



Клинические рекомендации

**при доброкачественных опухолях и  
опухолеподобных поражениях околоушной  
слюнной железы.**

МКБ 10:

**D11.0/D11.7/D11.9**

Год утверждения (частота пересмотра): **2017 (пересмотр каждые 5 лет)**

ID:

URL:

Профессиональные ассоциации:

- **Общероссийская общественная организация «Общество специалистов в области челюстно-лицевой хирургии»**

Утверждены  
**Общероссийская общественная  
организация «Общество специалистов в  
области челюстно-лицевой хирургии»**

Согласованы  
Научным советом Министерства  
Здравоохранения Российской Федерации  
\_\_\_\_\_ 201\_ г.

## Оглавление

Оглавление .....	2
Ключевые слова .....	3
Список сокращений.....	4
Термины и определения .....	5
1. Краткая информация .....	5
Определение .....	6
Этиология и патогенез .....	7
Эпидемиология.....	7
Кодирование по МКБ 10.....	8
Классификация .....	8
2. Диагностика.....	9
2.1 Жалобы и анамнез .....	9
2.2 Физикальное обследование .....	9
2.3 Лабораторная диагностика .....	10
2.4 Инструментальная диагностика.....	10
2.5 Иная диагностика .....	11
3. Лечение .....	11
3.1 Консервативное лечение .....	11
3.2 Хирургическое лечение .....	11
3.3 Иное лечение.....	14
4. Реабилитация.....	14
5. Профилактика и диспансерное наблюдение.....	14
Критерии оценки качества медицинской помощи.....	14
Список литературы.....	15
Приложение А1. Состав рабочей группы.....	18
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций .....	18
Приложение Б. Алгоритмы ведения пациентов.....	20
Приложение Е. Информация для пациента.....	22

**Ключевые слова.**

- Околоушная слюнная железа
- Лицевой нерв
- Экстракапсулярная диссекция ОСЖ
- Субтотальная резекция ОСЖ
- Доброкачественная опухоль ОСЖ

### **Список сокращений.**

ОСЖ – околоушная слюнная железа

ЛН – лицевой нерв

ЭКД – экстракапсулярная диссекция

ТПЭ – тотальная паротидэктомия

СПЭ – субтотальная паротидэктомия

ЧПЭ – частичная паротидэктомия

ПА – плеоморфная аденома

## **Термины и определения.**

Пациенты с доброкачественными новообразованиями околоушных слюнных желез составляют особую группу больных, нуждающихся в высококвалифицированной медицинской помощи. Для проведения оперативного лечения требуются точные знания топографической анатомии ветвей лицевого нерва и навык их атравматичного выделения и сохранения.

**Околоушная железа** (лат. *glandula parotidea*) — парная сложная альвеолярная серозная слюнная железа, занимающая пространство в околоушно-жевательной области, кровоснабжаемая околоушными ветвями височной артерии. Функция желез – секреция слюны.

**Лицевой нерв** (лат. *nervus facialis*) – седьмой черепно-мозговой нерв, выходит из мозга между продолговатым мозгом и варолиевым мостом, иннервирует мимические мышцы лица. В составе лицевого нерва проходит промежуточный нерв, ответственный за иннервацию слёзной железы, стременной мышцы и вкусовой чувствительности двух передних третей языка.

### **1. Краткая информация.**

За последние несколько десятилетий проведены исследования гистологических признаков и клинических проявлений плеоморфной аденомы. Эта опухоль характеризуется клеточным плеоморфизмом, который включает в себя эпителиальные и миоэпителиальные элементы, смешанные с клетками стромы. Образование может быть миксоидным, слизистым или хрящеподобным и заключено в неполную капсулу (псевдокапсула).

При выборе тактики хирургического лечения доброкачественной опухоли ОСЖ необходимо учитывать гистологические особенности ее строения, так как неполное удаление или нарушение псевдокапсулы опухоли являются единственными доказанными причинами увеличения частоты рецидивов. При этом мультицентрический рост доброкачественного образования отмечен в 5% случаев.

### **Определение.**

**Плеоморфная аденома** – доброкачественное образование смешанного генеза, в состав которого входят элементы как эпителиального, так и мезенхимального происхождения, заключенные в капсулу.

**Миоэпителиома** - вариант мономорфной аденомы, состоящей из зрелых миоэпителиальных клеток, однако, в ряде случаев наблюдается присутствие эпителиального компонента протоков.

**Аденолимфома** (опухоль Уортина, папиллярная лимфоматозная цистоаденома) - доброкачественная эпителиальная опухоль с множеством мелких, щелевидных или крупных кист, заполненных серозным содержимым.

