

Оториноларингологические симптомы опухолей глоточного отростка околоушной слюной железы (клинический случай с обзором литературы)

© Т.А. МАШКОВА¹, И.В. СТЕПАНОВ^{1,2}, А.Б. МАЛЬЦЕВ^{1,2}, А.И. НЕРОВНЫЙ^{1,2}, Р.Н. КИКОВ^{1,2}, И.В. ШАПОШНИКОВА³

¹ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж, Россия;
²БУЗ ВО «Воронежская областная клиническая больница №1», Воронеж, Россия;
³БУЗ ВО «Воронежское областное патологоанатомическое бюро», Воронеж, Россия

РЕЗЮМЕ

Опухоли слюнной железы составляют 5% в структуре онкологической заболеваемости, причем до 80% опухолей поражают большие слюнные железы с локализацией опухоли в 20% случаев в глоточном отростке околоушной слюнной железы. Основным клиническим признаком опухоли околоушной слюнной железы является наличие медленно увеличивающегося образования в зоне расположения железы. Нередко недооценка клинической симптоматики опухолей слюнных желез является причиной поздней диагностики этого заболевания и начальные проявления процесса остаются длительно незамеченными. С целью повышения эффективности клинической диагностики опухолей слюнных желез сотрудниками кафедры челюстно-лицевой хирургии, оториноларингологии и топографической анатомии с оперативной хирургией ФГБОУ ВО «ВГМУ им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России изучены клиничко-анатомические параллели изменения уха, гортани и носа при поражениях глоточного отростка околоушной слюнной железы. Полученные результаты междисциплинарного взаимодействия оториноларингологов и челюстно-лицевых хирургов позволили повысить эффективность диагностики и лечения больных с опухолями глоточного отростка околоушной слюнной железы.

Ключевые слова: опухоли глоточного отростка околоушной слюнной железы, плеоморфная аденома, диагностика, междисциплинарный подход.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Машкова Т.А. — <https://orcid.org/0000-0001-7085-5264>

Степанов И.В. — <https://orcid.org/0000-0002-8595-4035>

Мальцев А.Б. — <https://orcid.org/0000-0003-3386-289X>

Неровный А.И. — <https://orcid.org/0000-0002-9734-9748>

Киков Р.Н. — e-mail: natasable@yandex.ru

Шапошникова И.В. — e-mail: mail@vopb.zdrav36.ru

Автор, ответственный за переписку: Мальцев А.Б. — e-mail: maltsev_ab@mail.ru

КАК ЦИТИРОВАТЬ:

Машкова Т.А., Степанов И.В., Мальцев А.Б., Неровный А.И., Киков Р.Н., Шапошникова И.В. Оториноларингологические симптомы опухолей глоточного отростка околоушной слюной железы (клинический случай с обзором литературы). *Вестник оториноларингологии*. 2022;87(6):61–66. <https://doi.org/10.17116/otorino20228706161>

Otorhinolaryngological symptoms of tumors of the pharyngeal process of the parotid saliva (clinical case with literature review)

© Т.А. MASHKOVA¹, I.V. STEPANOV^{1,2}, A.B. MALTSEV^{1,2}, A.I. NEROVNIY^{1,2}, R.N. KIKOV^{1,2}, I.V. SHAPOSHNIKOVA³

¹Burdenko Voronezh State Medical University, Department of Otorhinolaryngology, Voronezh, Russia;

²Voronezh Regional Clinical Hospital No. 1, Voronezh, Russia;

³Voronezh Regional Pathological and Anatomical Bureau, Voronezh, Russia

ABSTRACT

The parotid gland is the largest salivary gland. Tumors of the salivary gland account for 5% in the structure of oncological morbidity, and up to 80% of tumors affect the large salivary glands with tumor localization in 20% of cases in the pharyngeal process of the parotid salivary gland. The main clinical sign of a tumor of the parotid salivary gland is the presence of a slowly growing mass in the area of the gland. Often, underestimation of the clinical symptoms of salivary gland tumors is the reason for the late diagnosis of this disease and the initial manifestations of the process remain unnoticed for a long time. In order to increase the efficiency of clinical diagnostics of salivary gland tumors, the staff of the Department of Maxillofacial Surgery, Otorhinolaryngology and Topographic Anatomy with Operative Surgery of the Burdenko Voronezh State Medical University studied the clinical and an-

atomical parallels of changes in the ENT organs in lesions of the pharyngeal process of the parotid salivary gland. Using the previously obtained results of interdisciplinary interaction of otorhinolaryngologists and maxillofacial surgeons made it possible to increase the efficiency of diagnosis and treatment of patients with tumors of the pharyngeal process of the parotid salivary gland.

