ISSN print 2414-4517, ISSN online 2710-1487, https://ecm.knmu.edu.ua, ecm.journal@knmu.edu.ua

УДК: 616.31-089:[616.716+617.52]-006-07

ДОСВІД ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ НАДВЕЛИКОЇ ПУХЛИНИ ПРИВУШНОЇ ЗАЛОЗИ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

Григоров С.М., Рак О.В., Стеблянко А.О., Давидов О.О., Куріцин А.В., Волошан О.О., Григорова А.О.

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Актуальність. Значні розміри пухлин щелепно-лицевої ділянки, руйнування кісткових структур, атрофія залозистої тканини та залучення суміжних анатомічних ділянок суттєво ускладнюють вибір оптимальної лікувальної тактики.

Мета. Демонстрація досвіду хірургічного лікування надвеликої пухлини привушної залози.

Матеріали та методи. Проведено аналіз клінічного перебігу, діагностики та хірургічного лікування пацієнтки з надвеликою пухлиною привушної залози. Для визначення локалізації, поширеності пухлинного процесу та ступеня ураження кісткових структур використовували комп'ютерну томографію з 3D-реконструкцією. Хірургічне втручання виконано за індивідуально розробленим планом з урахуванням розмірів, поширеності пухлини та анатомічних особливостей ураження. Дослідження виконано в межах науково-дослідної роботи Харківського національного медичного університету «Оптимізація сучасних методів діагностики та лікування захворювань, травматичних пошкоджень, деформацій та аномалій розвитку щелепно-лицевої ділянки в умовах мирного та воєнного стану» (номер державної реєстрації 0125U000945).

Етика дослідження. Дослідження проведено відповідно до Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації (1964–2024), Конвенції про права людини та біомедицину (Ов'єдо, 1997) та Наказу Міністерства охорони здоров'я України № 690 від 23.09.2009; схвалено етичною комісією Харківського національного медичного університету (протокол № 24 від 04.12.2024). Отримано інформовану згоду пацієнтки на публікацію даних.

Результати. Наведено досвід хірургічного лікування надвеликої плеоморфної аденоми лівої привушної залози розмірами 110×92×86 мм у пацієнтки 73 років. Виконано тотальну паротидектомію. Основні труднощі: великий розмір пухлини обмежував оперативний доступ та ускладнював її мобілізацію без пошкодження капсули, що створювало ризик її розриву, зумовлений її тонкістю або неповнотою та наявністю мікроскопічних виростів пухлини (псевдоподій). Тривалість втручання становила 6 годин 20 хвилин. Функція лицевого нерва після оперативного втручання була збережена. Патогістологічно підтверджено плеоморфну аденому привушної слинної залози. Пацієнтка перебувала в стаціонарі 7 діб, виписана без ускладнень.

Висновки. Представлений досвід хірургічного лікування надвеликої пухлини щелепно-лицевої ділянки, а саме плеоморфної аденоми слинної залози, має практичне значення, оскільки дозволяє проаналізувати особливості клінічного перебігу, діагностики та хірургічної тактики, виокремити складнощі оперативного лікування пухлини та сприяє накопиченню досвіду ведення пацієнтів із рідкісними формами новоутворень.

Ключові слова: *стоматологія, плеоморфна аденома, паротидектомія, лицевий нерв, комп'ютерна томографія.*

Відповідальний автор: Григоров С.М.
✉ 4, пр. Науки, м. Харків, 61022, Україна.
E-mail: sm.hryhorov@knmu.edu.ua

Corresponding author: Grygorov S.M.
✉ Nauky ave., Kharkiv, 61022, Ukraine.
E-mail: sm.hryhorov@knmu.edu.ua

© Григоров С.М., Рак О.В., Стеблянко А.О., Давидов О.О., Куріцин А.В., Волошан О.О., Григорова А.О., 2026

