

- **Стоматологическая Ассоциация России**

Клинические рекомендации

## **КИСТЫ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ**

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: **К 11.6**

Возрастная категория: взрослые

Год утверждения (частота пересмотра):

Профессиональные некоммерческие медицинские организации-разработчики:

## Оглавление

Оглавление.2

<u>Список сокращений</u> .....	4
Термины и определения.....	5
1. Краткая информация по кистам слюнных желез.....	6
1.1 Определение кист слюнных желез.....	6
1.2 Этиология и патогенез кист слюнных желез.....	6
1.3 Эпидемиология кист слюнных желез.....	6
1.4 Особенности кодирования кист слюнных желез по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем.....	6
1.5 Классификация кист слюнных желез.....	7
2. Диагностика кист слюнных желез, медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики.....	7
2.1 Жалобы и анамнез.....	7
2.2 Физикальное обследование.....	8
2.3 Лабораторные диагностические исследования.....	9
2.4 Инструментальные диагностические исследования.....	9
2.5 Иные диагностические исследования.....	9
2.6 Дифференциальный диагноз.....	10
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения.....	11
3.1 Консервативное лечение.....	11
3.2 Оперативное (хирургическое) лечение.....	11
3.3 Иное лечение.....	12
3.4 Медикаментозная терапия.....	13

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов.....	16
5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики.....	16
6. Организация медицинской помощи.....	19
7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход кист слюнных желез) .....	19
Критерии оценки качества медицинской помощи.....	20
Список литературы.....	22
Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций.....	25
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций.....	25
Приложение Б. Алгоритмы действий врача.....	28

## Список сокращений

МКБ-10 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем Всемирной организации здравоохранения десятого пересмотра.

СЖ – слюнная железа.

ОУСЖ – околоушная железа.

ПЧСЖ – подчелюстная железа.

ПЯСЖ- подъязычная железа

МРТ – магнитно-резонансная томография

ОАК – общий анализ крови

ОАМ – общий анализ мочи

УЗИ – ультразвуковое исследование

ЭКГ – электрокардиограмма

КР–клинические рекомендации

## Термины и определения

- **Ранула** – киста подъязычной слюнной железы
- **Мукоцеле** - название в МКБ-10 кист больших или малых слюнных желез
- **Большие слюнные железы** - совокупность околоушных, поднижнечелюстных и подъязычных слюнных желез
- **Обтурация**– закупорка протока слюнной железы
- **Контагиозность**- свойство инфекционных болезней передаваться от больного организма здоровому (заразность)
- **Сиалография** – контрастная рентгенография СЖ, позволяющая обнаружить структурные нарушения выводных протоков и паренхимы врождённого или приобретённого в процессе заболевания характера. В качестве контрастного средства используют водорастворимые высокоосмолярные и низкоосмолярные средства, содержащие йод

## **1. Краткая информация по кистам слюнных желез.**

### **1.1 Определение кист слюнных желез**

Кисты СЖ (код по МКБ 10-K11.6) относят к опухолеподобным образованиям. Различают кисты малых СЖ, подъязычной (ранула), поднижнечелюстной и околоушной СЖ.

### **1.2 Этиология и патогенез кист слюнных желез**

Кисты СЖ могут быть ретенционными (возникающими из-за нарушения проходимости протока вследствие травмы железы и последующего развития воспалительного процесса) и врожденными. Только обтурация протока не приводит к образованию кисты, но при этом наблюдается атрофия железы. В случае ретенционных кист наблюдается разрастание междольковой соединительной ткани, облитерация выводных протоков, атрофия и слизистая дегенерация паренхимы. Врожденные кисты - следствие дисонтогенетических нарушений паренхимы, развиваются из дивертикулов протоков или аберрированных участков железистой ткани.

Киста подъязычной слюнной железы (ранула) развивается из дольки подъязычной СЖ. При больших размерах выпячивает слизистую оболочку подъязычной области и напоминает мешковидное образование дна полости рта у лягушки.

### **1.3 Эпидемиология кист слюнных желез**

Кисты слюнных желез относятся к опухолеподобным образованиям. Они не обладают контагиозностью, которая может быть предметом изучения эпидемиологии. В данном контексте может обсуждаться только встречаемость и распространённость кист слюнных желез и его клинических форм.

### **1.4 Особенности кодирования кист слюнных желез по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем**

Мукоцеле слюнной железы, ранула - K11.6.

Также в этот раздел относится:

K11.60. Слизистая ретенционная киста.

K11.61. Слизистая киста с экссудатом.

K11.69. Мукоцеле слюнной железы неуточненное.

Необходимо исходить из того, что классификации заболеваний слюнных желёз, представленная в МКБ-10, имеет прежде всего статистическое значение. Она должна применяться в

контексте клинической классификации Ромачёвой И.Ф. и Афанасьева В.В. Тогда диагноз в зависимости от выявленных симптомов по МКБ-10 можно представить в виде отечественной классификации

### **1.5 Классификация кист слюнных желез**

В Российской Федерации используют классификацию заболеваний СЖ Ромачевой И. Ф и Афанасьева В. В., согласно которой выделяют следующие формы кист слюнных желез:

- Слизистая ретенционная киста малой слюнной железы.
- Ранула (киста подъязычной слюнной железы).
- Кисты поднижнечелюстной и околоушной слюнной железы.

