

УДК 616.316.5-006.5-089-06

## СПОСОБЫ УСТРАНЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ДЕФЕКТОВ ОКОЛОУШНО-ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Чкадуа Т. З., Верещагина Н. В.

*ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр  
«Центральный научно-исследовательский институт стоматологии  
и челюстно-лицевой хирургии» Минздрава России,  
г. Москва, Российская Федерация*

**Введение.** В хирургии опухолей околоушных слюнных желез акценты расставлены на сохранение ветвей лицевого нерва и предотвращение рецидива. При этом обширные резекции железы приводят к нарушению конфигурации лица, которая вызывает вопросы у пациентов и заставляет, нас как специалистов искать способы хирургического лечения.

**Цель исследования** – поиск и сравнение методов устранения послеоперационных дефектов у пациентов с опухолями околоушной слюнной железы.

**Объекты и методы.** За период с 2019 года по 2021 год в клинике для устранения послеоперационного дефекта лоскутом поверхностно-мышечно-апоневротической системы лица – Superficial muscular aponeurotic system (SMAS), поверхностной височно-теменной фасции, методом липофилинга соответственно наблюдали 3 группы пациентов.

**Результаты.** В группе 3 достигли симметрии лица после проведения 2, 3 этапов липофилинга. Процедура проста в техническом исполнении, имеет минимальный донорский ущерб и короткую длительность. Пациентам группы 2 с рецидивами опухолей или большим объемом новообразования имело место включение в опухолевый процесс кожно-жирового и SMAS-лоскута с образованием дефекта целостности тканей, где лоскут височно-теменной фасции являлся методом выбора. В группе 1 выполнено устранение дефектов SMAS-лоскутом, который поднимался на этапе доступа.

**Заключение.** Каждый из перечисленных выше способов устранения дефектов и деформаций околоушно-жевательной области достиг

желаемого эстетического результата. При этом каждую методику следует применять исходя из клинической картины и по показаниям.

**Ключевые слова:** околоушная слюнная железа; паротидэктомия; субтотальная резекция; липофилинг; SMAS-лоскут; лоскут поверхностной височно-теменной фасции.

## METHODS FOR USING POSTOPERATIVE DEFECTS OF THE PAROTID-MASTICATORY REGION IN THE SURGICAL TREATMENT OF BENIGN NEOPLASMS OF THE PAROTID GLAND

Chkadua T. Z., Vereshchagina N. V.

*National Medical Research Center “Central Research Institute of Dentistry  
and Maxillofacial Surgery”, Moscow, Russian Federation*

**Introduction.** In the surgery of tumors of the parotid salivary glands, the emphasis is on preserving the branches of the facial nerve and preventing recurrence. At the same time, extensive resections of the gland lead to facial asymmetries, which raise questions in patients and force us, as specialists, to look for ways of surgical treatment.

**The aim** of the study is to find and compare methods for eliminating postoperative defects in patients with tumors of the parotid salivary gland.

**Objects and methods.** For the period from 2019 to 2021 in the clinic, in order to eliminate the postoperative defect with a flap — Superficial muscular aponeurotic system (SMAS), superficial temporal-parietal fascia, 3 groups of patients were studied by lipofilling, respectively.

**Results.** In group 3, we achieved facial symmetry after 2, 3 stages of lipofilling. The procedure is technically simple, has minimal donor damage and a short duration. Patients of the group 2 with tumor recurrences or a large volume of neoplasm included skin-fat and SMAS flaps in the tumor process with the formation of tissue integrity defect, where the temporal-parietal fascia flap was the method of choice. In group 1, the defects were eliminated with SMAS — a flap that was raised at the access stage.

**Conclusion.** Each of the above methods for eliminating defects and deformities of the parotid-masticatory region achieved the desired aesthetic result. In addition, each technique should be used based on the clinical picture and according to the indications.

**Keywords:** parotid gland; parotidectomy; subtotal resection; lipofilling; SMAS flap; superficial temporo-parietal fascia flap.

