

Рекомендовано
Экспертным советом
РГП на ПХВ «Республиканский центр
развития здравоохранения»
Министерства здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от «6» ноября 2015 года
Протокол № 15

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

I. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ:

1. Название протокола: Доброкачественные опухоли и опухолеподобные образования мягких тканей челюстно-лицевой области.

2. Код протокола:

3. Код(ы) МКБ-10:

D10.0 Доброкачественное новообразование губы

D10.1 Доброкачественное новообразование языка

D10.2 Доброкачественное новообразование дна полости рта

D10.3 Доброкачественное новообразование других и неуточненных частей рта

D17.0 Доброкачественное новообразование жировой ткани кожи и подкожной клетчатки головы, лица и шеи

D22.0 Меланоформный невус губы

D22.3 Меланоформный невус других и неуточненных частей лица

D23.3 Доброкачественные новообразования кожи других и неуточненных частей лица

4. Сокращения, используемые в протоколе:

АСТ – аспартатаминотрансфераза

АЛТ – аланинаминотрансфераза

ВНЧС – височно-нижнечелюстной сустав

КТ – компьютерная томография

ЛФК – лечебная физкультура

ОАК – общий анализ крови

ОАМ – общий анализ мочи

УВЧ – ультравысокие частоты

УЗИ – ультразвуковое исследование

УФО – ультрафиолетовое облучение
ЭКГ – электрокардиограмма

5. Дата разработки/пересмотра протокола: 2015 год.

6. Категория пациентов: дети и взрослые.

7. Пользователи протокола: врачи челюстно-лицевые хирурги, врачи-онкологи.

II. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ:

Оценка на степень доказательности приводимых рекомендаций.

Шкала уровня доказательности:

A	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки результаты.
B	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или высококачественное (++) когортное или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с не высоким (+) риском систематической ошибки.
C	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+). Результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++или+), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию.
D	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование, или мнение экспертов.
GPP	Наилучшая фармацевтическая практика

8. Определение [2]: Опухоль - это патологический процесс, который возникает в результате пролиферации собственных клеток организма, отличается своей биологической сущностью и является реакцией организма на различные повреждающие факторы внешнего и внутреннего характера.

Доброкачественная опухоль – это новообразование, характеризующееся медленным ростом, отсутствием метастазирования и рецидивирования после полного удаления. (Колесов)

9. Клиническая классификация [4]:

Доброкачественные опухоли, исходящие из многослойного плоского эпителия:

- плоскоклеточная папиллома;
- сосочковая гиперплазия;

Опухоли, опухолеподобные поражения кожи лица:

- кератоакантома;
- кератотическая папиллома;
- себорейный кератоз;
- ринофима;
- невус;
- атерома.

Опухоли, опухолеподобные поражения фиброзной ткани:

- фиброма;
- фиброматоз.

Опухоли, опухолеподобные поражения из жировой ткани:

- липома.

Опухоли из мышечной ткани:

- лейомиомы;
- рабдомиома.

Опухоли, опухолеподобные поражения периферических нервов:

- нейрофиброматоз;
- травматическая неврома.

10. Диагностические исследования:

10.1 Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне [2,12] (УД – С):

- рентгенография челюсти в 2 проекциях (для исключения прорастания в костную ткань).

10.2. Дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- ОАК;
- ОАМ.

10.3 Минимальный перечень обследования, который необходимо провести при направлении на плановую госпитализацию: согласно внутреннему регламенту стационара с учетом действующего приказа уполномоченного органа в области здравоохранения.

10.4. Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне:

- ОАК;
- определение группы крови по системе АВО стандартными сыворотками;
- определение резус- фактора крови;

- гистологическое исследование;
- УЗИ челюстно-лицевой области.

10.5. Дополнительные диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне:

- МРТ челюстно-лицевой области.

10.6 Диагностические мероприятия, проводимые на этапе скорой неотложной помощи: нет.

11. Диагностические критерии постановки диагноза:

11.1 Жалобы и анамнез:

Жалобы:

- на наличие образования на лице и/или в полости рта;
- нарушение функции приема пищи, речи, дыхания (при больших размерах);
- кровоточивость при травмировании.

Анамнез:

- медленный безболезненный рост в течение нескольких месяцев (лет).

