



**ОБЩЕРОССИЙСКИЙ СОЮЗ
ОБЩЕСТВЕННЫХ
ОБЪЕДИНЕНИЙ
АССОЦИАЦИЯ ОНКОЛОГОВ
РОССИИ**

**Клинические рекомендации
по диагностике и лечению
рака придаточных пазух носа**

**Утверждено
на Заседании правления Ассоциации онкологов России**

Москва 2014

Коллектив авторов (в алфавитном порядке):
Алиева С.Б., Алымов Ю.В., Мудунов А.М.,
Подвязников С.О., Кропотов М.А.

Оглавление

1. Методология 3
2. Принципы лечения 4

1. Методология

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

Поиск в электронных базах данных

Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств:

Доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в электронные библиотеки, базы данных (например, MEDLINE, PubMed, NCCN и др.).

Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств:

Консенсус экспертов

Уровни доказательности и согласованности NCCN

Уровень 1. Рекомендации приведены с учетом информации, обладающей высоким уровнем доказательности (например, рандомизированные контролируемые исследования), и единодушно одобрены всеми членами NCCN.

Уровень 2А. Рекомендации приведены с учетом информации, обладающей низким уровнем доказательности, но единодушно одобрены всеми членами NCCN.

Уровень 2В. Рекомендации приведены с учетом информации, обладающей низким уровнем доказательности,

мнение членов NCCN относительно рекомендаций было неоднозначным (существенных разногласий не отмечалось).

Уровень 3. Рекомендации приведены с учетом информации, обладающей любым уровнем доказательности, однако отмечались существенные разногласия между членами NCCN.

Все рекомендации, за исключением особо указанных случаев, имеют уровень доказательности 2A.

2. Принципы лечения

В большинстве случаев ранний рак решетчатого лабиринта диагностируется при морфологическом исследовании удаленного операционного материала после проведения вмешательств по поводу предполагаемых неопухолевых процессов (полипозный этмоидит, полипы полости носа и др.). Таким образом, морфологическая верификация, как правило, является результатом нерадикального вмешательства.

Больным с нерадикальной операцией на первом этапе, которая фактически носит характер расширенной биопсии, в дальнейшем показаны такие же лечебные подходы, как и при впервые установленном диагнозе.

В случае если на этапе обследования выполнялось КТ/МРТ-исследование, нерадикальная операция может быть дополнена одной радикальной ЛТ – при отсутствии распространения процесса на основание черепа, т.е. только при формальной T1 стадии.

Необходимый радикальный объем хирургического вмешательства достигает краниофациальных резекций различного объема для обеспечения «чистых» краев резекции.

Системная лекарственная терапия не является обязательной частью общего лечения для пациентов с плоскоклеточным раком решетчатого лабиринта.

1.6.1. Рак клеток решетчатого лабиринта (только для верифицированного плоскоклеточного рака).

Стадия	Лечение	
	I этап	адьювантное
T1–T2, первично выявленный	Предпочтительно хирургическое лечение или ЛТ в самостоятельном режиме	Послеоперационная ЛТ. Наблюдение только при стадии T1 (УД 2В) или, по усмотрению, ХЛТ (УД 2В) при НПФ*
T3–T4a, впервые выявленный	Хирургическая резекция	Послеоперационная ЛТ или, по усмотрению, ХЛТ при НПФ (УД 2В)
T4b, первично выявленный либо отказ больного от хирургического этапа лечения	ХЛТ или ЛТ либо включение в клиническое исследование (предпочтительно)	

Стадия	Лечение	
	I этап	адьювантное
<p>Диагноз установлен после неполного удаления (полипэктомия и др.), сохраняется остаточная опухоль</p>	<p>Хирургическое удаление (предпочтительно) или ЛТ либо ХЛТ</p>	<p>Послеоперационная ЛТ или, по усмотрению, ХЛТ при НПФ (УД 2В)</p>
<p>Диагноз установлен после неполного удаления, клинически и по данным специальных методов обследования остаточная опухоль не определяется</p>	<p>ЛТ или хирургическое удаление (см. первично выявленный T1,T2)</p>	<p>Послеоперационная ЛТ. Наблюдение только при стадии T1 (УД 2В)</p>
<p>Редидивы после радикального лечения</p>	<p>См. принципы лечения рецидивов и распространенных опухолей</p>	

**НПФ – неблагоприятные прогностические факторы (наличие опухолевых клеток в краях резекции и/или внутричерепное распространение опухоли).*

1.6.2. Рак верхнечелюстной пазухи (только для верифицированного плоскоклеточного* рака).

* Предпочтителен трансназальный способ биопсии. Допустима тонкоигольная аспирационная биопсия. Следует избегать гайморотомии с доступом по Калдвеллу–Люку и вмешательством в зоне передней стенки верхнечелюстной пазухи (собачья ямка).

