

DOI: 10.37988/1811-153X\_2022\_3\_76

[Т.З. Чкадуа,](#)

д.м.н., зав. отделением реконструктивной челюстно-лицевой и пластической хирургии, заместитель директора по клинической и научной работе

[З.Ю. Висаитова,](#)

к.м.н., челюстно-лицевой и пластический хирург отделений челюстно-лицевой хирургии и реконструктивной челюстно-лицевой и пластической хирургии

[Н.В. Верещагина,](#)

челюстно-лицевой хирург, аспирант отделения реконструктивной челюстно-лицевой и пластической хирургии

ЦНИИСиЧЛХ, 119021, Москва, Россия

## ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ:

Чкадуа Т.З., Висаитова З.Ю., Верещагина Н.В. Методы хирургического устранения мягкотканых дефектов после удаления доброкачественных новообразований околоушной слюнной железы. — *Клиническая стоматология*. — 2022; 25 (3): 76—83. DOI: 10.37988/1811-153X\_2022\_3\_76

## Методы хирургического устранения мягкотканых дефектов после удаления доброкачественных новообразований околоушной слюнной железы

**Реферат.** Радикальные операции в зоне околоушной слюнной железы по поводу доброкачественных новообразований влекут за собой ряд хирургических осложнений, таких как синдром Люси Фрей, длительно функционирующие слюнные свищи, сиалоцеле, мягкотканая деформация послеоперационной области. При сохранении мимических движений лица вышеперечисленные состояния могут значительно снизить качество жизни и вызывать у пациентов после операции определенную неудовлетворенность хирургическим лечением. В связи с этим на современном этапе развития хирургии слюнных желез требуется поиск дополнительных методик по профилактике осложнений в сочетании с радикальными методами хирургического лечения. **Материалы и методы.** С 2019 по 2021 г. 50 пациентам выполнено хирургическое лечение по поводу доброкачественных новообразований околоушных слюнных желез. По способу устранения и профилактики послеоперационных осложнений пациенты разделены на III группы. Пациентам I и II группы выполнялась симультанная операция по удалению опухоли околоушной слюнной железы и одномоментному устранению дефекта. В I группе лечение проводилось с включением лоскута поверхностной мышечно-апоневротической системы лица (SMAS-лоскута). У пациентов II группы выполнена паротидэктомия в сочетании с применением лоскута поверхностной височно-теменной фасции. В III группе пациентов зона послеоперационного дефекта заполнялась жировым аутоотрансплантатом. Пациентам этой группы хирургическое лечение выполнялось отсрочено, через год и более после удаления доброкачественных новообразований околоушной слюнной железы в стационарных учреждениях. **Результаты.** Сроки реабилитации в I и во II группах не отличались и составляли 10—14 дней. В III группе желаемый эффект достигался за 2—3 этапа липофилинга, период между операциями составлял 3—4 месяца. **Заключение.** Пациенты получили хорошие эстетические результаты по сохранению конфигурации и симметрии контуров лица, а также у всех пациентов удалось избежать синдрома Люси Фрей и слюнных свищей.

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

[T.Z. Chkadua,](#)

PhD in Medical Sciences, head of the Reconstructive maxillofacial and plastic surgery Division, deputy director for clinical and scientific activities

[Z.Yu. Visaitova,](#)

PhD in Medical Sciences, maxillofacial and plastic surgeon of the Maxillofacial surgery Division and the Reconstructive maxillofacial and plastic surgery Division

[N.V. Vereshchagina,](#)

maxillofacial surgeon, postgraduate at the Reconstructive maxillofacial and plastic surgery Division

Central Research Institute of Dental and Maxillofacial Surgery, 119021, Moscow, Russia

## Surgical methods of absorption of soft tissue defects after removal of benign neoplasms of the parotid gland

**Abstract.** Radical operations in the area of the parotid salivary gland for benign neoplasms entail a number of surgical complications, such as Lucy Frey syndrome, long-functioning salivary fistulas, sialocele, soft tissue deformation of the postoperative area. While maintaining facial facial movements, the above conditions can significantly reduce the quality of life and cause certain dissatisfaction with surgical treatment in patients after surgery. In this regard, at the present stage of development of salivary gland surgery, it is necessary to search for additional methods for the prevention of complications in combination with radical methods of surgical treatment. **Materials and methods.** From 2019 to 2021, 50 patients underwent surgical treatment for benign neoplasms of the parotid salivary glands. According to the method of elimination and prevention of postoperative complications, patients are divided into groups III. I and the patients of the second group underwent simultaneous surgery to remove a tumor of the parotid salivary gland and eliminate the defect at the same time. In group I, treatment was carried out with the inclusion of a flap of the superficial muscular-aponeurotic system of the face (SMAS flap). In patients of the second group, parotidectomy was performed in combination with the use of a flap of the superficial temporoparietal fascia. In the group of patients with III, the zone of the postoperative defect was filled with a fat autograft. Surgical treatment was delayed for patients of this group, a year or more after

**FOR CITATION:**

Chkadua T.Z., Visaitova Z.Yu., Vereshchagina N.V. Surgical methods of absorption of soft tissue defects after removal of benign neoplasms of the parotid gland. *Clinical Dentistry (Russia)*. 2022; 25 (3): 76—83 (In Russ.). DOI: 10.37988/1811-153X\_2022\_3\_76

the removal of benign neoplasms of the parotid salivary gland in third-party institutions. **Results.** The terms of rehabilitation in I and II groups did not differ and amounted to 10—14 days. In group III, the desired effect was achieved in 2—3 stages of lipofilling, the period between operations was 3—4 months. **Conclusion.** The patients received good aesthetic results in preserving the configuration and symmetry of the contours of the face, and all patients managed to avoid Lucy Frey syndrome and salivary fistulas.

