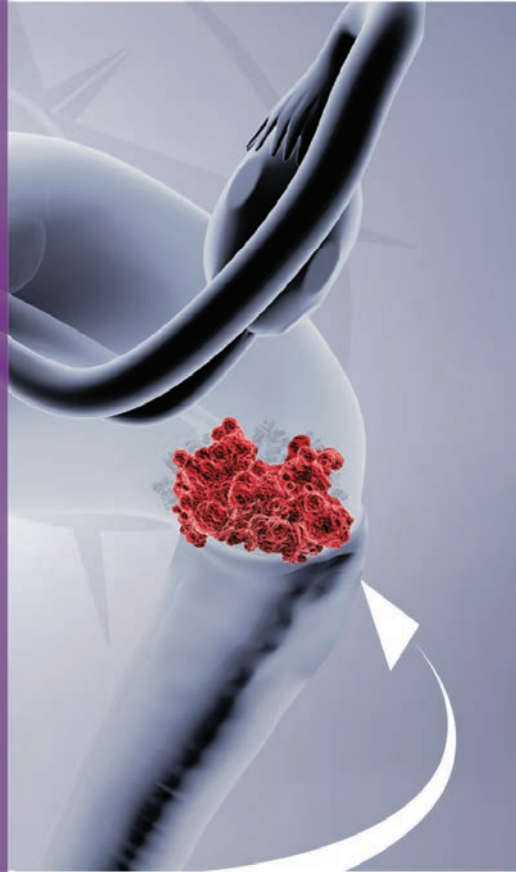


# Рекомендации по раку шейки матки

Информация  
для врачей,  
пациенток  
и общественности



<http://engage.esgo.org/>



---

## Рекомендации по раку шейки матки

---

### Информация для врачей, пациенток и общественности

*Европейское общество гинекологической онкологии (ESGO) – ведущая некоммерческая организация, объединяющая профессионалов с целью профилактики и повышения стандартов лечения гинекологического рака. Если вы хотите сделать пожертвование, напишите по адресу [adminoffice@esgo.org](mailto:adminoffice@esgo.org). Ваша поддержка будет оценена и признана.*

## **Дорогая пациентка,**

В этом буклете изложены рекомендации по лечению рака шейки матки. Они основаны на профессиональных рекомендациях Европейского общества гинекологической онкологии (ESGO) и адаптированы для непрофессионалов (пациенток, родственников, а также друзей пациенток). Поскольку стандарты лечения рака шейки матки в каждой стране могут иметь свои особенности, все детали лечения обсуждайте со своим лечащим врачом.

Может случиться так, что, несмотря на адаптацию, содержание и термины будут сложны для понимания.

Наша цель состоит в том, чтобы изложить доступным языком профессиональные рекомендации. При этом мы старались избегать чрезмерного упрощения, чтобы не исказить материал.

Мы надеемся, что после прочтения этих рекомендаций вы поймете, почему ваши врачи задают вам определенные вопросы, назначают различные анализы, обсуждают результаты, меняют решения и советуют вам пройти или отказаться от определенных медицинских процедур. Вы также узнаете, насколько четкими и конкретными иногда бывают эти рекомендации. Вы оцените, какие огромные знания и опыт необходимы вашей медицинской команде, чтобы она могла учесть все, в том числе сложные этические и психосоциальные факторы, необходимые для предотвращения клинических или технических ошибок.

С другой стороны, рекомендации не всегда адаптированы к конкретным случаям. Кроме того, доступны руководства и рекомендации других международных или национальных научных сообществ.

Какими бы ни были рекомендации в этом буклете, ваш врач не «обязан» им следовать, но должен продемонстрировать их знание и объяснить вам причину, если он или она не следует им строго. Вы увидите, насколько сложно иногда сохранять индивидуальный подход, одновременно следуя утвержденным рекомендациям.

И наконец, современная медицина — это тесное сотрудничество врача и пациента. Мы должны принимать общие решения в борьбе за ваше здоровье, принимая во внимание мнения, опыт, чувства и состояние друг друга.