CC BY-NC-SA

© Grygorov S.M., Rak O.V., Steblianko A.O., Davidov O.O., Kuritsyn A.V., Voloshan O.O., Grygorova A.O., 2026

ISSN print 2414-4517, ISSN online 2710-1487, https://ecm.knmu.edu.ua, ecm.journal@knmu.edu.ua

Цитуйте українською: Григоров СМ, Рак ОВ, Стеблянко АО, Давидов ОО, Куріцин АВ, Волошан ОО, Григорова АО.
Досвід хірургічного лікування надвеликої пухлини привушної залози (клінічний випадок).
Експериментальна і клінічна медицина. 2026;95(1):106-14.
https://doi.org/10.35339/ekm.2026.95.1.grs

Cite in English: Grygorov SM, Rak OV, Steblianko AO, Davidov OO, Kuritsyn AV, Voloshan OO, Grygorova AO.
Experience in surgical treatment of a very large parotid gland tumor (case study).
Experimental and Clinical Medicine. 2026;95(1):106-14.
https://doi.org/10.35339/ekm.2026.95.1.grs [in Ukrainian].

Вступ

В медичній літературі пухлини щелепно-лицевої ділянки представлені переважно окремими клінічними повідомленнями, що зумовлює обмеженість доказової бази щодо оптимальних підходів до їх діагностики та хірургічного лікування [1]. Зазвичай пухлини щелепно-лицевої ділянки становлять гетерогенну групу захворювань, яка містить доброякісні та злоякісні новоутворення одонтогенного й неодонтогенного походження, які різняться за етіологією, перебігом та наслідками [2]. Одонтогенні пухлини класифікують на епітеліальні, змішані епітеліально-мезенхімальні та мезенхімальні. Неодонтогенні пухлини щелепи розвиваються з епітелію та/або мезенхіми широкого спектра тканин і можуть виникати в кістках обличчя, які не містять зубів [3]. Кожна пухлина у пацієнта потребує ретельного клінічного спостереження; деякі з них потребують локального видалення, інші – мультимодального підходу (хіміотерапії та/або променевої терапії), зважаючи на можливий несприятливий вплив на перебіг захворювання та прогноз.

Незважаючи на те що більшість доброякісних пухлин щелепно-лицевої ділянки характеризуються повільним ростом і тривалий час можуть перебігати безсимптомно, при досягненні надвеликих розмірів вони здатні суттєво змінювати анатомо-функціональні характеристики черепа [4]. Такі новоутворення можуть супроводжуватися значним психоемоційним дистресом пацієнтів [5]. Особливістю будь-яких пухлин, що локалізуються в паренхімі та капсулі привушної залози, є їх безпосередня близькість до лицевого нерва (*n. facialis)* [6], що, у свою чергу, впливає на техніку оперативного втручання та зумовлює високий ризик пошкодження його гілок із розвитком стійких функціональних порушень. Значні розміри пухлин щелепно-лицевої ділянки, руйнування кісткових структур та залучення суміжних анатомічних ділянок суттєво ускладнюють вибір оптимальної лікувальної тактики.

Метою дослідження було представити досвід хірургічного лікування надвеликої пухлини привушної залози на прикладі клінічного випадку.

Матеріали та методи

Проведено аналіз клінічного випадку та результатів хірургічного лікування пацієнтки з надвеликою пухлиною привушної залози. Обстеження включало ретельний збір анамнезу, клінічний огляд, оцінку локального статусу (*status localis*), визначення функціональних порушень (зокрема жування, ковтання, мовлення, відкривання рота), а також стандартні лабораторні дослідження. Для визначення локалізації та поширеності пухлинного процесу, а також ступеня ураження кісткових структур виконували комп'ютерну томографію (КТ) з 3D-реконструкцією. Хірургічне лікування проводили відповідно до індивідуально розробленого плану оперативного втручання з урахуванням розмірів і поширеності пухлини та анатомічних особливостей її локалізації. Остаточну верифікацію діагнозу здійснювали за результатами патогістологічного дослідження операційного матеріалу.