**Key words:** parotid salivary gland, SMAS flap, temporal-parietal fascia flap, subtotal resection, parotidectomy, lipofilling

**ВВЕДЕНИЕ**

Глобальная годовая заболеваемость с учетом всех опухолей слюнных желез варьирует от 0,4 до 13,5 случаев на 100 тыс. населения. От 64 до 80% всех первичных эпителиальных опухолей слюнных желез возникают в околоушной железе, причем большинство из них находится в поверхностной доле. Доброкачественные опухоли составляют 54—79%, а 21—46% приходится на злокачественные [1, 2].

Самый распространенный тип опухоли — плеоморфная аденома: на нее приходится ~50% всех опухолей. Опухоль Уортина — вторая по частоте среди доброкачественных опухолей, и в большинстве крупных исследований мукоэпидермоидная карцинома является наиболее распространенной злокачественной опухолью [3—5].

В связи с развитием эстетической и пластической хирургии ожидания пациента от операции достаточно высоки. Отсутствие знаний о способах хирургического лечения, анатомо-топографических подробностях, характере возможных осложнений в послеоперационном периоде упрощает представления пациента об этой операции. Осложнения, характерные для хирургии околоушных слюнных желез, могут быть как ранними, так и отдаленными [6—8]. По данным литературы, в 19—67% случаев после паротидэктомии с сохранением ветвей лицевого нерва возможен ряд осложнений: глубокий парез мимической мускулатуры, резкий мягкотканый дефицит околоушно-жевательной области, возникновение синдрома Люси Фрей, образование длительно функционирующих слюнных свищей. Если перед операцией пациента в основном беспокоит полное удаление опухоли и сохранение содружественных мимических движений лица, то в послеоперационном периоде его больше интересуют степень мягкотканой деформации и сроки нарушения кожной чувствительности, реже наличие слюнных свищей и синдром Люси Фрей [9—11]. Таким образом, в настоящее время наиболее актуален поиск дополнительных хирургических методов по устранению и профилактике послеоперационных осложнений в сочетании с радикальной хирургией с целью повышения качества оказания хирургической помощи пациентам с доброкачественными образованиями околоушных слюнных желез.

**Цель** — анализ результатов трех методов устранения и профилактики послеоперационных осложнений в результате хирургического лечения пациентов по поводу доброкачественного новообразования околоушной слюнной железы, определение показаний и составление алгоритма хирургического лечения.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

С 2019 по 2021 г. для устранения и профилактики послеоперационных осложнений выполнено хирургическое лечение 50 пациентов (36 женщин и 14 мужчин) в возрасте от 18 до 68 лет. Лечение пациентов проводилось по поводу доброкачественной опухоли: 29 пациентов оперировались по поводу первично выявленной плеоморфной аденомы, 6 — по поводу впервые выявленной аденолимфомы, 5 — по поводу рецидива плеоморфной аденомы. Еще 10 пациентов уже были прооперированы по поводу доброкачественной опухоли в онкологических центрах и поступили к нам с жалобами на мягкотканый послеоперационный дефект. Срок безрецидивного периода у данной группы — от 1 года.

В зависимости от размеров и локализации опухолевых узлов 5 пациентам выполнена паротидэктомия, 35 пациентам — субтотальная резекция околоушной слюнной железы, из них 26 пациентам удалена поверхностная доля железы, 9 — резецирована поверхностная и глубокая доли с сохранением глоточного отростка.

**I группу** составили 35 пациентов (26 женщин и 9 мужчин), которым выполнено симультанное хирургическое лечение по поводу доброкачественных новообразований околоушной слюнной железы с одномоментным устранением послеоперационных мягкотканых дефектов лоскутом поверхностной мышечно-апоневротической системы лица.

При данной методике выполнялся широкий доступ для полной визуализации нижележащих мягких тканей. Разрез кожи начинался горизонтально в волосистой зоне головы височной области, далее продолжался предушно, по вершине козелка ушной раковины, окаймляя ее мочку, и продлевался в сосцевидно-затылочную область в волосистой зоне головы. После мобилизации кожно-жирового лоскута на ширину до вертикальной границы от латерального угла глаза до переднего края жевательной мышцы выполнялась гидропрепаровка

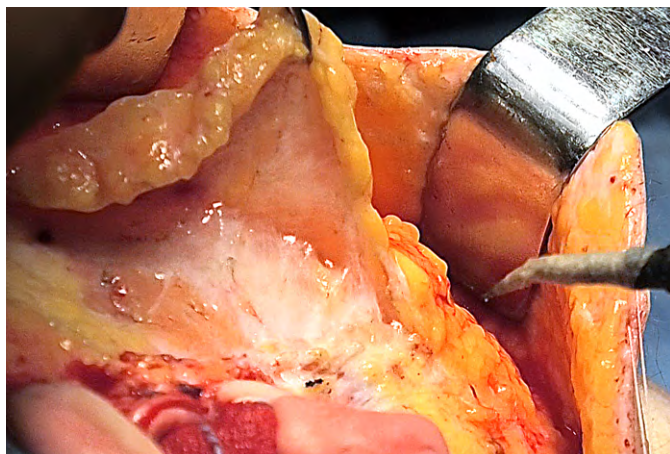


Рис. 1. Этап мобилизации лоскута поверхностной мышечно-апоневротической системы лица