## **2. Диагностика кист слюнных желез**

Для постановки предварительного диагноза – киста слюнной железы у первичного пациента врачу стоматологу любой специальности (стоматология общей практики, стоматология ортопедическая, стоматология терапевтическая, стоматология хирургическая, челюстно-лицевая хирургия) рекомендуется провести опрос, выяснить жалобы и анамнеза заболевания, перенесённые и сопутствующие заболевания, провести внешний осмотр, осмотр полости рта, пальпацию и массажирование слюнных желез. Исходя из наиболее вероятного предварительного диагноза рекомендуется составить план комплексного обследования пациента для проведения дифференциальной диагностики с целью постановки окончательного диагноза.

### **Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 3)**

#### **2.1 Жалобы и анамнез**

Основной жалобой будет наличие образования в области расположения соответствующей слюнной железы. Кисты малых слюнных желёз обычно локализуются на нижней губе, реже - в области верхней губы, щеки, твердого и мягкого нёба. Киста имеет тонкую капсулу и содержит тягучую, желтоватого цвета жидкость. Основной жалобой будет наличие образования на нижней губе. Из анамнеза становится известно, что в результате травмы в области нижней губы появилось образование округлой формы, которое постепенно увеличивается и мешает при еде и разговоре.

При кистах больших слюнных желез больной будет жаловаться на наличие образования в области слизистой оболочки полости рта, в подъязычной, поднижнечелюстной или околоушной областях. При ранулах значительных размеров также на дискомфорт при еде и разговоре

Все больные будут отмечать медленный безболезненный рост образования.

## **Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 3)**

### **2.2 Физикальное обследование**

Киста малой слюнной железы. В результате травмы в области нижней губы (реже верхней) появляется мягкоэластичной консистенции образование округлой формы, которое постепенно увеличивается и мешает при еде и разговоре. Стенка кисты может прорываться, после чего из нее истекает вязкое содержимое, и киста на какое-то время исчезает, однако затем появляется вновь. Если киста достигает больших размеров, она имеет голубоватый оттенок.

Ранула. В подъязычной области выявляется полушаровидной формы выбухание мягких тканей, покрытое голубовато-розовой слизистой оболочкой. Киста имеет мягкоэластичную консистенцию, при ее пункции получают слизистую, тягучую жидкость светло или темно-коричневого цвета.

Оболочка ранулы тонкая, состоит из соединительной ткани различной степени зрелости, пучки которой проникают в соединительнотканые прослойки долек подъязычной железы, что затрудняет выделение кисты. Если ранула не распространяется через щель в челюстно-подъязычной мышце в подподбородочную область, то изменений снаружи не определяют. В противном случае при осмотре можно обнаружить припухание мягких тканей в подподбородочной и поднижнечелюстной областях. Иногда врачи ошибочно принимают её за кисту поднижнечелюстной слюнной железы. В этом случае для дифференциального диагноза существенным симптомом является одновременное наличие признака кисты в подъязычной области и отсутствие изменений на сиалограмме поднижнечелюстной железы. Ранула часто прорывается в полость рта и тогда из неё обильно выделяется содержимое, после чего длительное время признаков кисты нет. Однако, спустя некоторое время (иногда год и более), ранула обязательно появляется вновь (рецидивирует).

Кисты околоушной и поднижнечелюстной желёз. В области околоушной или поднижнечелюстной слюнной железы появляется безболезненная припухлость, которая медленно увеличивается, достигая больших размеров и нарушая конфигурацию лица. Кожа над ней в цвете не изменяется и свободно собирается в складку. При пальпации определяется мягкотканное образование округлой или овальной формы, эластичной консистенции, с наличием симптома флюктуации. В пунктате образования получают мутную, вязкую жидкость, иногда со слизью. После пункции образование исчезает, но в дальнейшем появляется вновь. На сиалограмме пораженной железы определяются дефект ее наполнения и смещение протоков.

При размерах кисты, визуализирующейся в полости рта, от 1,5 до 7,0 см, она имеет голубоватый оттенок. Симптом флюктуации характерен при размерах кисты от 3,0 см до 7,0 см.

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 3)**

### **2.3 Лабораторные диагностические исследования**

- ОАК - без изменений;
- ОАМ – без изменений;
- гистологическое исследование – внутренняя поверхность кисты выстлана соединительной тканью, по периферии переходящей в плотную фиброзную. В сохранившихся участках железы расширены протоки и атрофически изменена паренхима.

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 3)**

### **2.4 Инструментальные диагностические исследования**

- УЗИ большой слюнной железы: определяется анэхогенное образование округлой или овальной формы с ровными границами.
- МРТ большой слюнной железы: определяется округлой формы образование в области слюнной железы, с четкими границами, с жидкостным содержимым
- Сиалогграфия: определяется дефект заполнения железы и смещение протоков.

