

DOI: 10.37988/1811-153X_2025_4_156

В.И. Польшина¹,

к.м.н., доцент кафедры онкологии, радиотерапии и реконструктивной хирургии

А.А. Бабкова¹,

к.м.н., доцент кафедры лучевой диагностики и лучевой терапии

С.И. Самойлова¹,

к.м.н., доцент кафедры онкологии, радиотерапии и реконструктивной хирургии

Л.В. Эверстова¹,

клинический ординатор кафедры онкологии, радиотерапии и реконструктивной хирургии

В.В. Чуев^{2,3},

к.м.н., доцент кафедры терапевтической стоматологии; клинический ординатор кафедры челюстно-лицевой хирургии

¹ Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, 119991, Москва, Россия

² НИУ БелГУ, 308015, Белгород, Россия

³ ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, 394036, Воронеж, Россия

Случай одномоментной реконструкции лицевого нерва при тотальной паротидэктомии у пациента с онкологическим статусом при миоэпителиальной карциноме экс-плеоморфной аденомы

Аннотация. Представлен клинический случай хирургического лечения пациентки тотальной паротидэктомией околоушной слюнной железы и одномоментной реконструкцией лицевого нерва при миоэпителиальной карциноме экс-плеоморфной аденомы. Данный метод является методом выбора тактики хирургического лечения, позволяющего не только устраниить мимическую дисфункцию у пациента, но и продолжить его комбинированное онкологическое лечение, сохраняя социальную активность пациента.

Ключевые слова: миоэпителиальная карцинома экс-плеоморфной аденомы, реконструкция лицевого нерва, комбинированное онкологическое лечение, паротидэктомия, миоэпителиальная карцинома, мимическая дисфункция, нейропластика, хирургическая реабилитация

A case of one-stage facial nerve reconstruction during total parotidectomy in a patient with oncological status due to myoepithelial carcinoma ex pleomorphic adenoma

V.I. Polshina¹,

PhD in Medicine, associate professor of the Oncology, radiotherapy and reconstructive surgery Department

A.A. Babkova¹,

PhD in Medicine, associate professor of the Radiology and radiotherapy Department

S.I. Samoylova¹,

PhD in Medicine, associate professor of the Oncology, radiotherapy and reconstructive surgery Department

L.V. Everstova¹,

clinical resident of the Oncology, radiotherapy and reconstructive surgery Department

V.V. Chuev^{2,3},

PhD in Medical Sciences, associate professor of the Therapeutic dentistry Department; dental surgeon, clinical resident of the Maxillofacial surgery Department

Summary. A clinical case of surgical treatment of a patient using total parotidectomy of the parotid salivary gland and simultaneous reconstruction of the facial nerve in myoepithelial carcinoma of ex pleomorphic adenoma is presented. This method is a method of choosing surgical treatment tactics that allows not only to eliminate the patient's facial dysfunction, but also to continue his combined oncological treatment while maintaining the patient's social activity.

Key words: myoepithelial carcinoma ex-pleomorphic adenoma, facial nerve reconstruction, combined oncological treatment, parotidectomy, myoepithelial carcinoma, facial dysfunction, neuroplasticity, surgical rehabilitation

¹ Sechenov University, 119991, Moscow, Russia

² Belgorod State University, 308015, Belgorod, Russia

³ Voronezh State Medical University, 394036, Voronezh, Russia

ВВЕДЕНИЕ

Лечение пациентов со злокачественными новообразованиями околоушной слюнной железы представляет собой сложную задачу в современной хирургической

практике. Это обусловлено необходимостью не только выбора оптимальной стратегии лечения, обеспечивающей радикальное удаление опухоли с максимальным сохранением анатомических структур и функциональной активности лицевого нерва, но и разработкой

комплекса реабилитационных мероприятий, направленных на достижение наилучшего результата лечения и быстрое восстановление социальной активности пациента.

Согласно статистическим данным, опубликованным в отечественной и зарубежной литературе, поражения слюнных желез составляют приблизительно 5% от всех выявленных опухолей и до 15% от всех новообразований, локализованных в области головы и шеи [1, 2].