Fig. 1. Stage of mobilization of the SMAS-flap

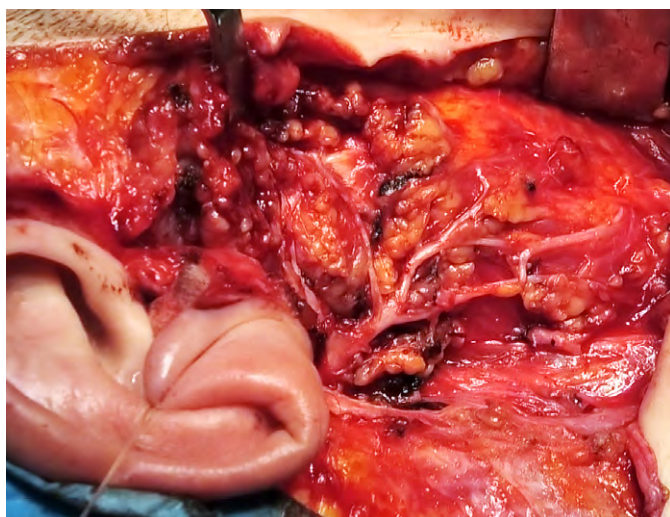


Рис. 2. Удалена поверхностная доля околоушной слюнной железы в блоке с образованием, выделены периферические ветви лицевого нерва

Fig. 2. The superficial lobe of the parotid gland in the block with tumor was removed; the peripheral branches of the facial nerve were isolated

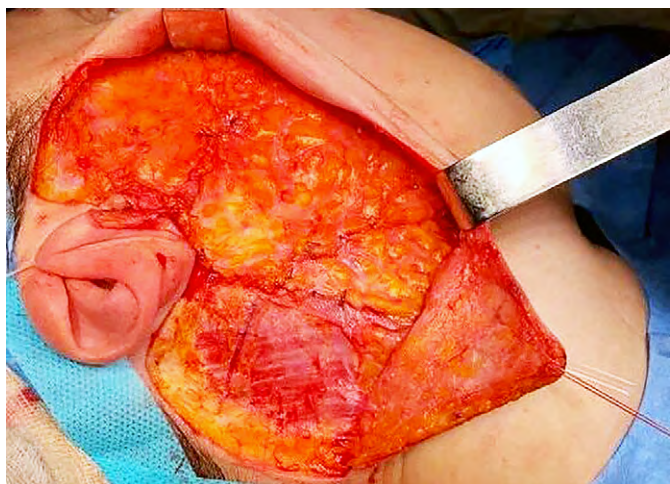


Рис. 3. Устранение послеоперационного дефекта лоскутом поверхностной мышечно-апоневротической системы лица

Fig. 3. Elimination of a postoperative defect with of the SMAS-flap

поверхностного мышечно-апоневротического лоскута (SMAS) физраствором с добавлением 1 мл раствора адреналина в соотношении 1:4. Далее выполнялась его мобилизация посредством двух перпендикулярных линейных разрезов: первого — в скуловой области длиной до 30 мм, второго — в предушной области длиной до 55 мм. Ширина лоскута варьировала от 40 до 55 мм, толщина в зависимости от строения лица изменялась от 2 до 6,5 мм (рис. 1).

После мобилизации лоскут поверхностной мышечно-апоневротической системы лица откидывался, выполнялись поиск ствола лицевого нерва, выделение периферических ветвей, фрагментация и удаление в блоке с новообразованием скомпрометированной доли околоушной слюнной железы с сохранением ветвей лицевого нерва (рис. 2). В ходе диссекции оценивалось расположение опухолевых узлов по отношению к окружающим мягким тканям, в частности к SMAS-лоскуту. В случае прорастания опухолевых узлов в лоскут поверхностной мышечно-апоневротической системы лица выполнялась резекция части SMAS-лоскута с его перераспределением и сопоставлением в анатомически правильное положение, фиксация по периметру дефекта (рис. 3). В рану под SMAS-лоскут через контрапертуру подводился дренаж из силиконовой трубки. Под кожно-жировой лоскут устанавливали 2 трубчатых силиконовых дренажа. Рана послойно ушивалась узловыми швами нитями викрил 4-0 и пролен 5.0. Накладывалась круговая давящая повязка.

**II группу** составили 5 женщин 30–46 лет с рецидивами новообразований, которым устраняли послеоперационные осложнения кровоснабжаемым лоскутом поверхностной височно-теменной фасции и выполняли профилактику. Всем пациентам выполнялась паротидэктомия в блоке с образованием, выделением и сохранением ствола и периферических ветвей лицевого нерва. Объем опухолевой диссеминации с проникновением в SMAS-лоскут, волокна жевательной мышцы, иногда кожно-жирового лоскута не позволял сохранить скомпрометированные ткани, в результате чего выполнялась их частичная резекция с возникновением мягкотканого дефекта.

Далее интраоперационно предушный разрез крациально продлевался в височно-теменную область Y-образно, с мобилизацией 3 треугольных кожно-жировых лоскутов в волосистой зоне головы. После формирования интраоперационного шаблона согласно форме и размерам мягкотканого дефекта лоскут поверхностной височно-теменной фасции кровоснабжаемой ветвями поверхностной височной артерии и вены выделялся методом электроножа и мобилизовывался (рис. 4), затем с ротацией лоскута на 170–180° медиально в сторону дефекта распределялся по периметру раны над лицевым нервом и фиксировался узловыми швами. Диаметр лоскута составлял 5–8 см, толщина — 2–3 мм.