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

### **2.5 Иные диагностические исследования**

В процессе комплексного обследования пациентов с кистами слюнных желез рекомендовано врачам стоматологам и челюстно-лицевым хирургам рекомендовано рассмотреть необходимость консультации с другими специалистами, в компетенцию которых входят заболевания, которые могут быть причиной, фоном или отягочающим фактором заболеваний СЖ.

- консультация педиатра, терапевта, врача общей практики – при соматической патологии.
- консультация анестезиолога – с целью предоперационной подготовки по показаниям.
- консультация врача лучевой диагностики – с целью интерпретации рентгенограммы, ультразвуковой эхограммы и магнитно-резонансной томограммы.
- консультация врача-онколога – для исключения злокачественной опухоли.

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 5)**

### **2.6 Дифференциальный диагноз**

Дифференциальную диагностику ранулы проводят с дермоидной, эпидер-

моидной и др. кистами, с которыми она имеет похожее клиническое течение. Диагноз проводится на основании морфологического и рентгенологического исследований. Также дифференциальный диагноз всех кист больших слюнных желез проводят с доброкачественными и злокачественными опухолями слюнных желез (аденомой, аденолимфомой, аденокарциномой, лимфангиомой).

№	Нозология	Основные клинические дифференциально-диагностические критерии
1	Кисты слюнных желез	Образование мягкой консистенции с флюктуацией. Расположение на слизистой оболочке полости рта или в проекции слюнной железы. При диагностической пункции – тягучая слюна.
2	Аденомы, аденолимфомы	Образование бугристое, мягкоэластической или плотной консистенции с четкими границами. Из устья протока выделяется прозрачная слюна.
3	Аденокарциномы	Быстрый рост образования, боли. Опухоль плотной консистенции, мелкобугристая поверхность, границы нечеткие, подвижность ограничена. При расположении опухоли в области околоушной слюнной железы признаки пареза или паралича мимических мышц. Кровянистые выделения из выводных протоков слюнных желез, метастазы. При диагностической пункции – кровянистое содержимое.
4	Лимфангиома (кистозная форма)	Образование тестообразной консистенции с флюктуацией. При диагностической пункции – лимфоидное содержимое.

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 3)**

### **3. Лечение кист слюнных желез, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения**

Лечение кист слюнных желез только хирургическое

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 3)**

### 3.1 Консервативное лечение

Консервативное лечение не приносит ощутимых результатов и обычно не проводится.

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

### 3.2 Оперативное (хирургическое) лечение

**Лечение ретенционной кисты** - только хирургическое. Кисту иссекают полностью двумя полуовальными сходящимися разрезами. Выделение оболочки проводят осторожно, так как ее стенка очень тонкая и может порваться. В ране после иссечения кисты остаются гипертрофированные дольки малых слюнных желёз, которые также необходимо удалить для предупреждения рецидива кисты.

**Лечение ранулы** - только хирургическое, периодическое отсасывание содержимого приводит к временному улучшению

*Метод прошивания кисты шелковой нитью.* Заключается в том, что кисту прошивают толстой шелковой нитью, нить завязывают узлом, который погружают в полость ранулы. Через 7-10 суток происходит эпителизация отверстий, через которые проходит нить, и остаются два свищевых хода, через которые киста опорожняется. Метод часто даёт рецидивы образования кисты, поэтому применяется очень редко.

*Метод пластической цистотомии ранулы* (по И.Г. Лукомскому, 1943) заключается в иссечении верхней стенки кисты по её наибольшему диаметру с последующим сшиванием оболочки кисты со слизистой оболочкой подъязычной области. Образовавшуюся полость тампонируют йодоформной турундой на 7-10 суток. Более надёжные результаты получены, если вместо йодоформной турунды использовать негигроскопический материал, например, силиконовая мембрана, полиэтиленовая ткань (В.В. Афанасьев, 2004), который подшивается ко дну ранулы и краям раны. Полость кисты со временем уплощается, рецидивы наблюдаются редко.

Радикальные результаты даёт *удаление ранулы вместе с подъязычной слюнной железой*. Операция должна проводиться в условиях стационара в связи с техническими трудностями и возможным сильным интраоперационным кровотечением.

Ранула может проникать через мышцы дна полости рта в подподбородочную или поднижнечелюстную области. Иногда ранула определяется сначала в этих областях, а затем обнаруживается в подъязычной области. Операцию удаления ранулы в этом случае производят в два этапа: сначала удаляют её наружную часть до челюстно-подъязычной мышцы, а затем производят пластическую цистотомию, описанную выше.

### **3.3 Иное лечение**

Лечение кист околоушной и поднижнечелюстной железы - хирургическое. Кисту околоушной железы удаляют вместе с прилежащей паренхиматозной тканью. Кисту поднижнечелюстной железы удаляют вместе с ней.

