



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Клинические рекомендации

Злокачественные опухоли слюнных желез

МКБ 10: C07, C08

Год утверждения (частота пересмотра): **2018 (пересмотр каждые 3 года)**

ID: **KP116**

URL

Профессиональные ассоциации

- **Ассоциация онкологов России Российское общество специалистов по опухолям головы и шеи Российское общество клинической онкологии**

Оглавление

- Ключевые слова
- Список сокращений
- Термины и определения
- 1. Краткая информация
- 2. Диагностика
- 3. Лечение
- 4. Реабилитация
- 5. Профилактика
- 6. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания
- Критерии оценки качества медицинской помощи
- Список литературы
- Приложение А1. Состав рабочей группы
- Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций
- Приложение А3. Связанные документы
- Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента
- Приложение В. Информация для пациентов
- Приложение Г.

Ключевые слова

- Рак слюнных желез
- Лучевая терапия
- Системная химиотерапия

Список сокращений

ЛУ – лимфатические узлы

УЗИ – ультразвуковое исследование

ЭКГ – электрокардиография

КТ – компьютерная томография

ТАБ – тонкоигольная аспирационная биопсия

УЗДГ – ультразвуковая доплерография

ЛТ – лучевая терапия

ХЛТ – химиолучевая терапия

МРТ – магнитно-резонансная томография

РОД – разовая очаговая доза

СОД – суммарная очаговая доза

ПХТ – полихимиотерапия

TNM – (аббревиатура от tumor, nodus и metastasis)
международная классификация стадий развития раковых
опухолей

Термины и определения

Большие слюнные железы: околоушная слюнная железа, подчелюстная слюнная железа, подъязычная слюнная железа

Малые слюнные железы: слюнные железы полости рта, ротоглотки

1. Краткая информация

1.1 Определение

Рак слюнной железы – злокачественная эпителиальная опухоль слюнной железы.[2,3]

1.2 Этиология

Основными этиологическими факторами развития злокачественных опухолей слюнных желез являются:

- Воспалительные заболевания
- Алиментарные факторы
- Гормональные и генетические нарушения
- Курение [1,2,3,5]

1.3 Эпидемиология

Новообразования слюнных желез составляют 1-5% среди всех злокачественных опухолей и 3% среди опухолей головы и шеи. Пик заболеваемости приходится на возраст 15-39 лет. [1,2]

1.4 Кодирование по МКБ 10

Злокачественное новообразование околоушной слюнной железы (C07):

Злокачественное новообразование других и неуточненных больших слюнных желез (C08)

C08.0 - Злокачественное новообразование поднижнечелюстной железы

C08.1 - Злокачественное новообразование подъязычной железы

C08.8 - Поражение больших слюнных желез, выходящее за пределы одной или более вышеуказанных локализаций

Международная гистологическая классификация опухолей слюнных желез. (классификация ВОЗ, 4-е издание, 2010 г)

Злокачественные эпителиальные опухоли

- 8550/3 Ацинозно-клеточный рак
- 8430/3 Мукоэпидермоидный рак
- 8200/3 Аденокистозный рак
- 8525/3 Полиморфная аденокарцинома низкой степени злокачественности
- 8562/3 Эпителиально-миоэпителиальный рак
- 8310/3 Светлоклеточная аденокарцинома, БДУ
- 8147/3 Базальноклеточная аденокарцинома
- 8410/3 Аденокарцинома слюнных желез
- 8440/3 Цистаденокарцинома
- 8480/3 Муцинозная аденокарцинома
- 8290/3 Оксифильная аденокарцинома
- 8500/3 Инфильтрирующий протоковый рак, БДУ
- 8140/3 Аденокарцинома, БДУ
- 8982/3 Злокачественная миоэпителиома
- 8941/3 Рак в плеоморфной аденоме
- 8980/3 Карциносаркома
- 8940/3 Смешанная опухоль, злокачественная, БДУ
- 8070/3 Плоскоклеточный рак, БДУ
- 8041/3 Мелкоклеточный рак
- 8012/3 Крупноклеточный рак, БДУ
- 8082/3 Лимфоэпителиальный рак
- 8974/1 Сиалобластома

Доброкачественные эпителиальные опухоли

- 8940/0 Плеоморфная аденома
- 8982/0 Миоэпителиома
- 8147/0 Базальноклеточная аденома
- 8561/0 Аденолимфома
- 8290/0 Оксифильная аденома
- 8149/0 Канальцевая аденома
- 8410/0 Аденома слюнных желез
- 8503/0 Внутрипротоковая папиллома
- 8406/0 Папиллярная сириноаденома
- 8440/0 Цистаденома, БДУ

1.5 Классификация

Степень распространенности злокачественных опухолей слюнных желез представлена в классификации TNM 2009 г.

