

Секции СтАР «Ассоциация челюстно - лицевых хирургов
и хирургов - стоматологов»

**КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ
ОБРАЗОВАНИЯХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ
ГОЛОВЫ И ШЕИ**

Утвержден на:

заседании Секции СтАР «Ассоциация
челюстно - лицевых хирургов и хирургов-
стоматологов» 21 апреля 2014 года

Москва 2014 год

Оглавление

1. Методология
2. Определение
3. Принципы диагностики
4. Дифференциальный диагноз
5. Лечение
6. Методы хирургического лечения
7. Профилактика осложнений
8. Реабилитация
9. Алгоритм (схема) диагностики и лечения
10. Необходимая квалификация специалистов
11. Список литературы

Состав рабочей группы:

Чл.-корр. РАМН, д.м.н., проф. Кулаков А.А. (директор ФГБУ «ЦНИИС и ЧЛХ»)

Профессор Неробеев А.И. (руководитель Центра челюстно-лицевой хирургии ФГБУ «ЦНИИС и ЧЛХ»)

Профессор Рогинский В.В. (руководитель центра для детей-инвалидов с врожденными и приобретенными дефектами лица и черепа ФГБУ «ЦНИИС и ЧЛХ»).

Профессор Бельченко В. А. (зав. кафедрой Стоматологии ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России)

Профессор Дробышев А.Ю. (зав. кафедрой госпитальной хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ГБОУ ВПО "МГМСУ им. А.И.Евдокимова")

Профессор Топольницкий О.З. (зав. кафедрой детской хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ГБОУ ВПО "МГМСУ им. А.И.Евдокимова")

Профессор Иванов С.Ю. (зав. кафедрой челюстно-лицевой хирургии и имплантологии хирургии ГБОУ ВПО «НижГМА Минздрава России, президент секции СТАР "Ассоциации хирургов- стоматологов и челюстно-лицевых хирургов")

Профессор Медведев Ю.А. (зав. кафедрой госпитальной хирургической стоматологии ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова)

Профессор Никитин А.А. (зав. кафедрой челюстно - лицевой хирургии и хирургической стоматологии ФУВ МОНИКИ)

Профессор Дурново Е. А. (зав. кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ГБОУ ВПО «НижГМА Минздрава России)

Профессор Минкин А.У. (зав. кафедрой челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет Минздрава России»)

Профессор Сысолятин П. Г.(зав. кафедрой стоматологии ГБОУ ВПО НГМУ Минздрава России)

Профессор Байриков И. М. (зав. кафедрой челюстно-лицевой хирургии и стоматологии ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России)

Профессор. Лепилин А. В. (зав. кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ГБОУ ВПО СГМУ)

Профессор. Яременко А.И. (зав. кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ГБОУ СПбГМУ)

Д.м.н. Брайловская Т.В. (ответственный секретарь профильной комиссии по специальности «Челюстно-лицевая хирургия»).

1 . Методология.

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств: поиск в электронных базах данных.

Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств: доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Кохрайновскую библиотеку, базы данных EMBASE, MEDLINE, PUBMED и фонды ЦНМБ Первого МГМУ им. И.М.Сеченова. Глубина поиска составляла 10 лет.

Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств: консенсус специалистов, оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой (схема прилагается).

Рейтинговая схема для оценки сил рекомендаций (Таблица 1):

| Уровни доказательств | Описание |
|----------------------|---|
| 1++ | Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), или РКИ с очень низким риском систематических ошибок. |
| 1+ | Качественно проведенные мета-анализы, систематические, или РКИ с низким риском систематических ошибок. |
| 1- | Мета-анализы систематические или РКИ с высоким риском систематических ошибок. |
| 2++ | Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи. |
| 2+ | Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффекта смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязью. |
| 2- | Исследования случай-контроль или когортные |

| | |
|---|--|
| | исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи. |
| 3 | Неаналитические исследования (описание случаев, серии случаев) |
| 4 | Мнение экспертов |

Методы, использованные для анализа доказательств:

- обзоры опубликованных мета-анализов;
- систематические обзоры с таблицами доказательств.

Описание методов, использованных для анализа доказательств: при отборе публикаций, как потенциальных источников доказательств, использованная в каждом исследовании методология изучается для того, чтобы убедиться в ее валидности. Результат изучения влияет на уровень доказательств, присваиваемый публикации, то в свою очередь влияет на силу, вытекающих из нее рекомендаций.

Методологическое изучение базируется на нескольких ключевых вопросах, которые сфокусированы на тех особенностях дизайна исследования, которые оказывают существенное влияние на валидность результатов и выводов.

На процессе оценки несомненно сказывается субъективный фактор. Для минимизации потенциальных ошибок каждое исследование оценивалось независимо, т.е., по меньшей мере, двумя независимыми членами рабочей группы. Какие-либо различия в оценках обсуждались уже всей группой в полном составе. При невозможности достижения консенсуса, привлекался независимый эксперт.

Таблицы доказательств: таблицы доказательств заполнялись членами рабочей группы.

Методы, использованные для формулирования рекомендаций: консенсус экспертов.

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (Таблица 2).

| Сила | Описание |
|------|--|
| А | По меньшей мере, 1 мета-анализ, систематический обзор или РКИ, оцененные как 1++, напрямую применимые целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов. |
| В | Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 1++ или 1+. |
| С | Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, как 2++. |
| Д | Доказательства уровня 3 или 4, или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2+. |

Индикаторы доброкачественной практики (GoodPracticePoint – GPPs):Рекомендуемая доброкачественная практика базируется на клиническом опыте членов рабочей группы по разработке рекомендаций.

Экономический анализ:Анализ стоимости не проводился и публикаций по ресурсоемкости лечения не анализировались.

Метод валидации рекомендаций:

- Внешняя экспертная оценка;
- Внутренняя экспертная оценка.