**III группу** составили 10 пациентов (5 женщин и 5 мужчин от 47 до 60 лет) с дефектами и рубцовыми деформациями околоушно-жевательной

и занижечелюстной областей в результате ранее выполненного хирургического лечения по поводу доброкачественных новообразований околоушной слюнной железы в онкологических центрах. Этим пациентам устранялась мягкотканая деформация методом введения аутожира в 2–3 этапа с перерывами между этапами в 3–4 месяца. В качестве донорских зон у женщин использованы внутренняя поверхность бедра, у мужчин — передняя поверхность живота. Для забора и введения жирового трансплантата использовались канюли системы Coleman для типа Mercedes диаметром 2 мм.

После гидропрепаровки мягкие ткани донорской области выдерживают 15 минут для обеспечения сосудосуживающего эффекта. Этап липоаспирации проводят в глубоком слое подкожно-жировой клетчатки. Полученную жировую ткань очищают от примесей крови, неклеточного жира и водорастворимых литических ферментов путем отмывания физраствором с отстаиванием в шприцах (рис. 5). После предварительной разметки подготовленный липоаспира́т через небольшие проколы диаметром 1,2 мм тоннельной методикой равномерно распределяли в области дефекта и деформации мягких тканей околоушно-жевательной области подкожно. Длительность операции составляет 60 минут. Хирургическое лечение можно выполнить как в условиях общей анестезии, так и под местной анестезией.

Всем пациентам перед операцией выполнено ультразвуковое исследование (УЗИ) околоушных слюнных желез, магнитно-резонансная томография (МРТ) мягких тканей шеи, цитологическое исследование с целью верификации опухоли, фото- и видеофиксация мимических проб.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

В результате лечения у пациентов I группы интраоперационно, после субтотальной резекции околоушной слюнной железы в блоке с новообразованием, деформация околоушно-жевательной области устранена с помощью лоскута поверхностной мышечно-апоневротической системы лица (SMAS). Продолжительность госпитализации пациентов после операции составляла 7 дней. Дренажи удалялись на 4–5-е сутки после операции при отсутствии отделяемого из раны. После удаления дренажей круговая давящая повязка накладывалась еще на 2–3 суток. Частичное снятие швов в преддверной и сосцевидно-затылочной зонах выполнялось на 10-е сутки, в области мочки ушной раковины — на 14-е сутки (рис. 6).

После операции все пациенты данной группы соблюдали диету в течение 1,5 месяцев, исключая прием кислой, соленой жидкой и твердой пищи, свежие овощи

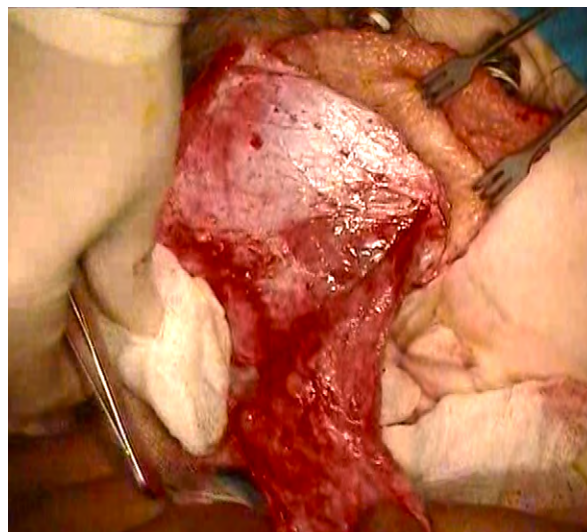


Рис. 4. Мобилизация лоскута поверхностной височно-теменной фасции

Fig. 4. Mobilization of the superficial temporo-parietal fascia flap



Рис. 5. Промывание аутожира физраствором

Fig. 5. Washing the autofat with saline

и фрукты, кисломолочные продукты, кофе. В случае выявления послеоперационного пареза мимической

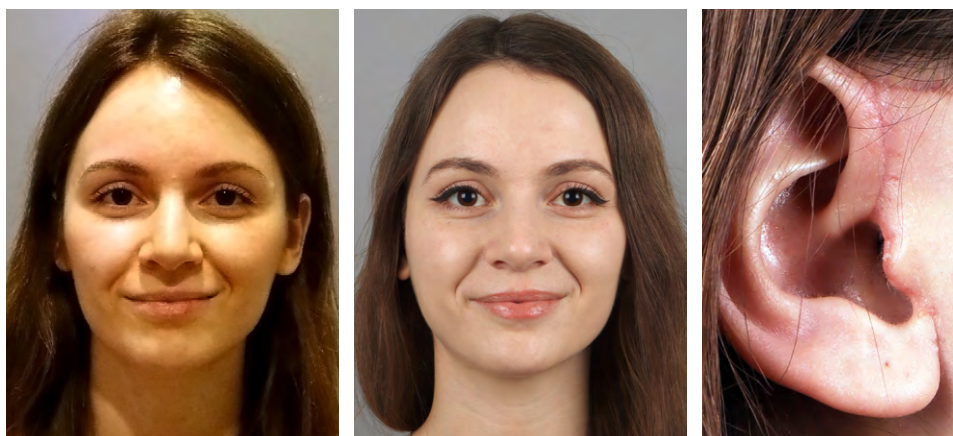


Рис. 6. Пациентка I группы до и после операции

Fig. 6. Group I patient before and after surgery

мускулатуры все пациенты каждый день в течение 1 часа выполняли миогимнастику. Время восстановления мимической мускулатуры у пациентов занимало от 3 до 6 месяцев. Срок наблюдения за пациентами составил от 1 года до 3 лет. По результатам контрольной МРТ мягких тканей шеи в послеоперационной области визуализируются конгломерат рубцово измененных тканей и остаточный фрагмент околоушной слюнной железы. Данных МРТ за рецидив опухоли околоушной слюнной железы не выявлено ни у одного пациента.