Основную группу новообразований слюнных желез составляют опухоли эпителиального происхождения (95%), причем в 80-90% случаев они развиваются в больших, в 10% в малых слюнных железах. Значительную роль в прогнозе имеет степень злокачественности опухоли.

Символ Т содержит следующие градации:

T_x – недостаточно данных для оценки первичной опухоли.

T₀ – первичная опухоль не определяется.

T₁ – опухоль 2 см или менее в наибольшем измерении без распространения за пределы паренхимы железы

T₂ – опухоль более 2 см., но не более 4 см. в наибольшем измерении без распространения за пределы паренхимы железы

T₃ – опухоль более 4 см. в наибольшем измерении и/или распространение за пределы паренхимы железы.

T_{4a} – опухоль распространяется на кожу, нижнюю челюсть, слуховой проход и/или лицевой нерв.

T_{4b} – опухоль распространяется на крыловидные отростки, основание черепа или на внутреннюю сонную артерию.

Символ N указывает на наличие или отсутствие метастазов в регионарных ЛУ

N_x – недостаточно данных для оценки регионарных ЛУ.

N₀ – поражения регионарных ЛУ нет.

N₁ – метастазы в одном ЛУ на стороне поражения не более 3-х см. в наибольшем измерении

N₂ – метастазы в одном ЛУ на стороне поражения более 3-х см. но не более 6 см. в наибольшем измерении; или в нескольких ЛУ на стороне поражения не более 6 см. в наибольшем измерении; двухстороннее или контралатеральное поражение ЛУ не более 6 см в наибольшем измерении

N_{2a} – метастазы в одном ЛУ на стороне поражения более 3-х см, но не более 6 см в наибольшем измерении.

N_{2b} – метастазы в нескольких ЛУ на стороне поражения не более 6 см. в наибольшем измерении.

N_{2c} - двухстороннее или контралатеральное метастазы в ЛУ не более 6 см в наибольшем измерении

N₃ – метастазы в ЛУ более 6 см в наибольшем измерении

**Символ М характеризует наличие или отсутствие
отдаленных метастазов**

M₀ – отдаленных метастазов нет.

M₁ – наличие отдаленных метастазов.

Таблица 1 – Группировка по стадиям

Стадия	T	N	M
I	1	0	0
II	2	0	0
III	3	0	0
	1	1	0
	2	1	0
	3	1	0
IVA	4a	0	0
	4a	1	0
	1	2	0
	2	2	0
	3	2	0
	4a	2	0
IVB	любое T	3	0
	4b	любое N	0
IVC	любое T	любое N	1

2. Диагностика

2.1 Жалобы и анамнез 11-14, 27, 28

- Рекомендуется тщательный сбор жалоб и анамнеза у пациента с целью выявления факторов, которые могут повлиять на выбор тактики лечения

Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств - IIb)

2.2 Физикальное обследование 11-14, 27, 28

- Рекомендуется тщательный физикальный осмотр, включающий осмотр и пальпацию (бимануальную) очага поражения и регионарных ЛУ, оценку нутритивного статуса.

Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств - IIb)

2.3 Лабораторная диагностика 11-14, 27, 28

- Рекомендуется выполнять: развернутые клинический и биохимический анализы крови, исследование свёртывающей системы крови, анализ мочи[13,17, 22].

Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств - IIb)

2.4 Инструментальная диагностика 8-14

- Рекомендуется выполнить УЗИ первичного очага, ЛУ шеи с ТАБ

Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств - III)

- Рекомендуется выполнить УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств - III)

- Рекомендуется выполнить рентгенографию грудной клетки

Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств - III)

- Рекомендуется выполнить ЭКГ.

Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств - III)

- Рекомендуется выполнить КТ/МРТ костей лицевого скелета с внутривенным контрастированием в случае подозрения распространения опухоли на нижнюю/верхнюю челюсти, основание черепа.

Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств - III)

- Рекомендуется выполнить остеосцинтиграфию при подозрении на метастатическое поражение костей скелета.

Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств - III)

- Рекомендуется при подготовке к хирургическому лечению с целью оценки функционального статуса по показаниям проводить дополнительное обследование:

эхокардиографию, холтеровское мониторирование сердечной деятельности, исследование функции внешнего дыхания, УЗДГ сосудов шеи и нижних конечностей, консультации кардиолога, эндокринолога, невропатолога и т.п.

Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств - III)

2.5 Иная диагностика **10-13, 16, 18, 27, 28**

- Рекомендуется проводить гистологическое исследование хирургически удаленного опухолевого препарата, при этом в морфологическом заключении рекомендуется отразить следующие параметры:

1. Размеры опухоли;
2. Глубина инвазии опухоли

3. Гистологическое строение опухоли;
4. Степень дифференцировки опухоли;
5. Наличие лимфоваскулярной, периневральной инвазии (отрицательный результат также должен быть констатирован)
6. pT;
7. pN (с указанием общего числа исследованных и поражённых лимфоузлов, признаков экстранодального распространения опухоли);
8. Наличие поражения краев резекции (отрицательный результат также должен быть констатирован) [11-16]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – IV)

3. Лечение

3.1 Хирургическое вмешательство

- Рекомендуется рассматривать хирургическое вмешательство как основной метод радикального Цисплатин** (предпочтительно) или карбоплатин** или цетуксимаб** + ЛТ. ЛТ на ложе удаленной опухоли и пораженные регионарные ЛУ – 60-66 Гр (2,0 Гр/фракция) ежедневно с понедельника по пятницу в течении 6-6,5 недель; Цисплатин** в дозе 100 мг/м² на фоне гипергидратации в 1, 22 и 43-й дни ЛТ (суммарная доза во время ЛТ – 300 мг/м²) или возможно еженедельное введение карбоплатина** 1,5-2,0 АУС или цетуксимаба** 400мг/м² за неделю до начала лучевой терапии и 250мг/м² еженедельно во время проведения ЛТ

Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств - IIa)

- ***Рецидивные неоперабельные опухоли или наличие отдаленных метастазов***

(инкурабельные). Рекомендовано: доксорубицин** 60мг/м² 1-й день + цисплатин** 40мг/м² 1-й день или доксорубицин** 50мг/м² + блеомицин** 15мг + цисплатин** 20мг/м² или доксорубицин** 60мг/м² + блеомицин** 10мг + винкристин# 1,4мг/м². 1 раз в 3 недели, количество курсов ХТ зависит от эффекта от проводимого

1. ***Рекомендована оценка всех пациентов до Оценки операбельности Поражение опухолью следующих структур связано с плохим прогнозом или классифицируется как стадия T4b (например, неоперабельность, связанная с технической невозможностью выполнить микроскопически радикальное оперативное вмешательство): значительное поражение крыловидно-небной ямки, тяжелые тризмы из-за инфильтрации опухолью крыловидных мышц; макроскопическое распространение опухоли на основание черепа (например, эрозия крыловидных пластинок или основной кости, расширение овального отверстия и др.); возможная инвазия (охват) стенки общей или внутренней сонной артерии. Охват обычно оценивается радиологически (по данным КТ и МРТ) и диагностируется, если опухоль окружает $\geq 270^\circ$ окружности***

сонной артерии; непосредственное распространение опухоли из регионарных ЛУ с поражением кожи, прямое распространение на структуры средостения, предпозвоночную фасцию или шейные позвонки

3. Удаление первичного очага. По возможности рекомендовано выполнять удаление первичной опухоли единым блоком. Рекомендовано планировать хирургическое удаление в зависимости от степени распространения первичной опухоли, установленной при клиническом исследовании, и тщательной интерпретации соответствующих радиографических снимков. В случае если опухоль прилежит к двигательному или сенсорному нерву, не исключено наличие периневральной инвазии. В данной ситуации следует выделить нерв в проксимальном и дистальном направлениях и выполнить его резекцию до получения чистого края. Доказано, что для получения ткани, свободной от опухоли, полезна Края резекции. Адекватное удаление определяется как расстояние от края резекции до макроскопически видимой опухоли ≥ 2 см или отрицательный край замороженного среза. В целом оценку замороженных срезов рекомендовано проводить интраоперационно в следующих случаях: если зона, макроскопически свободная от опухоли, по краю резекции составляет < 2 см, невозможно определить линию резекции в связи с нечеткой границей опухоли, имеется подозрение на наличие резидуальной опухоли. Необходимо включать подробное описание края резекции в операционный журнал. Края можно оценить по удаленному препарату или, как альтернатива, из ложа опухоли с правильным ориентированием. Чистый край определяется как расстояние от инвазивного края опухоли до края резекции ≥ 5 мм. Близкий край определяется как расстояние от инвазивного края опухоли до края резекции < 5 мм. Первичную опухоль следует пометить таким образом, чтобы патологоанатом мог адекватно оценить ориентацию препарата. Шейную диссекцию необходимо ориентировать или выполнять срезы по порядку для определения уровня ЛУ, включенных в зону диссекции. Реконструкцию хирургических дефектов нужно проводить с использованием конвенциональной техники по усмотрению хирурга. По возможности рекомендуется первичное ушивание, но при этом не следует пренебрегать широкими краями резекции. По усмотрению хирурга выполняется пластика с применением местных/

