией лимфаденэктомии.

Больной П-ев Т.М.О., 64 лет, поступил в ЧЛХО горбольницы №1 Макеевки 13.12.2007 г. с жалобами на наличие опухолевидного образования под нижней челюстью слева, кровотечение из опухоли.

Болеет с июля 2006 года, когда обнаружил опухолевидное образование под нижней челюстью слева. В апреле 2007 г. обратился в ДОПЦ, где проведено цитологическое исследование №6064-7: картина наиболее характерна для плоскоклеточного Ca.

С 05.04.07 г. получил 37,5 Гр ТГТ. Остеосцинтиграфия костей скелета от 24.04.07 – умеренно активный остеобластический процесс в области тела нижней челюсти слева.

04.06.07 г. поступил в ДОПЦ ОКМЛ для продолжения лечения. УЗИ л/узлов шеи от 05.06.07г – на шее слева под мышцей несколько однородных лимфоузлов до 1,0 см.

15.06.07 выполнена операция: удаление опухоли подчелюстной области слева, подчелюстной слюнной железы слева, лимфаденэктомия слева. ПГЗ №22397-22402 от 21.06.07 - среди жировой клетчатки комплексы слюнной железы с явлениями воспаления. На протяжении полугода наблюдался у стоматолога по месту жительства.

При поступлении: на коже, в проекции левой поднижнечелюстной слюнной железы определяется опухоль 3,0x3,5 см с вывороченными валикообразными краями, плотная, умеренно болезненная при пальпации, срастающаяся опухолевым инфильтратом с подлежащими тканями и нижней челюстью. Слева пальпируется ограниченно смещаемый левый верхний яремный узел.

На рентгенографии нижней челюсти от 16.11.07 в середине ее тела слева определяется участок деструкции костной ткани вследствие основного процесса.

В общем статусе и со стороны данных лабораторных исследований без особенностей.

Диагноз: рак левой поднижнечелюстной слюнной железы T4N1M0, состояние после комбинированного лечения, продолженный рост опухоли.

18.12.07 выполнена операция: супраомогиоидная шейная диссекция слева с резекцией тела нижней челюсти. Дефект тканей после электроиссечения вокруг опухоли устранен путем перемещения скользящего кожно-жирового лоскута по Эссеру. Рана зажила первичным натяжением.

ПГЗ №24705-8 от 18.12.07: рак плоскоклеточного ороговевающего типа, высокой степени дифференцировки.

Через три с половиной года жив без признаков рецидива и метастазов.

Мы полагаем, что при выполнении операций шейной лимфаденэктомии имеет значение не только объем удаляемых тканей, но и технология и продолжительность проведенной операции.

В приводимом ниже наблюдении над больной, оперированной в другом лечебном учреждении, несмотря на большой объем удаляемых тканей, чем при супраомогиоидной шейной диссекции (выполнено фасциально-футлярное иссечение шейной клетчатки), при раке поднижнечелюстной слюнной железы относительно небольшого размера и смещаемых регионарных лимфатических узлах наблюдалось имплантационное метастазирование и продолженный рост опухоли.

Оперативный доступ был вполне достаточным для выполненной операции, но, по нашему мнению, неудовлетворительный результат

операции связан с длительностью формирования блока удаляемых тканей, его излишним травмированием, что привело к осеменению раны раковыми клетками.

Больная С-ко Г.Г., 54 лет, ист. бол. № 1500 поступила в челюстно-лицевое отделение больницы №1 г. Донецка 09.09.2002 г. с жалобами на наличие опухолевидного образования в левой поднижнечелюстной области.

Считает себя больной с апреля 2002 г., когда появились боли в 38 зубе. После удаления 38 зуба отмечает увеличение лимфатического узла в левой поднижнечелюстной области. Консультирована хирургом, назначена антибиотикотерапия. Улучшения не наступило.

По данным УЗД, в левой подчелюстной области определяется гипоехогенное образование с бугристым контуром 2,4x2 см, требующее дифференциальной диагностики между образованием слюнной железы и конгломератом лимфоузлов.

25.06.2002 г. в ДДЦ произведено цитологическое исследование: метастазы недифференцированного плоскоклеточного рака. 01.07.2002 г. стекла препарата консультированы в ДОПЦ: элементы карциноматозного образования, возможно аденокарцинома. Получила 44 Гр ТГТ.

При поступлении в левом поднижнечелюстном треугольнике определялось опухолевидное образование округлой формы диаметром около 3 см, плотное, бугристое, ограниченно смещаемое, умеренно болезненное при пальпации. На стороне поражения прощупываются увеличенные до 1,5 – 2 см, безболезненные, смещаемые поднижнечелюстные, верхние и средние яремные лимфатические узлы.

Диагноз: рак левой поднижнечелюстной слюнной железы T2N1M0, состояние после лучевой терапии.