**Введение.** Выполнение операций по удалению опухолей околоушной слюнной железы могут повлечь за собой определенные отсроченные осложнения, специфические для данного вида вмешательства [1, 3]. Среди них такие как: рецидив новообразования, параличи или парезы мимической мускулатуры, синдром Фрейя, образование слюнных свищей, потеря кожной чувствительности. Также после выполнения обширных резекций околоушной слюнной железы, иногда могут возникать разной степени мягкотканые деформации послеоперационной области, которые приводят к умеренному нарушению конфигурации лица и деформации околоушно-жевательной области. И если до операции пациентов беспокоит сам факт наличия опухоли и риск дисфункции мимических мышц, то после операции почти каждый пациент первым делом озадачивается сохранением контуров лица и наличием видимых рубцов [2, 4, 5]. Все эти факторы заставляют пациентов повторно обращаться к челюстно-лицевым и пластическим хирургам за поиском решения данных вопросов. Такие тенденции диктуют высокое развитие эстетической и пластической медицины, и как следствие высокие запросы пациентов на качество оказываемой хирургической помощи. На текущий момент хирурги должны заботиться не только об успешном избавлении пациентов от опухоли, но также уделять внимание способам сохранения первоначальной конфигурации лица.

**Цель исследования** – поиск и сравнение методов устранения послеоперационных дефектов у пациентов с опухолями околоушной слюнной железы.

**Объекты и методы.** Проанализированы интраоперационные и отсроченные хирургические методы устранения послеоперационных дефектов и мягкотканых деформаций околоушно-жевательной области пациентов, получивших хирургическое лечение по поводу доброкачественных опухолей на базе ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр «Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» Минздрава России в период с 2019 года по 2021 год. В исследовании участвовали пациенты с диагнозами: плеоморфная аденома околоушной железы, аденолимфома околоушной железы, онкоцитомы околоушной железы, а также пациенты с рецидивами доброкачественных новообразований околоушной слюнной железы. Возраст пациентов варьировал в пределах от 20 до 72 лет. Распределение по полу между мужчинами и женщинами 1:1,5. По способу хирургического лечения пациенты распределены на

группы следующим образом: группа 1 – одномоментный способ устранения послеоперационного дефекта околоушно-жевательной области с применением поверхностного мышечно-аponeвротического лоскута лица – Superficial muscular aponeurotic system (SMAS), группа 2 – одномоментный способ устранения послеоперационного дефекта околоушно-жевательной области с применением лоскута поверхностной височно-теменной фасции, группа 3 – отсроченное поэтапное устранение послеоперационного дефекта околоушно-жевательной области с применением метода введения аутожира. Все операции проводили с выделением и сохранением ветвей лицевого нерва. В группе 1 пациентов в исследовании участвовало 30 человек, в группе 2 – 5 человек, в группе 3 – 10 человек. Период наблюдения за пациентами составил от 12 до 40 месяцев. Каждому их пациентов в качестве предоперационной подготовки выполняли ультразвуковое исследование околоушных слюнных желез, магнитно-резонансную компьютерную томографию головы и шеи, цитологическое исследование образования.

**Результаты.** В результате исследования все прооперированные пациенты достигли положительного эффекта, с точки зрения, сохранения конфигурации лица и отсутствия видимых рубцов. При этом пациенты группы 3 добились данного результата через 12 месяцев после начала хирургического лечения, при котором было выполнено 2 или 3 этапа липофилинга, в результате которого получилось достигнуть необходимого объема мягких тканей. Все прооперированные пациенты по данной методике ранее получили хирургическое лечение по удалению опухоли околоушной слюнной железы в сторонних учреждениях. Способ забора жировой ткани производили мануально с помощью канюль для липоаспирации через миллиметровые проколы кожи в донорской зоне (внутренняя поверхность бедер у женщин и передне-нижней части живота – у мужчин). Объем введения, после обработки и очистки жировой ткани от примесей, составлял от 30 до 50 мл. за одну процедуру. Введение производили веерной техникой, через проколы кожи в естественных складках лица. Положительными факторами при данной методике можно указать ее малую инвазивность, простоту технического исполнения, минимальный донорский ущерб, короткую продолжительность операции, возможность проведения процедуры как под общей, так и под местной анестезией. Пациенты группы 2 также достигли оптимальных результатов, где в качестве донорского лоскута использовали лоскут поверхностной височно-теменной фасции. Применение данного лоскута диктуется определенными показаниями,