Описание метода валидации рекомендаций:Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, то, насколько, интерпретация доказательств, лежащих в основе рекомендаций, доступна для понимания.

Полученные комментарии со стороны врачей первичного звена

(неонатологов, педиатров, оториноларингологов, челюстно-лицевых хирургов, ортодонт) в отношении доходчивости изложения и их оценки важности рекомендаций, как рабочего инструмента повседневной практики.

Предварительная версия также была направлена рецензентам, не имеющим медицинского образования, для получения комментариев, с точки зрения перспектив реабилитации пациентов.

Комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались и обсуждались председателем и членами рабочей группы. Каждый пункт обсуждался и, вносимые в результате этого изменения в рекомендации, регистрировались. Если изменения не вносились, то регистрировались причины отказа от внесенных изменений.

Консультация и экспертная оценка. Предварительная версия была выставлена для широкого обсуждения на сайте ФГБУ «ЦНИИС и ЧЛХ» Минздрава России для того, чтобы специалисты не участвующие в конгрессе имели возможность принять участие в обсуждении совершенствовании рекомендаций.

Проект рекомендаций был рецензирован независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, доходчивость и точность интерпретации доказательной базы, лежащей в основе рекомендаций.

Рабочая группа:

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендаций были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке рекомендаций сведен к минимуму.

Основные рекомендации: Сила рекомендаций (A-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) и индикаторы доброкачественной практики (GPPs) приводятся при изложении текста

рекомендаций.

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ БОЛЬШИХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ.D11, D11.0, D11.7, D11.9

| |
|---|
| D11. Доброкачественное новообразование больших слюнных желез |
| D11.0. Околоушной слюнной железы |
| D11.7. Других больших слюнных желез |
| D11.9. Большой слюнной железы неуточненное |

1. Определение:

Под термином **D11, доброкачественное новообразование больших слюнных желез «ДН БСЖ»** понимаем совокупность различных заболеваний БСЖ, которые клинически имитируют объемный патологический процесс (узловое образование) в БСЖ соответствующей локализации и трансформируется в конкретные нозологические формы после гистологической верификации[1+].

Факторы риска

- Риск развития опухолевого заболевания слюнных желез связывают в настоящее время с воспалительными заболеваниями, алиментарными факторами, гормональными и генетическими нарушениями.
- Изучается вопрос о роли эпидемического паротита;
- выделены факторы, подтверждающие наследственный характер изменений в паренхиме слюнных желез.
- Среди этиологических факторов выделяют; высокие дозы радиации, низкие дозы радиации (частые рентгенологические обследования, радиотерапию в детском возрасте, ультрафиолетовое излучение на области расположения слюнных желез), вирусы (развитие недифференцированных карцином, опухолей Вартина, Т-клеточных лимфом с локализацией в слюнных железах),
- курение, кремниевую пыль, использование керосина для приготовления пищи, высокое содержание холестерина и несбалансированное количество витаминов в пище, недостаточное количество в пищевом рационе богатой каротином растительной продукции.

Гистологическая классификация опухолей больших слюнных желез

ВОЗ 2005 г. [1++]

(WHO histological classification of tumours of the salivary glands, 2005)

Malignant epithelial tumours

Acinic cell carcinoma 8550/3

Mucoepidermoid carcinoma 8430/3

Adenoid cystic carcinoma 8200/3

Polymorphous low-grade adenocarcinoma 8525/3

Epithelial-myoepithelial carcinoma 8562/3

Clear cell carcinoma, not otherwise specified 8310/3

Basal cell adenocarcinoma 8147/3

Sebaceous carcinoma 8410/3

Sebaceous lymphadenocarcinoma 8410/3

Cystadenocarcinoma 8440/3

Low-grade cribriform cystadenocarcinoma

Mucinous adenocarcinoma 8480/3

Oncocytic carcinoma 8290/3

Salivary duct carcinoma 8500/3

Adenocarcinoma, not otherwise specified 8140/3

Myoepithelial carcinoma 8982/3

Carcinoma ex pleomorphic adenoma 8941/3

Carcinosarcoma 8980/3

Metastasizing pleomorphic adenoma 8940/1

Squamous cell carcinoma 8070/3

Small cell carcinoma 8041/3

Large cell carcinoma 8012/3

Lymphoepithelial carcinoma 8082/3

Sialoblastoma 8974/1

Benign epithelial tumours

Pleomorphic adenoma 8940/0

Myoepithelioma 8982/0

Basal cell adenoma 8147/0

Warthintumour 8561/0

Oncocytoma 8290/0

Canalicular adenoma 8149/0

Sebaceous adenoma 8410/0

Lymphadenoma

Sebaceous 8410/0

Non-sebaceous 8410/0

Ductal papillomas

Inverted ductal papilloma 8503/0

Intraductal papilloma 8503/0

Sialadenomаpapilliferum 8406/0

Cystadenoma 8440/0

Soft tissue tumours

Haemangioma 9120/0

Haematolymphoid tumours

Hodgkin lymphoma

Diffuse large B-cell lymphoma 9680/3

Extranodal marginal zone B-cell lymphoma 9699/3

Secondary tumours

Клинико-анатомическая классификация

Локализация новообразований слюнных желез разнообразна. Примерно 80% опухолей слюнных желез (СЖ) локализируются в околоушной слюнной железе (ОУСЖ), 10% - в поднижнечелюстной (ПНЧСЖ) и подъязычной (ПЯСЖ), остальные 10% - в малых слюнных железах (МСЖ). У 50% больных опухоли малых слюнных желез располагаются в толще твердого и мягкого неба, затем в губах (15%), деснах (5%), щеках (12%), языке (5%) и др. [6].

