Доброкачественные остеогенные и хондрогенные опухоли носа и околоносовых пазух

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2023 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: D14.0 · Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов

Небольшие доброкачественные остеогенные и хондрогенные опухоли носа и околоносовых пазух могут долго не вызывать симптомов, но при увеличении способны нарушать дренаж пазух и распространяться на орбиту или полость черепа. Рекомендация посвящена их диагностике, выбору хирургической тактики и послеоперационному наблюдению.

Главное

- Код заболевания по МКБ-10 — D14.0: доброкачественное новообразование среднего уха и органов дыхания.
- Выраженная клиническая картина отсутствует в 4–10% случаев остеомы ОНП, а случайное выявление этой опухоли при КТ достигает 1–3%.
- Устойчивый или прогрессирующий на фоне проводимой терапии, особенно односторонний, воспалительный процесс в носу и ОНП требует рассмотрения наличия или исключения опухоли.
- Основные симптомы связаны с ростом опухоли: заложенность носа, головная боль, аносмия, вторичный риносинусит или мукоцеле; при распространении возможны деформация лица, проптоз, диплопия и снижение зрения.
- Диагноз устанавливают на основании жалоб, анамнестических сведений, физикальных данных и результатов инструментального обследования, включая эндоскопическую эндоназальную ревизию полости носа и носоглотки и КТ носа и ОНП.
- Основной метод лечения — хирургическое удаление. Доступ выбирают с учетом размеров, локализации, распространенности опухоли, опыта хирурга и оснащения; при сложных вмешательствах может использоваться навигация.
- После операции требуется динамическое наблюдение: первое КТ выполняют через 3–6 месяцев, затем — через 1 год и позже в зависимости от клинической ситуации.

Диагностика

1. Уточнить сроки, последовательность появления, выраженность и динамику симптомов, предшествующие травмы и заболевания носа и ОНП, проведенное лечение и его эффект; изучить ранее выполненные КТ, МРТ, гистологию и хирургические протоколы, а также семейный анамнез. УУР С, УДД 5.
2. Провести общий осмотр, пальпацию и перкуссию носо-лицевой области и стенок ОНП, пальпацию подчелюстных, подподбородочных и глубоких шейных лимфоузлов. Оценить деформацию, болезненность, состояние лимфоузлов и точки выхода ветвей тройничного нерва. УУР С, УДД 4.
3. Выполнить переднюю риноскопию, чтобы оценить передние отделы полости носа, носовые раковины, перегородку, отделяемое и наличие опухоли. Всем пациентам также проводят видеориноскопию; первичный осмотр целесообразен без предварительной подготовки и анестезии. Передняя риноскопия: УУР С, УДД 5; видеориноскопия: УУР С, УДД 4.
4. При подозрении на опухоль выполнить КТ носа и ОНП послойно от твердого неба до верхней границы лобной пазухи, с толщиной среза 2 мм. КТ уточняет локализацию, размеры, распространенность, структуру, кальцификацию и ремоделирование прилежащей кости. УУР С, УДД 5.
5. При признаках распространения в верхнюю челюсть, глазницу или полость черепа дополнить обследование МРТ и консультациями челюстно-лицевого хирурга, офтальмолога и нейрохирурга. Комплексное обследование обязательно при смещении или выпадении зубов, деформации лица, проптозе, периорбитальной боли, хемозе, диплопии, слезотечении либо менингеальных и очаговых неврологических симптомах.
6. При наличии показаний взять материал для биопсии и патологоанатомического исследования, при необходимости с иммуногистохимией. Используют прицельную биопсию под эндоскопическим контролем, при небольших опухолях — эксцизионную, при кистозных образованиях и солидных опухолях — аспирационную; материал желательно брать на границе опухоли и неизмененных тканей. УУР С, УДД 4.