Как паллиативный метод можно использовать периодическое отсасывание содержимое кисты околоушной железы. В этом случае применяется следующая собственная методика: после отсасывания содержимого кисты вводится в её полость гипертонический раствор в количестве на 2 мл меньше отсасываемого. Через 15-20 минут отсасывается гипертонический раствор, после чего на железу накладывается давящая повязка. Обычно на курс достаточно 2-3 отсасывания и введения гипертонического раствора. Динамическое наблюдение показало, что на протяжении 5 лет рецидива не наблюдалось.

Также возможно использование метода *прижигания оболочки кисты*: после откидывания кожно-жирового лоскута по Ковтуновичу, рассекается наружная стенка кисты. Далее в её полость вводится тампон, смоченный 5 % настойкой йода, который сохраняется там 5-10 минут. Далее удаляется тампон и подлежащая оболочка кисты, которая отслаивается как «шкурка апельсина». Железа ушивается наглухо. Лоскут над ней укладывается на место и ушивается. Динамическое наблюдение за больными на протяжении более 3 лет показало отсутствие рецидива кисты.

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 3)**

### **3.4 Медикаментозная терапия в рамках хирургического лечения**

№	Препарат, формы выпуска	Дозирование	Длительность и цель применения
	<b>Антибиотикопрофилактика, один из нижеперечисленных препаратов.</b>		
1	<b>Цефазолин</b>	1 г в/в, в/м (детям из расчета 50-100 мг/кг)	1 раз за 30-60 минут до разреза кожных покровов; при хирургических операциях продолжительностью 2 часа и более –

			дополнительно 0,5-1 г во время операции (у детей из расчета 20-50мг/кг массы тела в сутки) с целью снижения риска развития послеоперационной раневой инфекции
<b>При аллергии на β-лактамы антибиотики.</b>			
2	<b>Линкомицин</b>	1,8 г/сутки. в/в, в/м (детям из расчета 10-20 мг/кг/сутки)	1 раз за 30-60 минут до разреза кожных покровов по 0,6 г (у детей из расчета 10-20мг/кг/сутки) с целью снижения риска развития послеоперационной раневой инфекции
<b>Нестероидные противовоспалительные средства, один из нижеперечисленных.</b>			
3	<b>Кетопрофен</b>	суточная доза при в/в составляет 200-300 мг (не должна превышать 300 мг), далее пероральное применение пролонгированные 150мг 1 р/д или 100 мг 2 р/д	Длительность лечения при в/в не должна превышать 48 часов. Длительность общего применения не должна превышать 5-7 дней, с противовоспалительной, жаропонижающей и болеутоляющей целью.
4	<b>Ибупрофен</b>	Для взрослых и детей с 12 лет ибупрофен назначают по 200 мг 3-4 раза в сутки. Для достижения быстрого терапевтического эффекта у взрослых доза может быть увеличена до 400 мг 3 раза в сутки. Суспензия - разовая доза составляет 5-10 мг/кг массы тела ребенка 3-4 раза в сутки. Максимальная суточная доза не должна превышать 30 мг на кг массы тела ребенка в сутки.	Не более 3-х дней в качестве жаропонижающего средства Не более 5-ти дней в качестве обезболивающего средства с противовоспалительной, жаропонижающей и болеутоляющей целью.

5	<b>Парацетамол</b>	<p>Взрослым и детям старше 12 лет с массой тела более 40 кг: разовая доза - 500 мг –1,0 г до 4 раз в сутки.  Максимальная разовая доза – 1,0 г.  Интервал между приемами не менее 4 часов.  Максимальная суточная доза - 4,0 г.  Детям от 6 до 12 лет: разовая доза – 250 мг –500 мг до 3-4 раз в сутки. Интервал между приемами не менее 4 часов.  Максимальная суточная доза - 1,5 г - 2,0 г.</p>	<p>Продолжительность лечения при применении в качестве анальгетика и в качестве жаропонижающего средства не более 3-х дней.</p>
<b>Опиоидные анальгетики, препарат выбора, альтернативный препарат</b>			
6	<b>Трамадол</b>	<p>Взрослым и детям в возрасте старше 12 лет вводят внутривенно (медленно капельно), внутримышечно по 50-100 мг (1-2 мл раствора). При отсутствии удовлетворительного эффекта через 30-60 минут возможно дополнительное введение 50 мг (1 мл) препарата. Кратность введения составляет 1-4 раза в сутки в зависимости от выраженности болевого синдрома и эффективности терапии.  Максимальная суточная доза – 600 мг.  Противопоказан детям до 12 лет.</p>	<p>С целью обезболивания в послеоперационном периоде, 1-3 суток</p>
7	<b>Тримеперидин</b>	<p>Вводят в/в, в/м, п/к 1 мл 1%</p>	<p>С целью обезболивания в</p>

		раствора, при необходимости можно повторить через 12-24ч. Дозировка для детей старше 2х лет составляет 0.1 - 0.5 мг/кг массы тела, при необходимости возможно повторное введение препарата.	послеоперационном периоде, 1-3 суток
<b>Гемостатические средства при кровотечениях после операции.</b>			
8	<b>Этамзилат</b>	4-6 мл 12,5 % раствора в сутки. Детям, вводят однократно внутривенно или внутримышечно по 0,5-2 мл с учетом массы тела (10-15 мг/кг).	При опасности послеоперационного кровотечения вводят с профилактической целью

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

#### **4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов**

**Реабилитация** — это комплекс медицинских, педагогических, социальных мероприятий, направленных на восстановление (или компенсацию) нарушенных физиологических функций организма, социальных функций человека, а также трудоспособности больных и инвалидов.