Все многообразие «ДН БСЖ» систематизировали на основании классификации опухолей и опухолеподобных образований СЖ, опубликованной МКБ-С (1997) в виде приложения 2 [5,7].

КЛАССИФИКАЦИЯ ОПУХОЛЕЙ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ БСЖ МКБ-С (1997).[1++]

I. Эпителиальные опухоли

1.1 Доброкачественные

Аденомы:

- **Полиморфная аденома** (плеоморфная аденома или «смешанная» опухоль - синонимы).
- **Мономорфная аденома:**
 - Миоэпителиома (миоэпителиальная аденома).
 - Базальноклеточная аденома.
 - Аденолимфома.
 - Онкоцитомы.
 - Каналикулярная аденома.
 - Сквамозная аденома.
 - Протоковая аденома.
 - Инвертированная протоковая аденома.
 - Сиалоаденома.
 - Цистаденома.
 - Муцинозная цистаденома.

1.2. Злокачественные

Карциномы:

- Ацинозноклеточная карцинома.
- Мукоэпидермоидная карцинома.
- Аденоиднокистозная карцинома.
- Полиморфная низкодифференцированная аденокарцинома.
- Эпителиально-миоэпителиальная карцинома.
- Базальноклеточная аденокарцинома.
- Сквамозная карцинома.
- Папиллярная аденокарцинома.
- Муцинозная аденокарцинома.
- Онкоцитарная карцинома.
- Карцинома слюнного протока.
- Аденокарцинома.
- Злокачественная миоэпителиома (миоэпителиальная карцинома).

- Карцинома в плеоморфной аденоме (злокачественная смешанная опухоль).
- Чешуйчатоклеточная карцинома.
- Мелкоклеточная карцинома.
- Недифференцированная карцинома.
- Другие карциномы.

II. Неэпителиальные опухоли.

2.1. Доброкачественные

- Ангиома, доброкачественная гемангиоперицитома,
- лимфангиома,
- неврилеммома, нейрофиброма,
- липома,
- миома и др.

2.2. Злокачественные

- ангиогенная саркома, злокачественная гемангиоперицитома,
- рабдомиосаркома,
- веретенноклеточная саркома (без уточнения гистогенеза)
- злокачественная лимфома (б-нь Ходжкина и неходжкинская лимфома).

III. Вторичные опухоли.

IV. Неклассифицированные опухоли

V. Опухолеподобные поражения:

- Сиалоаденоз.
- Онкоцитоз.
- Некротическая слюнная метаплазия.
- Доброкачественное лимфоэпителиальное поражение.
- Киста слюнной железы.
- Хронический склерозирующий сиалоаденит подчелюстной железы (опухоль Кютнера).
- Кистозная лимфоидная гиперплазия в СПИД.

К **эпителиальным** доброкачественным опухолям относят аденомы. Аденомы, в свою очередь, делят на полиморфные и мономорфные, последние — на аденолимфомы, оксифильные аденомы, другие типы аденом.

К эпителиальным злокачественным опухолям относят карциномы. К карциномам отнесены аденокистозные (цилиндромы), мукоэпидермоидные, ацинозноклеточные формы рака, аденокарциномы, недифференцированный рак, карциномы в полиморфной аденоме и др.

Неэпителиальные опухоли включают доброкачественные ангиомы, гемангиоперицитомы, лимфангиомы, неврилеммомы, нейрофибромы, липомы, а также злокачественные гемангиоперицитомы, ангиогенные саркомы, рабдомиосаркомы, веретенчатые саркомы (без уточнения гистогенеза).

Среди доброкачественных опухолей наиболее часто встречается плеоморфная или **полиморфная аденома** («смешанная» опухоль). В большинстве случаев она локализуется в околоушной, реже в поднижнечелюстной и подъязычной железе. Нередко встречаются опухоли малых С. ж. в области мягкого и твердого неба, в щечной области, верхней челюсти и др. Опухоль характеризуется медленным (в течение многих лет) ростом, может достигать больших размеров, безболезненна. Отмечено частое (до 36% случаев) рецидивирование при нерадикальном хирургическом лечении в объеме энуклеации. [Малигнизация](#) наблюдается в 3,6—30% случаев.

Мономорфные аденомы встречаются в 6,8% всех опухолей С. ж. и развиваются из эпителия концевых отделов и выводных протоков желез. В связи с тем, что мономорфные аденомы клинически протекают так же, как полиморфные, диагноз в большинстве случаев устанавливают только после патогистологического изучения удаленного новообразования. Возможно редкое рецидивирование, как правило, только после нерадикального выполнения операции.

Неэпителиальные доброкачественные опухоли С. ж. встречаются редко, по микроскопическому строению они не отличаются от неэпителиальных опухолей другой локализации.

Неврогенные опухоли (невриномы, нейрофибромы) могут развиваться в любом возрасте. Они характеризуются медленным ростом, могут быть одиночными или множественными, обычно локализируются в околоушной железе, могут поражать лицевой нерв.

[Липома](#) — редко встречающаяся опухоль, чаще возникает в околоушной железе, имеет хорошо выраженную фиброзную капсулу, отделяющую ее от ткани железы, неправильную округло-овальную форму, мягкоэластическую консистенцию (фибролипома более плотная) и характерную для жировой ткани окраску.

Истинные опухоли сосудистые опухоли (эндотелиомы, гемангиоперицитомы) встречаются редко. Так называемые «Ангиомы» (гемангиомы, лимфангиомы), которые развиваются преимущественно в детском возрасте, склонны к регрессии без лечения не имеют всех признаков опухолевого роста, в настоящее время рассматривается как

гиперплазии кровеносных сосудов ткани или пороки развития (мальформации).