когда новообразование обладает мультицентрическим ростом, а опухольевые узлы пенетрируют SMAS-лоскут, фрагменты кожно-жирового лоскута, волокна жевательной мышцы с образованием обширного мягкотканого дефекта. Данный метод является методом выбора и необходимостью в ситуации, когда использовать другие местно-пластические лоскуты и ткани невозможно. Лоскут поверхностной височно-теменной фасции был применен одномоментно после паротидэктомии пациентам с обширными новообразованиями или с неоднократными рецидивами опухоли. С помощью продленного Y-образного разреза кожи височной области, и мобилизации кожно-жирового лоскута, методом тупой и острой диссекции выделяли височно-теменную фасцию с прослеживанием ветвей поверхностной височной артерии, после чего выполняли ротацию лоскута в сторону дефекта околоушно-жевательной области. Лоскут перераспределяли по периметру раны поверх ветвей лицевого нерва и сразу фиксировали отдельными узловыми швами с целью предупреждения его сокращения. Данный лоскут не влечет серьезного донорского ущерба, не приносит видимых рубцов, так как они скрыты в волосистой зоне головы, время операции при этом увеличивается на час. Данный способ предотвращает рубцевание ветвей лицевого и ушно-височного нерва к кожно-жировому лоскуту, снижает число синкинезий, предотвращает возникновения синдрома Фрейя. Пациенты в группе 1, которым выполняли устранение мягкотканых дефектов SMAS-лоскутом продемонстрировали также высокий эстетический результат. Подъем лоскута выполняли на 1 этапе операции, при реализации доступа к околоушной слюнной железе. После субтотальной резекции железы (поверхностной и/или глубокой доли) SMAS-лоскут распределяли по периметру раны согласно традициям пластической хирургии, чтобы изолировать ветви лицевого и ушно-височного нерва от лежащего выше кожно-жирового лоскута, соблюсти конфигурацию лица. Тем самым, удавалось профилактировать не только мягкотканую асимметрию, предупредить синдром Фрейя и образование слюнных свищей.

**Заключение.** Каждый человек в той или иной степени заботиться о своей внешности и поэтому различные хирургические вмешательства на лице вызывают определенный страх у пациентов, что может повлиять на их социальную адаптацию после операции. Поэтому одной из важных задач, стоящей перед хирургом, занимающимся опухолями околоушной слюнной железы, является поиск безопасных способов по профилактике послеоперационных осложнений, в том числе

и мягкотканой асимметрии лица. Каждый из способов устранения дефектов и деформаций околоушно-жевательной области доказал свою эффективность и может быть применен в зависимости от показаний. Метод липофилинга является адекватным, если пациенту выполняли хирургическое лечение по поводу злокачественного новообразования и срок безрецидивного периода составляет от 3 до 5 лет. В остальных ситуациях предпочтение следует отдавать лоскуту поверхностной мышечно-апоневротической системы лица. Если же SMAS-лоскут скомпрометирован, то лоскут поверхностной височно-теменной фасции является альтернативным способом при устранении мягкотканого дефекта околоушно-жевательной области.

#### **Литература.**

1. Diagnostic surgical pathology of the head and neck / R. Douglas [et al.]. – Salivary Glands Ch. 6 – Gnepp, 2021. – P. 432–605. doi: 10.1016/B978-1-4160-2589-4.X0001-0
2. Foote, Jr. F. W. Atlas of tumor pathology. Tumors of the major salivary glands / Jr. F. W. Foote, E. L. Frazell. – Washington : Armed Forces Institute of Pathology, 1953. – P. 1065–1133. doi: 10.1002/1097-0142(195311)6:6
3. Great auricular nerve preservation in parotid surgery: rationale and long-term results insights / A. Moretti [et al.] / Eur. Arch. Otorhinolaryngol. – 2015. – Vol. 272. – P. 3515–3520. doi: 10.1007/s00405-014-3342-6
4. Knighta, J. Metastasising pleomorphic adenoma: Systematic review / J. Knighta, K. Ratnasinghamb // Internat. J. of Surg. – 2015. – Vol. 19. – P. 137–145. doi: 10.1016/j.ijso.2015.04.084
5. Minor parotidectomy complications : a systematic review / S. Lambiel [et al.] // The Laryngoscope. – 2021 – Vol. 131. – P. 571–579. doi: 10.1002/lary.28912