Миэпителиальная карцинома, возникающая из плеоморфной аденомы, является редким типом злокачественной опухоли, поражающей слюнные железы. По данным мировой статистики, ее доля составляет менее 5% от всех злокачественных заболеваний слюнных желез [3, 4]. Данный тип опухоли развивается из миэпителиальных клеток слюнных желез в процессе малигнизации плеоморфной аденомы и может обладать чертами обеих патологий, что затрудняет его точную верификацию, особенно при стремлении

к минимизации объема резецируемых тканей. Миэпителиальная карцинома характеризуется медленным темпом роста, выраженной инвазией в окружающие ткани и тенденцией к периневральному распространению с экспансионным рецидивирующими мультифокальным ростом [5].

Представлен клинический случай, в котором выбранная тактика лечения позволила не только уточнить диагноз и провести верификацию опухоли, но и выполнить полноценную хирургическую реабилитацию пациента и осуществить дальнейшее комбинированное лечение.

ДИАГНОЗ И ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ

Пациентка Р., 36 лет, в 2021 г. обратилась в клинику с жалобами на объемное мультифокусное образование околоушной слюнной железы слева (рис. 1).

В анамнезе — неоднократное хирургическое лечение плеоморфной аденомы по месту жительства с 2016



Рис. 1. Пациентка до операции: А — вид в покое (стрелкой указана зона послеоперационного рубца от предыдущего хирургического вмешательства); В — мимические пробы

Fig. 1. The patient before surgery: A — appearance at rest (the arrow indicates the area of the postoperative scar from the previous operation); B — facial expression tests

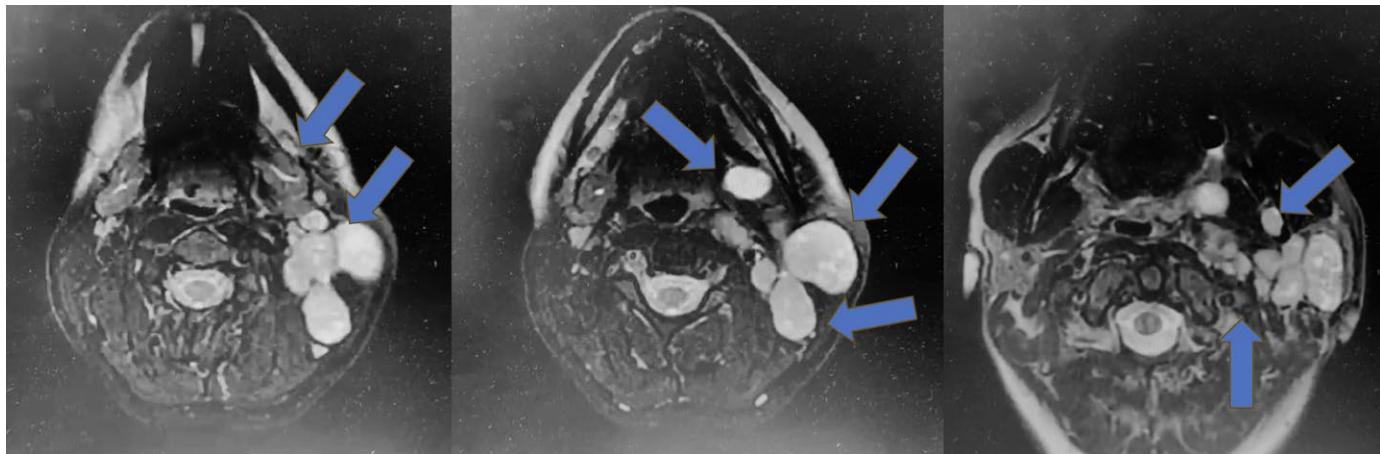


Рис. 2. МРТ мягких тканей шеи (2021 г.): множественные гиперваскулярные образования в проекции угла нижней челюсти слева с прилеганием к углу нижней челюсти, гиперваскулярное образование в проекции глоточного отростка околоушной слюнной железы

по 2021 г. с верификацией диагноза на основании интраоперационного материала:

- 2016 г. — первичное выявление плеоморфной аденомы (ПА), хирургическое лечение, верификация диагноза;
- 2018 г. — рецидив ПА, хирургическое лечение, верификация диагноза;
- 2020 г. — рецидив ПА, хирургическое лечение, верификация диагноза;
- 2021 г. — рецидив ПА, хирургическое лечение, верификация диагноза «миоэпителиальная карцинома экс-плеоморфной аденомы (МЭК)»;
- 2022 г. — рецидив МЭК, хирургическое лечение, лучевая терапия;
- 2023 г. — рецидив МЭК, хирургическое лечение, химиотерапия;
- 2024 г. — рецидив МЭК, хирургическое лечение.