**Онкоцитома** (оксифильная аденома) - редкая доброкачественная опухоль в виде узла с четкими границами, окруженная капсулой, микроскопически представлена крупными светлыми клетками, которые формируют солидно-альвеолярные структуры.

**Базальноклеточная аденома** - представлена мелкими мономорфными клетками с палисадным расположением и с формированием трабекулярных, тубулярных, трабекулярно-тубулярных и солидно-альвеолярных структур.

**Протоковая папиллома** — групповое обозначение редких новообразований, возникающих по ходу протоков слюнных желез.

**Каналикулярная аденома** – обычно представлена увеличивающимся в размерах узлом, редко достигающий более 2 см, склонный к мультифокальному росту; содержит призматические эпителиальные клетки.

**Сальная аденома** – четко отграниченная доброкачественная опухоль слюнной железы, образована из разных форм и размеров фокусов сальных клеток, склонная к кистозным изменениям.

**Аденолимфома** – состоящая из железистых эпителиальных структур опухоль, содержащая элементы лимфоидной ткани.

**Киста околоушной слюнной железы** – опухолеподобное образование, локализующееся в глубоких и поверхностных слоях железы, преимущественно в нижнем полюсе. Отграничена от ткани железы капсулой, содержит мутную жидкость с примесью слизи.

**Доброкачественная лимфоэпителиальная опухоль** (аденолимфома, лимфоэпителиома, болезнь Микулича) - представляет собой небольших размеров инкапсулированный узел, состоящий из лимфоидной и эпителиальной тканей, с преобладанием лимфоидного компонента.

**Опухоль Кюттнера** - характеризуется безболезненным увеличением слюнных желез,

при котором страдает функция вплоть до полного прекращения саливации, сопровождается воспалительными явлениями.

**Онкоцитоз** – опухолеподобное новообразование слюнной железы, характеризующееся увеличением размеров ацинарных клеток, перерождением клеток железы и протоков в онкоциты.

### **Этиология и патогенез.**

Причины развития доброкачественных новообразований до конца не изучены. Принято считать, что предшествующими факторами могут быть различные воспалительные заболевания (сиалоаденит, паротит), травмы, вследствие врожденных дистопий.

Появляются сообщения о том, что причинами возникновения опухолей слюнных желез могут быть онкогенные вирусы (цитомегаловирусы, вирусы герпеса, Эпштейн-Барр).

Свою роль играют гормональные воздействия (рост опухоли может совпадать с беременностью), генные мутации, воздействие окружающей среды (радиационное излучение, ультрафиолетовый фон, частое рентгенологическое исследование, курение). Рассматриваются алиментарные предпосылки к возникновению доброкачественной опухоли околоушной слюнной железы, такие как повышенный уровень холестерина в пище, недостаток свежих овощей и фруктов.

### **Эпидемиология.**

Опухоли околоушной железы составляют 3% опухолей, локализовавшихся в области головы и шеи, и 80% опухолей слюнных желез другой локализации. Из всего числа опухолей околоушной железы доброкачественными являются 80%; из них наиболее распространенным гистологическим типом является плеоморфная аденома, на долю которой приходится 65%, а затем аденолимфома - 25%. Частота возникновения плеоморфной аденомы околоушной слюнной железы – 2-4 случая на 100 000 населения в год. Среди возрастных категорий лиц, подвергшихся данному заболеванию наиболее часто встречаются пациенты от 30 до 60 лет, однако может развиваться в любом возрасте. Болезнь наблюдается в 2 раза чаще у женщин, чем у мужчин, что может быть связано с гормональным фоном. Плеоморфная аденома может развиваться не только в околоушных железах (85%), но и в подчелюстных железах (8%), малых слюнных железах (6.5%) и подъязычных железах (0,5%).

### **Кодирование по МКБ 10.**

D11 Доброкачественное новообразование больших слюнных желез.

Исключены: доброкачественные новообразования уточненных малых слюнных желез, которые классифицируются в соответствии с их анатомической локализацией  
доброкачественные новообразования малых слюнных желез - D10.3

D11.0 Околоушной слюнной железы

D11.9 Большой слюнной железы неуточненное

### **Классификация.**

Осуществляется по гистологическому происхождению доброкачественного новообразования.