регионарных лоскутов, свободных лоскутов, расщепленного кожного лоскута или других лоскутов с/без реконструкции нижней челюсти.

Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств - IIb)

4. Реабилитация

- Рекомендуется проводить реабилитацию, ориентируясь на общие принципы реабилитации пациентов после проведенных хирургических вмешательств и/или химиотерапии.

Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств – IV)

5. Профилактика

- Рекомендуется соблюдать следующую периодичность и методы наблюдения после завершения лечения:

В первые 1-2 года физикальный осмотр и сбор жалоб рекомендуется проводить каждые 36 месяца, на сроке 3-5 лет – 1 раз в 6-12 месяцев. После 5 лет с момента операции визиты проводятся ежегодно или при появлении жалоб. У пациентов с высоким риском рецидива перерыв между обследованиями может быть сокращен.

Объем обследования:

1. Анамнез и физикальное обследование
2. УЗИ ЛУ шеи с 2-х сторон, органов брюшной полости и малого таза каждые 3-6 мес. в зависимости от риска прогрессирования;
3. Рентгенография органов грудной клетки каждые 12 мес.

Уровень убедительности рекомендаций - А (уровень достоверности доказательств - Ia)

Комментарии: задачей наблюдения является раннее выявление прогрессирования заболевания с целью раннего начала химиотерапии или хирургического лечения резектабельных метастатических очагов, рецидивных опухолей, а также выявление метастатических опухолей головы и шеи.

6. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания

Критерии оценки качества медицинской помощи

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена тонкоигольная аспирационная биопсия опухоли и/или измененных регионарных лимфоузлов с последующим цитологическим исследованием (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование слюнных желез и/или компьютерная томография лицевого скелета и/или магнитно-резонансная томография основания черепа (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование шеи и/или компьютерная томография верхних дыхательных путей и шеи (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки и/или компьютерная томография органов грудной клетки (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и забрюшинного пространства и/или компьютерная томография органов брюшной полости и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза и/или компьютерная томография органов малого таза и/или магнитно-резонансная томография органов малого таза (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами при хирургическом вмешательстве (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Выполнено морфологическое и/или иммуногистохимическое исследование препарата удаленных тканей (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
9.	Выполнена химиотерапия и/или таргетная терапия и/или лучевая терапия при наличии морфологической верификации диагноза (при химиотерапии и/или таргетной терапии и/или лучевой терапии)	Да/Нет
10.	Выполнена дозиметрическая верификация рассчитанного плана (при лучевой терапии)	Да/Нет
11.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не более чем за 5 дней до начала курса химиотерапии и/или таргетной терапии и/или лучевой терапии	Да/Нет
12.	Начат первый курс химиотерапии и/или таргетной терапии не позднее 30 дней от момента выявления метастатической болезни (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
13.	Выполнен первый курс адъювантной химиотерапии и/или таргетной терапии не позднее 30 дней от момента хирургического вмешательства (при проведении адъювантной химиотерапии и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