В качестве хирургического лечения пациентке выполняли удаление новообразования — субтотальная резекция околоушной слюнной железы [6].

В 2021 г. при плановом осмотре по данным МРТ выявлено наличие новообразования в проекции тканей

Fig. 2. MRI of the soft tissues of the neck (2021): multiple hypervascular formations in the projection of the angle of the mandible on the left, adjacent to the angle of the mandible, a hypervascular formation in the projection of the pharyngeal process of the parotid salivary gland.

ложа и глоточного отростка околоушной слюнной железы слева (рис. 2). Пациентка обратилась за консультацией в клинику. Учитывая анамнез пациентки, было рекомендовано хирургическое лечение: тотальная резекция околоушной слюнной железы с пластикой ветвей лицевого нерва. Диагноз «плеоморфная аденома» (D11.0) был верифицирован цитологическим исследованием при поступлении.

ЛЕЧЕНИЕ

Пациентке было выполнено хирургическое лечение: тотальная резекция околоушной слюнной железы слева с одномоментной пластикой лицевого нерва с использованием донорского нерва.

Первым этапом, после проведения разметки операционного поля в проекции рубцов от предыдущих хирургических вмешательств, был выполнен доступ к периферическим ветвям лицевого нерва, для обеспечения возможности его восстановления (рис. 3). Далее нами был выделен обширный конгломерат новообразований с рубцово-измененными тканями околоушной слюнной



Рис. 3. Тотальная резекция околоушной слюнной железы слева с одномоментной пластикой лицевого нерва: разметка и доступ к лицевому нерву для его верификации (стрелками обозначены ветви лицевого нерва)

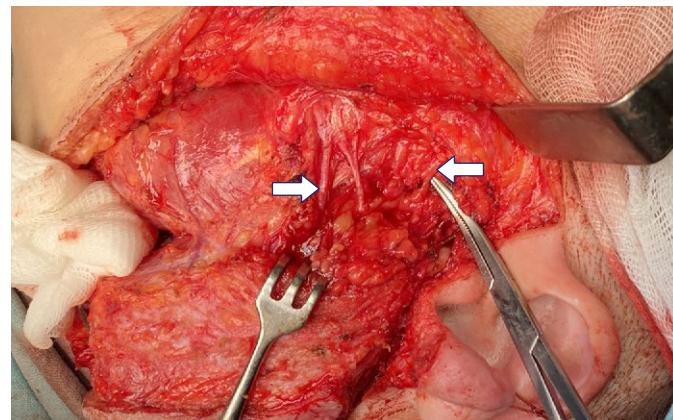


Fig. 3. Total resection of the left parotid salivary gland with simultaneous facial nerve plasty: marking and access to the facial nerve for its verification (arrows indicate the branches of the facial nerve)

железы в пределах видимо здоровых тканей (рис. 4). В проекции угла нижней челюсти был верифицирован участок с инвазией в костную структуру нижней челюсти с формированием в ней зоны деструкции. Угол нижней челюсти в проекции дефекта был резецирован в пределах видимо здоровых тканей для патоморфологического исследования (рис. 5). Также был удален глоточный отросток околоушной слюнной железы вместе с единичными узлами образования и верификацией ствола лицевого нерва.

Следующим этапом был осуществлен забор донорского нерва. В проекции правой голени малоинвазивным доступом были проведены верификация и забор сурального нерва (рис. 6) для обеспечения возможности выполнения невральной вставки для восстановления лицевого нерва. Длина забранного нерва обеспечивала

возможность восстановления четырех основных ветвей лицевого нерва.

Далее был выполнен микрохирургический этап формирования невральных вставок и нейроррафии по типу «конец-в-конец» между культей ствола и суральным нервом и культурами первой, второй, третьей и четвертой ветвей лицевого нерва и аксонами сурального нерва (рис. 7).

Завршающим этапом были выполнены послойное ушивание послеоперационных ран в донорской и в реципиентной зонах с установкой дренажей (рис. 8).

