Рак полости носа и придаточных пазух

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: C30, C31 · Ассоциация онкологов России, Общероссийская общественная организация "Российское общество специалистов по опухолям головы и шеи", Общероссийская общественная организация «Российское общество клинической онкологии»

Рак полости носа и придаточных пазух — злокачественная опухоль слизистой этих областей. Рекомендация описывает подозрение, морфологическую верификацию, стадирование, выбор хирургии/лучевой терапии/химиолучевого лечения и последующее наблюдение.

Главное

- Первые частые проявления: заложенность носа, выделения, боль; при прорастании в орбиту — экзофтальм.
- Повод для онконастороженности — заложенность носа, не отвечающая на консервативное лечение 2–3 недели.
- Диагноз строится на анамнезе, осмотре и пальпации очага/регионарных ЛУ, цитологии/биопсии с патоморфологией и стадирующей визуализации: УЗИ шеи, КТ/МРТ лицевого отдела черепа и шеи с контрастом, при показаниях ПЭТ-КТ и фиброларингоскопия.
- При местно-распространенном процессе T3–T4 или N≥1 для стадирования показана ПЭТ-КТ с туморотропным РФП либо КТ грудной и брюшной полостей с внутривенным контрастом; УУР С, УДД 5.
- Основная тактика зависит от локализации и стадии: при раке полости носа/клеток решетчатого лабиринта T1–T2 рекомендовано хирургическое лечение с последующей ЛТ; при T3–T4a возможны хирургическое лечение, ЛТ/ХЛТ, индукционная ХТ с последующей операцией или сочетанная ХЛТ.
- Эффект после ЛТ/ХЛТ оценивают через 2–3 месяца с помощью ПЭТ-КТ с 18F-ФДГ или МРТ с внутривенным контрастом; УУР В, УДД 2.
- После лечения: УЗИ ЛУ шеи в 1-й год каждые 3 месяца, во 2-й год каждые 3–6 месяцев, в 3–5-й годы ежегодно; КТ грудной полости — каждые 12 месяцев; УУР С, УДД 5.

Диагностика

1. Заподозрить опухоль следует при стойкой заложенности носа без эффекта от консервативной терапии в течение 2–3 недель.
2. Собрать жалобы и анамнез, включая факторы, влияющие на выбор лечения; УУР С, УДД 5.
3. Провести осмотр и бимануальную пальпацию очага, прилежащих тканей и регионарных ЛУ, оценить нутритивный статус; УУР С, УДД 5.
4. Выполнить биопсию слизистой полости носа. При сомнительной морфологии — повторная биопсия достаточного объема с иммуногистохимией; при повторно отрицательной биопсии ее повторяют при убедительных клинических или рентгенологических признаках; УУР С, УДД 5.
5. Для оценки местной распространенности выполнить КТ лицевого отдела черепа и шеи с внутривенным болюсным контрастом и/или МРТ лицевого отдела черепа и шеи с внутривенным контрастом; УУР С, УДД 5.
6. Для стадирования выполнить УЗИ ЛУ шеи, ТАБ измененных ЛУ под УЗИ/КТ-навигацией, УЗИ брюшной полости, КТ грудной полости; при невозможности КТ грудной полости допустима рентгенография легких; УУР С, УДД 5.
7. В операционном материале указать размер и глубину инвазии опухоли, гистотип, степень дифференцировки, лимфоваскулярную/периневральную инвазию, pT, pN с числом исследованных и пораженных ЛУ, экстранодальное распространение и статус краев резекции; УУР С, УДД 5.

Лечение

- До лечения пациента оценивают врач-хирург и врач-онколог, специализирующиеся на опухолях головы и шеи: оценивают адекватность биопсийного материала, стадирования и визуализации, исключают синхронную первичную опухоль, оценивают функциональный статус и возможность хирургического лечения; УУР С, УДД 5.