При кистах слюнных желез всегда проводят хирургическое лечение. При этом степень нарушения физиологических функций организма и трудоспособности в основном определяется локализацией и размером опухоли, т.е. объемом оперативного вмешательства.

Реабилитационные мероприятия зависят от размера образовавшегося дефекта тканей и соответствуют таковым при травме челюстно-лицевой области.

В плане профессиональной реабилитации больных с кистами больших слюнной железы при удалении образования вместе со слюнной железой, иногда встает вопрос о смене профессии и трудоустройстве с учетом физиологических и профессиональных возможностей. (например, при удалении слюнной железы пилот гражданской авиации становится

проф.непригодным, так как в организме отсутствует орган и он не может пройти медицинскую комиссию)

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 5)**

## **5. Профилактика и диспансерное наблюдение пациентов с кистами слюнных желез**

Профилактика заболеваний слюнных желез и их осложнений включает мероприятия медицинского, общегигиенического и социально-экономического характера.

Кисты малых слюнных желез имеют травматическое происхождение в том числе и ятрогенное (травма при полировке пломбы или обточке зуба борами или сепарационными дисками). Данная травма может быть исключена при соблюдении правил работы с этими инструментами и осведомленности врача о возможных осложнениях.

Часто больной сам травмирует губу об острые края пломб, коронок, несостоятельные и старые съемные протезы. Рекомендована качественная финишная обработка пломбы, полировка или переделка коронок со сколами или острыми краями, перебазировка или переделка несостоятельных съемных конструкций в полости рта.

Профилактика кист больших слюнных желез заключается в регулярном визите каждого человека минимум раз в год на профилактический осмотр к врачу стоматологу.

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 3)**

**Диспансеризация** населения позволяет обеспечить профилактическую направленность медицины. Больные с заболеваниями слюнных желез особенно нуждаются в этой форме медицинской помощи. Задача врачей при диспансеризации заключается в выявлении у этих больных ранних форм патологии слюнных желез. Иногда такие заболевания протекают скрыто и обнаружить их можно только по косвенным признакам.

При диспансерном осмотре организованных групп населения врачи также должны обращать внимание на состояние слюнных желез и выявлять больных, подлежащих диспансерному наблюдению и лечению. Выявленные больные должны быть обследованы с применением частных и специальных дополнительных методов. Необходимая для этого аппаратура обычно имеется в специализированных стоматологических поликлиниках или в лечебных отделениях при

научно-исследовательских и академических институтах. Для установления точного диагноза и назначения курса комплексного лечения больные должны быть направлены в эти учреждения.

Специализированные лечебные стоматологические учреждения не только имеют необходимое оснащение, но и врачебные кадры с высокой квалификацией. Объясняется это тем, что число больных с патологией слюнных желез в таких учреждениях больше и врачи, чаще наблюдая больных, приобретают больший опыт.

В районных многопрофильных поликлиниках процент больных с заболеваниями слюнных желез невелик, поэтому врачи не могут приобрести достаточный опыт обследования и лечения этой группы больных. В их обязанности входят: выявление патологии слюнных желез, направление больных в специализированные стоматологические учреждения, проведение лечения и диспансерного наблюдения на основании рекомендаций этих учреждений.

Наибольшее число больных с заболеваниями слюнных желез получают полный курс лечения в специализированных стоматологических лечебных отделениях при институтах, где их берут на диспансерный учет. Мы считаем, что следует создавать крупные центры, где можно сосредоточить сложное оборудование, необходимое для обследования таких больных.

Концентрация пациентов будет способствовать и обогащению науки новыми сведениями и наблюдениями, получаемыми в результате детального изучения патологии слюнных желез и длительного наблюдения за больными, что позволит разработать новые методы лечения.

При диспансеризации больных целесообразно группировать больных в зависимости от степени поражения органа и тяжести течения болезни. При этом различают пять диспансерных групп:

- 1) здоровые;
- 2) практически здоровые в стадии стойкой компенсации заболевания (группа риска);
- 3) больные с легким течением заболевания в стадии компенсации с редкими обострениями;
- 4) больные с субкомпенсированным течением заболевания и частыми (3-4 раза в год) обострениями, подлежащие трудоустройству;
- 5) больные с декомпенсированным течением заболевания, нарушением функции других органов и систем, ограниченно трудоспособные.

Лица, относящиеся к первой и второй группам учета, подлежат наблюдению 1 раз в год, к третьей – 2-3 раза в год; к четвертой - 3-4 раза в год, к пятой - ежемесячно. Диспансерное наблюдение за больными с патологией слюнных желез и лечение их в зависимости от нозологической формы заболевания могут быть проведены с учетом указанного деления больных на пять групп.