1. Эпителиальные:

1.1. Плеоморфная аденома

1.2. Миоэпителиома

1.3. Базальноклеточная аденома

1.4. Аденолимфома

1.5. Онкоцитомы

1.6. Каналикулярная аденома

1.7. Сальная аденома

1.8. Лимфаденома не сальная

1.9. Протоковые папилломы

1.10. Сиалоаденома

2. Неэпителиальные:

2.1. Гемангиома

2.2. Гемангиоперицитомы

2.3. Неврилеммона

2.4. Нейрофиброма

3. Опухолеподобные поражения:

3.1. Киста

3.2. Доброкачественное лимфоэпителиальное поражение

3.3. Сиалоаденоз

3.4. Онкоцитоз

3.5. Опухоль Кюттнера

3.6. Кистозная лимфоидная гиперплазия у пациентов, имеющих СПИД



## **2. Диагностика.**

### **2.1 Жалобы и анамнез.**

Жалобы пациентов сводятся к наличию плотного, округлого, несмещаемого образования в предушной области, иногда чуть кзади от ветви нижней челюсти, различных размеров, зачастую не превышающих 3-4 см в диаметре. Функционально, при этом, слюнная железа не страдает. Ограничений открывания рта, болей, нарушений мимических движений нет.

Из анамнеза можно выяснить, что начало заболевания может быть связано с беременностью у женщин, ранее перенесенным паротитом, сиалоаденитом, травмой околоушно-жевательной области.

Опухоль может быть рецидивирующей, тогда в анамнезе будет указана ранее оперированная железа с подобной симптоматикой.

Нередко обращаются пациенты, длительно имеющие новообразование в околоушно-жевательной области, по поводу которых получали неквалифицированные медицинские услуги, направленные на лечение лимфаденита околоушных лимфатических узлов.

### **2.2 Физикальное обследование.**

- Физикальное обследование начинается с определения локализации и размера образования.

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1)**

**Комментарии:** *локализация новообразований околоушной слюнной железы типичная, в предушной области, кпереди и книзу от козелка ушной раковины. Плеоморфная аденома плотная на ощупь, округлая, тугоподвижная, безболезненная, кожа над ней не изменена, не спаяна с образованием, симптома флюктуации нет. Размеры ее варьируют от 1 до 8 см, однако реальные значения определяются после дополнительных инструментальных исследований.*

- Рекомендуется осмотр врача лучевой диагностики

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 2)**

**Комментарии:** *совместно с которым определяется уровень распространения патологического процесса, его реальные размеры и связь с тканями железы.*

- Рекомендуется осмотр анестезиолога

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 2)**

**Комментарии:** *перед любым оперативным вмешательством оценивается степень анестезиологического риска и объем анестезиологического пособия.*

- Рекомендуется осмотр врача патологоанатома.

**Уровень убедительности рекомендаций В** (уровень достоверности доказательств - 2)

**Комментарии:** *производится гистологическая верификация образования, исключение злокачественной природы опухоли.*

### **2.3 Лабораторная диагностика.**

В комплекс лабораторной диагностики входит стандартный набор исследований с целью предоперационного обследования: общий анализ крови и мочи, расширенный биохимический анализ крови, группа крови и резус-фактор, коагулограмма, анализы на ВИЧ, гепатиты В и С, RW.

### **2.4 Инструментальная диагностика.**

- Рекомендуется в предоперационном периоде проведение ЭКГ, рентгенографии органов грудной клетки

**Уровень убедительности рекомендаций А** (уровень достоверности доказательств - 1)

**Комментарии:** *Данные исследования проводятся в рамках стандартного предоперационного осмотра перед консультацией врача-анестезиолога.*

- Рекомендуется проведение магниторезонансной компьютерной томографии головы

**Уровень убедительности рекомендаций А** (уровень достоверности доказательств - 1)

**Комментарии:** *Метод позволяет провести детальное изучение анатомии околоушно-жевательной области, расположения и размеры опухоли, ее отношения к окружающим тканям, размеры капсулы опухоли, состояния самой железы, определение дополнительных очагов поражения, свидетельствующие о мультицентрическом росте. Становится возможным определение калькулезного поражения паренхимы железы, состояния ее протока, кровоснабжения. Также можно оценить уровень и степень изменения взаимоотношения железы с окружающими тканями и сосудами, возникших в результате роста опухоли.*

- Рекомендуется проведение УЗИ области образования.

**Уровень убедительности рекомендаций А** (уровень достоверности доказательств - 2)

**Комментарии:** УЗИ является первостепенным методом дополнительного исследования пациентов, обратившихся с жалобами на наличие образования в околоушно-жевательной области. УЗИ совмещают с доплеровским исследованием с целью определения состояния сосудов железы, определяют уровень кровоснабжения опухоли. Под контролем УЗИ производится тонкоигольная аспирационная биопсия образования, исключают поражения региональных лимфатических узлов. При поражении последних так же проводят цитологическое исследование.

- Рекомендуется проведение тонкоигольной аспирационной биопсии образования.

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1)**

**Комментарии:** цитологическое исследование позволяет определить гистологический характер поражения железы, исключить злокачественную патологию. Зачастую именно оно позволяет поставить окончательный диагноз.