Список литературы

1. Каприн А.Д., Старинский В.В. Злокачественные новообразования в России в 2015 году (заболеваемость и смертность) – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, 2017., с.11, 15, 16
2. Давыдов М.И. Энциклопедия клинической онкологии Москва, ООО «РЛС-2004», 2004
3. Л.Х. Собин, М. Господарович, К. Виттекинд. TNM. Классификация злокачественных опухолей.- 7-е издание – М.: Логосфера, 2011, стр. 45-49.
4. Teymoortash, A. Current advanced in diagnosis and surgical treatment of lymph node metastasis in head and neck cancer / A. Teymoortash, J.A. Werner // GMS Curr. Top Otorhinolaryngol. Head Neck Surg. – 2012. – Vol. 11. – P. 04.
5. Soo KC, Tan EH, Wee J, Lim D, Tai BC, Khoo ML, et al.: Surgery and adjuvant radiotherapy vs concurrent chemoradiotherapy in stage III/IV nonmetastatic squamous cell head and neck cancer: a randomised comparison. Br J Cancer 2005; 93: 279–86.
6. Bernier J, Dometge C, Ozsahin M, Matuszewska K, Lefebvre JL, Greiner RH, et al.: Postoperative irradiation with or without concomitant chemotherapy for locally advanced head and neck cancer. N Engl J Med 2004; 350: 1945–52.
7. Ang KK, Trotti A, Brown BW, Garden AS, Foote RL, Morrison WH, et al.: Randomized trial addressing risk features and time factors of surgery plus radiotherapy in advanced head-and-neck cancer. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2001; 51: 571–8.
8. Eneroth CM, Franzen S, Zajicek J. Aspiration biopsy of salivary gland tumors. A critical review of 910 biopsies. Acta Cytol. 1967 Nov-Dec. 11(6):470-2. [Medline].
9. Rice DH, Becker T. Magnetic resonance imaging of the salivary glands. A comparison with computed tomographic scanning. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1987 Jan. 113(1):78-80. [Medline].
10. Mamlouk MD, Rosbe KW, Glastonbury CM. Paediatric parotid neoplasms: a 10 year retrospective imaging and pathology review of these rare tumours. Clin Radiol. 2015 Mar. 70(3):270-7. [Medline].
11. Illes RW, Brian MB. A review of the tumors of the salivary gland. Surg Gynecol Obstet. 1986 Oct. 163(4):399-404. [Medline].

12. Skolnik EM, Friedman M, Becker S, et al. Tumors of the major salivary glands. *Laryngoscope*. 1977 Jun. 87(6):843-61. [Medline].
13. Snyderman NL, Johnson JT. Salivary gland tumors. Diagnostic characteristics of the common types. *Postgrad Med*. 1987 Oct. 82(5):105-8, 110-2. [Medline].
14. Spiro RH. Salivary neoplasms: overview of a 35-year experience with 2,807 patients. *Head Neck Surg*. 1986 Jan-Feb. 8(3):177-84. [Medline].
15. Stafford ND, Wilde A. Parotid cancer. *Surg Oncol*. 1997 Dec. 6(4):209-13. [Medline].
16. Laforga JB. Mucoepidermoid carcinoma of the parotid gland [letter]. *Acta Cytol*. 1999 May-Jun. 43(3):515-7. [Medline].
17. Pinkston JA, Cole P. Incidence rates of salivary gland tumors: results from a populationbased study. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1999 Jun. 120(6):834-40. [Medline].
18. Suzuki M, Ichimiya I, Matsushita F, et al. Histological features and prognosis of patients with mucoepidermoid carcinoma of the parotid gland. *J Laryngol Otol*. 1998 Oct. 112(10):944-7. [Medline].
19. Ozcan C, Talas D, Gorur K. Parotid gland mucoepidermoid carcinoma associated with myasthenia gravis. *J Craniofac Surg*. 2007 Sep. 18(5):1055-8. [Medline].
20. Shikhani A, Samara M, Allam C, et al. Primary lymphoma in the salivary glands: report of five cases and review of the literature. *Laryngoscope*. 1987 Dec. 97(12):1438-42. [Medline].
21. Alba Garcia JR, Armengot Carceller M, Zapater Latorre E, et al. Malignant fibrohistiocyoma of the parotid region. Report of a case. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*.

2008 Feb 1. 13(2):E148-50. [Medline].

22. Johns ME. Parotid cancer: a rational basis for treatment. *Head Neck Surg*. 1980 NovDec. 3(2):132-41. [Medline].
23. Domenick NA, Johnson JT. Parotid tumor size predicts proximity to the facial nerve. *Laryngoscope*. 2011 Nov. 121(11):2366-70. [Medline].
24. Luna Ortiz K, Rascon Ortiz M, Sanson Riofrio JA, et al. Control of Frey's syndrome in patients treated with botulinum toxin type A. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2007 Jan. 12(1):E79-84. [Medline].
25. Takushima A, Harii K, Asato H, et al. Neurovascular free-muscle transfer for the treatment of established facial paralysis following ablative surgery in the parotid region. *Plast Reconstr Surg*. 2004 May. 113(6):1563-72. [Medline].