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 3)**

## **6. Организация медицинской помощи**

Диагностика и лечение кист слюнных желез требует от врача определённых мануальных навыков и должного опыта, которые приобрести и получить в условиях первичного звена оказания медицинской помощи не всегда представляется возможным. В связи с этим, врачам стоматологам на местах рекомендовано адекватно оценивать свою квалификацию, возможности для проведения диагностических исследований и лечебных процедур. Врачам стоматологам первичного звена рекомендовано обращать должное внимание на жалобы пациентов, связанные с заболеваниями СЖ, проводить физикальное обследование и направлять пациентов с предварительным диагнозом к специалисту: врачу стоматологу-хирургу или врачу челюстно-лицевому хирургу.

**7. Дополнительная информация( в том числе факторы влияющие на течение и исход кист слюнных желез)** Лечение пациентов с кистами слюнных желез, рекомендовано осуществлять в стоматологических поликлиниках, отделениях многопрофильных поликлиник и медико-санитарных частей, кабинетах больниц, школ, профилакториев, санаториев (амбулаторная помощь), в челюстно-лицевых отделениях многопрофильных больниц (стационарная помощь). Обследование первичного пациента с предполагаемой кистой физикальными методами до предварительного диагноза рекомендовано проводить врачам стоматологам всех специальностей (врачи стоматологи общей практики, врачи стоматологи-терапевты, врачи стоматологи-ортопеды), специализированную лечебно-диагностическую помощь с постановкой окончательного диагноза и составления комплексного плана лечения – врачам стоматологам-хирургам и врачам челюстно-лицевым хирургам. Врачам стоматологам для получения должной квалификации по диагностике и лечению заболеваний слюнных желез рекомендовано проходить курсы повышения квалификации на сертифицированных для этого курсах. После обследования пациента и установления окончательного диагноза, пациенту может быть рекомендовано проходить лечение,

реабилитацию и диспансерное наблюдение в поликлинике по месту жительства, направившего пациента на консультацию в специализированное лечебно-диагностическое учреждение. Пациентам с наличием коморбидных заболеваний может быть рекомендовано обследование и лечение у врачей других специальностей: эндокринологов, гастроэнтерологов, терапевтов, неврологов, ревматологов, и других.

### Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 3)

## Критерии оценки качества медицинской помощи

В данном разделе указаны рекомендованные Рабочей группой критерии качества оценки медицинской помощи в РФ пациентам с кистами слюнных желез. Критерии оценки качества медицинской помощи соответствуют тезисам-рекомендациям и уровням УДД и УУР

### Критерии качества медицинской помощи пациентам с кистами слюнных желез

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
1	Выполнен осмотр и физикальное обследование первичного пациента	Да/нет	2	A
2	<i>Вариант 1. Первичный пациент в районной поликлинике.</i> Проведён анализ информации, полученной при обследовании первичного пациента, установлен наиболее вероятный предварительный диагноз, пациент направлен в специалисту в клинико-диагностический центр	Да/нет	2	B
3	<i>Вариант 2. Первичный пациент в клинико-диагностическом центре.</i> Проведён анализ информации, полученной при обследовании первичного пациента, установлен наиболее вероятный предварительный диагноз, определён алгоритм дополнительных исследований	Да/нет	2	B
4	С учётом наиболее вероятного предварительного диагноза проведён комплекс дополнительных исследований	Да/нет	2	B

5	С учётом информации, полученной с помощью дополнительных исследований, проведена дифференциальная диагностика между наиболее вероятным предварительным диагнозом и остальными, близкими к нему по клинической картине заболеваниями	Да/нет	2	В
6	Установлен окончательный клинический диагноз	Да/нет	2	В
7	Составлен план лечебных: консервативных или хирургических мероприятий	Да/нет	2	В
8	Проведена оценка эффективности проведённого лечения, намечены реабилитационные и профилактические мероприятия	Да/нет	3	С

### Список литературы

1. Афанасьев В.В. Слюнные железы. Болезни и травмы: руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2012. – 296с.
2. Афанасьев В.В. Слюнные железы: болезни и травмы: руководство для врачей / В. В. Афанасьев, У. Р. Мирзакулова. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 315 с. [<https://search.rsl.ru/ru/record/01009911353>]
3. Афанасьев В.В. Болезни и травмы слюнных желез. Обучающие визуализированные тесты: атлас / В.В. Афанасьев, Д.С. Шенкевич, М.Р. Абдусаламов, Х.А. Ордашев ; под общ. ред. В.В. Афанасьева. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 1921. – 120 с. [DOI: 10/33029/9704-6195-2-DISG-2021-1-120]
4. Афанасьев В.В. Хирургическое лечение заболеваний и повреждений слюнных желез с основами сиалэндоскопии. Атлас / В. В. Афанасьев, МР. Абдусаламов, С.М. Курбанов; под общ.ред. В.В. Афанасьева - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 200 с. [DOI:10.33029/9704-5366-7-HIR-2020-1-200]
5. Безруков С.Г. Кисты больших и малых слюнных желез (экспериментально-клиническое исследование): Дис. к.м.н. - Киев, 1983 - 159с.