- Рак полости носа/решетчатого лабиринта T1–T2: операция, затем ЛТ. Наблюдение без ЛТ допустимо только при T1 и благоприятных признаках: R0, нет прилежания к ситовидной пластинке и медиальной стенке орбиты, высокая дифференцировка; УУР C, УДД 4.
- Рак полости носа/решетчатого лабиринта T3–T4a: возможны операция первым этапом, ЛТ/ХЛТ, индукционная ХТ с последующей операцией или сочетанная ХЛТ; далее послеоперационная ЛТ либо одновременная ХЛТ при опухолевых клетках в краях резекции и/или внутричерепном распространении; УУР C, УДД 4.
- Рак верхнечелюстной пазухи T1–T2 N0: радикальная операция и наблюдение; при периневральной, сосудистой или лимфатической инвазии — ЛТ или ХЛТ; при положительных краях — повторная резекция с ЛТ, а при повторной нерадикальности — ХЛТ; УУР C, УДД 4.
- Рак верхнечелюстной пазухи T3–T4a N0: радикальная операция, затем ЛТ на первичный очаг; при опухолевых клетках в краях резекции — одновременная ХЛТ. При T1–T4a N+ — удаление первичного очага и расширенная шейная лимфаденэктомия, затем ЛТ на первичный очаг и ЛУ или ХЛТ при положительных краях/экстракапсулярном распространении; УУР C, УДД 4.
- При T4b N0–N3 M0, отказе от обширной операции или абсолютных противопоказаниях к хирургии: ECOG 0–1 — одновременная ХЛТ или индукционная ХТ с последующей ЛТ/ХЛТ; ECOG 2 — ЛТ ± ХТ; ECOG 3 — паллиативная ЛТ, монохимиотерапия или паллиативная помощь.
- ЛТ: самостоятельная — 70 Гр на первичную опухоль и клинические метастазы ЛУ по 1,8–2,0 Гр 5 дней в неделю 7 недель, 50 Гр на клинически неизмененные ЛУ; послеоперационная — 60–66 Гр на первичный очаг, 60–66 Гр на пораженные ЛУ, 50 Гр на неизмененные ЛУ. Предпочтительно начать послеоперационную ЛТ < 6 недель, не позже 3 месяцев; УУР C.
- Для ХЛТ предпочтителен цисплатин 100 мг/м² в 1, 22 и 43-й дни ЛТ на фоне гипергидратации или 40 мг/м² еженедельно; целевая суммарная доза за курс ЛТ — 300 мг/м². При сопутствующей патологии, препятствующей проведению ХЛТ с препаратами платины, включая СКФ < 50–60 мл/мин, возраст > 65 лет, тяжелую сопутствующую патологию или ECOG > 1, предпочтительна замена на цетуксимаб; УУР A, УДД 2.

Когда направить и как наблюдать

- При подозрении или выявлении опухоли пациента направляют в центр амбулаторной онкологической помощи, первичный онкологический кабинет или поликлинику онкодиспансера; консультация должна пройти не позднее 5 рабочих дней от выдачи направления.
- Если в первичном звене невозможно взять биопсийный материал или выполнить нужные исследования, пациента направляют в онкодиспансер, онкологическую больницу или другую организацию, оказывающую онкологическую помощь.
- Патоморфология для гистологической верификации должна быть выполнена в срок до 15 рабочих дней от поступления материала в патологоанатомическое бюро/отделение.
- Тактику лечения определяет онкологический консилиум с участием онколога и радиотерапевта, при необходимости — других специалистов; допускается телемедицинский формат.
- Экстренная/неотложная госпитализация показана при осложнениях опухоли или лечения; плановая — для сложных интервенционных диагностических процедур и противоопухолевого лечения, требующих наблюдения в дневном или круглосуточном стационаре.

Частые вопросы

Когда при заложенности носа нужно думать о раке полости носа или пазух?

Если заложенность не проходит на фоне консервативного лечения 2–3 недели, это указано как диагностически значимый анамнестический признак.

Чем обязательно подтвердить диагноз?

Нужна морфологическая верификация: биопсия слизистой полости носа с патологоанатомическим исследованием. При сомнительном результате выполняют повторную биопсию достаточного объема с применением иммуногистохимических методов; УУР C, УДД 5.

Какие исследования нужны для первичного стадирования?

Минимально указаны КТ лицевого отдела черепа и шеи с контрастом и/или МРТ с контрастом, УЗИ ЛУ шеи, ТАБ измененных ЛУ, УЗИ брюшной полости и КТ грудной полости. При Т3–Т4 или N≥1 добавляют ПЭТ-КТ либо КТ грудной и брюшной полостей с контрастом; УУР С, УДД 5.

Когда после операции нужна химиолучевая терапия?

При раке верхнечелюстной пазухи после операции одновременная ХЛТ рекомендована при опухолевых клетках в краях резекции; при Т1–Т4а N+ также при экстракапсулярном распространении метастаза в ЛУ.

Как наблюдать пациента после лечения?

В первые 1–2 года проводят осмотр и сбор жалоб каждые 3–6 месяцев, на 3–5-м году — 1 раз в 6–12 месяцев, после 5 лет — ежегодно или при жалобах. В наблюдение включают УЗИ ЛУ шеи и брюшной полости/малого таза каждые 3–6 месяцев по риску и рентгенографию грудной клетки каждые 12 месяцев; УУР С, УДД 5.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/3-rak-polosti-nosa-i-pridatochnyh-pazuh. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/3_2