Keywords: benign salivary gland tumors, pleomorphic adenomas, diagnostics, interdisciplinary approach.

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Mashkova T.A. — <https://orcid.org/0000-0001-7085-5264>

Stepanov I.V. — <https://orcid.org/0000-0002-8595-4035>

Maltsev A.B. — <https://orcid.org/0000-0003-3386-289X>

Nerovniy A.I. — <https://orcid.org/0000-0002-9734-9748>

Kikov R.N. — e-mail: natasable@yandex.ru

Shaposhnikova I.V. — e-mail: mail@vopb.zdrav36.ru

Corresponding author: Maltsev A.B. — e-mail: maltsev_ab@mail.ru

TO CITE THIS ARTICLE:

Mashkova TA, Stepanov IV, Maltsev AB, Nerovniy AI, Kikov RN, Shaposhnikova IV. Otorhinolaryngological symptoms of tumors of the pharyngeal process of the parotid saliva (clinical case with literature review). *Bulletin of Otorhinolaryngology = Vestnik otorinolaringologii*. 2022;87(6):61–66. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/otorino20228706161>

Околоушная слюнная железа (СЖ) является самой большой слюной железой. Основная ее часть располагается в околоушно-жевательной области лица, непосредственно под кожей на наружной поверхности восходящей ветви нижней челюсти, меньшая часть — в позадичелюстной ямке [1]. Опухоли СЖ составляют 5% в структуре онкологической заболеваемости, причем до 80% опухолей поражают большие СЖ с локализацией опухоли в 20% случаев в глоточном отростке околоушной СЖ [2]. Наиболее часто (в 80–90% случаев) среди них имеют место доброкачественные опухоли, в частности плеоморфные (полиморфные) аденомы [3].

Основным клиническим признаком опухоли околоушной СЖ является наличие медленно увеличивающегося образования в зоне расположения железы. Это образование может присутствовать в течение многих лет, если опухоль доброкачественная, при злокачественных же опухолях анамнез составляет несколько месяцев и даже недель [4].

Несмотря на то что опухоли желез относятся к «наружной» локализации, их распознавание не всегда бывает быстрым. Нередко недооценка клинической симптоматики опухолей СЖ является причиной поздней диагностики этого заболевания. Установлено, что период от появления первых симптомов заболевания до начала лечения в ряде случаев достигает 11 лет и начальные проявления процесса остаются длительно незамеченными [4].

Непосредственная близость околоушной слюнной железы с окологлоточным пространством и перепончато-хрящевым отделом наружного слухового прохода обуславливает появление относительно ранних косвенных симптомов опухолевых заболеваний околоушной СЖ, таких как смещение внутри отделных элементов боковой стенки глотки, атипичная васкуляризация стенок наружного слухового прохода, их деформация, появление свищей и опухолевых разрастаний, особенно это касается глоточного отростка [5].

С целью повышения эффективности клинической диагностики опухолей слюнных желез сотрудниками кафедры челюстно-лицевой хирургии, оториноларингологии и топографической анатомии с оперативной хирургией ФГБОУ ВО «ВГМУ им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России изучены клиничко-анатомические параллели изменений ушей, носа, горла и прилежащих к ним органов при поражениях глоточного отростка околоушной СЖ, топографо-ана-

томические взаимоотношения околоушной СЖ и окружающих ее структур методом препарирования кадаверного материала. Следует отметить, что препарирование производили как со стороны кожи, так и со стороны сагиттального распила. Такая методика подхода к зоне глубоких отделов околоушной СЖ выбрана в связи с необходимостью наиболее раннего выявления опухолей, локализующихся в области глоточного отростка железы, и с учетом тех технических трудностей, которые встречаются при выполнении пункционной биопсии новообразований этой анатомической структуры [6].