Полученный в ходе хирургического лечения материал был отправлен на патоморфологическое исследование, где ввиду достаточного объема полученного материала был верифицирован диагноз: «миоэпителиальная карцинома экс-плеоморфной аденоны» (код C07 по МКБ-10; рис. 9).

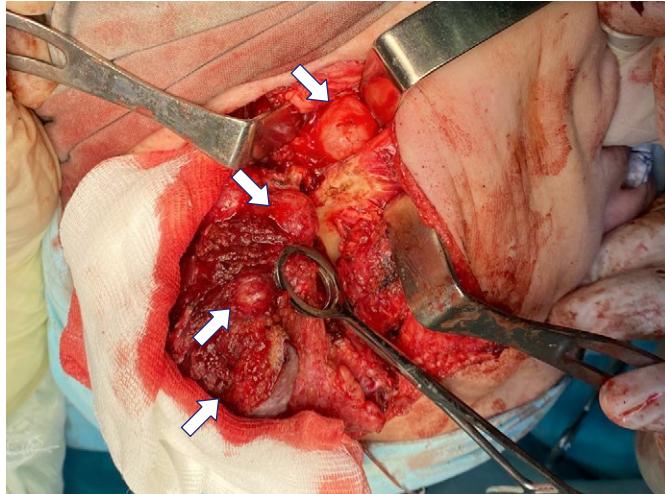


Рис. 4. Тотальная резекция околоушной слюнной железы слева с одновременной пластикой лицевого нерва: выделение образования и резекция края нижней челюсти с инвазией опухоли (стрелками обозначены множественные образования при паротидэктомии с зоной инвазии в угол нижней челюсти)

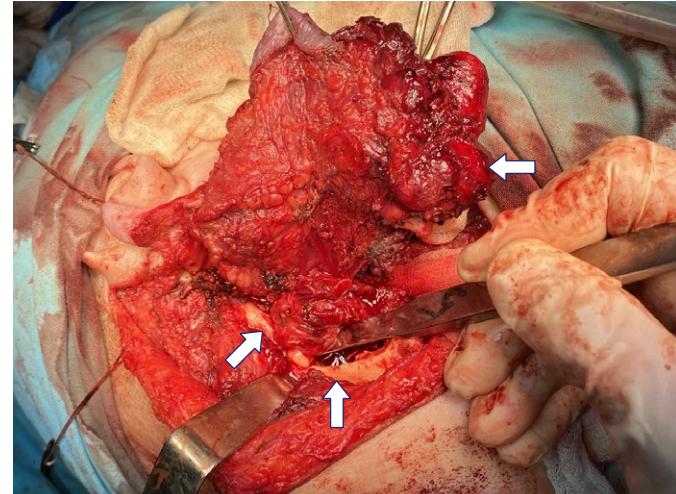


Fig. 4. Total resection of the left parotid salivary gland with simultaneous facial nerve plasty: isolation of the formation and resection of the edge of the lower jaw with tumor invasion (arrows indicate multiple formations during parotidectomy with an area of growth into the angle of the lower jaw)

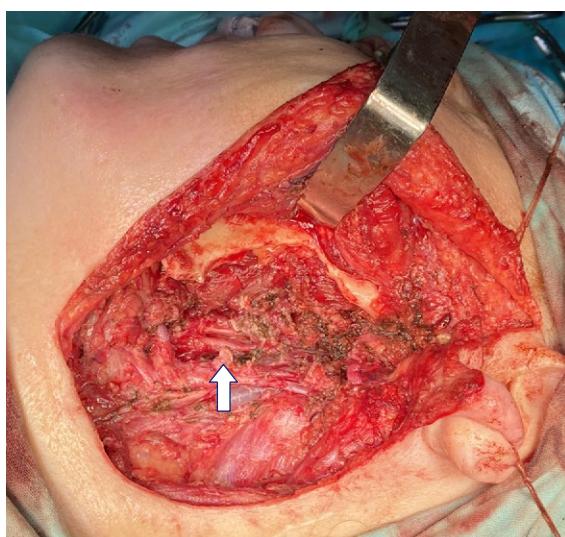


Рис. 5. Тотальная резекция околоушной слюнной железы слева с одновременной пластикой лицевого нерва: зона паротидэктомии с резекцией угла нижней челюсти (стрелкой обозначена культура лицевого нерва) и интраоперационный препарат