6. Васильева Ю.Н. Совершенствование ультразвукового исследования протоковой системы больших слюнных желез: автореф. дис. канд. мед. наук. - Москва, 2015. - 22 с.  
[<https://search.rsl.ru/ru/record/01006644952>]
7. Громова О.Ю. Совершенствование организации амбулаторно-поликлинической стоматологической хирургической помощи населению: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1990. - 24 с. [<https://search.rsl.ru/ru/record/01002288689>]
8. Иванова В.А., Дегтев И.А., Орлова С.Е., Арыхова Л.К., Борисов В.В., Басин Е.М. Сиалография и ее разновидности. Международный научно-исследовательский журнал. 2021; 7-2 (109): 86-90. DOI: 10.23670/IRJ.2021.109.7.050
9. Кондрашин С.А. Лучевая диагностика заболеваний слюнных желез: автореф. дис. д-ра мед. Наук, 1997 - 42 с. <https://search.rsl.ru/ru/record/01000044019>]
10. Кулаков А.А. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство / под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010 - 928 с.
11. Муковозов И.Н. Дифференциальная диагностика хирургических заболеваний челюстно-лицевой области. МЕДпресс 2001. – 224 с.
12. Обиня Н.П. Современные лучевые методы в диагностике и планировании лечения заболеваний слюнных желез: автореф. дис. канд. мед. наук - Москва, 2012. - 24 с.  
[<https://search.rsl.ru/ru/record/01005046495>]
13. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология: Учебник М.: Медицина, 2003 - 504 с., 3-е издание.
14. Смысленова М.В. Ультразвуковое исследование в оценке мягких тканей челюстно-лицевой области (лекция) Радиология – практика. 2019; 5 (77): 74-86  
<https://www.radp.ru/jour/article/view/73/73>
15. Страчунский Л.С., Белоусов Ю.Б., Козлов С.Н. Практическое руководство по антиинфекционной антибиотикотерапии.
16. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. Киев, 2002 - 529-627 с
17. Шориков А.Ю. Ультразвуковое исследование высокого разрешения в комплексной диагностике и лечении заболеваний слюнных желез: автореф. дис. канд. мед. наук. - Москва, 2013 - 23 с. [<https://search.rsl.ru/ru/record/01005540154>]
18. Щипский А.В., Афанасьев В.В. Диагностика хронических заболеваний слюнных желез с помощью дифференциально-диагностического алгоритма //Практическое руководство. – ГОУВУНМТ, 2001 - 535с.

19. Щипский А.В., Афанасьев В.В. Дифференциальная диагностика заболеваний слюнных желез (обзор). Проблемы нейростоматологии и стоматологии. 1997; 2: 58–62.  
<http://webirbis.spsl.nsc.ru/irbis64r>
20. Щипский А.В., Кондрашин С.А. Контрастная рентгенография слюнных желез. Стоматология. 2015; 94(6): 45-49. [<https://doi.org/10.17116/stomat201594645-49>]
21. Щипский А.В., Мухин П.Н., Калиматова М.М., Акинфиев Д.М., Сенча А.Н. Сиалология через призму прецизионной цифровой сиалогграфии // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. – 2020 – №2. - С. 67-78. <https://vestnik.kgma.kg/index.php/vestnik/article/view/28/32>
22. Ariyan S, Martin J, Lal A, Cheng D, Borah GL, Chung KC, Conly J, Havlik R, Lee WP, McGrath MH, Pribaz J, Young VL. Antibiotic prophylaxis for preventing surgical site infection in plastic surgery: an evidence-based consensus conference statement from the American Association of Plastic Surgeons. *Plast Reconstr Surg.* 2015 Jun;135(6)
23. Bialek E.J., Jakubowski W., Zajkowski P., Szopinski K.T., Osmolski A. US of the major salivary glands: anatomy and spatial relationships, pathologic conditions and pitfalls // *Radiographics.* – 2006. – N 26 (3).- P. 745-763.
24. Hayashi M., Ohshima T., Ohshima M. et al. Profiling of radicular cyst and odontogenic keratocyst cytokine production suggests common growth mechanisms. *J. Endod.* 2008 Jan; 34(1): 14-21.
25. Kurdekar RS, Prakash J, Rana AS, Kalra P. - Non-syndromic odontogenic keratocysts: A rare case report. *Natl J Maxillofac Surg.* 2013 Jan;4(1):90-3.
26. Lipa Bodner, Esther Manor, Michael Glazer, Peter A. Brennan. Cystic lesions of the jaws in edentulous patients: analysis of 27 cases. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, Vol. 49, Issue 8, p643–646 November 12 2010.
27. Mahnaz Sheikhi, Faranak Jalalian, Farzaneh Mosavat. Plunging ranula of the submandibular area. *Dent Res J (Isfahan).* 2011 Dec; 8(Suppl1): S114–S118.
28. Ochsenius G., Escobar E., Godoy L. et al. Odontogenic Cysts: Analysis of 2.994 cases of Chile. *Med. Oral. Pathol. Oral. Cir Bucal.* 2007; 12: E85-91.
29. Orlandi MA, Pistorio V, Guerra PA. Ultrasound in sialadenitis. *J Ultrasound.* 2013;16(1):3-9. Published 2013 Feb 26. doi:10.1007/s40477-013-0002-4
30. Stoelinga P.J.W. The treatment of odontogenic keratocysts by excision of the overlying, attached mucosa, enucleation, and treatment of the bony defect with Carnoy solution. *Oral. Pathol. Oral. Cir Bucal.* 2008;