Принципы диагностики

- Диагноз устанавливают на основании клинической картины и комплексного применения специальных методов диагностики и данных морфологического исследования. Сравнительная оценка существующих методов исследования в дифференциальной диагностике среди узловых образований больших слюнных желёз показала, что точность составила:
 - клинической диагностики 57,72%,
 - цитологического исследования - 90,48%,
 - срочного цитологического исследования – 92,0%,
 - срочного гистологического исследования – 80,95%
 - радиоизотопного исследования – 65,0%,
 - традиционной сиалографии – 70,83%.

Нами установлено, что чувствительность метода комплексного рентгеноконтрастного исследования составила 96,77%, специфичность - 95,08%, точность - 95,65%. [2++]

Методы исследования.

Наряду с опросом больного, осмотром и пальпацией области поражения используют и специальные методы.

Зондирование протоков с применением полых, гибких катетеров, зондов из полимерных рентгеноконтрастных материалов позволяет определить сужение, деформацию или облитерацию протока, слюнный камень. Рентгенографию С. ж. с применением рентгеноконтрастных веществ (сиалографию и пантомосиалографию, сиалотуморолимфографию) используют для определения формы образования. На сиалограммах доброкачественная опухоль представляет собой участок округлой формы с ровными четкими контурами, в капсуле, окруженный контрастированными протоками.

Ультразвуковое исследование позволяет определить объем, структуру и топографические особенности образования, с помощью цветного доплеровского картирования возможно оценить кровоснабжение выявленного образования. С помощью сиалометрии возможно оценить нарушение саливации.

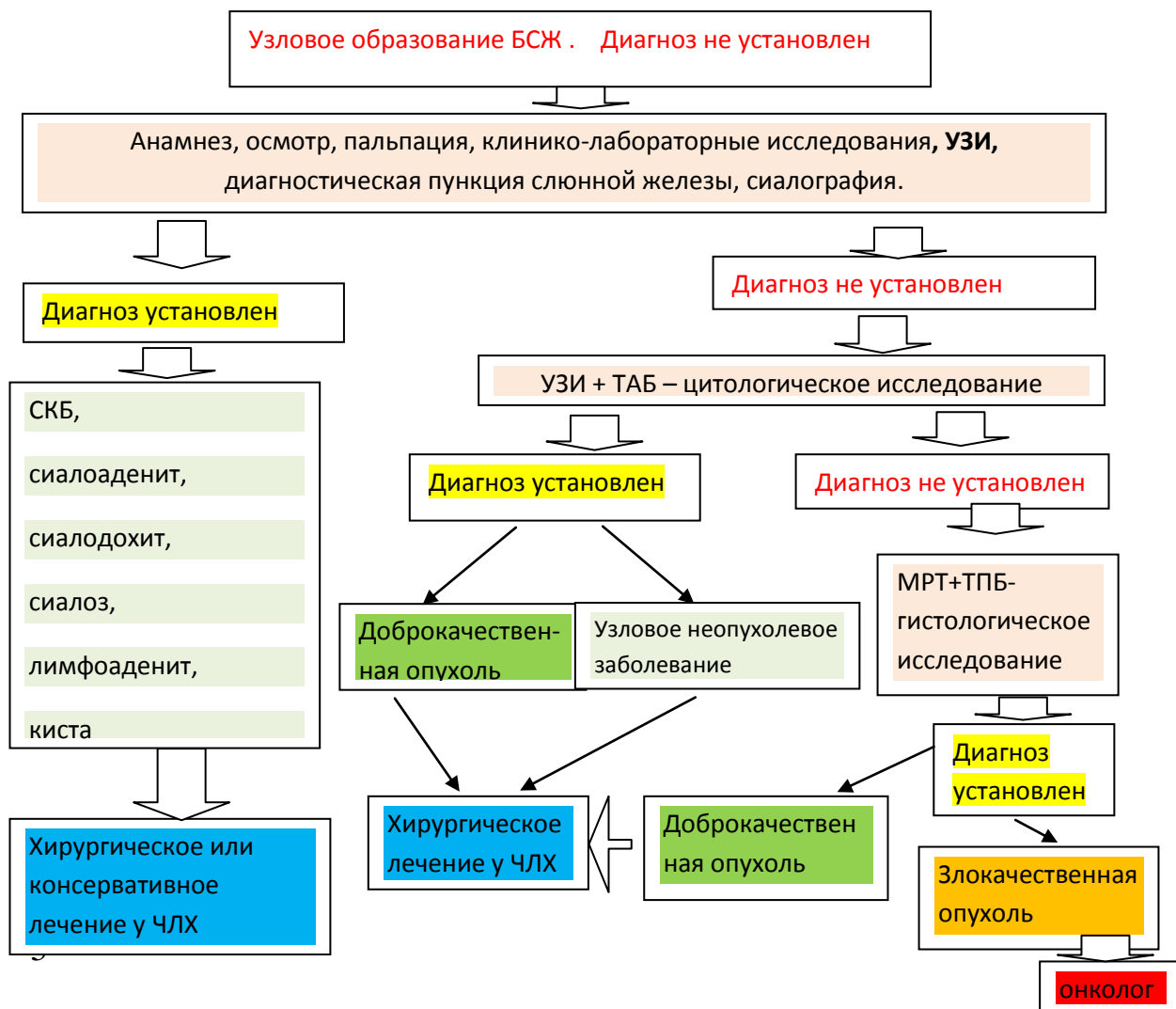
Минимальные опухолевые процессы можно выявить при помощи эндоскопического исследования протоковой системы больших слюнных

желез - сиалоэндоскопии или рентгеносиалодуктоскопии.

Высокоинформативны МРТ, КТ, ПЭТ.

1. Дифференциальный диагноз

Алгоритм комплексного исследования для дифференциальной диагностики ДО БСЖ.



2. Лечение

Лечение доброкачественных опухолей больших слюнных желез осуществляется только хирургическим методом в условиях челюстно-лицевого стационара.