11.2 Физикальное обследование:

- Плоскоклеточная папиллома – разрастание грибовидной или округлой формы на ножке или на широком основании в виде узелка полушаровидной формы. Диаметр варьирует от 1 до 20 мм. Поверхность шероховатая, покрыта неизменной слизистой оболочкой.
- Сосочковая гиперплазия – обнаруживаются несколько округлых, мягких образования на широком основании до 0,5 см, покрытых нормального цвета слизистой оболочкой.
- Кератоакантома – образование в виде «бугорка» или узла, возвышающееся над окружающей поверхностью, плотноэластической консистенции, отличающееся более темным цветом от прилежащей к ней кожи. В центре имеется углубление, заполненное слущенным эпителием. Пальпация безболезненная.
- Кератотическая папиллома – обнаруживается в виде возвышающегося над непораженной кожей образования серого цвета, плотноэластической консистенцией. Пальпация безболезненная.
- Себорейный кератоз – отграниченные образования размером от 2 до 4 см, сидящие на широком основании, имеют темно-коричневую или черную окраску.
- Ринофима – бугристые разрастания на коже носа, плотноэластической консистенции. Поверхность имеет багрово-синюшный или коричневатосинюшный цвет.
- Невус – локализуется на коже в виде плоского образования, немного возвышающегося над непораженной кожей. Поверхность может быть гладкой или бородавчатой, покрытой нормального или красно-коричневого цвета кожей.
- Атерома – локализуется на коже лица, с четкими контурами, спаяна в одной

точке с кожей, безболезненное, подвижное при пальпации, кожа в цвете не изменена.

- Фиброма – имеют широкое основание, покрыты слизистой оболочкой нормального цвета, при пальпации плотноэластической консистенции.
- Фиброматоз – появляется в виде диффузных разрастаний на деснах. Поверхность имеет дольчатую или папилломатозную поверхность. Разрастания покрыты слизистой оболочкой.
- Липома – образование бледно-розового цвета, на ножке. Тестоватой консистенции, без четких границ. При пальпации имеет дольчатую поверхность.
- Лейомиомы – опухоль круглой формы, четко отграничена от окружающих тканей, консистенция ее плотная.
- Рабдомиома – опухоль в виде безболезненного узла, эпителий над опухолью белесоватого цвета. Сосочки языка не контурируются.
- Нейрофиброматоз – деформация отделов и областей лица, кожа над этими участками выбухает и смещается. При пальпации в глубине пораженных тканей характерные тяжи.
- Травматическая неврома – плотноэластическое образование, расположенное непосредственно под слизистой оболочкой, по ходу нервных стволов.

11.3 Лабораторные исследования:

Гистологическое исследование:

- Плоскоклеточная папиллома – состоит из пролиферативного эпителия, часто покрытого участками гиперкератоза, расположена на соединительнотканном основании или на ножке.
- Сосочковая гиперплазия – утолщение эпителиальных клеток с выраженным воспалением.
- Кератоакантома – представлена многослойным плоским эпителием, в центральном отделе значительное количество кератина.
- Кератотическая папиллома – представлена эпителиальной тканью, покрытой кератотическим слоем, выражена воспалительная реакция тканей.
- Себорейный кератоз – развитие эпидермиса с акантототическими, папилломатозными изменениями, выраженным гиперкератозом.
- Ринофима – гиперплазия сальных желез, с разрастанием сосудов, явления хронического воспаления.
- Невус – состоит из меланоцитов эпидермиса или дермы.
- Атерома – представлена плоским эпителием и соединительной тканью. В эпителиальной выстилке можно выявить явления паракератоза или очаговой кератинизации. Содержимое кисты представляет собой капли жира, кристаллы холестерина, ороговевшие клетки эпителия и детрит.
- Фиброма – состоит из рыхлой соединительной ткани с большим количеством жировой ткани (мягкая фиброма) или из фиброзной ткани с коллагеновыми волокнами (твердая фиброма).
- Фиброматоз – фиброматозные разрастания из плотной соединительной ткани с малым количеством сосудов.

- Липома – скопление долек жировой ткани желтого цвета, разделенных соединительнотканными прослойками. Четко определяется капсула опухоли.
- Лейомиомы, рабдомиома – представлена большими клетками с эозинофильной и отчетливо зернистой цитоплазмой. Митозы редки, строма скудная, в основном бесклеточная и относительно бессосудистая. Эпителий, покрывающий опухоль, часто обладает псевдоэпителиоматозным видом.
- Нейрофиброматоз – некапсулированные, хорошо очерченные образования, состоящие из тонких, волнистых волокон, среди которых располагаются рассеянные овальные или веретенообразные узелки.
- Травматическая неврома – состоит из спиралей Перрикончито и осевых цилиндров, вырастающих из перерезанного нервного ствола, имеющих самое различное направление и положение. Вокруг нервных элементов отмечается большое количество соединительной ткани эндопериневрия.

11.4 Инструментальные исследования:

- МРТ челюстно-лицевой области: образование с четкими контурами, с оболочкой или без оболочки, без вовлечения лимфатических узлов.