Стадия	Лечение	
	I этап	адювантное
T1–T2, N0	Хирургическая резекция	При перинеуральной инвазии – ЛТ или ХЛТ
		При положительных краях – хирургическая резекция с последующей ЛТ (УД 2В), при повторной нерадикальной операции – ХЛТ (УД 2В)
T3–T4a, N0	Радикальная хирургическая операция	При наличии НФП* – ХЛТ на первичный очаг и шею (УД 2В)
		При отсутствии НФП – ЛТ на первичный очаг и шею (УД 2В для шеи)

Стадия	Лечение	
	I этап	адьювантное
T4b, любая N	ЛТ или ХЛТ	Наблюдение. При прогрессировании – см. принципы лечения распространенных опухолей
T1–T4a, N+	Хирургическое удаление первичного очага и шейная лимфодиссекция	При наличии НФП – ХЛТ на первичный очаг и шею (УД 2В)
		При отсутствии НФП – ЛТ на первичный очаг и шею

НФП – положительные края резекции или экстракапсулярное распространение метастазов в ЛУ.

Принципы ЛТ рака придаточных пазух носа

Облучение в самостоятельном режиме

Первичная опухоль и клинически определяемые метастазы в ЛУ шеи – конвенциональное фракционирование: СОД 66–70 Гр, РОД 2 Гр (еженедельно с понедельника по пятницу в течение 7 нед).

Альтернирующая ЛТ:

- 6 фракций в неделю в режиме ускоренного фракционирования (66–70 Гр на клинически определяемый очаг, 44–64 Гр – на субклинические проявления опухоли);
- ускоренная конкомитантная ЛТ с бустом – 72 Гр в течение 6 нед (2 Гр 1 раз в день, затем 1,8 Гр за фракцию большим полем; дополнительная доза – 1,5 Гр за вторую фракцию в день в течение последних 12 дней лечения);

- гиперфракционирование – 81,6 Гр в течение 6 нед (1,2 Гр за фракцию 2 раза в день);
- шея – при отсутствии клинических признаков поражения ЛУ СОД 46–50 Гр (РОД 1,6–2,0 Гр).

Послеоперационный режим ЛТ

Первичный очаг: СОД 60–66 Гр (РОД 2 Гр).

ЛУ шеи: определяемые клинически метастазы в ЛУ – 60–66 Гр (РОД 2 Гр); при отсутствии клинических признаков поражения – 46–50 Гр (РОД 1,6–2,0 Гр).

Первичный очаг и клинически определяемые метастазы в ЛУ шеи: интервал между хирургической операцией и началом послеоперационной ЛТ должен составлять ≤ 6 нед.

IMRT – предпочтительная техника проведения ЛТ для уменьшения лучевой нагрузки на критические органы (орбита, глазное яблоко).

Список сокращений

АЛАТ – аланин-аминотрансфераза АСАТ – аспартат-аминотрансфераза В/в – внутривенно
ВИЧ – вирус иммунодефицита человека
ВПЧ – вирус папилломы человека
ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
ДЛТ – дистанционная лучевая терапия
ЖКТ – желудочно-кишечный тракт
КТ – компьютерная томография
КЭА – карцино-эмбриональный антиген
ЛДГ – лактатдегидрогеназа
ЛТ – лучевая терапия
ЛУ – лимфатический узел
МРТ – магнитно-резонансная томография
МРЩЖ – медуллярный рак щитовидной железы
МЭН (MEN) – синдром множественной эндокринной неоплазии НППВ
– нестероидные противовоспалительные препараты НПФ – неблагоприятные прогностические факторы
П/к – подкожно
ПХТ – полихимиотерапия
ПЭТ – позитронно-эмиссионная томография
РЙТ – радиойодтерапия
РОД – разовая очаговая доза
рч-ТТГ – рекомбинантный человеческий тиреотропный гормон
РЩЖ – рак щитовидной железы
СОД – суммарная очаговая доза
СТРХ – стереотаксическая радиохирургия
СВЧ ГТ-сверхвысокочастотная гипертерия
ТАБ – тонкоигольная аспирационная биопсия
ТТГ – тиреотропный гормон
УД – уровень доказательности
УЗИ – ультразвуковое исследование
ФДГ – фтордезоксиглюкоза

5-ФУ – 5-фторурацил

ХЛТ – химиолучевая терапия

ХТ – химиотерапия

ЦНС – центральная нервная система

ЦОГ – циклооксигеназа

ЧЭНС – чрескожная электронейростимуляция

ЩЖ – щитовидная железа

ЭКГ – электрокардиограмма

FDA – Food and Drug Administration (Департамент по надзору в сфере продуктов питания и медикаментозных препаратов США)

CMV – cytomegalovirus (цитомегаловирусная инфекция)

G-CSF – granulocyte colony-stimulating factor (гранулоцитарный колониестимулирующий фактор)

GM-CSF – granulocyte-macrophage colony-stimulating factor (гранулоцитарно-макрофагальный колониестимулирующий фактор)

GTR – gross total resection (тотальное обширное удаление опухоли)

GTV – gross tumor volume (макроскопический объем опухоли) IMRT – intensively modified radiotherapy (интенсивно-модулируемая лучевая терапия)

KPS – Karnofsky performance status (индекс общего состояния пациента по шкале Карновского)

NCCN – National Comprehensive Cancer Network (Национальная всеобщая онкологическая сеть)

PNET – primitive neuroectodermal tumor (примитивная нейроэктодермальная опухоль)

RTOG – Radiation therapy oncology group (группа по изучению эффективности лучевой терапии)