Fig. 5. Total resection of the left parotid salivary gland with simultaneous facial nerve plasty: parotidectomy zone with resection of the angle of the mandible (the arrow indicates the facial nerve stump) and intraoperative specimen



Рис. 6. Тотальная резекция околоушной слюнной железы слева с одномоментной пластикой лицевого нерва: забор сурального нерва — донора реиннервации (указан стрелками)

Fig. 6. Total resection of the left parotid salivary gland with simultaneous facial nerve plasty: harvesting of the sural nerve — a donor of reinnervation (indicated by arrows)

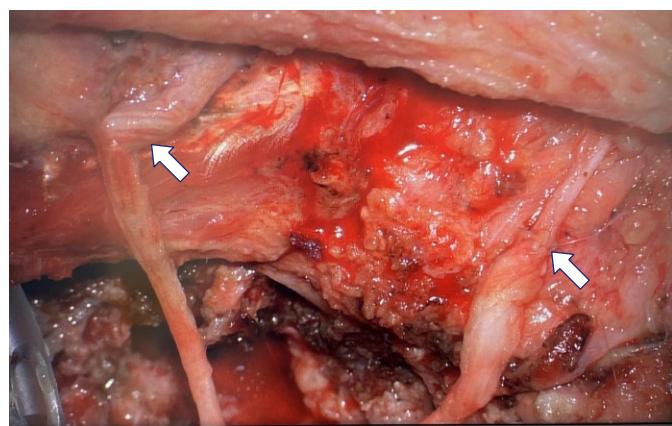
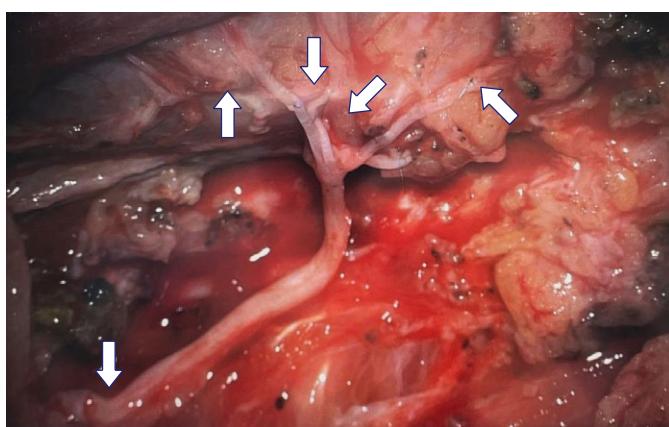


Рис. 7. Тотальная резекция околоушной слюнной железы слева с одномоментной пластикой лицевого нерва: микросургический этап реконструкции лицевого нерва — формирование нейроррафии по типу «конец-в-конец» между культией ствола и суральным нервом и культиями 4 ветвей лицевого нерва и аксонами сурального нерва (стрелками указаны зоны нейроррафии)

Fig. 7. Total resection of the left parotid salivary gland with simultaneous facial nerve plasty: microsurgical stage of facial nerve reconstruction — formation of end-to-end neurorrhaphy between the stump of the trunk and the sural nerve and the stumps of the 4 branches of the facial nerve and the axons of the sural nerve (arrows indicate the zones of neurorrhaphy)