В области среднего отдела глотки (рогоглотки), со стороны ее просвета, лежит небная миндалина, а с наружной стороны — боковое окологлоточное клетчаточное пространство, в котором различают передний и задний отделы, разделенные между собой шилодиафрагмой [6].

Боковое окологлоточное клетчаточное пространство с латеральной стороны ограничено межкрыловидной фасцией и капсулой околоушной СЖ, с медиальной стороны — окологлоточной фасцией, покрывающей стенку глотки. К переднему отделу бокового окологлоточного пространства прилежит не покрытая капсулой ткань околоушной СЖ, именуемая глоточным отростком (или отрогом) [7].

В заднем окологлоточном клетчаточном пространстве (задиафрагмальном) располагаются: внутренняя сонная артерия, внутренняя яремная вена, блуждающий, языкоглоточный, подъязычный нервы, верхний симпатический узел и лимфатические узлы [7].

Указанные анатомические особенности взаиморасположения глотки и глубоких отделов околоушной СЖ обуславливают необходимость тщательного клинического обследования больных с опухолями этой анатомической зоны. Околоушная СЖ прилежит к нижней стенке перепончато-хрящевого отдела наружного слухового прохода, который пересекается санториниевыми щелями, заполненными клетчаткой, соединяющими наружный слуховой проход с клетчаткой околоушной СЖ. Последняя покрыта околоушно-жевательной фасцией, толщина которой зависит от пола и возраста человека. Со стороны наружного слухового прохода фасциальная оболочка железы истончена и чаще всего оказывается местом перехода опухолевого процесса со СЖ на ткань наружного слухового прохода. Именно этим обстоятельством продиктована не-

обходимость отоскопии при обследовании больных с новообразованиями околоушной СЖ [6].

Большая часть околоушной СЖ располагается в подзачелюстной ямке. Передний край железы лежит поверх жевательной мышцы, задний край достигает грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Вблизи заднего края восходящей ветви нижней челюсти располагается ствол наружной сонной артерии. Глоточный отросток достигает переднего отдела бокового окологлоточного клетчаточного пространства, проникая между шиловидным отростком и серединой заднего края вертикальной ветви нижней челюсти. Сложность и близость взаиморасположения глоточного отростка железы с сонными артериями, внутренней яремной веной и нервами, расположенными в задиафрагмальном пространстве, вызывают серьезные затруднения при осуществлении пункции для цитологического исследования новообразования, занимающего отросток железы [8].

Глоточный отросток железы лежит в пространстве, ограниченном сзади шиловидным отростком, спереди задним краем середины ветви нижней челюсти, поэтому имеют значение расположение иглы и ее ход при выполнении пункционной биопсии с внутриворотным доступом этого отдела железы, занятого опухолью. При широко открытой полости рта шприц располагают на клык противоположной (от места пункции) стороны нижней челюсти. Иглу направляют к внутренней поверхности середины крылочелюстной складки. Дальнейшее продвижение иглы на глубину 1—1,5 см должно быть направлено к середине заднего края ветви нижней челюсти, с тем чтобы игла проходила с наружной стороны шиловидного отростка, то есть между шиловидным отростком и внутренней поверхностью заднего края нижней челюсти. Это в значительной мере уменьшает вероятность травмы внутренней сонной артерии (позади шиловидного отростка), внутренней яремной

вены, языкоглоточного, блуждающего, добавочного, подъязычного нервов [6].

Используя ранее, в течение последних 2 лет, полученные результаты на клинической базе ФГБОУ ВО «ВГМУ им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России в Воронежской областной клинической больнице №1, обследованы и пролечены при междисциплинарном взаимодействии оториноларингологов и челюстно-лицевых хирургов трое больных с опухолями глоточного отростка околоушной СЖ. Представляем один из клинических случаев.

Клинический случай

Больная Г. 1963 года рождения, работает кассиром. Поступила в начале октября 2020 г. в оториноларингологическое отделение по срочной помощи с жалобами на боль в горле при глотании, преимущественно в левой половине глотки, болезненность при открытии рта и глотании пищи, гнусавость, храп и апноэ сна. Направлена лечебным учреждением по месту жительства с левосторонним паратонзиллярным абсцессом.