Етика дослідження

Дослідження проведено відповідно до етичних принципів Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації (1964; остання редакція – 2024), Конвенції про права людини та біомедицину (Ов'єдо, 1997), статті 28 Конституції України, статті 43 Закону України «Основи законодавства

ISSN print 2414-4517, ISSN online 2710-1487, https://ecm.knmu.edu.ua, ecm.journal@knmu.edu.ua

України про охорону здоров'я» (1992), а також наказу Міністерства охорони здоров'я України № 690 від 23.09.2009. Проведення дослідження схвалено комісією з етики і біоетики Харківського національного медичного університету (протокол № 24 від 04.12.2024). Отримано інформовану згоду пацієнтки на публікацію клінічних даних.

Результати

Пацієнтка Л., віком 73 роки, самостійно звернулася до відділення хірургії голови та шиї. Анамнез. Зі слів пацієнтки, 5 років тому вона вперше помітила новоутворення в лівій привушній ділянці, яке повільно зростало, а останнім часом почало стрімкіше збільшуватись у розмірах. Пацієнтку госпіталізовано в ургентному порядку. Супутня патологія: гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця без стенокардії, хронічне обструктивне захворювання легень без дихальної недостатності. Алергологічний анамнез не обтяжений. Клінічний огляд: загальний стан пацієнтки середньої тяжкості, свідомість ясна, надмірна вага. Частота дихання – 22 за хвилину, частота серцевих скорочень – 76 за хвилину, артеріальний тиск 158/85 мм рт. ст., температура тіла – 36,7 °С. Під час огляду шкіра рожевого кольору, її тургор в нормі. Над легенями при перкусії визначався легеневий звук, при аускультації – везикулярне дихання. При перкусії серця межі його були в нормі. Тони серця при аускультації були приглушені, ритмічні. Живіт не напружений, безболісний при пальпації, паренхіматозні органи не збільшені. Симптом Пастернацького негативний. Фізіологічні відправлення в нормі.

Локальний статус (*status localis*) можна описати наступним чином: конфігурація обличчя порушена за рахунок контуруючого новоутворення привушної ділянки з лівого боку (*рис. 1*).

Шкіра в ділянці пухлини не була гіперемована. У лівій привушно-жувальній ділянці пальпувалося щільно-еластичне новоутворення розмірами 110×92 мм. Пухлина була рухома, не спаяна з прилеглими тканинами. Регіонарні лімфовузли не пальпувалися. Слизова оболонка присінка і власне порожнини рота були блідо-рожевого кольору, без видимих патологічних змін. Язик чистий, вологий. Перкусія зубів верхньої та нижньої щелеп була безболісна. Відзначалося помірне порушення функцій жування, ковтання та відкривання рота. Функція мовлення не порушена.



Рис. 1. Пухлина лівої привушної ділянки: порушення контурів обличчя та клінічна візуалізація пухлини

Лабораторні дослідження: результати клінічних аналізів крові та сечі, біохімічного аналізу крові, коагулограми та електрокардіографії – без патологічних відхилень. Аналізи крові на сифіліс (реакція мікропреципітації), гепатити С (Anti-HCV) та В (HBsAg) – негативні.

За даними передопераційної комп'ютерної томографії з 3D-реконструкцією, виявлено надвелике об'ємне утворення лівої привушної слинної залози з чіткими контурами, розміром 110×92×86 мм. Ознак інвазії кісткових структур не виявлено. Візуалізаційна картина більше відповідала доброякісному новоутворенню привушної слинної залози, найімовірніше – плеоморфній аденомі (*рис. 2*).

На доопераційному етапі встановлено попередній діагноз: новоутворення лівої привушної слинної залози (плеоморфна аденома?).