11.5 Показания для консультации специалистов:

- консультация педиатра, терапевта, врача общей практики – при соматической патологии.
- консультация врача-онколога – для исключения злокачественного процесса.
- консультация анестезиолога – с целью предоперационной подготовки.

11.6 Дифференциальный диагноз:

Злокачественные опухоли	Доброкачественные опухоли
Быстрый рост	Умеренный рост
Инфильтрирующий рост	Экспансивный рост (за исключением гемангиом)
Метастазируют	Не метастазируют
Клетки мало- или недифференцированы	Клетки хорошо дифференцированы
Полиморфизм клеточный или их ядер	Отсутствие полиморфизма клеточного и их ядер
Рецидивы	Рецидивы отсутствуют
Кахексия	Кахексия не развивается
Иммунодепрессия	Иммунодепрессия отсутствует или не выражена

12. Показания для госпитализации:

Показания для экстренной госпитализации:

- нарушение дыхания за счет обтурационной асфиксии.

Показания для плановой госпитализации:

- наличие опухоли или опухолеподобного образования, приводящего к деформации лица или близлежащих тканей.
- нарушение функции приема пищи, дыхания.

13. Цели лечения:

- оперативное удаление опухоли в пределах здоровых тканей;
- восстановление эстетического вида больного;
- восстановление функций органа.

14. Тактика лечения.

- Клинико-лабораторное обследование;
- Направление на госпитализацию в стационар в плановом порядке;
- Оперативное лечение в стационаре;
- Медикаментозное лечение;
- Профилактика осложнений;
- Амбулаторное наблюдение.

14.1 Немедикаментозное лечение:

- Режим общий. В ранний послеоперационный период – постельный или полупостельный (в зависимости от объема операции и сопутствующей патологии). В послеоперационном периоде – палатный.
- Диета стол - после хирургического лечения – 1а,1б, с последующим переходом стол №15.

14.1. Хирургическое вмешательство:

14.1.1 Хирургическое вмешательство, оказываемое в амбулаторных условиях: нет.

14.1.2 Хирургическое вмешательство, оказываемое в стационарных условиях:

- Удаление опухоли в пределах здоровых тканей, с применением принципов пластики местными тканями.

Показания: плоскоклеточная папиллома, фиброма, фиброматоз, невус, лейомиома, рабдомиома, травматическая неврома, нейрофиброматоз.

- Удаление опухоли вместе с капсулой.

Показания: атерома, липома;

- Трахеостомия.

Показания: обтурационная асфиксии, вследствие сдавления дыхательных путей опухолью.

14.2 Медикаментозное лечение:

14.2.1 Медикаментозное лечение, оказываемое на амбулаторном уровне: нет.

14.2.2 Медикаментозное лечение, оказываемое на стационарном уровне:

Таблица 1. Лекарственные средства, применяемые при лечении доброкачественных опухолей и опухолеподобных образований мягких тканей челюстно-лицевой области (за исключением анестезиологического сопровождения)

№	Препарат, формы выпуска	Дозирование	Длительность и цель применения
Антибиотикопрофилактика, один из нижеперечисленных.			
1	Цефазолин (УД – В)	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 и по 0,5-1 г (у детей из расчета 20-50мг/кг массы тела в сутки). С целью профилактики.
При аллергии на β-лактамы антибиотики.			
3	Линкомицин(УД – В)	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 профилактики послеоперационной раневой инфекции.
Нестероидные противовоспалительные средства, один из нижеперечисленных.			
4	Кетопрофен(УД – В)	суточная доза при в/в составляет 200-300 мг (не должна превышать 300 мг), далее пероральное применение пролонгированные капсулы 150мг 1 р/д, капс. таб. 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.
5	Парацетамол	Взрослым и детям старше 12 лет с массой тела более 40 кг:	Продолжительность лечения при применении в качестве анальгетика и в

		<p>разовая доза - 500 мг – 1,0 г (1-2 таблетки) до 4 раз в сутки. Максимальная разовая доза – 1,0 г. Интервал между приемами не менее 4 часов. Максимальная суточная доза - 4,0 г.</p> <p><i>Детям от 6 до 12 лет:</i> разовая доза – 250 мг – 500 мг (1/2 – 1 таблетка) до 3-4 раз в сутки. Интервал между приемами не менее 4 часов. Максимальная суточная доза - 1,5 г - 2,0 г.</p>	<p>качестве жаропонижающего средства не более 3-х дней.</p>
6	Ибупрофен	<p>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.</p> <p>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.</p>	<p>Не более 3-х дней в качестве жаропонижающего средства</p> <p>Не более 5-ти дней в качестве обезболивающего средства с противовоспалительной, жаропонижающей и болеутоляющей целью.</p>
Опиоидные анальгетики, препарат выбора, один из нижеперечисленных			
7	Трамадол (УД – А)	<p>Взрослым и детям в возрасте старше 12 лет вводят внутривенно (медленно капельно), внутримышечно по 50-100 мг (1-2 мл раствора). При</p>	<p>с целью обезболивания в послеоперационном периоде, 1-3 суток</p>