Если пенетрация опухолевых узлов происходила в SMAS-лоскут, что было известно до операции при ее подготовке, в ходе операции выполнена его значительная резекция, в этом случае после выполнения паротидэктомии с выделением и сохранением ветвей лицевого нерва приступали к этапу мобилизации кровоснабжаемого лоскута поверхностной височно-теменной фасции (пациенты II группы). Послеоперационное ведение пациентов выполнялось по тем же принципам, что и пациентов в I группе. Сроки реабилитации составляли 10–14 дней. Соблюдение диеты у этой группы пациентов было нецелесообразно.

Результат хирургического лечения после операции у пациентов в I и во II группах оценивался по наличию или отсутствию следующих осложнений: рецидив новообразования, парез (паралич) мимической мускулатуры, синдром Люси Фрей, мягкотканая асимметрия лица, наличие слюнных свищей, возникновение сиалоцеле, снижение кожной чувствительности послеоперационной области.

В результате хирургического лечения у 19 пациентов I группы наблюдались осложнения в виде пареза мимической мускулатуры, из них у 7 человек отмечался глубокий парез мимической мускулатуры, иннервируемый по всем ветвям лицевого нерва. Еще у 12 пациентов наблюдался изолированный парез мимической мускулатуры, иннервируемый верхней (3 человека) или нижней (9 человек) порцией лицевого нерва. Длительность восстановления функции мимической мускулатуры занимала от 1 до 3 месяцев в случае изолированного пареза и от 1 до 6 месяцев в случае дисфункции всех ветвей лицевого нерва. Нарушение кожной чувствительности в области мочки ушной раковины, переднебоковой поверхности шеи и околоушно-жевательной области

наблюдалось у всех 35 пациентов I группы, так как ветви большого ушного нерва расположены в зоне доступа к околоушной слюнной железе. В послеоперационном периоде восстановление кожной чувствительности у пациентов занимало от 6 до 12 месяцев.

Сиалоцеле с необходимостью пункции содержимого потребовалось 4 пациентам. Данное осложнение связано с сохранением доли железы после субтотальной резекции, которая в данном случае продолжала секретировать слюну в пострезекционную область. Необходимость пункции решалась индивидуально, в зависимости от количества накопленного содержимого, примерно в течение 3–5 дней. Сиалоцеле возникало на 14–17-е сутки после операции. У 3 из 4 пациентов с данным осложнением потребовалось пунктировать слюну, накопленную в области послеоперационной раны дважды, у 1 пациента в количестве 5 раз продолжительностью 1,5 месяца. Со слов пациентов, нарушение диеты было в 2 случаях, другие 2 пациента придерживались рекомендаций. Через 1–1,5 месяца после операции функция оставшегося фрагмента околоушной слюнной железы угасает. Паралич мимической мускулатуры, синдром Люси Фрей, слюнные свищи, мягкотканая асимметрия лица не возникли ни у одного пациента в I группе.

В результате хирургического лечения у 4 пациентов II группы наблюдали глубокий парез мимической мускулатуры, иннервируемый всеми ветвями лицевого нерва. Длительность восстановления функции мимической мускулатуры занимала от 5 до 12 месяцев. Нарушение кожной чувствительности в области мочки ушной раковины, переднебоковой поверхности шеи и околоушно-жевательной области наблюдалось у всех 5 пациентов. В послеоперационном периоде восстановление кожной чувствительности у пациентов занимало от 8 до 12 месяцев. Паралич мимической мускулатуры, синдром Люси Фрей, слюнные свищи, сиалоцеле, мягкотканая асимметрия лица не возникли ни у одного пациента во II группе (см. таблицу).

В результате исследования мы сформировали алгоритм хирургического лечения доброкачественных образований, который представлен на рис. 7.

Пациентам III группы устранены послеоперационные мягкотканые дефекты с помощью липофилинга. Рекомендации, которые соблюдают пациенты: исключение физической активности, физиотерапии, инсоляции и массажа, нанесения разогревающих мазей. Ауто-трансплантация проводилась с гиперкоррекцией объема на 1-м этапе и равным объемом на 2-м и 3-м этапах. Длительность приживления жирового ауто-трансплантата достигала 3 месяцев. Антибактериальная терапия после операции не назначалась.