ISSN print 2414-4517, ISSN online 2710-1487, https://ecm.knmu.edu.ua, ecm.journal@knmu.edu.ua

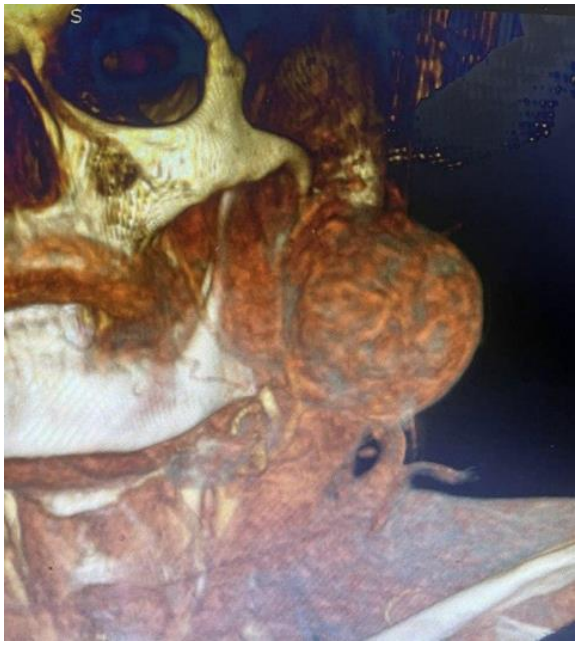


Рис. 2. Тривимірна (3D) реконструкція комп'ютерної томографії пацієнтки з надвеликою плеоморфною аденомою лівої привушної слинної залози

Хірургічне лікування. Проведено тотальну паротидектомію з видаленням надвеликої привушної пухлини слинної залози зі збереженням лицевого нерва. Оперативне втручання виконано під загальною ендотрахеальною анестезією. Після обробки операційного поля антисептиком виконано розріз шкіри та підшкірної клітковини із формуванням адекватної експозиції привушної ділянки. Пухлина займала практично всю привушну ділянку, поширювалася до кута нижньої щелепи та верхніх відділів шиї, зумовлюючи виражену деформацію анатомічних структур. Після мобілізації тканин ідентифіковано стовбур лицевого нерва в ділянці шилососкоподібного отвору. Виконано прецизійну дисекцію стовбура та основних гілок лицевого нерва із застосуванням мікрохірургічної техніки та їх повним збереженням. Поступово мобілізовано поверхневу та глибоку частки привушної слинної залози. З огляду на значні розміри пухлини дисекцію виконували поетапно, уникаючи надмірної тракції лицевого нерва та порушення цілісності капсули новоутворення. Тотальну паротидектомію завершено видаленням привушної слинної залози разом із пухлиною єдиним блоком. Цілісність капсули пухлини збережена. Проведено гемостатичні заходи, операційне поле промито стерильним фізіологічним розчином. Встановлено активний вакуумний дренаж. Рану пошарово ушито, накладено асептичну компресійну пов'язку. Інтраопераційних ускладнень не зареєстровано. Загальна тривалість оперативного втручання становила 6 год 20 хв.

Результат патогістологічного дослідження пухлини: макроскопічно пухлина оточена фіброзною капсулою, щільно-еластичної консистенції, розміром 110×92×86 мм. Гістологічно визначалося поєднання епітеліального та міоепітеліального компонентів; строма переважно міксоїдна, з осередками хондроїдної та фіброзної диференціації. Клітинного атипізму, ознак інвазивного росту, периневральної або судинної інвазії не виявлено. Патогістологічний висновок: плеоморфна аденома привушної слинної залози.

Пацієнтка перебувала на стаціонарному лікуванні протягом 7 діб. У післяопераційному періоді ускладнень не зареєстровано. Функція лицевого нерва була збережена. Крім того, після видалення пухлини значного дефіциту м'яких тканин не спостерігалося, що не потребувало виконання додаткової пластичної реконструкції (рис. 3). При виписці пацієнтці надано рекомендації щодо дотримання гігієни порожнини рота та подальшого амбулаторного спостереження за місцем проживання.