## **2.5 Иная диагностика.**

Специфической иной диагностики не предусмотрено.

## **3. Лечение.**

### **3.1 Консервативное лечение.**

При данном виде патологии консервативное лечение не предусмотрено, исключая случаи симптоматической терапии и послеоперационной реабилитации.

### **3.2 Хирургическое лечение.**

Считаем необходимым проведение данного вида операций в стационарах, оборудованных хирургическим микроскопом и необходимым хирургическим инструментарием, в том числе нейронавигатором (аппарат «Элимус»), технологически оснащенной палатой интенсивной терапии. Операции выполняются врачами, владеющими микрохирургической техникой и техническими особенностями проведения челюстно-лицевых операций, детально владеющие топографической анатомией лицевого нерва.

**Ключевые положения критериев выбора метода хирургического лечения доброкачественных образований околоушной слюнной железы.**

- При локализации образования в глубокой доле железы рекомендуется проведение тотальной резекции околоушной слюнной железы.

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1)**

- При локализации опухоли в поверхностной доле, но размерами более 4 см., рекомендуется проведение субтотальной резекции ОСЖ.

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1)**

- При наличии подвижной, ограниченной, размерами до 4 см. опухоли рекомендуется проведение экстракапсулярной диссекции опухоли ОСЖ.

**Ключевые положения методик оперативного лечения доброкачественных новообразований околоушной слюнной железы.**

- **Методика субтотальной резекции ОСЖ в плоскости ветвей лицевого нерва.**  
*Разрез кожи начинается в предушной области, вдоль основания козелка ушной раковины и окаймляя мочку уха, проходит в заушную область, откуда направляется вдоль переднего края кивательной мышцы. Далее от мобилизовывается кожно-жировой лоскут, рассекается поверхностная фасция. Идентифицируется передний край кивательной мышцы, который от мобилизовывается, далее препаровка продолжается в области хрящевой части наружного слухового прохода, отделяя слюнную железу от него на всем протяжении. Идентифицируется заднее прикрепление двубрюшной мышцы, которая находится прямо за шиловосцевидным отверстием. Шиловидный отросток пальпируется, что определяет глубину диссекции. Далее плоскость тупой диссекции направлена перпендикулярно заднему полюсу слюнной железы. При крупных опухолях заднего полюса ОСЖ необходимо сначала его от мобилизовать, идентифицировать заднее брюшко двубрюшной мышцы (его прикрепление), отводя передний край кивательной мышцы назад. При идентификации прикрепления заднего брюшка двубрюшной мышцы мы идентифицируем сосцевидный отросток височной кости, который находится прямо за шиловосцевидным отверстием, таким образом приводя хирурга к ЛН с нижней стороны. После идентификации ствола ЛН, поверхностная доля железы рассекается путем вскрытия пространства, в котором ветви ЛН проходят между двух долей. Выделяя веточки нерва определяются с объемом удаляемых тканей ОСЖ.*

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1)**

- **Методика тотальной резекции ОСЖ.**

*Операцию начинают по типу субтотальной резекции с выделением ветвей ЛН, далее после удаления поверхностной доли железы и отведением выделенных ветвей ЛН удаляется глубокая доля ОСЖ с ее низведением. Поскольку пространство, где расположена глубокая доля, имеет форму клина с вершиной, расположенной выше, всегда удобнее удалять глубокую долю сверху вниз. Изнутри глубокая доля покрыта капсулой – глубокий листок шейной фасции и окружена жиром окологлоточного пространства. При правильном попадании в слой достаточно просто мобилизовать глубокую долю методом тупой диссекцией. Даже при локализации новообразования в окологлоточном пространстве возможно удалить опухоль путем пальцевого выделения, не проводя резекцию нижней челюсти по классической методике для доступа в окологлоточное пространство. Рана ушивается послойно с оставлением дренажа. Необходима давящая повязка в течении 1 недели.*

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1)**

- **Методика экстракапсулярной диссекции опухоли ОСЖ.**

*Разрез производится по стандартным разметкам, описанным выше. Кожа поднимается в плоскости прямо над поверхностной мышечно-апоневротической системой. Пальпируется новообразование. Над ним крестообразным разрезом рассекают фасцию ОСЖ, распрепаровывая 4 лепестка над опухолью, взяв их вершины на отдельные зажимы. Подтягивание зажимов вверх и в стороны помогает хирургу лучше визуализировать образование и провести дальнейшую диссекцию мягких тканей вокруг опухоли на протяжении 1-1,5 см. Ключ к успешной операции заключается в обнаружении безопасного уровня дальнейшей диссекции. Как правило, опухоль удаляется вместе с тканями железы по периферии, отступя от капсулы опухоли на 2-3 мм. Самой распространенной ошибкой на этом этапе является удаление опухоли из ее капсулы, что неминуемо приведет к рецидиву образования. Необходимо выделять опухоль вместе с тканями железы, прилегающими к оболочке опухоли. Этот маневр становится возможным благодаря максимальному отведению зажимов, держащих лепестки крестообразного разреза, в стороны, обеспечивая тем самым лучшую визуализацию окружающих опухоль тканей. Безопасность уровня диссекции определяется идентификацией ствола ЛН, описанной в*

