Опухоли слюнных желез у детей

Клинические рекомендации Минздрава России · дети · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: C06.9, C07, C08, D10.3, D11 · Российское общество детских онкологов и гематологов

Опухоли слюнных желез у детей и подростков редки; 75–80% поражений имеют доброкачественную природу. Рекомендация описывает распознавание опухоли, морфологическую верификацию, стадирование, хирургическое и лучевое лечение злокачественных форм, а также длительное наблюдение.

Главное

- Большинство поражений слюнных желез у детей доброкачественные; наиболее частая доброкачественная опухоль — плеоморфная аденома. Среди злокачественных опухолей чаще встречается мукоэпидермоидная карцинома, затем ацинарноклеточная и аденокистозная карциномы.
- Медленно растущее узловое образование в околоушно-жевательной области обычно безболезненно; болезненность и парез лицевого нерва относятся к описанным жалобам, а тризм и образование боковой стенки глотки характерны для поражения глубокой доли околоушной слюнной железы.
- Парез мимической мускулатуры — неблагоприятный признак, связанный с местной распространённостью опухоли.
- Злокачественные опухоли стадируют по TNM 8-го издания: T1 — до 2 см без выхода за паренхиму, T2 — более 2 до 4 см без выхода за паренхиму, T3 — более 4 см и/или выход за паренхиму, T4a — распространение на кожу, нижнюю челюсть, слуховой проход или лицевой нерв, T4b — на крыловидные отростки, основание черепа или внутреннюю сонную артерию.
- Основной радикальный метод лечения эпителиальных злокачественных опухолей — хирургический. Энуклеация опухоли приводит к продолженному росту или рецидиву и не может рассматриваться как метод лечения; вмешательство проводят в специализированном онкологическом центре.
- Лицевой нерв стараются выделять и сохранять; интраоперационный нейрофизиологический мониторинг строго показан при опухолях T3–T4, рецидиве, реоперации, расширенной резекции с включением костей основания черепа и планируемой реконструкции нерва.
- Контроль после лечения проводят каждые 3 месяца в первый год, затем не реже одного раза в 6 месяцев в течение 5 лет и далее ежегодно; при злокачественных опухолях наблюдение пожизненное (УДД 5, УУР C).

Диагностика

1. Собрать анамнез у ребёнка и родителей: срок и скорость роста образования, боль, изменения лица или подчелюстной области, тризм, функцию лицевой мускулатуры, семейные онкологические случаи, вредные воздействия на организм матери во время беременности и на ребёнка, а также возможный врождённый характер поражения (УУР B, УДД 2).
2. Осмотреть и пропальпировать слюнную железу, опухоль и шейные лимфоузлы: оценить размеры, подвижность, инфильтрацию, парез или паралич лицевого нерва, открывание рта и глотание (УДД 5, УУР C).
3. Выполнить УЗИ слюнных желез и шеи с тонкоигольной аспирационной биопсией образования и подозрительных лимфоузлов; материал исследовать цитологически для верификации опухоли и оценки поражения узлов (УУР B, УДД 3).
4. При подозрении на злокачественную опухоль выполнить МРТ мягких тканей головы и шеи с внутривенным контрастированием; особенно важно исследование при поражении основания черепа, периневральном или интракраниальном распространении, рецидиве или продолженном росте (УУР B, УДД 2). КТ лицевого черепа с болюсным контрастированием показана при подозрении на поражение костей (УУР C, УДД 5).
5. Для стадирования злокачественного процесса выполнить КТ органов грудной клетки (УУР B, УДД 3); остеосцинтиграфию — при подозрении на костные метастазы (УУР B, УДД 2). ПЭТ всего тела используют только на поздних стадиях для уточнения метастазирования; на ранних стадиях ПЭТ/КТ с ФДГ не показана (УУР B, УДД 2).
6. Толстоигольная биопсия показана при опухолях малых слюнных желез или недиагностической ТАБ околоушной железы (УУР A, УДД 2). Открытую биопсию проводят при недиагностической предшествующей

ТАБ и/или толстоигольной биопсии, подозрении на неэпителиальную опухоль или необходимости получения материала для молекулярного исследования (УУР С, УДД 4).

7. Биопсийный или операционный материал исследуют патолого-анатомически с применением иммуногистохимии; указывают размеры и глубину инвазии, гистологическое строение и степень дифференцировки, края резекции, лимфоваскулярную и периневральную инвазию, pT и pN. Цитогенетическое исследование проводят при метастатическом или неоперабельном процессе, секреторной карциноме и сложных диагностических случаях (УУР С, УДД 5).