- Необходимое условие для проведения операции на околоушной слюнной железе четкое знание анатомии лицевого нерва и его взаимоотношения с окружающими тканями. Операцию следует проводить под наркозом, чтобы свободно

манипулировать с лицевым нервом.

- При локализации опухоли в парафарингеальном пространстве целесообразно использовать наружный доступ.
- *Следует избегать повреждения капсулы опухоли*

Лечение плеоморфных аденом околоушных слюнных желез имеет особенности, на которых следует остановиться подробно.

- Необходимо удалять полиморфные аденомы этой локализации под наркозом с применением нейронавигации, для исключения повреждения лицевого нерва. Основными ветвями лицевого нерва являются: височная, скуловая, щечная, нижнечелюстная, краевая, шейная.
- Особенности полиморфной аденомы (неполноценность оболочки, множественность опухолевых зачатков в железе) делают нерадикальным оперативное вмешательство по типу энуклеации, т.к. в местах отсутствия оболочки возможно повреждение опухолевой ткани инструментом и рассеивание опухолевых клеток в ране (нарушение абластики). Эти клетки могут стать источником рецидива опухоли, опухолевый узел необходимо удалять с прилежащей к нему частью слюнной железы.
- Выбор оперативного доступа и типа вмешательства зависит от локализации и размеров опухоли. Все доступы должны удовлетворять двум основным требованиям:
- Обнажать всю наружную поверхность железы для хорошего обзора операционного поля и свободы манипуляций.
- Разрез должен быть таким, что, если установлена злокачественная природа опухоли, то можно было бы продлить разрез на шею.
- Если опухоль расположена вблизи основного ствола лицевого нерва (в области мочки уха или сосцевидного отростка), то применяется техника субтотального удаления околоушной слюнной

железы с сохранением ветвей лицевого нерва по Ковтуновичу. Суть методики в выделении периферических ветвей лицевого нерва. По ним постепенно продвигаются в сторону опухоли.

- Если опухоль расположена ближе к краю железы, то применяют методику субтотального удаления железы с опухолью по Редону. Сначала выделяют основной ствол лицевого нерва (на 0,7-1,0 см ниже наружного слухового прохода) и по нему постепенно продвигаются к опухоли, выделяя соответствующую долю (поверхностную или глубокую) слюнной железы.
- В обоих случаях удаление поверхностной части железы технически проще. При необходимости удаления опухоли глубокой части околоушной слюнной железы предварительно мобилизованный лицевой нерв поднимают и вместе с опухолью удаляют глубокую долю железы.
- При поражении опухолью глоточного отростка железы, он удаляется вместе с опухолью.
- Отдаленные результаты при лечении аденом БСЖ в общем благоприятные. Рецидивы после лечения полиморфных аденом наблюдаются от 1,5 до 35% при нарушении техники оперирования.

6 Методы хирургического лечения

- Резекция околоушной слюнной железы с выделением и сохранением ветвей лицевого нерва
- Субтотальная резекция околоушной слюнной железы с выделением и сохранением ветвей лицевого нерва
- Паротидэктомия с сохранением лицевого нерва
- Удаление поднижнечелюстной слюнной железы
- Удаление подъязычной слюнной железы

Пребывание в стационаре

Койко - день до лечения – 1 день (3- 5 дней)

Койко - день при выполнении операции – 7-10 дней

Анализ причин возникновения рецидивов опухолей околоушных слюнных желез показал, что у 78% больных ранее были выполнены неадекватные хирургические вмешательства

7 **Профилактика осложнений**

Послеоперационные осложнения:

наиболее частыми осложнениями являются: рецидив опухоли, паралич мимических мышц, временный ишемический парез мимической мускулатуры, лица, околоушный гипергидроз, образование слюнных свищей, гемипарез языка и др.

При интраоперационном повреждении лицевого нерва необходимо восстановление его непрерывности с применением микрохирургической техники

- Профилактикой временного послеоперационного пареза мимических мышц, связанного с ишемией нерва является щадящая, деликатная оперативная техника с оптимальным доступом, обеспечивающим хороший обзор операционного поля

Рекомендации:

- Лечение доброкачественных опухолей больших слюнных желез должно быть только оперативным.
- Новообразования больших слюнных желез должны оперироваться только в условиях стационара с тщательным соблюдением методики операции квалифицированными челюстно-лицевыми хирургами. владеющими микрохирургической техникой.
- **Опухоль необходимо не вылушивать, а иссекать в пределах здоровых тканей!**
- Для ликвидации послеоперационных слюнных свищей применяется атропинизация, тугое бинтование.

8 Реабилитация

Реабилитация больных обычно связана с послеоперационными осложнениями - парезом мимической мускулатуры лица, околоушным гипергидрозом, образованием слюнных свищей и др., которые требуют длительного амбулаторного лечения.

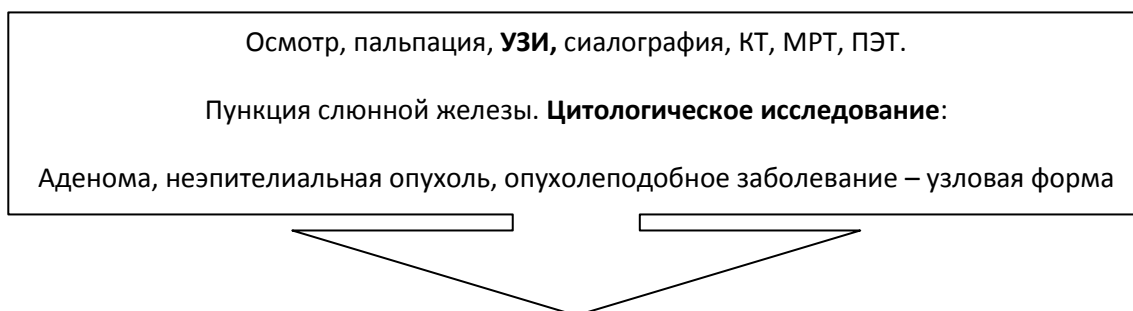
- Программа восстановительного лечения включает комплекс мероприятий, разрабатываемых индивидуально с учетом дефектов, возникающих после лечения.
- Психологическая коррекция проводится на каждом этапе лечения.
- Хирургический этап в реабилитационном процессе предусматривает использование щадящих методик при удалении образования и использование нейронавигации
- Для восстановления функции лицевого нерва проводится комплексное лечение (медикаментозная терапия, нейростимуляция и миогимнастика)

Профилактика

Заключается в рациональном питании, устранении неблагоприятных факторов внешней среды, своевременном адекватном лечении опухолевых и неопухолевых процессов в слюнных железах.