Рис. 3. Післяопераційний вигляд обличчя пацієнтки після тотальної паротидектомії з видаленням надвеликої пухлини привушної слинної залози зі збереженням лицевого нерва

ISSN print 2414-4517, ISSN online 2710-1487, https://ecm.knmu.edu.ua, ecm.journal@knmu.edu.ua

Обговорення результатів

Пухлини щелепно-лицевої ділянки класифікуються на одонтогенні (такі, що розвиваються з тканин зуба) та неодонтогенні (такі, що походять із тканин, не пов'язаних із зубоутворенням). Усі ці пухлини незалежно від походження можуть бути злоякісними та доброякісними. До доброякісних одонтогенних пухлин належать амелобластома, одонтома, аденоматоїдна одонтогенна пухлина, одонтогенна міксома, цементобластома. До злоякісних – амелобластична карциному, первинний внутрішньокістковий рак, одонтогенна саркома. Одонтогенні пухлини переважно локалізуються в щелепних кістках, можуть бути пов'язані з ретинованими зубами та спричиняти деформацію щелеп, зміщення зубів та значну деструкцію кістки кісткової тканини. До доброякісних пухлин неодонтогенного походження належать остеоми, аденоми, гемангіоми, нейрофіброми, ліпоми [3; 7]. Серед неодонтогенних пухлин щелепно-лицевої ділянки окрему групу становлять новоутворення слинних залоз, серед яких найбільш поширеною доброякісною пухлиною є плеоморфна аденома. У представленому клінічному випадку клініко-радіологічні характеристики надвеликої пухлини щелепно-лицевої ділянки дозволили припустити доброякісне новоутворення лівої привушної слинної залози – плеоморфну аденому. Незважаючи на доброякісне походження, плеоморфна аденома може малігнізуватися та метастазувати [8, 9]. Це потребує особливої онкологічної настороженості та, у разі злоякісної трансформації або метастатичного ураження, застосування радикального хірургічного підходу з видаленням прилеглих лімфатичних вузлів за показаннями.

В останні роки опубліковано рекомендації Французького товариства оториноларингології та хірургії голови та шиї щодо хірургічного лікування плеоморфної аденоми [10]. У клінічній практиці хірург стикається з труднощами при видаленні надвеликої пухлини У представленому випадку ми демонструємо власний досвід хірургічного лікування надвеликої плеоморфної аденоми привушної залози з метою зосередити клініцистів на основних труднощах, з якими ми стикнулися і які описано в літературі. По-перше, значний розмір пухлини може обмежувати оперативний доступ та ускладнювати її мобілізацію без пошкодження капсули, тобто виникає ризик розриву капсули, як це продемонстровано в роботі Webb A.J. & Eveson J.W. (2001) [11]. По-друге, великі розміри новоутворення можуть збільшувати тривалість оперативного втручання та частоту післяопераційних ускладнень, зокрема тимчасової або перманентної дисфункції лицевого нерва або інтраопераційної кровотечі, оскільки ці пухлини часто мають виражену васкуляризацію. Відомо, що кровотеча погіршує візуалізацію операційного поля. А збереження функції лицевого нерва є одним із ключових завдань високої технічної складності хірургічного лікування. По-третє, видалення надвеликої плеоморфної аденоми може також супроводжуватися розвитком післяопераційних ускладнень, зокрема нориць, гематом, інфікування ран, синдрому Фрея і косметичних деформацій [12; 13].

Висновки

Представлений досвід хірургічного лікування надвеликої плеоморфної аденоми слинної залози має практичне значення, оскільки дозволяє проаналізувати особливості клінічного перебігу, діагностики та хірургічної тактики, виокремити складнощі оперативного лікування пухлини, а також сприяє накопиченню досвіду ведення пацієнтів із рідкісними та складними формами новоутворень.