В послеоперационном периоде в донорской и реципиентной зонах могут наблюдаться специфические осложнения. В зоне трансплантации могут отмечаться миграция пересаженного жирового ауто-трансплантата, олеома и воспалительные явления. В донорской области возможны пропитывание геморрагическим отделяемым подкожно-жировой клетчатки, воспалительные

### Результаты хирургического лечения пациентов I и II групп

#### Results of surgical treatment of patients of groups I and II

Осложнение	I группа		II группа	
	абс.	%	абс.	%
Рецидив образования	—	—	—	—
Парез мимической мускулатуры	19	54	4	80
Нарушение кожной чувствительности послеоперационной области	35	100	5	100
Мягкотканая асимметрия лица	—	—	—	—
Синдром Люси Фрей	—	—	—	—
Слюнной свищ	—	—	—	—
Сиалоцеле	4	11	—	—

явления и мягкотканая деформация. У пациентов III группы вышеперечисленные осложнения отсутствовали. В результате операций во всех случаях достигнут утраченный объем мягких тканей занижнечелюстной и околоушно-жевательной области (рис. 8).

### ОБСУЖДЕНИЕ

Количество пациентов с опухолью околоушной слюнной железы с каждым годом увеличивается, а это значит, что актуальность лечения данной группы пациентов приобретает еще большую значимость [12–14]. Выполнение операций по удалению опухолей околоушной слюнной железы может нести за собой определенные отсроченные осложнения, специфические для данного вида вмешательства [15–17]. В частности, можно назвать рецидивы новообразования, параличи или парезы мимической мускулатуры, синдром Люси Фрей, образование слюнных свищей, потеря кожной чувствительности. После выполнения обширных резекций околоушной слюнной железы иногда могут возникать мягкотканые деформации послеоперационной области разной степени, которые приводят к умеренной асимметрии лица и деформации околоушно-жевательной области [18–20].

Методики по устранению и профилактике послеоперационных осложнений можно разделить на одномоментные, применяющиеся сразу после удаления опухоли

Осмотр, опрос, дополнительные методы обследования:  
цитологическое исследование, УЗИ, МРТ

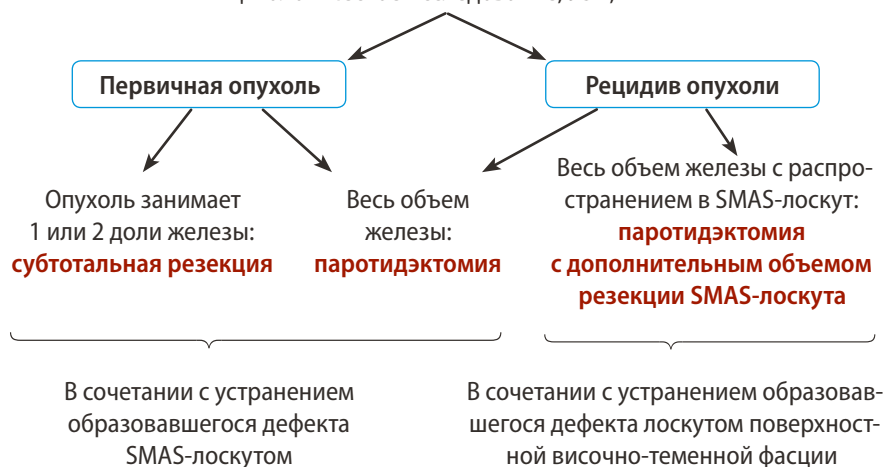


Рис. 7. Алгоритм хирургического лечения пациентов с доброкачественными образованиями околоушных слюнных желез

Fig. 7. Algorithm of surgical treatment of patients with benign parotid salivary gland formations

околоушной слюнной железы, и отсроченные [21]. К одномоментным способам мы относим устранение послеоперационных дефектов с применением лоскута поверхностной мышечно-апоневротической системы лица и кровоснабжаемым лоскутом поверхностной височно-теменной фасции [22, 23]. Роль лоскутов, которые служат для устранения послеоперационного дефекта одинаковая: изоляции ветвей лицевого нерва от патологического рубцевания к кожно-жировому лоскуту, что предотвращает появление синкинезий. Кроме того, выполняется профилактика синдрома Люси Фрей, предотвращение патологического рубцевания ушно-височного нерва, ветви тройничного нерва и, как следствие, смены механизмов иннервации с проявлением



Рис. 8. Пациент III группы до операции, после первого и второго этапа липофилинга

Fig. 8. Group III patient before surgery, after the first and second stages of lipofilling

симптомов гипергидроза, жжения, зуда, покраснения кожи околоушно-жевательной области, которое появляется при жевании и приеме пищи [23, 24].

Ввиду субтотальной резекции околоушной слюнной железы и сохранения ее части в раннем послеоперационном периоде она продолжает функционировать и продуцировать слюну в раневую полость, поэтому разграничение операционной раны мягкотканым лоскутом позволяет исключить образование слюнного канала наружу с формированием функционирующего свища. Применение лоскута поверхностной мышечно-апоневротической системы лица рекомендовано после выполнения субтотальной резекции околоушной слюнной железы, когда в блоке с образованием удаляется 1 или 2 доли железы [25], а также при первичной опухоли, когда нет диссеминации опухолевых узлов в разные мягкотканые слои, включая кожу [26].

II группа пациентов наиболее сложная с точки зрения выполнения хирургической техники. С нашей точки зрения, при дефектах лоскута поверхностной мышечно-апоневротической системы лица ротация васкуляризированной поверхностной височно-теменной фасции в зону дефекта околоушно-жевательной области является альтернативным методом. В этом случае этап мобилизации лоскута выполняется после паротидэктомии с выделением и сохранением ветвей лицевого нерва. После оценки размеров дефекта и изготовления индивидуального шаблона лоскут поверхностной височно-теменной фасции распределяется над ветвями лицевого нерва и фиксируется по периметру раны. У этого метода отсутствует функциональный донорский ущерб, а длительность операции увеличивается на 1,5 часа [27, 28].