Анамнез заболевания составлял около 2 лет. В этот период за медицинской помощью обращалась в несколько лечебных учреждений, в которых выполнено несколько биопсий из покрывающих опухоль глотки тканей. Патологических изменений в исследуемом материале не было. Больная курит.

При осмотре температура тела 36,6°C. Телосложение нормостеническое. Кожный покров не изменен, в том числе в области шеи. Регионарные лимфатические узлы не увеличены и безболезненные при пальпации.

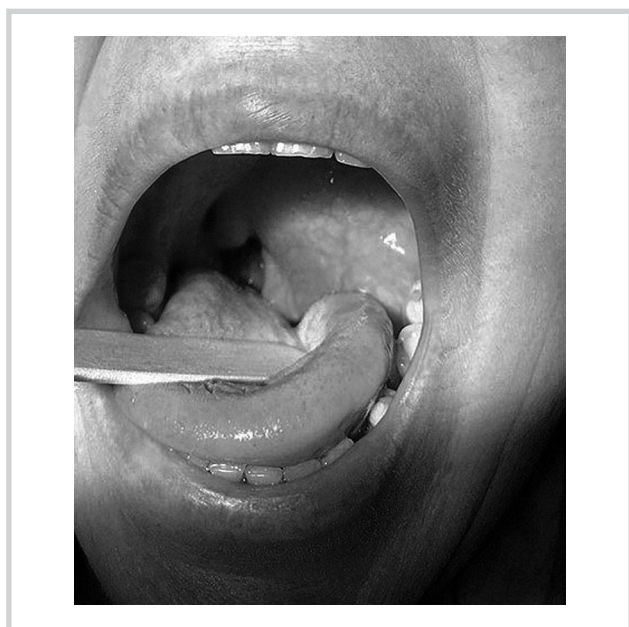


Рис. 1. Фарингоскопическая картина опухоли глоточного отростка околоушной слюнной железы.

Fig. 1. Pharyngoscopic picture of a tumor of the pharyngeal process of the parotid saliva.

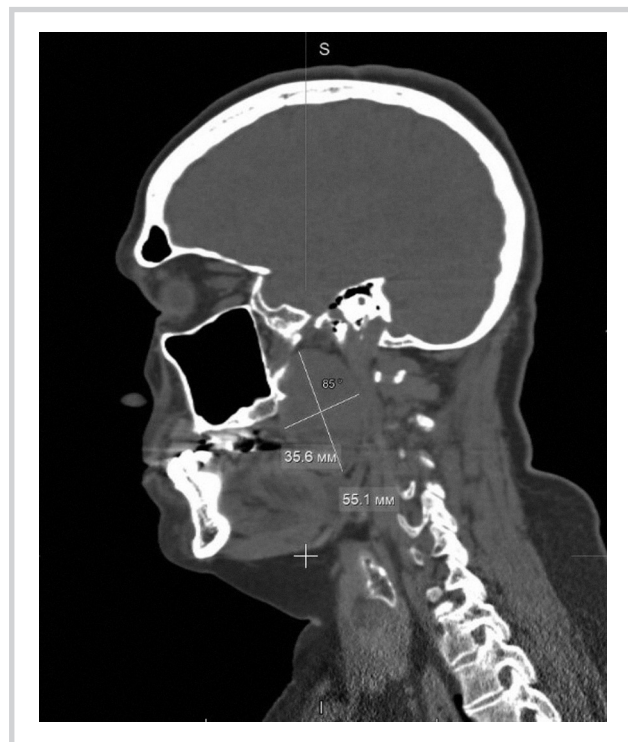


Рис. 2. Компьютерная томография опухоли в сагиттальной проекции до хирургического лечения.

Fig. 2. Computed tomography of the tumor in the sagittal projection of the patient before surgical treatment.