9 АЛГОРИТМ (СХЕМА) ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ БОЛЬШИХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ





10. Необходимая квалификация специалистов

Выбор хирурга для пациента с доброкачественным новообразованием ЧЛЮ, должен быть обусловлен пониманием того, что первому хирургу предоставляется возможность добиться наилучшего онкологического, функционального и эстетического результата.

После первой неудачной операции, когда возникает рецидив опухоли или произошла малигнизация, уже имеются рубцовые изменения в тканях, бывает очень трудно достичь оптимальных результатов при выделении нерва и риск парезов и параличей ветвей лицевого нерва растет. Очевидно,

что квалификация и опыт хирурга имеют первостепенное значение.

Требования, предъявляемые к квалификации хирурга:

Наличие сертификата челюстно-лицевого хирурга и опыт работы в профильном отделении не менее 5 лет.

Владение техникой операций на БСЖ, в том числе микрохирургической.

Регулярная хирургическая нагрузка в операциях по удалению новообразований околоушной и других БСЖ (не менее 1- 2 операций в месяц).

Участие в отечественных и международных научно-практических конференциях посвященных диагностике и лечению новообразований челюстно-лицевой области.

Плановое непрерывное медицинское образование, прохождение курсов повышения квалификации.

Способность работать в команде со специалистами (онколог, невролог, микрохирург, дефектолог-логопед, психолог) и сотрудничество с другими службами (социальной службой, страховой компанией).

Список литературы

1. Агапов В.С., Ланюк С.В., Смешанные опухоли околоушных слюнных желез. Стоматология, 1998, № 2, с. 28-31.
2. Азизян Р. И. Комбинированные реконструктивные операции при опухолях головы и шеи. Дисс. д.м.н. М.,1997.
3. Афанасьев В. В., Стародубцев В. С. «Оперативные вмешательства на слюнных железах», Москва, 1998, с. 85
4. Байматова Б. А., «Комплексное тепловизионное и ультрозвуковое исследование в диагностике опухолей слюнных желез». Автореф. дисс. канд. мед.наук, 1988, 32 с.
5. Белоус Т. А. Опухоли слюнных желез. В кн. Патанатомия опухолей человека. М.Медицина, 1993г, с. 529-556

6. Белоус Т.А. Эпителиальные опухоли слюнных желез. Автореф. Канд.1. Мед.наук, С., 1978, 16 с
7. Болотин М.В. Опухоли слюнных желез у детей. Автореф. дисс. канд. мед.наук, 2008,28 с.
8. Бродская Н. Я. Материалы в клинике, диагностике и лучевому лечению цилиндром слюнных желез. Дисс. канд. М., 1971, 220 с.
9. Быкова А.А. Комплексная сонография в диагностике и лечении объемных образований слюнных желез. Автореф. дисс. канд. мед.наук, 1999.
10. Варшавский А. И., «Опыт диагностики и лечения опухолей слюнных желез. Обзор 554 наблюдений.» Материалы 3-ей международной конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов. С-П., 1998г., с. 21.
11. Варшавский А. И., Панченко К. И., Губерская Т. А., Варшавская А. А., Сравнительные сонографические, рентгенологические и морфологические исследования слюнных желез при синдроме Шегрена. Терапевтический архив. 1999. - №5 с. 61-67.
12. Вихлянов И. Комплексное лечение опухолей орофарингеальной зоны. Вестн. РОЦ РАМН 2009, т 20, № 2, с.41
13. Вырупаев С.В. Хирургическое лечение плеоморфной аденомы ОСЖ. Автореф. Канд.мед.наук Уфа, 2004
14. Газаль А.С. Морфологические основы совершенствования пункций околоушной слюнной железы. Автореф. дисс. канд. мед.наук, Иркутск, 2007.
15. Денисов А. Б. Слюнные железы. М., 2000. с.246
16. Джумбаев А.И., Осумбеков Б.Н. Мукоэпидермоидные опухоли слюнных желез. Вестник РОНЦ РАМН, 2009г, №2, т 20, с. 3645.
17. Минкин А.У., Кадиевский А.А. с соавт. Комплексное клинико-рентгенологическое исследование в дифференциальной диагностике узловых образований больших слюнных желез: Метод.пособие.- Архангельск, 2001. - 16 с.
18. Минкин А.У. Комплексное клинико-рентгенологическое исследование в дифференциальной диагностике узловых образований больших слюнных желез.- Дис. канд. мед.наук. - Москва,1990.-174 с.
19. Хирургическая стоматология. Под редакцией В. А.

Дунаевского. - М.: Медицина, 1979, 472 с.

20. Шаргородский А. Г. — Атлас опухолей мягких тканей и костей лица. - М.: 1998, 222 с.

21. Пачес А. И. - Опухоли головы и шеи / АМН СССР. - М.: Медицина, 1983, 416 с.

22. Рентгенодиагностика заболеваний челюстно-лицевой области: Руководство для Врачей / Под ред. Н. А. Рабухиной, Н. М. Чупрыниной. - М.: Медицина, 1991, 368 с.