26. Shang J, Shui Y, Sheng L, et al. Epidermal growth factor receptor and human epidermal growth receptor 2 expression in parotid mucoepidermoid carcinoma: possible implications for targeted therapy. *Oncol Rep.* 2008 Feb. 19(2):435-40. [Medline].
27. Frankenthaler RA, Luna MA, Lee SS, et al. Prognostic variables in parotid gland cancer. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1991 Nov. 117(11):1251-6. [Medline].
28. O'Brien CJ, Soong SJ, Herrera GA, et al. Malignant salivary tumors--analysis of prognostic factors and survival. *Head Neck Surg.* 1986 Nov-Dec. 9(2):82-92. [Medline].
29. Schwentner I, Obrist P, Thumfart W, et al. Distant metastasis of parotid gland tumors. *Acta Otolaryngol.* 2006 Apr. 126(4):340-5. [Medline].
30. Ghosh-Laskar S, Murthy V, Wadasadawala T, Agarwal J, Budrukkar A, Patil N, et al.

Mucoepidermoid carcinoma of the parotid gland: Factors affecting outcome. *Head Neck.* 2011 Apr. 33(4):497-503. [Medline].

31. Schwentner I, Obrist P, Thumfart W, et al. Distant metastasis of parotid gland tumors. *Acta Otolaryngol.* 2006 Apr. 126(4):340-5. [Medline].

Kim WS, Lee HS, Park YM, et al. Surgical Outcomes of Parotid Cancer: A 10-Year Experience. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2012 Aug. 147(2 suppl):P180-P181.

Приложение А1. Состав рабочей группы

1. **Алиева Севил Багатуровна**, д.м.н., ведущий научный сотрудник, отделение радиационной онкологии ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, член Общероссийской общественной организации «Российское общество специалистов по опухолям головы и шеи»
2. **Алымов Юрий Владимирович** врач-онколог, аспирант кафедры онкологии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, исполнительный директор Общероссийской общественной организации «Российское общество специалистов по опухолям головы и шеи»
3. **Болотин Михаил Викторович**, к.м.н., научный сотрудник, отделение хирургическое № 11 опухолей верхних дыхательно-пищеварительных путей ФГБУ

«РОНЦ им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, член Общероссийской общественной организации «Российское общество специалистов по опухолям головы и шеи»

4. **Мудунов Али Мурадович**, д.м.н., заведующий отделением хирургическим № 11 опухолей верхних дыхательно-пищеварительных путей ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, президент Общероссийской общественной организации «Российское общество специалистов по опухолям головы и шеи»
5. **Подвязников Сергей Олегович**, д.м.н., профессор, ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, вице-президент Общероссийской общественной организации «Российское общество специалистов по опухолям головы и шеи»

Конфликт интересов отсутствует.

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Врачи –онкологи;
2. Врачи-хирурги;
3. Врачи-радиологи;
4. Врачи-химиотерапевты;
5. Врачи-генетики;
6. Студенты медицинских ВУЗов, ординаторы и аспиранты.

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

поиск в электронных базах данных; анализ современных научных разработок по проблеме РБ в РФ и за рубежом; обобщение практического опыта российских и зарубежных специалистов.

Таблица П1 – Уровни достоверности доказательств в соответствии с классификацией Агентства по политике медицинского обслуживания и исследований (АНСРР, 1992)

Уровни достоверности доказательств	Описание
Ia	Доказательность, основанная на мета-анализе рандомизированных контролируемых исследований
Ib	Доказательность, основанная как минимум на одном рандомизированном контролируемом исследовании с хорошим дизайном
IIa	Доказательность, основанная как минимум на одном крупном нерандомизированном контролируемом исследовании
IIb	Доказательность, основанная как минимум на одном квазиэкспериментальном исследовании с хорошим дизайном
III	Доказательность, основанная на неэкспериментальных описательных исследованиях с хорошим дизайном, типа сравнительных исследований, корреляционных исследований и исследований случай-контроль
IV	Доказательность, основанная на мнении экспертов, на опыте или мнении авторов

Таблица П2 – Уровни убедительности рекомендаций в соответствии с классификацией Агентства исследований и оценки качества медицинского обслуживания (АНРQ, 1994)

Уровень убедительности рекомендации	Уровни достоверности доказательств	Описание
-------------------------------------	------------------------------------	----------

Уровень убедительности рекомендации	Уровни достоверности доказательств	Описание
А	Ia, Ib	Доказательность, основанная как минимум на одном рандомизированном контролируемом исследовании с хорошим дизайном
В	IIa, IIb, III	Доказательность, основанная на хорошо выполненных нерандомизированных клинических исследованиях
С	IV	Доказательность, основанная на мнении экспертов, на опыте или мнении авторов. Указывает на отсутствие исследований высокого качества

Методы, использованные для формулирования рекомендаций – консенсус экспертов.