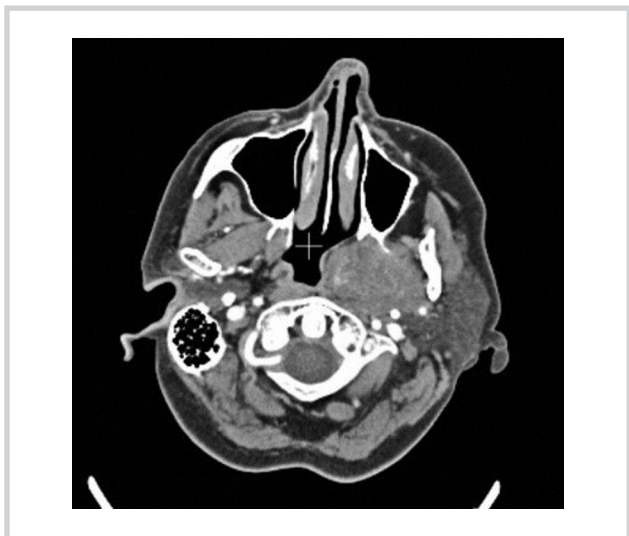


Рис. 3. Компьютерная томография опухоли в аксиальной проекции до хирургического лечения.
Fig. 3. Computed tomography of the tumor in the axial projection of the patient before surgical treatment.

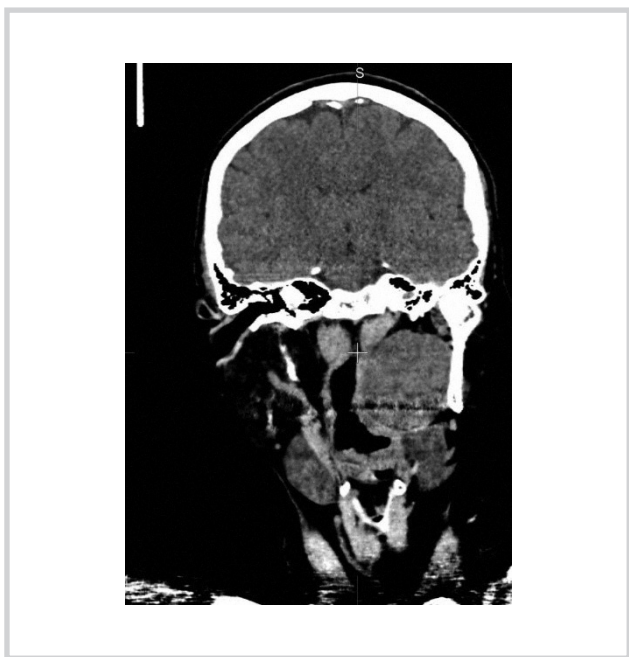


Рис. 4. Компьютерная томография опухоли во фронтальной проекции до хирургического лечения.
Fig. 4. Computed tomography of the tumor in the frontal projection of the patient before surgical treatment.

Отмечается выбухание внутри левой боковой стенки глотки и мягкого нёба. При пальпации опухоль плотная, слегка болезненная. Слизистая оболочка глотки незначительно гиперемирована в области левой передней небной дужки (рис. 1).

Предварительный клинический диагноз: новообразование левого парафарингеального пространства.

С целью верификации диагноза и уточнения локализации опухолевого процесса проведена компьютерная томо-

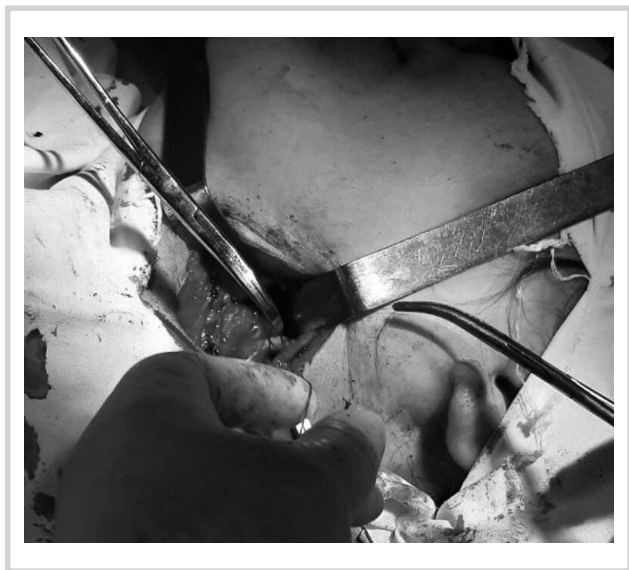


Рис. 5. Этап операции: наложение лигатуры на левую наружную сонную артерию выше отхождения верхней щитовидной артерии.
Fig. 5. Stage of the operation: the imposition of a ligature on the left external carotid artery, above the discharge of the superior thyroid artery.