## **Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций**

- 1. Афанасьев Василий Владимирович**, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии и травматологии НОИ Московский стоматологический институт им. А.И. Евдокимова, Президент Ассоциации сиалологов России (СтАР), Заслуженный врач Российской Федерации, Заслуженный стоматолог.
- 2. Мухин Павел Николаевич**, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры ЧЛХ и травматологии НОИ Московский стоматологический институт им. А.И. Евдокимова
- 3. Щипский Александр Васильевич**, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры челюстно-лицевой хирургии и травматологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова, исполнительный секретарь Ассоциации сиалологов России (СтАР)
- 4. Абдусаламов Магомед Расулович**, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры челюстно-лицевой хирургии и травматологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова, ответственный за клиническую работу на базах кафедры ЧЛХ и травматологии

Конфликт интересов отсутствует.

## **Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций**

### **Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:**

1. Врачи стоматологи детские;
2. Врачи стоматологи общей практики;
3. Врачи стоматологи-терапевты;
4. Врачи стоматологи-ортопеды;
5. Врачи стоматологи-хирурги;
6. Врачи челюстно-лицевые хирурги

### **Методы, использованные для сбора/селекции доказательств.**

Поиск в электронных базах данных. Учитывая особенности отечественной школы сиалологии, принято решение для доказательной базы клинических рекомендаций использовать научные данные диссертационных исследований и научных обзоров отечественных учёных, адаптировавших опыт ведущих зарубежных учёных в области

изучения заболеваний СЖ. Глубина поиска до 30 лет, основные уточнения научных данных и эффективности методик в работах последних 10 лет.

**Методы, использованные для оценки доказательств:**

Консенсус экспертов («дельфийская система» достижения согласия, согласно которому эксперты обменивались мнениями по обсуждаемым вопросам, пока не достигли согласия).

Оценка значимости доказательств соответствует рейтинговым схемам (табл. 1 - 4).

**Таблица 1.**

Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Иерархия дизайнов клинических исследований по убыванию уровня достоверности доказательств от 1 до 5
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом
4	Несравнительные исследования, описания клинического случая
5	Имеется лишь мнение эксперта

**Таблица 2. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)**

УУР	Расшифровка
А	Однозначная (сильная) рекомендация (все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	НЕоднозначная (условная) рекомендация (не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Низкая (слабая) рекомендация - отсутствие рекомендаций надлежащего качества (все исследования имеют низкое методологическое качество, их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

**Таблица 3. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)**

УДД	Иерархия дизайнов клинических исследований по убыванию уровня до-
-----	---

	<b>стоверности доказательств от 1 до 5</b>
1	Систематические обзоры исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна (кроме РКИ) с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описания клинического случая или серии случаев, исследования "случай-контроль"
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение эксперта

**Таблица 4. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)**

<b>УУР</b>	<b>Расшифровка</b>
А	Однозначная (сильная) рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Неоднозначная (условная) рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
С	Низкая (слабая) рекомендация - отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество, их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

#### **Порядок обновления клинических рекомендаций.**

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утверждённым КР, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

**Связанные документы.** Приказ от 7 декабря 2011 г. n 1496н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях».

## **Приложение Б. Алгоритмы действий врача**

### **1. Ранула**

Нозологическая форма: Ранула

Код по МКБ-10: K11.6

#### **1.1. Диагностические мероприятия:**

- 1.1.1. Сбор жалоб и анамнеза
- 1.1.2. Внешний осмотр челюстно-лицевой области
- 1.1.3. Осмотр полости рта с помощью инструментов
- 1.1.4. Пальпация слюнных желез
- 1.1.5. Массирование слюнных желез
- 1.1.6. Сиалография
- 1.1.7. МРТ слюнных желез
- 1.1.8. Пункция образования
- 1.1.9. Сонография слюнных желез

#### **1.2. Лечение**

- 1.2.1. только хирургическое
- 1.2.2. Прошивание кисты шелковой нитью
- 1.2.3. пластическая цистотомия ранулы по Лукомскому
- 1.2.4. пластическая цистотомия ранулы по Афанасьеву
- 1.2.5. удаление ранулы вместе с подъязычной слюнной железой

#### **1.3. Рекомендации**

- 1.3.1. Пациенты после хирургического лечения ранулы должны посещать специалиста один раз в 3 месяца, а затем 1 раз в полгода для наблюдения и исключения рецидива заболевания.