Метод поэтапной трансплантации аутожира является отсроченным и может быть применен у пациентов с мягкоткаными дефектами в течение 12 месяцев после паротидэктомии. Он малоинвазивный и позволяет восстановить утраченный объем, улучшить качество рубцов за счет увеличения кровоснабжения. Первый этап липофилинга в первую очередь направлен на растяжение тканей, в частности кожи, которая сократилась после ранее выполненной паротидэктомии [28]. В связи с этим мы предполагаем рассасывание жирового ауто-трансплантата после первого этапа от 60—100%. Более того, в подвижной и мимически активной зоне лица убыль ранее пересаженного жира протекает быстрее и в большем количестве. Второй и третий этапы преследуют непосредственную цель по увеличению объема и достижению симметрии контуров лица.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Неадекватная диагностика и нерадикальная тактика хирургического лечения нередко приводят к рецидивам опухолей околоушной железы, выраженным рубцам в зоне ветвления лицевого нерва, прорастанию опухолевых узлов в кожно-жировую и SMAS-лоскут, поэтому для предупреждения рецидива заболевания хирургическое лечение доброкачественных слюнных желез должно быть радикальным. Предоперационное обследование пациента должно быть полноценным и заключаться в обязательном выполнении УЗИ околоушных слюнных желез, проведении цитологического исследования образования с целью морфологической верификации под контролем УЗИ, МРТ мягких тканей шеи с целью визуализации объема и распространения патологического процесса.

Также важно учитывать и предупреждать развитие других послеоперационных осложнений, которые в той или иной степени снижают качество жизни пациента. В этой связи следование стандартным методикам операции в объеме субтотальной резекции и паротидэктомии недостаточно. Выполнение симультанной операции радикального удаления опухоли в сочетании с замещением мягкотканых дефектов SMAS-лоскутами или поверхностной височно-теменной фасции, по нашему мнению, целесообразно и необходимо для повышения качества оказания медицинской помощи данной категории пациентов.

Показание к применению SMAS-лоскута — наличие у пациента первичной опухоли, не выходящей за пределы 2 долей околоушной слюнной железы. В случае рецидива опухоли и невозможности сохранения SMAS-лоскута целесообразно применение лоскута поверхностной височно-теменной фасции. Липофилинг является только методом выбора, он может использоваться в качестве отсроченного способа реконструкции и восстановления потерянного мягкотканого объема не ранее чем через год после удаления опухоли. У этих пациентов должны отсутствовать другие осложнения, такие как действующие функционирующие свищи, паралич или парез мимической мускулатуры.

**Конфликт интересов.** Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов.

**Поступила:** 20.06.2022      **Принята в печать:** 07.07.2022

**Conflict of interests.** The authors declare no conflict of interests.

**Received:** 20.06.2022      **Accepted:** 07.07.2022

## ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

1. Seethala R.R., Stenman G. Update from the 4th edition of the World Health Organization Classification of head and neck tumours: Tumors of the salivary gland. — *Head Neck Pathol.* — 2017; 11 (1): 55—67. [PMID: 28247227](#)
2. Knight J., Ratnasingham K. Metastasising pleomorphic adenoma: Systematic review. — *Int J Surg.* — 2015; 19: 137—45. [PMID: 25958295](#)