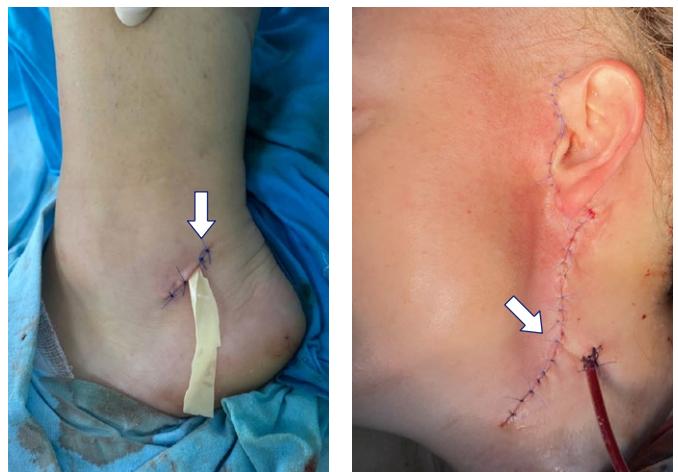
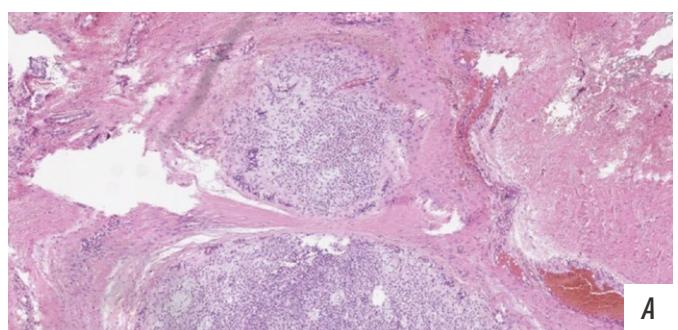
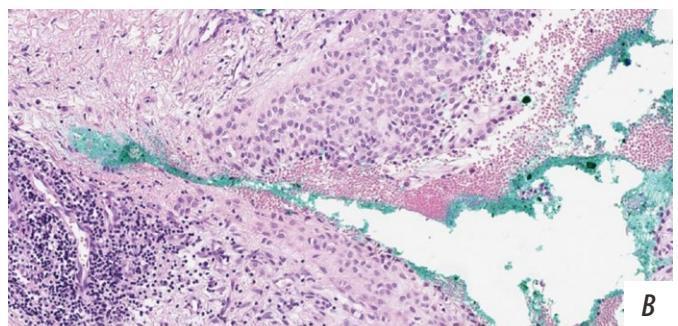


Рис. 8. Тотальная резекция околоушной слюнной железы слева с одномоментной пластикой лицевого нерва: ушивание послеоперационных ран (стрелками указаны зоны швов)

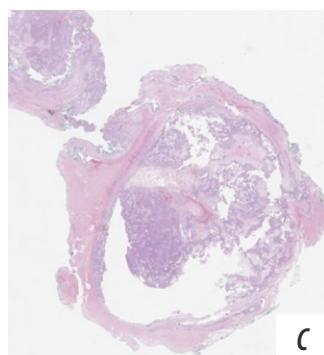
Fig. 8. Total resection of the left parotid salivary gland with simultaneous facial nerve plasty: Suturing of postoperative wounds (arrows indicate suture areas)



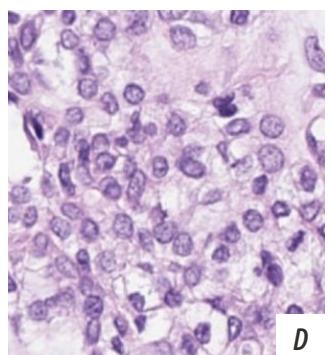
A



B



C



D

Рис. 9. Гистологические срезы препаратов интраоперационного материала: опухолевые узлы среди фиброзно-мышечной ткани (A), инвазия в капсулу (B), мультифокальный рост (C), клеточный полиморфизм (D)

Fig. 9. Histological sections of intraoperative material preparations: tumor nodules among fibromuscular tissue (A), invasion into the capsule (B), multifocal growth (C), cellular polymorphism (D)

В послеоперационном периоде реабилитация и наблюдение проводили в течение 12 месяцев. Мимическая активность слева в первые 3 месяца отсутствовала в полном объеме, однако отмечалось ее восстановление с 4-го месяца, что подтверждали данные проводимой электромиографии (рис. 10). Реабилитационная терапия проводилась в объеме курсовых занятий миогимнастикой, без медикаментозной и физиотерапевтической поддержки.

ИСХОД ЛЕЧЕНИЯ И ОБСУЖДЕНИЕ

Через 12 месяцев после проведенного хирургического лечения: тотальной резекции околоушной слюнной железы с восстановлением лицевого нерва — при контрольной МРТ выявлен рецидив новообразования в проекции предыдущего оперативного вмешательства. Результаты цитологического исследования подтвердили рецидив основного заболевания — миоэпителиальной карциномы экс-плеоморфной аденомы.

Рецидив МЭК экс-плеоморфной аденомы является следствием высокой степени злокачественности данного заболевания и его инвазии в окружающие ткани и считается его характерным признаком. Этот вид опухоли показывает высокую степень резистентности к современным методам комбинированной терапии.