		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.	
8	Тримеперидин	Вводят в/в, в/м, п/к 1 мл 1% 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.	с целью обезболивания в послеоперационном периоде, 1-3 суток
Гемостатические средства при кровотечениях после операции.			
9	Этамзилат (УД –В)	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

14.2.3 Медикаментозное лечение, оказываемое на этапе скорой неотложной помощи: нет.

14.3 Другие виды лечения:

14.3.1 Другие виды лечения, оказываемые на амбулаторном уровне: нет.

14.3.2 Другие виды лечения, оказываемые на стационарном уровне:

- миогимнастика;
- дыхательная гимнастика.

14.3.3 Другие виды лечения, оказываемые на этапе скорой медицинской помощи: нет.

14.5 Профилактические мероприятия развития осложнений:

- ирригация полости рта антисептическими растворами;
- ежедневная обработка послеоперационной раны.

14.6. Индикаторы эффективности лечения:

- восстановление анатомической формы лица;
- отсутствие опухоли;
- восстановление функции дыхания, глотания, жевания, речи.

15. Дальнейшее ведение:

- ЛФК;
- санация полости рта и ротоглотки;

II. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА:

16. Список разработчиков с указанием квалификационных данных:

1. Сагындык Хасан Люкотович – врач челюстно-лицевой хирург высшей категории, кандидат медицинских наук, профессор кафедры стоматологии и челюстно-лицевой хирургии АО «Медицинский университет Астана», директор Центра челюстно-лицевой хирургии в Астане.
2. Жаналина Бахыт Секербековна - Главный внештатный челюстно лицевой хирург Актюбинской области, врач высшей категории, профессор, заведующая кафедрой детской стоматологии и челюстно-лицевой хирургии РГКП на ПХВ «Западно-Казахстанского медицинского университета имени Марата Оспанова».
3. Утепов Дилшат Каримович - врач детский челюстно лицевой хирург высшей категории - Центр детской хирургии Университетская клиника "Аксай" РГП на ПХВ «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова»
4. Ся Тун Чин Руслан Владимирович – врач челюстно-лицевой хирург высшей категории, врач ординатор отделения общей детской хирургии, АО «Национальный Научный центр Материнства и Детства».
5. Табаров Адлет Берикболович – клинический фармаколог, РГП на ПХВ "Больница медицинского центра Управление делами Президента Республики Казахстан", начальник отдела инновационного менеджмента.

17. Указание на отсутствие конфликта интересов: нет.

18. Рецензент: Мирзакулова Улмекен Рахимовна – доктор медицинских наук, заведующая кафедрой хирургической стоматологии. РГКП на ПХВ «Казахского

национального медицинского университета имени С.Д. Асфендиярова», врач высшей категории

19. Условия пересмотра протокола: пересмотр протокола через 3 года после его опубликования и с даты его вступления в действие или при наличии новых методов с уровнем доказательности.

20. Список использованной литературы:

1. Шаргородский А.Г. Атлас опухолей мягких тканей и костей лица Москва: «Всероссийский учебно-научно-методический Центр по непрерывному медицинскому и фармацевтическому образованию» Министерства здравоохранения РФ, 1998.- 221 с. ISBN 5-86064-043-9
2. Шаргородский А. Г. , Руцкий Н. Ф. Доброкачественные и злокачественные опухоли мягких тканей и костей лица. Москва: ВУНМЦ, 1999.- 192 с. ISBN 5-86064-044-7
3. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология: Учебник М.: Медицина, 2003. — 504 с., 3-е издание ISBN 5-225-04748-3
4. 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.
5. Карапетян И.С., Губайдуллина Е.Я., Цегельник Л.Н. Опухоли и опухолеподобные поражения органов полости рта челюстей, лица и шеи М.: Медицинское информационное агентство, 2004. — 232 с. (2-е изд., перераб. и доп.) ISBN 5-89481-207-0
6. Муковозов И.Н. Дифференциальная диагностика хирургических заболеваний челюстно-лицевой области. МЕДпресс 2001. – 224 с.
7. Тимофеев А.А. Основы челюстно-лицевой хирургии: Учебное пособие М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. — 696 с. ISBN 5-89481-371-9.
8. 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)
9. Л.С. Страчунский, Ю.Б. Белоусов, С.Н. Козлов Практическое руководство по антиинфекционной антибиотикотерапии.