*методике субтотальной резекцией ОСЖ. Если в процессе диссекции обнаруживается периферическая ветвь ЛН, то необходимо ее мобилизовать на протяжении и отвести от новообразования. Когда нерв отведен от образования, препаровка может быть продолжена по периферии в намеченной плоскости. Выделение образования производится последовательно, в разных плоскостях, перемещая опухоль относительно основного направления диссекции в стороны, что бы иметь возможность, при необходимости, визуализировать ветви ЛН, лежащие под образованием, а так же обеспечить безопасное выделение опухоли от окружающих тканей ОСЖ. При подобной методике выделение ветвей ЛН производится селективно, в зависимости от расположения опухоли. Как только опухоль удалена, фасция ОСЖ сшивается узловыми швами. Таким образом восстанавливается контур щеки, ликвидируется любое возможное «мертвое» пространство в области операции. Применение данной методики минимизирует риск развития синдрома Фрея.*

### **3.3 Иное лечение.**

Иное специфическое лечение для пациентов с описываемой патологией не предусмотрено.

### **4. Реабилитация.**

После проведенного оперативного лечения по одной из методик, пациенты находятся в палате интенсивной терапии под наблюдением врача-анестезиолога, проведение инфузионной терапии, антибиотических, антигистаминных, обезболивающих препаратов. Так же проводится симптоматическая терапия, направленная на уменьшение отечности послеоперационной области, уход за послеоперационными ранами, своевременное снятие швов. В случае появления симптоматики пареза мимической мускулатуры проводится ряд диагностических исследований (электромиография) и курс миостимуляции (аппаратом «Элимус»), направленные на определение уровня поражения и восстановление функции лицевого нерва.

### **5. Профилактика и диспансерное наблюдение.**

Минимальный комплекс послеоперационного наблюдения включает в себя (не позднее 6 месяцев после операции) осмотр оперирующего хирурга, терапия послеоперационных рубцов.

## Критерии оценки качества медицинской помощи.

Таблица 10. Критерии оценки качества медицинской помощи.

№	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
1	Успешное удаление опухоли железы	2	A
2	Отсутствовали ли осложнения, связанные с кровотечением	2	A
3	Отсутствовали ли гнойно-воспалительные осложнения	2	A
4	Отсутствие осложнений со стороны лицевого нерва (сохранение мимических движений)	2	A
5	Отсутствуют ли функциональные нарушения ОСЖ	2	A
6	Требуется ли проведение корригирующих операций, направленных на устранение мягкотканых деформаций	2	A
7	Отсутствие слюнной фистулы	2	A

## Список литературы.

1. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. 2013 г.
2. Неробеев А.И., Либин П.В. Тактика оперативного лечения опухолей глоточного отростка околоушной слюнной железы. *Стоматология*, 2015.
3. McMullen C.P., Minimal Margin Extracapsular Dissection: A Viable Alternative Technique for Benign Parotid Lesions? 2016
4. Brennan P., Contemporary management of benign parotid tumours - the increasing evidence for extra capsular dissection. 2016
5. Witt RL, Eisele DW, Morton RP, et al. Etiology and management of recurrent parotid pleomorphic adenoma. *Laryngoscope* 2015;125:888–93.
6. Manstopoulos K, Koch M, Klintworth N, et al. Evolution and changing trends in surgery for benign parotid tumors. *Laryngoscope* 2015;125:122–7.
7. Casani AP, Cerchiai N, Dallan I, et al. Benign tumours affecting the deep lobe of the parotid gland: how to select the optimal surgical approach. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2015;35:80–7.
8. Sang Xie, PRISMA—Extracapsular Dissection Versus Superficial Parotidectomy in Treatment of Benign Parotid Tumors *Medicine*, vol. 94, No 34, 2015.
9. Ikoma R, Ishitoya J, Sakuma Y, et al. Temporary facial nerve dysfunction after parotidectomy correlates with tumor location. *Auris Nasus Larynx* 2014;41: 479–84.
10. Vikas Mehta, Extracapsular Dissection Versus Superficial Parotidectomy for Benign Parotid Tumors 2014 The American Laryngological, Rhinological and Otological Society

