Рак носоглотки

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2026 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: C11 · Ассоциация онкологов России, Общероссийская общественная организация "Российское общество специалистов по опухолям головы и шеи", Общероссийская общественная организация «Российское общество клинической онкологии»

Рак носоглотки — злокачественная опухоль из неороговевающего эпителия носоглотки. Рекомендация посвящена подтверждению диагноза и стадированию, выбору лучевой/химиолучевой терапии по стадии, системному лечению рецидивов и метастазов, а также наблюдению и коррекции осложнений.

Главное

- Начальные проявления часто имитируют ОРВИ, ринофарингит или аденоидные вегетации; нередко первым признаком становятся увеличенные шейные лимфоузлы.
- Основные факторы, связанные с развитием заболевания: инфекция вирусом Эпштейна—Барр, хроническое воспаление слизистой носоглотки и принадлежность к популяциям с более высокой заболеваемостью, включая народы Юго-Восточной Азии, Африки и Индокитая.
- Диагноз должен опираться на морфологическую верификацию, визуализацию первичной опухоли и лимфоузлов, оценку отдалённых метастазов по показаниям и количественное определение ДНК ВЭБ методом ПЦР в периферической крови.
- Для оценки местного распространения предпочтительна МРТ лицевого отдела черепа и шеи с контрастированием; КТ особенно полезна для оценки костной деструкции основания черепа.
- Радикальная тактика в основном консервативная: при T1N0M0 применяют самостоятельную лучевую терапию, при T2N0M0 — самостоятельную химиолучевую терапию, а при более распространённых формах — одновременную химиолучевую терапию с последующей адъювантной или предшествующей индукционной химиотерапией.
- После лечения необходимы регулярные физикальные осмотры; при невозможности их проведения — фиброларингоскопия, а также УЗИ шеи и КТ/МРТ. При симптомах рецидива выполняют ПЭТ-КТ с 18F-ФДГ либо КТ грудной и брюшной полостей с контрастированием.

Диагностика

1. Собрать жалобы и анамнез для выявления факторов, которые могут повлиять на дальнейшее обследование и выбор тактики лечения: курения, употребления крепких спиртных напитков, производственных вредностей и хронических инфекций. УДД 5, УУР С.
2. Выполнить физикальный осмотр с передней и задней риноскопией, пальпацией регионарных лимфоузлов и оценкой нутритивного статуса. УДД 5, УУР С.
3. Провести эндоскопическую эндоназальную ревизию носа и носоглотки с биопсией; при эрозиях и язвах взять мазки-отпечатки, при уплотнениях без изъязвления — пунктат. УДД 5, УУР С.
4. При подозрительных шейных лимфоузлах выполнить двустороннее УЗИ и тонкоигольную пункцию под контролем УЗИ с цитологическим и патолого-анатомическим исследованием материала. УДД 5, УУР С.
5. Определить ДНК ВЭБ количественным методом ПЦР в периферической крови для верификации опухоли и последующей оценки эффективности лечения. УДД 4, УУР С.
6. Для стадирования выполнить КТ лицевого отдела черепа с болюсным контрастированием и/или МРТ лицевого отдела черепа и шеи с контрастированием, а также КТ органов грудной полости. При местнораспространённом процессе или метастазах в регионарных лимфоузлах — ПЭТ-КТ с 18F-ФДГ. УДД 5, УУР С.

Лечение

- При T1N0M0 проводить самостоятельную лучевую терапию; при T2N0M0 — самостоятельную химиолучевую терапию. УДД 5, УУР С.
- При T1N1–3 или T2–T4 при любом N использовать одновременную химиолучевую терапию с последующей адъювантной химиотерапией (2 цикла) либо индукционную химиотерапию (3 цикла) с последующей одновременной химиолучевой терапией. УДД 1, УУР А.