23. Шанин А. П. - Опухоли кожи, их происхождение, клиника и лечение. - Л: Медицина, 1969, 296 с.

24. WHO Classification of Tumours, Volume 5, IARCWHO Classification of Tumours, No 5, Fletcher, C. D.M., Bridge, J.A., Hogendoorn P., Mertens, F.

клинические рекомендации

по диагностике и лечению пациентов с гемангиомами губ

Оглавление

1. Методология
2. Определение, диагностика
3. Лечение
4. Методы хирургического лечения
5. Профилактика осложнений и реабилитация пациентов с гемангиомой губы
6. Необходимая квалификация специалистов

Методология

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств: поиск в электронных базах данных.

Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств: доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Кохрайновскую библиотеку, базы данных EMBASE, MEDLINE, PUBMED и фонды ПСПбГМУ им. И.П.Павлова. Глубина поиска составляла 10 лет.

Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств: консенсус специалистов, оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой (схема прилагается).

Рейтинговая схема для оценки сил рекомендаций (Таблица 1):

| Уровни доказательств | Описание |
|----------------------|--|
| 1++ | Ультроструктурная характеристика развития истинных гемангиом и их лечение у детей / В. В. Банин, В. В. Шафранов, Л. В. Фомина, А. А. Фомин // Дет. хирургия. – 1998. - N 4. – С. 35-42 |
| 1+ | Косырева, Т. М. Обоснование кратности диспансерного наблюдения детей с гемангиомами лица / Т. М. Косырева // Стоматология. - 2008. - N 5. - С. 72-74. |
| 1- | Куклина, Н. А. Случай быстрой регрессии гемангиом при использовании гомеопатической терапии / Н. А. Куклина, В. И. Макарова, Т. А. Колыгина // Рос. педиатр. журн. - 2003. – N 1. - С. 62-63. |
| 2++ | Криолечение гемангиом покровных тканей / Д. Д. Мельник, В. Э. Гюнтер, Е. В. Чугуй и др. // Дет. хирургия. - 2005. – N 6. - С. 32-34. Гемангиомы. / Д.Д. Мельник, В.Э. Гюнтер, Г.Ц. Дамбаев, П.Г. Сысолятин, и др. - Томск: STT, 2001. -178 с. |
| 2+ | Системная энзимотерапия в комплексном лечении детей с сосудистыми мальформациями / С. В. Куликов, А. Н. Ферзаули, Ю. А. Поляев и др. // Дет. хирургия. – 2000. - N 3. – С. 40-43. |
| 2- | Голованов, В. Н. Криодеструкция изъязвленных гемангиом у детей / В. Н. Голованов, А. С. Пуликов, В. А. Юрчук // Дет. хирургия. - 2004. - N 5. - С. 40-42 |
| 3 | Новые подходы к лечению обширных и глубоких ангиом сложной анатомической локализации / Ю. Ф. Исаков, В. В. Шафрано, Ю. А. Поляев и др. // Педиатрия. – 1995. - N 4. – С. 18-21. |

Методы, использованные для анализа доказательств:

- обзоры опубликованных мета-анализов;
- систематические обзоры с таблицами доказательств.

Описание методов, использованных для анализа доказательств:

При отборе публикаций, как потенциальных источников доказательств, использованная в каждом исследовании методология изучается для того, чтобы убедиться в ее валидности. Результат изучения влияет на уровень доказательств, присваиваемый публикации, то в свою очередь влияет на силу, вытекающих из нее рекомендаций.

Методологическое изучение базируется на нескольких ключевых вопросах, которые сфокусированы на тех особенностях дизайна исследования, которые оказывают существенное влияние на валидность результатов и выводов.

На процессе оценки несомненно сказывается субъективный фактор. Для минимизации потенциальных ошибок каждое исследование оценивалось независимо, т.е., по меньшей мере, двумя независимыми членами рабочей группы. Какие-либо различия в оценках обсуждались уже всей группой в полном составе. При невозможности достижения консенсуса, привлекался независимый эксперт.

Таблицы доказательств: таблицы доказательств заполнялись членами рабочей группы.

Методы, использованные для формулирования рекомендаций: консенсус экспертов.

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (Таблица 2).

| Сила | Описание |
|------|---|
| А | Удаление гемангиомы в пределах видимых границ опухоли. Дефект ушивается "на себя" |
| В | Удаление гемангиомы отступя 0.5 см от видимых границ опухоли. Пластика дефекта губы лоскутом со слизистой оболочкой полости рта для формирования красной каймы или другие приёмы местной пластики. |
| С | Удаление опухоли с помощью криодеструкции, лазерного испарения |
| D | Введение в образование веществ приводящих к склерозированию. |

Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Point – GPPs):

Рекомендуемая доброкачественная практика базируется на клиническом опыте членов рабочей группы по разработке рекомендаций.

Экономический анализ:

Анализ стоимости не проводился и публикаций по ресурсоемкости лечения не анализировались.

Метод валидации рекомендаций:

- Внешняя экспертная оценка;
- Внутренняя экспертная оценка.

Описание метода валидации рекомендаций:

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, то, насколько интерпретация доказательств, лежащих в основе рекомендаций, доступна для понимания.

Полученные комментарии со стороны врачей первичного звена (неонатологов, педиатров, оториноларингологов, челюстно-лицевых хирургов, ортодонт) в отношении доходчивости изложения и их оценки важности рекомендаций, как рабочего инструмента повседневной практики.

Предварительная версия также была направлена рецензентам, не имеющим медицинского образования, для получения комментариев, с точки зрения перспектив реабилитации пациентов.

Комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались и обсуждались председателем и членами рабочей группы. Каждый пункт обсуждался и, вносимые в результате этого изменения в рекомендации, регистрировались. Если изменения не вносились, то регистрировались причины отказа от внесенных изменений.