Перспективи подальших досліджень

Перспективами подальших досліджень є накопичення матеріалів щодо хірургічного лікування надвеликих пухлин щелепно-лицевої ділянки, епідеміологічних даних, частоти ранніх та пізніх післяопераційних ускладнень, а також поширеності потреби у пластичній реконструкції тканин обличчя та шиї.

Декларації

Конфлікт інтересів відсутній.

Всі автори надали згоду на публікацію статті за умовами ліцензії Creative Commons

ISSN print 2414-4517, ISSN online 2710-1487, https://ecm.knmu.edu.ua, ecm.journal@knmu.edu.ua

BY-NC-SA 4.0 та публічного договору з Харківським національним медичним університетом як засновником і видавцем журналу, на обробку та публікацію їх персональних даних.

Автори рукопису заявляють, що в процесі проведення дослідження, підготовки та редагування цього рукопису, вони використовували генеративний штучний інтелект (ChatGPT) для пошуку літературних джерел. Усі інші етапи роботи (від розробки концепції дослідження до остаточного редагування) виключно авторами.

Фінансування та подяки

Робота виконана в межах науково-дослідної роботи кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії Харківського національного медичного університету «Оптимізація сучасних методів діагностики та лікування захворювань, травматичних пошкоджень, деформацій та аномалій розвитку щелепно-лицевої ділянки в умовах мирного та воєнного стану» (2025–2027), номер державної реєстрації 0125U000945.

Внесок авторів

Внесок / Автори	A	B	C	D	E	F
Григоров С.М.	+				+	+
Рак О.В.			+		+	+
Стеблянко А.О.	+					+
Давидов О.О.				+		+
Куріцин А.В.					+	+
Волошан О.О.					+	+
Григорова А.О.		+				+

Примітки:

A – концепція;

B – дизайн;

C – збір даних;

D – статистична обробка та інтерпретація даних;

E – написання або критичне редагування статті;

F – схвалення фінальної версії до публікації та згода нести відповідальність за всі аспекти роботи.

Література

1. Nguyen TTH, Eo MY, Cho YJ, Myoung H, Kim SM. Large myxomatous odontogenic tumor in the jaw: a case series. J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg. 2021; 47(2):112-19. DOI: 10.5125/jkaoms.2021.47.2.112. PMID: 33911043.

2. Rastogi V, Chaurasia S, Maddheshiya N, Dhungel D. Title of the article: diagnostic markers for odontogenic tumors: an insight: a review. Discov Oncol.15(1):558. DOI: 10.1007/s12672-024-01237-0. PMID: 39404913.

3. Shaw SE, Chan CH. Non-Odontogenic Tumors of the Jaws. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022. PMID: 35015466. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK576441/

4. Jain A, Sudharshan M, Vijayakumar C, Kumbhar U, Nelamangala Ramakrishnaiah VP. Colossal Parotid Tumors: A Diagnostic and Surgical Challenge. Cureus. 2021;13(4):e14539. DOI: 10.7759/cureus.14539. PMID: 34017654.

5. Fashina AA, Aina OF, Adeyemo WL, Ladeinde A. Psychological Distress Before and After Surgical Resection of Benign Orofacial Tumors: A Prospective Study. J Oral Maxillofac Surg. 2020;78(9):1654.1651-1654. DOI: 10.1016/j.joms.2020.04.012. Epub 2020 Apr 18. PMID: 32422191.

ISSN print 2414-4517, ISSN online 2710-1487, https://ecm.knmu.edu.ua, ecm.journal@knmu.edu.ua

6. Kawata R, Kinoshita I, Omura S, Higashino M, Nishikawa S, Terada T, et al. Risk Factors of Postoperative Facial Palsy for Benign Parotid Tumors: Outcome of 1,018 Patients. Laryngoscope. 2021;131(12):2857-64. DOI: 10.1002/lary.29623. PMID: 34002863.