Рис. 6. Внутриротовой доступ к опухоли глоточного отростка околоушной слюнной железы.
Fig. 6. Intraoral access to the tumor of the pharyngeal process by the parotid saliva.

графия (КТ) головного мозга и шеи с внутривенным болюсным введением контрастного вещества. Противопоказаний к проведению исследования не было. Данные биохимического исследования крови: без отклонений.

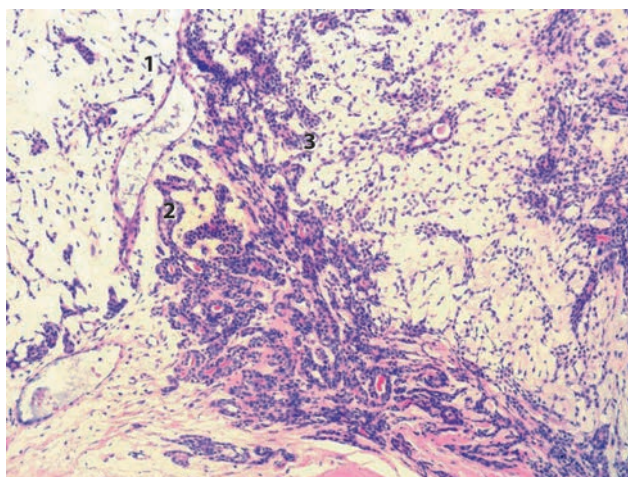


Рис. 8. Гистологическое исследование ткани опухоли, удаленной у пациентки 57 лет. Общее строение опухоли.

Миксоидная строма (1), протоковые структуры с эозинофильным секретом (2), мезенхимальные клетки (3). $\times 100$. Окраска гематоксилином и эозином.

Fig. 8. Histological examination of tumor tissue removed from a 57-year-old patient. General structure of the tumor.

Myxoid stroma (1), ductal structures with eosinophilic secretions (2), mesenchymal cells (3). $\times 100$. H&E staining.

Результаты КТ: дополнительное солидное образование левого парафарингеального пространства размером 55×34 мм (рис. 2—4).

После проведенной диагностики произведена пункционная биопсия по методике Н.Г. Коротких и соавт. (1990). Предложенная авторами методика позволила использовать более толстую пункционную иглу (иглу для спинномозговой пункции G16 диаметром 2 мм и длиной 12 см).

Результат цитологического исследования: плеоморфная аденома.

Больной выполнено хирургическое удаление опухоли под эндотрахеальным наркозом с интубацией через предварительно наложенную трахеостому. Затем проведен разрез на переднебоковой поверхности шеи слева по ходу кивательной мышцы. Рассечены кожа, подкожная клетчатка, платизма, кивательная мышца отведена кзади, проведена ревизия зоны сосудисто-нервного пучка, идентифицированы наружная и внутренняя сонные артерии. Наложена провизорная лигатура на наружную сонную артерию, выше отхождения верхней щитовидной артерии, с целью возможной перевязки при развитии интраоперационного кровотечения (рис. 5). Далее с применением внутриротового доступа выполнен разрез по левой передней небной дужке с переходом на мягкое небо длиной около 5 см (рис. 6). Опухоль выделена острым и тупым путем и отделена от мышц глотки. Удаление опухоли производили фрагментарно (рис. 7). Гемостаз по ходу операции. Снята лигатура с левой наружной сонной артерии. Рана ушита послойно. Послеоперационный период без осложнений. На 3-и сутки больная деканюлирована. Послеоперационная рана зажила первичным натяжением. При выписке жалоб нет. Речь и глотание в норме. Восстановилась симметрия мягкого неба. При гистологическом исследовании подтверждена плеоморфная аденома СЖ (рис. 8 на цв. вклейке). При динамическом наблюдении и контрольной КТ через 6 мес рецидива не выявлено (рис. 9).