3. **Неробеев А.И., Либин П.В.** Тотальное удаление околоушной слюнной железы при обширной опухоли глоточного отростка с сохранением ветвей лицевого нерва. — *Стоматология*. — 2014; 6: 47—48  
[Nerobeev A.I., Libin P.V. Total excision of parotid salivary gland saving ramus of n. facialis in the case of pharyngeal processus tumor. — *Stomatology*. — 2014; 6: 47—48 (In Russ.)].  
[eLibrary ID: 22887721](#)
4. **Lambiel S., Dulguerov N., Courvoisier D.S., Dulguerov P.** Minor parotidectomy complications: A systematic review. — *Laryngoscope*. — 2021; 131 (3): 571—579. [PMID: 32678921](#)
5. **Marchese-Ragona R., De Filippis C., Marioni G., Staffieri A.** Treatment of complications of parotid gland surgery. — *Acta Otorhinolaryngol Ital.* — 2005; 25 (3): 174—8. [PMID: 16450773](#)
6. **Chan L.S., Barakate M.S., Havas T.E.** Free fat grafting in superficial parotid surgery to prevent Frey's syndrome and improve aesthetic outcome. — *J Laryngol Otol.* — 2014; 128 Suppl 1: S44—9. [PMID: 23835255](#)
7. **Grzybowski A., Sak J.** Lucja Frey (1889—1942): life destroyed by the Holocaust — on the 70th anniversary of her death. — *Clin Dermatol.* — 2012; 30 (3): 355—9. [PMID: 22641864](#)
8. **Wu K., Zhu K., Ye Y., Li S., Wu H., Zhang S.** The use of bipolar coagulation forceps prevented salivary fistula in patients with parotidectomy: a retrospective study. — *BMC Oral Health.* — 2021; 21 (1): 387. [PMID: 34362348](#)
9. **Reich S.G., Grill S.E.** Gustatory sweating: Frey syndrome. — *Neurology*. — 2005; 65 (11): E24. [PMID: 16344505](#)
10. **Choi J., Park S.I., Rha E.Y., Seo B.F., Kwon H., Jung S.N.** Acellular dermal matrix (Insuregraf) in the prevention of Frey's syndrome and surgical site depression after parotidectomy. — *Arch Craniofac Surg.* — 2019; 20 (3): 176—180. [PMID: 31256554](#)
11. **Durgut O., Basut O., Demir U.L., Ozmen O.A., Kasapoglu F., Coskun H.** Association between skin flap thickness and Frey's syndrome in parotid surgery. — *Head Neck.* — 2013; 35 (12): 1781—6. [PMID: 23471856](#)
12. **Infante-Cossio P., Gonzalez-Cardero E., Garcia-Perla-Garcia A., Montes-Latorre E., Gutierrez-Perez J.L., Prats-Golczer V.E.** Complications after superficial parotidectomy for pleomorphic adenoma. — *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* — 2018; 23 (4): e485—e492. [PMID: 29924764](#)
13. **Moretti A., Citraro L., Petrucci A.G., Di Giovanni P., Di Mauro R., Giacomini P.G.** Great auricular nerve preservation in parotid surgery: rationale and long-term results insights. — *Eur Arch Otorhinolaryngol.* — 2015; 272 (11): 3515—20. [PMID: 25381094](#)
14. **Wang W.H., Zhu J., Li M., Xia B., Xu B.** Usefulness of platysma muscle flap following superficial parotidectomy. — *J Craniomaxillofac Surg.* — 2013; 41 (1): 10—4. [PMID: 22795891](#)
15. **Zenke J., Alenazi A., Sommerfeld C., Pyne J., Idris S., Darwish A., Seikaly H., Ansari K.** Long-Term results of a pedicled and innervated sternocleidomastoid muscle flap to immediately reconstruct superficial parotidectomy defects. — *Facial Plast Surg Aesthet Med.* — 2020; 22 (6): 420—426. [PMID: 32456521](#)
16. **Пачес А.И.** Опухоли головы и шеи. — М.: Практическая медицина, 2013. — С. 243—274.  
[Paches A.I. Tumors of head and neck. — Moscow: Practical Medicine, 2013. — Pp. 243—274 (In Russ.)].
17. **Amin A., Mostafa A., Rifaat M., Nabawi A., Shallan M., Rabie A., Elzohairy M.** Parotidectomy for benign parotid tumors: an aesthetic approach. — *J Egypt Natl Canc Inst.* — 2011; 23 (2): 67—72. [PMID: 22099963](#)
18. **De Virgilio A., Costantino A., Russo E., Ferrelli F., Pellini R., Petruzzi G., Zocchi J., Spriano G., Mercante G.** Different surgical strategies in the prevention of Frey syndrome: A systematic review and meta-analysis. — *Laryngoscope*. — 2021; 131 (8): 1761—1768. [PMID: 33502015](#)
19. **Ellis G.L., Auclair P.L., Gnepp D.R.** Surgical pathology of the salivary glands. — Philadelphia: Saunders, 2016. — Pp. 432—565.
20. **El-Naggar A.K., Chan J.K.C., Grandis J.R., Takata T., Slootweg P.J.** Tumours of salivary glands. — In: WHO classification of head and neck tumours, 4th ed. — Lyon: IARC, 2017. — Pp. 159—202.
21. **Hellquist H., Paiva-Correia A., Vander Poorten V., Quer M., Hernandez-Prera J.C., Andreasen S., Zbären P., Skalova A., Rinaldo A., Ferlito A.** Analysis of the clinical relevance of histological classification of benign epithelial salivary gland tumours. — *Adv Ther.* — 2019; 36 (8): 1950—1974. [PMID: 31209701](#)
22. **Israel Y., Rachmiel A., Ziv G., Nagler R.** Benign and malignant salivary gland tumors - Clinical and demographic characteristics. — *Anticancer Res.* — 2016; 36 (8): 4151—4. [PMID: 27466524](#)
23. **Seifert G., Brocheriou C., Cardesa A., Eveson J.W.** WHO International histological classification of tumours. Tentative histological classification of salivary gland tumours. — *Pathol Res Pract.* — 1990; 186 (5): 555—81. [PMID: 1962854](#)
24. **Colaïanni C.A., Richmon J.D.** Cosmetic approaches to parotidectomy. — *Otolaryngol Clin North Am.* — 2021; 54 (3): 583—591. [PMID: 34024485](#)
25. **Benito D.A., Pasick L.J., Bestourous D., Thakkar P., Goodman J.F., Joshi A.S.** Outpatient vs inpatient parotidectomy: Systematic review and meta-analysis. — *Head Neck.* — 2021; 43 (2): 668—678. [PMID: 33009691](#)
26. **David A.P., Seth R., Knott P.D.** Facial reanimation and reconstruction of the radical parotidectomy. — *Facial Plast Surg Clin North Am.* — 2021; 29 (3): 405—414. [PMID: 34217443](#)
27. **Martin H., Jayasinghe J., Lowe T.** Superficial parotidectomy versus extracapsular dissection: literature review and search for a gold standard technique. — *Int J Oral Maxillofac Surg.* — 2020; 49 (2): 192—199. [PMID: 31301925](#)
28. **Cristofaro M.G., Cordaro R., Barca I., Giudice A.** Efficacy of SMAS flap technique to prevent Frey's syndrome and aesthetic outcomes. A retrospective cohort analysis. — *Ann Ital Chir.* — 2021; 92: 683—690. [PMID: 35166219](#)