7. Wright JM, Vered M. Update from the 4th Edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck Tumours: Odontogenic and Maxillofacial Bone Tumors. Head Neck Pathol. 2017;11(1):68-77. DOI: 10.1007/s12105-017-0794-1. PMID: 28247226.

8. Sharma R, Khera S, Yadav T, Badkur M. Pleomorphic adenoma: Indeed, a versatile tumor. J Cancer Res Ther. 2024;20(5):1611-14. DOI: 10.4103/jcrt.jcrt_2259_22. PMID: 39412930.

9. Jacob S, Ahuja S, Zaheer S, Singh M. Metastasizing pleomorphic adenoma of the parotid gland: A common tumour with a very unusual presentation. Rev Esp Patol. 2024;57(2):123-7. DOI: 10.1016/j.patol.2023.10.002. PMID: 38599732.

10. Vergez S, Fakhry N, Cartier C, Kennel T, Courtade-Saidi M, Uro-Coste E, et al. Guidelines of the French Society of Otorhinolaryngology-Head and Neck Surgery (SFORL), part I: Primary treatment of pleomorphic adenoma. Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis. 2021;138(4):269-74. DOI: 10.1016/j.anorl.2020.09.002. PMID: 33060032.

11. Webb AJ, Eveson JW. Pleomorphic adenomas of the major salivary glands: a study of the capsular form in relation to surgical management. Clin Otolaryngol Allied Sci. 2001;26(2):134-42. DOI: 10.1046/j.1365-2273.2001.00440.x. PMID: 11309055.

12. Bonavolontà P, Dell'Aversana Orabona G, Maglitto F, Abbate V, Committeri U, Salzano G, et al. Postoperative complications after removal of pleomorphic adenoma from the parotid gland: A long-term follow up of 297 patients from 2002 to 2016 and a review of publications. Br J Oral Maxillofac Surg. 2019;57(10):998-1002. DOI: 10.1016/j.bjoms.2019.08.008. PMID: 31500918.

13. Infante-Cossio P, Gonzalez-Cardero E, Garcia-Perla-Garcia A, Montes-Latorre E, Gutierrez-Perez JL, Prats-Golczer VE. Complications after superficial parotidectomy for pleomorphic adenoma. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2018;23(4):e485-92. DOI: 10.4317/medoral.22386. PMID: 29924764.

Grygorov S.M., Rak O.V., Steblianko A.O., Davidov O.O., Kuritsyn A.V., Voloshan O.O., Grygorova A.O.

EXPERIENCE IN SURGICAL TREATMENT OF A VERY LARGE PAROTID GLAND TUMOR (CASE STUDY)

Background. The significant size of tumors of the maxillofacial region, destruction of bone structures and involvement of adjacent anatomical areas significantly complicate the choice of optimal treatment tactics.

Aim. To demonstrate the experience of surgical treatment of a very large parotid gland tumor.

Materials and Methods. The clinical course, diagnostics and surgical treatment of a patient with a very large parotid gland tumor were analyzed. Computed tomography with 3D reconstruction was used to determine the localization, prevalence of the tumor process and the degree of damage to bone structures. Surgical treatment was performed according to an individually developed plan taking into account the size and prevalence of the tumor and the anatomical features of the lesion. The study was carried out within the research work of Kharkiv National Medical University "Optimization of modern methods of diagnosis and treatment of diseases, traumatic injuries, deformities and developmental anomalies of the maxillofacial region in peacetime and wartime" (state registration No.0125U000945).

ISSN print 2414-4517, ISSN online 2710-1487, https://ecm.knmu.edu.ua, ecm.journal@knmu.edu.ua

Research Ethics. The study complied with the Declaration of Helsinki of the World Medical Association (1964–2024), the Convention on Human Rights and Biomedicine (Oviedo, 1997) and Order of the Ministry of Health of Ukraine No.690 of September 23, 2009; approved by the Ethics Committee of Kharkiv National Medical University (protocol No.24 of December 04, 2024). Informed consent to publication was obtained from the patient.