Таким образом, приведенное наблюдение наглядно демонстрирует актуальность изучения клинических проявлений данной патологии со стороны уха, горла, носа и прилежащих структур. Наличие характерных изменений соседних с околоушной СЖ органов и тканей в виде деформаций наружного слухового прохода, фиксации его стенок, появление опухолевидных разрастаний и свищей в области его нижней стенки, смещение отдельных элементов боковой стенки глотки, возникновение сосудистых изменений застойного характера, связанных со сдавлением части ствола наружной сонной артерии и позадищелюстной вены, — все это должно настораживать практическо-



Рис. 7. Фрагменты удаленной опухолевой ткани.

Fig. 7. Fragments of the removed tumor tissue.



Рис. 9. Компьютерная томография в аксиальной проекции через 6 мес после хирургического лечения.

Fig. 9. Computed tomography in the axial projection of the patient 6 months after surgical treatment.

го врача, что будет способствовать ранней диагностике онкологического заболевания и своевременной специализированной помощи.

**Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
The authors declare no conflicts of interest.**

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Светицкий ПВ, Енгибарян МА, Гусарева МА, Донская АК. Рецидивная плеоморфная аденома глоточного отростка околоушной слюнной железы. *Стоматология*. 2014;93(6):49-51. Svetitskiy PV, Engibaryan MA, Gusareva MA, Donskaya AK. Recurrent mixed parotid tumor localized in pharyngeal processus. *Stomatologiya*. 2014;93(6):49-51. (In Russ.).
2. Асланова Э.Ч., Дробышев А.Ю., Мудунов А.М. Особенности выбора хирургических доступов в лечении больных с распространенными опухолями околоушной слюнной железы парафарингеальной локализации. *Стоматология для всех*. 2013;2:14-17. Aslanova ECh, Drobyshev AYU, Mudunov AM. The choice of surgical approach in the treatment of the patients with locally advanced parotid tumors of parapharyngeal localization. *Stomatologiya dlya vsekh*. 2013;2:14-17. (In Russ.).
3. Бернадский Ю.И. *Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии*. М.: Медицинская литература; 2000.

- Bernadsky YuI. *Osnovy chelyustno-litsevoj khirurgii i khirurgicheskoy stomatologii*. M.: Meditsinskaya literatura; 2000. (In Russ.).
4. Бембеев В.Б., Клименко В.А., Лаптев П.И., Кременецкая Л.Е., Соколов А.М. Диагностика, клинико-морфологическая характеристика и лечение мукоэпидермоидной и ацинозклеточной опухолей слюнных желез. *Военно-медицинский журнал*. 1984;5:54-55.
Bembeev VB, Klimenko VA, Laptev PI, Kremenetskaya LE, Sokolov AM. Diagnosis, clinico-morphological characteristics and treatment of mucoid and acinocellular tumors of the salivary glands. *Voенno-meditsinskij zhurnal*. 1984;5:54-55. (In Russ.).
 5. Carr RJ, Bowerman JE. A review of tumors of the deep lobe of the parotid salivary gland. *The British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 1986;24:155-168.
 6. Коротких Н.Г., Чередников Е.Ф., Машкова Т.А., Арчаков Н.В. Топографо-анатомическое обоснование пункционной биопсии новообразований глубоких отделов околоушной слюнной железы. *Вестник оториноларингологии*. 1990;52(5):54-58.
Korotkikh NG, Cherednikov EF, Mashkova TA, Archakov NV. Topographic-anatomic bases of puncture biopsy of neoforations of deeply located parts of the parotid salivary gland. *Vestnik otorinolaringologii*. 1990;52(5):54-58. (In Russ.).
 7. Лубоцкий Д.Н. *Основы топографической анатомии*. М.: Медгиз; 1953.
Lubotsky DN. *Osnovy topograficheskoy anatomii*. Medgiz; 1953. (In Russ.).
 8. Persson PS, Zettergren L. Cytologic diagnosis of salivary gland tumors by aspiration biopsy. *Acta Cytologica*. 1973;17(4):351-354.

Поступила 25.03.2021

Received 25.03.2021

Принята к печати 12.05.2021

Accepted 12.05.2021