- При самостоятельной лучевой терапии облучают первичный очаг до 66–70 Гр по 1,8–2,2 Гр за фракцию, локорегионарную область и регионарные лимфоузлы — до 50 Гр по 2,0 Гр за фракцию либо 54–63 Гр по 1,6–1,8 Гр за фракцию. УДД 5, УУР С.
- При одновременной химиолучевой терапии на первичный очаг и клинически поражённые лимфоузлы подводят 70 Гр по 2,0 Гр ежедневно с понедельника по пятницу в течение 7 недель; на область промежуточного или низкого риска — 50 Гр по 2,0 Гр либо 54–63 Гр по 1,6–1,8 Гр за фракцию. УДД 5, УУР С.
- Основной препарат при одновременной химиолучевой терапии — цисплатин 100 мг/м² на фоне гипергидратации в 1-й, 22-й и 43-й дни лучевой терапии; целевая суммарная доза — 300 мг/м². После индукционной химиотерапии возможна замена на карбоплатин AUC 1,5–2,0 еженедельно с первого дня лучевой терапии. УДД 5, УУР С.
- Варианты индукционной химиотерапии: доцетаксел 75 мг/м² и цисплатин 75 мг/м² в 1-й день плюс фторурацил 1000 мг/м²/сут в виде 96-часовой инфузии в 1–4-й дни, всего 3 цикла; либо гемцитабин 1000 мг/м² в 1-й и 8-й дни плюс цисплатин 80 мг/м² в 1-й день каждые 3 недели, всего 3 цикла. УДД 5, УУР С.
- При М1 назначают химиотерапию с препаратами платины, предпочтительно с камрелизумабом в первой линии независимо от PD-L1 и статуса ВЭБ. УДД 3, УУР В. При рецидиве или отдалённых метастазах возможна схема: камрелизумаб 200 мг внутривенно в 1-й день, гемцитабин 1000 мг/м² внутривенно в 1-й и 8-й дни, цисплатин 80 мг/м² внутривенно в 1-й день каждые 21 день, 4–6 курсов; затем камрелизумаб 200 мг каждые 3 недели до прогрессирования или непереносимой токсичности. УДД 2, УУР В.
- При наличии остаточных метастатических лимфоузлов после завершения консервативной терапии целесообразно хирургическое лечение; при полной регрессии — динамическое наблюдение.
- При лечении рекомендуется нутритивная поддержка; при проведении противоопухолевой лекарственной терапии рекомендуются профилактика и лечение тошноты и рвоты, анемии, нефротоксичности, мукозитов и других осложнений.

Когда направить и как наблюдать

- При подозрении на рак носоглотки направить пациента в центр амбулаторной онкологической помощи либо в первичный онкологический кабинет или поликлиническое отделение онкологического диспансера для организации биопсии, стадирования и определения тактики.
- Тактику лечения устанавливает онкологический консилиум с участием онколога и радиотерапевта; при сложностях диагностики организуют референс-пересмотр морфологических и лучевых исследований.
- Экстренная или неотложная госпитализация нужна при осложнениях опухоли либо лечения, требующих специализированной помощи. Плановая госпитализация показана для сложных интервенционных диагностических вмешательств и противоопухолевого лечения, требующего наблюдения в стационаре.
- При угрозе или состоявшемся кровотечении из опухоли или метастатических лимфоузлов выполнить селективную ангиографию наружной сонной артерии и при отсутствии противопоказаний — селективную или суперселективную эмболизацию опухолевых сосудов. УДД 5–4, УУР С.

Частые вопросы

Какая визуализация предпочтительна для первичного стадирования рака носоглотки?

Для оценки местного распространения предпочтительна МРТ лицевого отдела черепа и шеи с контрастированием. КТ дополняет исследование при подозрении на поражение костей основания черепа; КТ органов грудной полости выполняют для стадирования.

Когда нужна ПЭТ-КТ с 18F-ФДГ?

Её выполняют для поиска отдалённых метастазов при местнораспространённой опухоли и метастазах в регионарных лимфоузлах. После химиолучевой терапии ПЭТ-КТ всего тела проводят не ранее чем через 3 месяца, в том числе для решения вопроса о шейной лимфодиссекции.

Как оценивают остаточные шейные лимфоузлы после лучевой или химиолучевой терапии?

Через 2–3 месяца выполняют МРТ лицевого отдела черепа и шеи, а подозрительные лимфоузлы пунктируют под контролем УЗИ. Подозрительными считают узлы более 2 см в группах I–IV, более 1 см в группе V или узлы с изменённой структурой по УЗИ.

Как часто наблюдать пациента после лечения?

Адекватный физикальный осмотр зоны интереса проводят каждые 3 месяца в первые 2 года; при невозможности физикального осмотра проводят фиброларингоскопию. Затем обследования проводят каждые 2–6 месяцев в течение 2 лет, каждые 4–8 месяцев на 3–5-м годах, далее ежегодно. УЗИ шеи и КТ/МРТ проводят каждые 1–3 месяца в первые 2 года, затем каждые 2–6 месяцев в течение 2 лет, каждые 4–8 месяцев на 3–5-м годах, далее ежегодно. КТ органов грудной полости выполняют каждые 6 месяцев до 5 лет, затем ежегодно.

Когда нужна нутритивная поддержка и какие ориентиры использовать?

Её начинают при выявленной нутритивной недостаточности или отсутствии достаточного питания через рот в течение 7 дней; энтеральное питание показано при потреблении менее 60% энергетической потребности в течение 10 дней или потере более 10% исходной массы тела. Ориентиры поддержки: белок 1,2–2 г/кг/сут и энергия 25–30 ккал/кг/сут.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/535-rak-nosoglotki. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/535_3