Лечение

- Доброкачественные опухоли удаляют хирургически: выполняют частичную резекцию, паротидэктомию или субтотальную резекцию с выделением и сохранением лицевого нерва; лечение проводят в специализированном центре (УУР С, УДД 4).
- При злокачественной опухоли T1–T2 N0 удаляют опухоль околоушной железы с выделением и сохранением ветвей лицевого нерва. При поражении внутрижелезистых лимфоузлов рекомендуют шейную лимфаденэктомию уровней IA, IIA, IIB и III; профилактическую лимфаденэктомию рекомендуют при выявлении опухоли с высоким потенциалом злокачественности, но не при низкой или промежуточной степени без поражённых узлов (УДД 4, УУР С).
- При T1–2 N+ M0 выполняют полное удаление опухоли с сохранением ветвей лицевого нерва; при поражении внутрижелезистых узлов рекомендуют шейную лимфаденэктомию; при high-grade, положительных краях или периневральной инвазии рассматривают послеоперационную ДЛТ (УДД 4, УУР С).
- При T3–4a N0 M0 выполняют удаление опухоли с обязательным мониторингом лицевого нерва и шейной лимфаденэктомией на стороне поражения уровней IA, IIA, IIB, III и IV. При средне- или низкодифференцированной опухоли, положительных краях, периневральной инвазии или сосудистой эмболии рассматривают конкурентную химиолучевую терапию (УДД 4, УУР С).
- При T3–4a N+ M0 рекомендуют полное удаление опухоли с сохранением лицевого нерва, расширенную шейную лимфаденэктомию и послеоперационную лучевую терапию (хирургическое лечение — УДД 4, УУР С; послеоперационная ЛТ — УУР В, УДД 2).
- Лучевая терапия рекомендована при низкой дифференцировке, прорастании окружающих тканей, метастазах в шее, положительных краях, разрыве опухоли, большом неудалённом остатке при невозможности его удаления, периневральной или сосудистой инвазии, поражении лимфоузлов, экстрагландулярном распространении и неоперабельности.
- При самостоятельной ЛТ зона высокого риска получает 66 Гр по 2,0 Гр ежедневно, зоны промежуточного и низкого риска — 44–50 Гр по 2,0 Гр ежедневно (УУР С, УДД 4). Послеоперационную ЛТ желательно начать менее чем через 6 недель; на положительные края назначают от 66 Гр, на зоны субклинического риска — от 44–50 Гр по 2,0 Гр ежедневно (УУР С, УДД 4).
- Химиотерапию после федерального консилиума и молекулярно-генетического исследования рассматривают при секреторной карциноме, неоперабельной опухоли и/или отдалённых метастазах, когда хирургические и лучевые возможности исчерпаны (УУР С, УДД 5).

Когда направить и как наблюдать

- При подозрении на узловое поражение слюнной железы ребёнка направляют в специализированную клинику челюстно-лицевой хирургии или детский онкологический центр.
- Экстренная госпитализация нужна при угрожающем жизни кровотечении, обтурации верхних дыхательных путей с показаниями к трахеостомии, коме, синдроме сдавления верхней полой вены или остром поражении лицевого нерва.
- Плановая госпитализация проводится для уточняющей диагностики, хирургического, лучевого или лекарственного лечения, симптоматической терапии и хирургической реабилитации, включая ботулинотерапию при поражении лицевого нерва.
- Консультация в центре амбулаторной онкологической помощи или первичном онкологическом кабинете должна состояться не позднее 5 рабочих дней после направления; специализированное лечение начинают не позднее 14 календарных дней после патологоанатомической верификации или установления предварительного диагноза, если биопсия амбулаторно не показана.

Частые вопросы

Какая первая визуализация нужна ребёнку с опухолью слюнной железы?

УЗИ слюнных желез и шейных лимфоузлов с тонкоигольной биопсией образования; материал направляют на цитологическое исследование (УУР В, УДД 3). МРТ применяют для уточнения распространённости, а КТ — при подозрении на поражение костей.

Когда при опухоли слюнной железы нужна МРТ с контрастом?

При подозрении на злокачественную опухоль, особенно при поражении основания черепа, периневральном росте, интракраниальном распространении, рецидиве или продолженном росте (УУР В, УДД 2).

Можно ли лечить опухоль слюнной железы энуклеацией?

Нет. Энуклеация связана с продолженным ростом или рецидивом и не считается методом лечения; при доброкачественных опухолях выполняют резекцию или паротидэктомию, при злокачественных — радикальное хирургическое удаление.

Когда нужна лучевая терапия после операции?

Послеоперационную ЛТ рассматривают при положительных краях резекции; предпочтительный интервал между резекцией и послеоперационной ЛТ составляет менее 6 недель.

Как наблюдать ребёнка после лечения опухоли слюнной железы?

Осмотры проводят каждые 3 месяца в первый год, затем не реже одного раза в 6 месяцев в течение 5 лет и далее ежегодно; при злокачественных опухолях — пожизненно. Контроль включает клиническое обследование, УЗИ слюнных желез и шеи, а при злокачественном процессе также КТ лёгких не реже одного раза в год.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/75-opuholi-slyunnyh-zhelez-u-detej. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/75_2