11. Deschler D., Extracapsular Dissection of Benign Parotid Tumors *JAMA Otolaryngology–Head & Neck Surgery* August 2014 Volume 140, Number 8
12. Presutti L, Molteni G, Malve L. Parapharyngeal space tumors without mandibulotomy: our experience. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2012;269:265–73.
13. Quer M, Pujol A, Leon X et al (2010) Parotidectomies in benign parotid tumours: “Sant Pau” surgical extension classification. *Acta Otorrinolaringol Esp* 61:1–5
14. Zbaren P, Stauffer E. Pleomorphic adenoma of the parotid gland: histopathologic analysis of the capsular characteristics of 218 tumors. *Head Neck*. 2007;29:751-757.
15. Hamada T, Matsukita S, Goto M, et al. Mucin expression in pleomorphic adenoma of salivary gland: a potential role for MUC1 as a marker to predict recurrence. *J Clin Pathol* 2004;57:813–21.
16. Zbaren P, Tschumi I, Nuyens M, et al. Recurrent pleomorphic adenoma of the parotid gland. *Am J Surg* 2005;189:2003–7.
17. Gaillard C, Pe´rie´ S, Susini B, St Guily JL. Facial nerve dysfunction after parotidectomy: the role of local factors. *Laryngoscope* 2005;115:287–91.
18. Cannon CR, Replogle WH, Schenk MP. Facial nerve in parotidectomy: a topographical analysis. *Laryngoscope* 2004;114:2034–7.
19. Witt R. The significance of the margin in parotid surgery for pleomorphic adenoma. *Laryngoscope*. 2002;112:2141-2154.
20. Snow GB. The surgical approaches to the treatment of parotid pleomorphic adenomas. In: McGurk M, Renehan AG, eds. *Controversies in the Management of Salivary Gland Disease*. Oxford, England: Oxford University Press; 2001:chap 5, 58.
21. Hancock BD. Clinically benign parotid tumours: local dissection as an alternative to superficial parotidectomy in selected cases. *Ann R Coll Surg Engl*. 1999;81:299-301.
22. Iizuka K, Ishikawa K (1998) Surgical techniques for benign parotid tumors: segmental resection vs extracapsular lumpectomy. *Acta Otolaryngol Suppl* 537:75–81
23. Leverstein H, van der Wal JE, Tiwari RM, van der Waal I, Snow GB (1997) Surgical management of 246 previously untreated pleomorphic adenomas of the parotid gland. *Br J Surg* 84:399–403
24. McGurk M, Renehan A, Gleave EN, Hancock BD. Clinical significance of the tumor capsule in the treatment of parotid adenomas. *Br J Surg*. 1996;83:1747-1749.
25. Philips PP, OlsenKD. Recurrent pleomorphic adenoma of the parotid gland: report of 126 cases and a review of the literature. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1995;104:100–4.
26. Norman JED. Recurrent mixed tumours of the major and minor salivary glands. In: Norman JED, McGurk M, editors. *Salivary glands*. St Louis (MO): Mosby; 1995. p. 229–42.



27. Yamashita T, Tomoda K, Kumazawa T (1993) The usefulness of partial parotidectomy for benign parotid gland tumors: a retrospective study of 306 cases. *Acta Otolaryngol Suppl* 500:113–116
28. O'Brien CJ, Malka VB, Mijailovic M (1993) Evaluation of 242 consecutive parotidectomies performed for benign and malignant disease. *Aust N Z J Surg* 63:870–877
29. Yamashita T, Tomoda K, Kumazawa T. The usefulness of partial parotidectomy for benign parotid gland tumors. *Acta Otolaryngol Suppl* 1993;500:113–6.
30. Spiro RH. Salivary neoplasms: overview of a 35-year experience with 2,807 patients. *Head Neck Surg* 1986;8:177–84.
31. Niparko JK, Beauchamp ML, Krause CJ, et al. Surgical treatment of recurrent pleomorphic adenoma of the parotid gland. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1986;112:1180–4.
32. Danovan DT, Conley JJ (1984) Capsular significance in parotid tumor surgery: reality and myths of lateral lobectomy. *Laryngoscope* 94:324–329
33. Gleave EN, Whittaker JS, Nicholson A (1979) Salivary tumours— experience over thirty years. *Clin Otolaryngol* 4:247–257
34. Vandenberg HJ Jr, Kambouris A, Pryzybylski T, Rachmaninoff N (1964) Salivary tumors: clinicopathologic review of 190 patients. *Am J Surg* 108:480–484
35. Lyle FM (1956) Surgical consideration of parotid tumors. *Am J Surg* 91:332–338
36. Klopp CT, Winship T (1950) Treatment of mixed tumors of the parotid gland by subtotal parotidectomy. *Arch Surg* 61:477–486
37. Bailey H. Parotidectomy: indications and results. *BMJ*. 1947;1:404-407.
38. Janes RM. The treatment of tumors of the salivary gland by radical excision. *Can Med Assoc J*. 1940;43:554-559

## Приложение А1. Состав рабочей группы.

1. Вербо Елена Викторовна – д.м.н., главный научный сотрудник ФГБУ «ЦНИИС и ЧЛХ»
2. Крайтор Александр Сергеевич – челюстно-лицевой хирург.