Консультация и экспертная оценка:

Последние изменения в настоящих рекомендациях были представлены для дискуссии на Симпозиуме «Сосудистые аномалии головы и шеи. Новый взгляд. Проблемные ситуации в челюстно-лицевой хирургии» 21-22 октября 2013 год, Москва. Предварительная версия была выставлена для широкого обсуждения на сайте ФГБУ «ЦНИИС и ЧЛХ» Минздрава России для того, чтобы специалисты не участвующие в конгрессе имели возможность принять участие в обсуждении совершенствовании рекомендаций.

Проект рекомендаций был рецензирован независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, доходчивость и точность интерпретации доказательной базы, лежащей в основе рекомендаций.

Рабочая группа:

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендаций были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке рекомендаций сведен к минимуму.

Основные рекомендации:

Сила рекомендаций (A-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) и индикаторы доброкачественной практики (GPPs) приводятся при изложении текста рекомендаций.

2. Определение, диагностика

Определение:

Гемангиома губы

– доброкачественная сосудистая опухоль верхней или нижней губы. Опухоль, приводящая к деформации губ и обезображиванию лица. Учитывая сосудистое происхождение опухоли высок риск кровотечений из образования.

Клинико-анатомическая классификация гемангиомы губы:

- 1.Капиллярная (простая)
- 2.Кавернозная (пещеристая)
- 3.Ветвистая.

Опухоль может развиваться из артериальных и венозных сосудов.

Диагностика:

Диагноз гемангиома является клиническим и устанавливается на основании визуального осмотра и ультразвуковых методов исследований, окончательный диагноз устанавливается на основании гистологического исследования материала.

Этиологические факторы развития опухоли:.

| Факторы | Описание |
|-----------------------|--|
| 1. Эндogenous факторы | - генные мутации - биологическая неполноценность сосудистых клеток - возраст |
| 2. Экзогенные факторы | - физические: механическое воздействие (хроническая травма), повышенная радиация - химические: неполноценное питание, гипо- или гипервитаминоз, гормональные дискорреляции, воздействие таратогенных ядов и лекарственных препаратов, злоупотребление алкоголем, употребление наркотиков - биологические: инфекционные заболевания (герпес). |

Диагностика гемангиомы губы:

Необходимые дифференциально-диагностические исследования:

- Сбор анамнеза

- Осмотр
- Ультразвуковое исследование

Анамнез:

- Наличие наследственной отягощенности по врожденной патологии челюстно-лицевой области (ЧЛО);
- Воздействие тератогенных факторов.

Ультразвуковое исследование :

Проводят для уточнения и подтверждения диагноза. При лечении опухоли важным является её строение и тип сосудов.

Обеспечение питания: обычно пациенты питаются без дополнительных приспособлений, самостоятельно, однако, необходимо исключить травмирующие агенты при приёме пищи.

4. Методы хирургического лечения

Ключевые положения:

1. Выбор метода хирургического лечения определяется размером опухоли и типом сосудов опухоли.
2. Техника оперативного вмешательства должна быть минимально травматичной.
3. Необходимо соблюдать правила восстановления анатомической и функциональной целостности зоны дефекта, делая акцент на формирование миодинамического равновесия.

4. Необходимо четкое соблюдение этапности лечения и временных диапазонов, но с учетом особенностей соматического статуса каждого пациента.

Для удаления опухоли можно использовать как классическое иссечение опухоли с пластической реконструкцией дефектов. При небольших объемах опухоли используют криодеструкцию, лазерное испарение. При больших объемах процесса используется прошивание опухоли или склерозирующая терапия.

5. Профилактика осложнений и реабилитация пациентов гемангиомами губы.

Хирургическое лечение пациентов с гемангиомами губы является основополагающим, но только комплексная, своевременная и планомерно осуществляемая специализированная помощь пациентам с гемангиомами позволяет обеспечить оптимальный анатомический и функциональный эффект лечения и полную реабилитацию.

К осложнениям относятся **кровотечения** на дооперационном этапе и раннем послеоперационном периоде. Для профилактики кровотечений на дооперационном периоде, необходимо раннее выявления данной патологии.

Для профилактики кровотечений в послеоперационном периоде, необходимо контроль за свёртывающей системой крови, контроль артериального давления и выполнение хорошего гемостаза во время оперативного лечения.

Нарушение трофики тканей губ при использовании склерозирующей терапии и прошивание опухоли. Необходимо хорошее знание особенностей сосудистого русла губ у пациента (УЗИ сосудов).

Деформации губ, приводящие к **нарушению эстетики и функции**.
Выполнение пластического закрытия послеоперационных дефектов с послойным ушиванием тканей. Лечебная физкультура и физиотерапия.

6. Необходимая квалификация специалистов

Выбор хирурга для ребенка, родившегося с расщелиной губы и неба, должен быть обусловлен пониманием того, что первому хирургу предоставляется возможность добиться наилучшего результата. После первой неудачной операции, когда часть тканей уже потеряна, бывает трудно достичь оптимальных результатов. Очевидно, что квалификация и опыт хирурга имеют первостепенное значение.

Требования, предъявляемые к квалификации хирурга:

3. Наличие сертификата челюстно-лицевого хирурга и опыт работы в профильном отделении не менее 5 лет.
4. Регулярная хирургическая нагрузка в операциях по устранению гемангиом губы.
5. Участие в отечественных и международных научно-практических конференциях посвященных лечению врожденных пороков развития челюстно-лицевой области.
6. Плановое непрерывное медицинское образование, прохождение курсов повышения квалификации.
7. Способность работать в команде стоматолог-дефектолог-логопед-психолог и сотрудничество с другими службами (социальной службой, страховой компанией).