Экономический анализ

Анализ стоимости не проводился и публикации по фармакоэкономике не анализировались.

Метод валидации рекомендаций:

- Внешняя экспертная оценка
- Внутренняя экспертная оценка

Описание метода валидации рекомендаций:

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

Получены комментарии со стороны врачей-детских онкологов первичного звена в отношении доходчивости изложения рекомендаций и их оценки важности рекомендаций как рабочего инструмента повседневной практики.

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 же изменения не вносились, то регистрировались причины отказа от внесения изменений.

Консультации и экспертная оценка: Проект рекомендаций рецензирован также независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, доходчивость и

точность интерпретации доказательной базы, лежащей в основе рекомендаций.

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации 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.

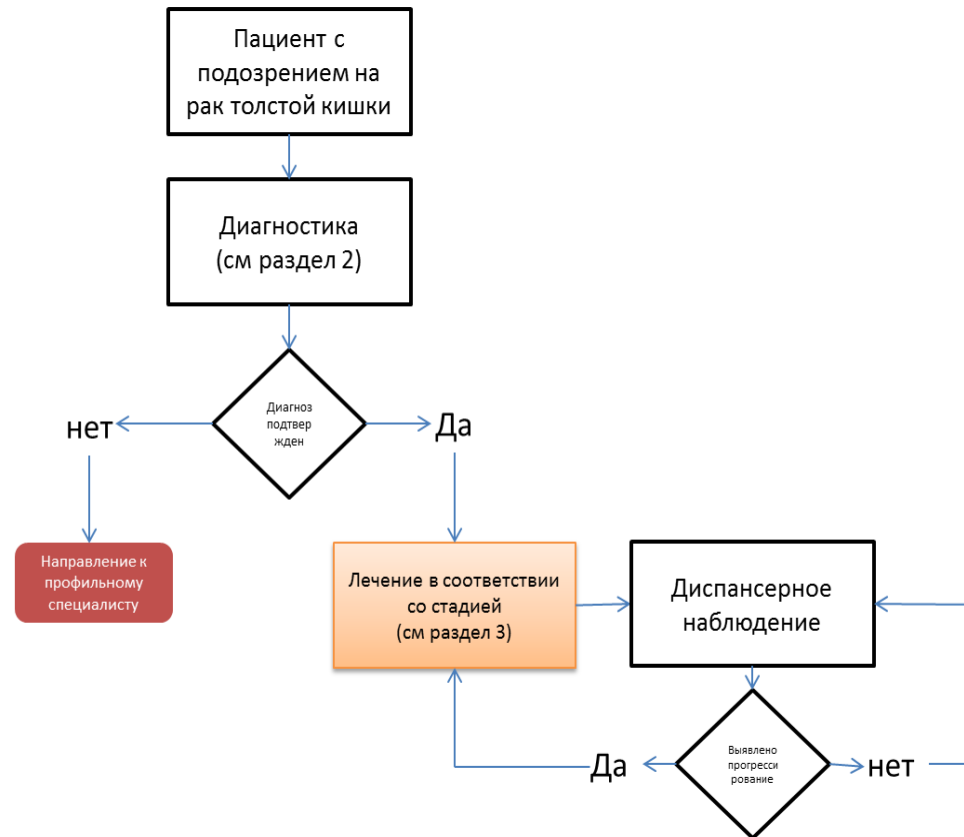
Обновления клинических рекомендаций: актуализация проводится не реже чем один раз в три года с учетом появившейся новой информации о диагностике и тактике ведения пациентов с опухолями головы и шеи. Решение об обновлении принимает МЗ РФ на основе предложений, представленных медицинскими профессиональными некоммерческими организациями. Сформированные предложения должны учитывать результаты комплексной оценки лекарственных препаратов, медицинских изделий, а также результаты клинической апробации.