Конфликт интересов отсутствует.

## Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций.

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Челюстно-лицевые хирурги
2. Пластические хирурги
3. Онкологи

**Таблица П1. Уровни достоверности доказательств с указанием использованной классификации уровней достоверности доказательств.**

<b>Уровень достоверности</b>	<b>Источник доказательств</b>
<b>I (1)</b>	Проспективные рандомизированные контролируемые исследования Достаточное количество исследований с достаточной мощностью, с участием большого количества пациентов и получением большого количества данных Крупные мета-анализы Как минимум одно хорошо организованное рандомизированное контролируемое исследование Репрезентативная выборка пациентов
<b>II (2)</b>	Проспективные с рандомизацией или без исследования с ограниченным количеством данных Несколько исследований с небольшим количеством пациентов Хорошо организованное проспективное исследование когорты Мета-анализы ограничены, но проведены на хорошем уровне Результаты не презентативны в отношении целевой популяции Хорошо организованные исследования «случай-контроль»
<b>III (3)</b>	Нерандомизированные контролируемые исследования Исследования с недостаточным контролем Рандомизированные клинические исследования с как минимум 1 значительной или как минимум 3 незначительными методологическими ошибками Ретроспективные или наблюдательные исследования Серия клинических наблюдений Противоречивые данные, не позволяющие сформировать окончательную рекомендацию
<b>IV (4)</b>	Мнение эксперта/данные из отчета экспертной комиссии, экспериментально подтвержденные и теоретически обоснованные

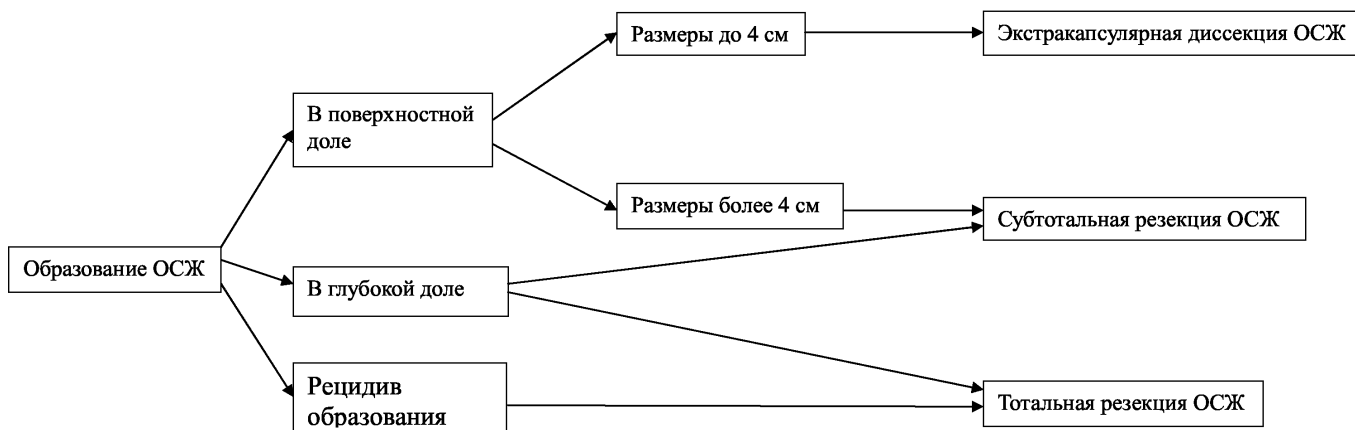
**Таблица П2. Уровни убедительности рекомендаций с указанием использованной классификации уровней убедительности рекомендаций.**