Выполнено хирургическое удаление опухоли мягких тканей крылонёбной и подвисочного ямки слева с однократной лучевой терапией зоны рецидива. В послеоперационном периоде объем мимических движений сохранялся на уровне восстановления, полученном при первичном лечении.

Далее в 2023 г. пациентке выполнено хирургическое лечение рецидива опухоли с проведением курса химиотерапии и хирургическое лечение в 2024 г. Мимические движения на данный момент сохраняются на восстановленном уровне после операции паротидэктомии с восстановлением ветвей лицевого нерва, что подтверждает результативность проведенного лечения (рис. 11).



Рис. 10. Пациентка через 4 месяца после операции: вид в покое (стрелкой указана зона послеоперационного рубца от предыдущего хирургического вмешательства) и мимические пробы

Fig. 10. The patient 4 months after surgery: view at rest (the arrow indicates the area of the postoperative scar from the previous surgery), and facial expression tests



Рис. 11. Пациентка через 3 года после операции на этапе комбинированного лечения

Fig. 11. The patient 3 years after surgery at the stage of combined treatment

Пациентка находится под динамическим наблюдением, лечение продолжается.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

1. Kong E, Chun K, Cho I. Incidentally detected carcinoma ex pleomorphic adenoma of parotid gland by F-18 FDG PET/CT. — *Nucl Med Mol Imaging*. — 2016; 50 (1): 95—7. [PMID: 26941868](#)
2. Steblovsky D.V. [Organ-preserving microsurgery for pleomorphic adenoma of the parotid salivary gland]. — *The Medical and Ecological Problems*. — 2023; 1-2: 46—49 (In Ukrainian).
[DOI: 10.31718/mep.2023.27.1-2.09](#)
3. Chamberlain F, Cojocaru E, Scaranti M, Noujaim J, Constantinou A, Thway K, Fisher C, Messiou C, Strauss D.C., Miah A., Zaidi S., Benson C., Gennatas S., Jones R.L. Adult soft tissue myoepithelial carcinoma: treatment outcomes and efficacy of chemotherapy. — *Med Oncol*. — 2019; 37 (2): 13. [PMID: 31879796](#)
4. Тараканова О.В., Славнова Е.Н. Цитологическая диагностика опухолей слюнных желез. — Онкология. Журнал им. П.А. Герцена. — 2022; 5: 78—88.
[Tarakanova O.V., Slavnova E.N. Cytological diagnosis of salivary gland tumors. — *P.A. Herzen Journal of Oncology*. — 2022; 5: 78—88 (In Russian)]. [eLibrary ID: 49615869](#)
5. Ластовка А.С., Неровня А.М., Дударева И.В. Особенности гистологического строения аденолимфомы слюнной железы в клинической практике. — *Стоматолог. Минск*. — 2017; 2 (25): 20—26.
[Lastovka A.S., Nerovnya A.M., Dudareva I.V. Adenolimfoma of salivary gland: histological features and clinical and morphological variants. — *Dentist (Minsk)*. — 2017; 2 (25): 20—26 (In Russian)]. [eLibrary ID: 29432597](#)
6. Zoccali F, Cialente F, Colizza A., Ralli M., Greco A., de Vincentiis M. Clinico-histopathological review of 255 patients who underwent parotidectomy for pleomorphic adenoma: a 10-year retrospective study—a proposal for an optimal diagnostic and therapeutic algorithm for patients with recurrent pleomorphic adenoma. — *Eur Arch Otorhinolaryngol*. — 2023; 280 (7): 3329—3335. [PMID: 36872347](#)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данный клинический случай наглядно демонстрирует необходимость полноценного предоперационного планирования и обязательную верификацию интраоперационного материала на всех этапах лечения, а также необходимость использования одномоментных методов реконструкции нервной ткани у пациентов с онкологическим статусом. Это особенно актуально для данной группы пациентов, так как операции на околоушно-жевательной области являются причиной инвалидизации пациентов вследствие социальной дезадаптации пациента при сохранении его трудоспособности.

Таким образом, взвешенный подход к хирургическому лечению позволяет не только улучшить исходы лечения, но и сохранить функциональную активность челюстно-лицевой области, что значительно снижает степень социальной дезадаптации пациентов с онкологическим статусом в долгосрочной перспективе.

Поступила/Received: 01.10.2025

Принята в печать/Accepted: 19.11.2025