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

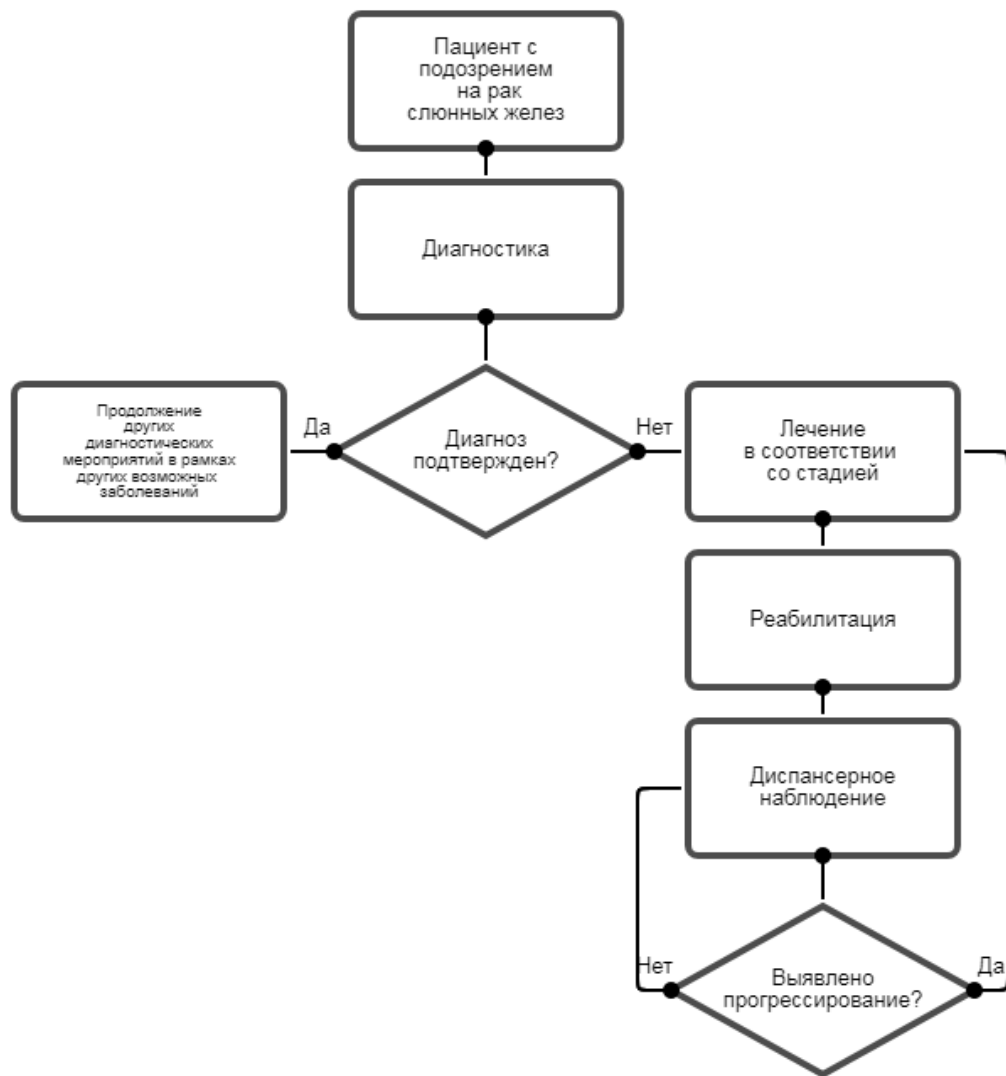
Приложение А3. Связанные документы

Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента

Схема 1. Блок-схема диагностики и лечения больного раком слюнной железы



Злокачественные опухоли слюнных желез



Приложение В. Информация для пациентов

Рекомендации при осложнениях химиотерапии - связаться с химиотерапевтом.

1). При повышении температуры тела 38°C и выше:

- Начать прием антибиотиков: по _____ рекомендации химиотерапевта

2). При стоматите.

- Диета – механическое, термическое щажение;
- Частое полоскание рта (каждый час) – ромашка, кора дуба, шалфей, смазывать рот облепиховым (персиковым) маслом;
- Обрабатывать полость рта по рекомендации химиотерапевта

3). При диарее.

- Диета – исключить жирное, острое, копченое, сладкое, молочное, клетчатку. Можно нежирное мясо, мучное, кисломолочное, рисовый отвар. Обильное питье.
- Принимать препараты по рекомендации химиотерапевта

4). При тошноте.

- Принимать препараты по рекомендации химиотерапевта

Приложение Г.