10.09.02 г. произведена операция футлярно-фасциального удаления клетчатки шеи доступом по Martin'у. Особенность операции

состояла в резекции язычного нерва в связи со сращением его с опухолевым узлом. Операция длилась 6 час. 10 мин.

Уже через 6 месяцев после операции в зоне проведенной лимфаденэктомии обнаружены регионарные рецидивы с распространением метастазов на боковые отростки шейных позвонков и добавочный нерв. Умерла 24.12.2003 г.

По видимому, имплантация раковых клеток в операционное поле объясняется большой продолжительностью работы с блоком удаляемых тканей.

При распространении опухоли поднижнечелюстной слюнной железы на нижнюю челюсть проводили супраомогиодную шейную диссекцию, оставляя выделенный блок тканей в связи с нижней челюстью, сохраняли парамандибулярную жировую щель и резецировали нижнюю челюсть в окружении ее мягкотканого футляра.

Больная Ш-ко Л.Г., 49 лет, ист. бол. №22761, поступила 12.12.07 г. в ЧЛХО горбольницы №1 г. Макеевки с жалобами на опухолевидное образование в области нижней челюсти справа и в поднижнечелюстной области.

Болеет с мая 2007 г., когда заметила уплотнение в области нижней челюсти справа. В сентябре 2007 г. обратилась к стоматологу по месту жительства и направлена на консультацию в ЧЛХО больницы №1 г. Донецка. 12.09.07 выполнена биопсия: низкодифференцированная мукоэпидермоидная опухоль.

При КТ исследовании: деструкция угла нижней челюсти справа в виде вздутия с разрушением кортикального слоя и наличием мягкотканого компонента 3,9х3,2 см.

В ДОПЦ получила два курса ТГТ 60 Гр и 45 Гр.

При поступлении правая поднижнечелюстная слюнная железа опухолевидно изменена, увеличена до 5 см в диаметре, сращена с нижней

челюстью опухолевым инфильтратом. Пальпируется увеличенный до 1,5 см плотный смещаемый верхний яремный узел. В общем статусе и со стороны данных лабораторных исследований без особенностей.

Диагноз: мукоэпидермоидная опухоль правой поднижнечелюстной слюнной железы с прорастанием в нижнюю челюсть.

12.12.2007 г. выполнена супраомогиоидная шейная диссекция справа, резекция правой половины нижней челюсти.

Результаты ПГЗ удаленного блока тканей: мукоэпидермоидная опухоль слюнной железы умеренной степени дифференцировки с прорастанием в кость и выраженными дегенеративными изменениями; ткань лимфатического узла с картиной реактивной гиперплазии лимфоидной ткани.

При наблюдении через два года после операции признаков рецидива опухоли не отмечалось, приспособилась к пережевыванию мягкой пищи. Прикус ортогнатический. Больная жаловалась на то, что при открывании рта и во сне нижняя челюсть смещается в сторону ее дефекта и на деформацию лица. От предложенной костной пластики отказалась.

По просьбе больной выполнена контурная пластика дефекта мягких тканей в правой позадичелюстной области сдублированным деэпидермизированным кожным лоскутом, взятым на боковой поверхности живота.

Косметический дефект: западение мягких тканей в правой позадичелюстной области и в области отсутствующей правой ветви челюсти устранен. Нижняя челюсть во сне не смещается в сторону ее дефекта и при открывании рта это смещение значительно уменьшилось.

Через четыре года после операции жива без признаков рецидива опухоли.

Регионарное метастазирование первичных опухолей на нашем материале наблюдалось в 29,4% случаев.

У одной из наших больных (П-нова А.З., 69 лет, мед. карта №17139/645 за 2008 год) с диагнозом: мукоэпидермоидная опухоль правой околоушной слюнной железы низкой степени дифференцировки с поражением глоточного отростка железы и распространением к основанию черепа, несмотря на проведенное комбинированное лечение, через 16 месяцев после супраомогиоидной шейной диссекции и тотальной паротидэктомии отмечался неоперабельный рецидив первичной опухоли. Опухоль располагалась близко к основанию черепа и не было полной уверенности в радикальности выполненной операции по поводу первичной опухоли. В удаленном блоке тканей злокачественная опухоль верифицирована так же, как и ее регионарные метастазы. Регионарных метастазов за весь период наблюдения после операции не было отмечено.

Остальные больные, оперированные по усовершенствованным нами методикам, живы и без рецидивов регионарных метастазов в период наблюдения от 1 года до 7 лет.

### **Выводы**

1. Супраомогиоидная шейная диссекция является адекватной операцией для лечения больных раком поднижнечелюстной слюнной железы, а в расширенном варианте - и больных раком околоушной слюнной железы.

2. При локализации небольшого размера опухоли в нижнем полюсе околоушной слюнной железы имеется возможность сохранения функции основных ветвей лицевого нерва путем ампутации железы ниже его ствола.