Results. Surgical treatment of a very large pleomorphic adenoma of the left parotid gland measuring 110×92×86 mm in a 73-year-old patient is presented. The main difficulties are: the large size of the tumor limits surgical access and complicates its mobilization without damaging the capsule, i.e. there is a risk of capsule rupture caused by a thin or incomplete capsule and by microscopic outgrowths (pseudopodia). The intervention lasted 6 hours 20 minutes. Facial nerve function was preserved after surgery. The pleomorphic adenoma of the parotid salivary gland was histopathologically confirmed. The patient was hospitalized for 7 days and discharged without complications.

Conclusions. The presented experience of surgical treatment of a very large tumor of the maxillofacial region, namely pleomorphic adenoma of the salivary gland, is of practical interest, as it allows analysis of the clinical course, diagnostics and surgical treatment, identification of the difficulties of the operation and contributes to the accumulation of experience in managing patients with rare forms of neoplasms.

Keywords: *dentistry, pleomorphic adenoma, parotidectomy, facial nerve, computed tomography.*

Надійшла 13.12.2025
Прийнята до публікації 29.03.2026
Опублікована 31.03.2026

Відомості про автора

Григоров Сергій Миколайович – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії, Харківський національний медичний університет, Харків, Україна.

Поштова адреса: 4, пр. Науки, м. Харків, 61022, Україна.
E-mail: sm.hryhorov@knmu.edu.ua
ORCID: 0000-0001-9527-8408.

Рак Олександр Володимирович – кандидат медичних наук, доцент кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії, Харківський національний медичний університет, Харків, Україна.

Поштова адреса: ХНМУ, 4, пр. Науки, м. Харків, 61022, Україна.
E-mail: ov.rak@knmu.edu.ua
ORCID: 0000-0002-8033-884X.

Стеблянко Антон Олександрович – кандидат медичних наук, асистент кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії, Харківський національний медичний університет, Харків, Україна.

Поштова адреса: ХНМУ, 4, пр. Науки, м. Харків, 61022, Україна.
E-mail: ao.steblianko@knmu.edu.ua
ORCID: 0000-0002-2207-6781.

ISSN print 2414-4517, ISSN online 2710-1487, https://ecm.knmu.edu.ua, ecm.journal@knmu.edu.ua

Давидов Олександр Олександрович – асистент кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії, Харківський національний медичний університет, Харків, Україна.

Поштова адреса: ХНМУ, 4, пр. Науки, м. Харків, 61022, Україна.
E-mail: oo.davydov@knmu.edu.ua
ORCID: 0000-0002-9826-2572.

Куріцин Андрій Віталійович – кандидат медичних наук, асистент кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії, Харківський національний медичний університет, Харків, Україна.

Поштова адреса: ХНМУ, 4, пр. Науки, м. Харків, 61022, Україна.
E-mail: av.kuritsin@knmu.edu.ua
ORCID: 0000-0001-5444-0042.

Волошан Олександр Олександрович – доктор філософії, асистент кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії, Харківський національний медичний університет, Харків, Україна.

Поштова адреса: ХНМУ, 4, пр. Науки, м. Харків, 61022, Україна.
E-mail: oo.voloshan@knmu.edu.ua
ORCID: 0000-0002-7079-1878.

Григорова Аліна Олександрівна – доктор медичних наук, професор, завідувачка кафедри стоматології дитячого віку та імплантології, Харківський національний медичний університет, Харків, Україна.

Поштова адреса: ХНМУ, 4, пр. Науки, м. Харків, 61022, Україна.
E-mail: ao.hryhorova@knmu.edu.ua
ORCID: 0000-0003-2964-8065.