Лечение

- Основная тактика — хирургическое удаление опухоли эндоназальным, наружным или комбинированным доступом. При больших размерах или труднодоступной локализации используют экстраназальные доступы, включая транспалатинный, боковую ринотомию, краниофациальную резекцию и срединный декортикационный доступ; при необходимости применяют навигацию. УУР С, УДД 4.
- Небольшие бессимптомные остеомы можно наблюдать. Операцию, по приведенным в рекомендации данным, следует рассматривать при заполнении опухолью более 50% объема пазухи. Для остеом лобной пазухи эндоскопический доступ предпочтителен при 1–2-й степени; при передней стенке и нижней стенке латеральных отделов он не показан.
- Остеобластому удаляют хирургически, выбирая доступ по ее размерам, локализации и месту прикрепления. Радикальное удаление обычно приводит к полному излечению; отсутствие рецидивов описано при наблюдении в течение 5–15 лет. УУР С, УДД 4.
- При фиброзной дисплазии решение об операции зависит от выраженности деформации, возраста и распространенности поражения. При возможном регрессе предпочтительны наблюдение и периодические КТ; для профилактики патологических переломов и боли может применяться терапия бисфосфонатами, учитывая риск остеонекроза челюсти. УУР С, УДД 5.
- Аневризматическую костную кисту удаляют; объем вмешательства варьирует от пункции до кюретажа и резекции пораженной кости. Из-за интенсивного кровоснабжения рекомендуется предоперационная эмболизация питающих сосудов. Лучевая терапия нежелательна из-за риска малигнизации; рецидивы возникают в 10–30% случаев, чаще в первые 2 года. УУР С, УДД 4.
- Оссифицирующую фиброму удаляют как можно раньше и максимально полно; возможны краниофациальная резекция, латеральная ринотомия, midfacial degloving или эндоскопическая диссекция. Для ювенильной формы частота рецидивов достигает 30%, а риск сохраняется спустя 18 лет после операции. УУР С, УДД 4.
- Гигантоклеточную опухоль, хондрому, хондромиксоидную фиброму и хондробластому лечат хирургически. Для хондромиксоидной фибромы предпочтительна широкая эксцизия; при кюретаже положительный эффект отмечен в 80% случаев. При хондробластоме после кюретажа частота рецидивов может достигать 55%. Удаление гигантоклеточной опухоли: УУР С, УДД 4; хондромы, хондромиксоидной фибромы и хондробластомы: УУР С, УДД 4.
- После хирургического удаления соблюдать охранительный режим 10–14 дней и дольше — в зависимости от локализации и объема вмешательства. УУР С, УДД 5.

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализация показана при наличии доброкачественного остеогенного или хондрогенного новообразования носа и ОНП, если отсутствуют противопоказания к плановому хирургическому лечению.
- При признаках вовлечения зубочелюстной системы, глазницы или полости черепа направить пациента на МРТ и совместную оценку челюстно-лицевым хирургом, офтальмологом и нейрохирургом.
- Небольшие бессимптомные остеомы вести выжидательно с наблюдением; после операции продолжать динамический контроль, сроки которого определяют индивидуально с учетом характера и локализации опухоли, объема и радикальности вмешательства.
- Выписка после операции возможна при отсутствии осложнений и удовлетворительном общем состоянии пациента.

Частые вопросы

Какие симптомы должны заставить исключать опухоль носа и ОНП?

Заложенность носа, головная боль, аносмия, вторичный риносинусит или мукоцеле, а также деформация лица, проптоз, диплопия или снижение зрения.

Какой метод визуализации является основным?

Основной метод — КТ носа и ОНП с толщиной среза 2 мм, от твердого неба до верхней границы лобной пазухи. Она показывает локализацию, размеры, распространенность, структуру опухоли и состояние прилежащей кости.

Всегда ли нужна биопсия?

Биопсию выполняют при наличии показаний для различения доброкачественной и злокачественной опухоли. Материал исследуют патологоанатомически, при необходимости с иммуногистохимией; небольшое образование может быть удалено целиком с последующим исследованием.

Можно ли наблюдать остеому без операции?

Да, при небольшой бессимптомной остеоме допустима выжидательная тактика. В рекомендации также приведены данные, согласно которым к операции следует прибегать при заполнении остеомой более 50% объема пазухи.

Как долго наблюдать пациента после удаления опухоли?

Первое послеоперационное обследование с КТ проводят через 3–6 месяцев, затем — через 1 год и позже в зависимости от клинической ситуации. Длительность наблюдения определяют индивидуально с учетом вида, локализации, распространенности и радикальности удаления.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/756-dobrokachestvennye-osteogennye-i-hondrogennye-opuholi-nosa-i. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/756_1