Уровень убедительности	Описание	Расшифровка
<b>A</b>	Рекомендация основана на высоком уровне доказательности (как минимум 1 убедительная публикация I уровня доказательности, показывающая значительное превосходство пользы над риском)	Метод/терапия первой линии; либо в сочетании со стандартной методикой/терапией
<b>B</b>	Рекомендация основана на среднем уровне доказательности (как минимум 1 убедительная публикация II уровня доказательности, показывающая значительное превосходство пользы над риском)	Метод/терапия второй линии; либо при отказе, противопоказании, или неэффективности стандартной методики/терапии. Рекомендуется мониторирование побочных явлений
<b>C</b>	Рекомендация основана на слабом уровне доказательности (но как минимум 1 убедительная публикация III уровня доказательности, показывающая значительное превосходство пользы над риском) <i>или</i> нет убедительных данных ни о пользе, ни о риске)	Нет возражений против данного метода/терапии или нет возражений против продолжения данного метода/терапии Рекомендовано при отказе, противопоказании, или неэффективности стандартной методики/терапии, при условии отсутствия побочных эффектов
<b>D</b>	Отсутствие убедительных публикаций I, II или III уровня доказательности, показывающих значительное превосходство пользы над риском, либо убедительные публикации I, II или III уровня доказательности, показывающие значительное превосходство риска над пользой	Не рекомендовано

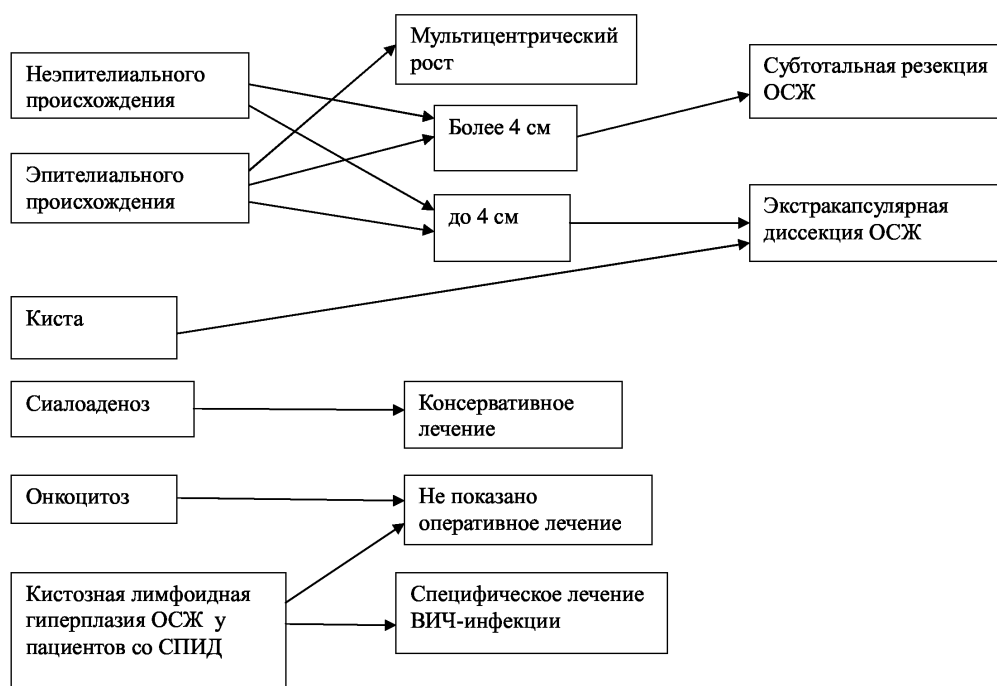
Порядок обновления клинических рекомендаций – один раз в пять лет.

**Приложение Б. Алгоритмы ведения пациентов.**

**1. Критерии выбора метода оперативного лечения доброкачественных опухолей околоушно-жевательных желез в зависимости от локализации.**



**2. Критерии выбора метода оперативного лечения доброкачественных опухолей околоушно-жевательных желез в зависимости от гистологического происхождения.**



## **Приложение В. Информация для пациента.**

Оперативное лечение при доброкачественных опухолях и опухолеподобных образованиях околоушной слюнной железы является технически сложным оперативным вмешательством. В виду того, что лицевой нерв, иннервирующий мимическую мускулатуру лица прорастает слюнную железу. Для полноценного удаления опухоли необходимо выделение ветвей лицевого нерва, поэтому в ближайшем послеоперационном периоде возможно появление пареза мимической мускулатуры лица, которое является временным и обратимым. В виду вероятности мультицентрического роста образования целесообразно в предоперационном периоде провести МРТ околоушно-слюнной железы, при котором будет отчетливо видна локализация опухоли, возможное наличие дополнительных образований, что в корне меняет хирургическую тактику лечения. В послеоперационном периоде возможны отеки и гематомы, парезы и параличи, нарушения оттока слюны, что связано с отечностью тканей железы, ее травмировании при выделении ветвей лицевого нерва. Данные явления являются обратимыми в течении 2-3 недель. Для профилактики рекомендовано ношение давящей повязки в течении недели. Дренаж удаляется на вторые сутки. Швы снимаются на 7 сутки после оперативного вмешательства.

В послеоперационном периоде возможно проведение магнотерапии для снятия отечности, либо электромиостимуляции для ликвидации явлений пареза мимической мускулатуры.