Таким образом, данная адаптированная версия профессиональных рекомендаций — это не только упрощенный учебный материал о болезни, но и реальный инструмент, который может улучшить ваше понимание очень серьезной работы, которую вы и команда ваших врачей выполняете, чтобы спасти вашу жизнь и, надеемся, окончательно победить рак.

## **С уважением,**

*Eka Sanikidze (Грузия), Dina Kurdiani (Грузия), Murat Gultekin (Турция),  
Karina Dahl Steffensen (Дания), Esra Urkmez (США), Icó Tóth (Венгрия),  
Birthe Lemley (Дания), Maria Papageorgiou (Греция), Charo Hierro (Испания),  
Pascal Jubelin (Франция), Denis Querleu (Франция)*

---

Несмотря на значительные успехи в скрининге, выявлении и лечении преинвазивных (предраковых) состояний, инвазивный рак шейки матки является пятым по распространенности раком среди женщин Европы. Однако, и в Европе, и во всем мире существуют большие различия в показателях заболеваемости и смертности, а также в выборе тактики лечения рака шейки матки.

---

Европейское общество гинекологов-онкологов (ESGO), Европейское общество лучевой терапии и онкологии (ESTRO) и Европейское общество патологов (ESP) совместно разработали клинически значимые и основанные на доказательствах руководства, охватывающие все стадии рака шейки матки, лечение и последующее наблюдение пациенток с этим диагнозом.

---

Цели рекомендаций – улучшить и стандартизировать ведение пациенток с раком шейки матки в мультидисциплинарной среде. Рекомендации предназначены для онкологов-гинекологов, общих гинекологов, хирургов, онкологов-радиологов, патологов, медицинских и клинических онкологов, радиологов, терапевтов, врачей паллиативной помощи и работников смежных медицинских специальностей.

---

Планирование лечения должно осуществляться на мультидисциплинарной основе (тактика лечения принимается на междисциплинарных консилиумах) и основываться на всестороннем и точном знании прогностических факторов болезни, а также учитывать качество жизни пациентки после проведенного лечения. Пациенток следует детально информировать о предлагаемом плане лечения и возможных альтернативах, включая риски и преимущества всех вариантов. В выборе тактики лечения должны участвовать специалисты по диагностике злокачественных новообразований и специалисты по лечению гинекологического рака.

**Европейское общество гинекологической онкологии (ESGO [www.esgo.org](http://www.esgo.org))**

– ведущая некоммерческая организация, объединяющая профессионалов с целью профилактики и повышения стандартов лечения гинекологического рака. Если вы хотите сделать пожертвование, напишите по адресу [admin@esgo.org](mailto:admin@esgo.org) ваша поддержка будет оценена и признана.

**The European Network of Gynaecological Cancer Advocacy Groups (ENGAGe)**

– это созданная ESGO в 2012 году сеть европейских групп по защите интересов пациенток, сталкивающихся с онкогинекологической патологией, особенно с раком яичников, эндометрия, шейки матки, вульвы и редкими типами гинекологического рака.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

1. Стадирование рака шейки матки.....	7
2. Ведение стадии T1a.....	9
3. Ведение стадии T1b1 / T2a1 .....	10
4. Тактика лечения с сохранением фертильности.....	10
5. Ведение местно-распространенного рака шейки матки .....	13
6. Отдаленные метастазы рака шейки матки .....	14
7. Наблюдение пациенток.....	15
8. Принципы лучевой терапии .....	16
9. Принципы морфологического исследования .....	19
10. Словарь терминов.....	23

## 1. СТАДИРОВАНИЕ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

### *Стадирование согласно рекомендациям FIGO (Международной федерации гинекологии и акушерства) и классификация TNM*

---

Для стадирования рака шейки матки следует пользоваться международной классификацией TNM. TNM – это метод, используемый для определения распространенности первичной опухоли (T), состояния лимфатических узлов (N) и определения системного статуса поражения – наличия отдаленных метастазов (M). TNM выставляется на основании соотношения результатов различных методов (физического осмотра, методов визуализации и патоморфологического исследования) после обсуждения в составе многопрофильной команды врачей.

Все методы, используемые для определения состояния опухоли (T), состояния лимфатических узлов (N) и наличия отдаленных метастазов (M), т.е. данные клинического осмотра, методов визуализации и/или патоморфологического исследования, должны быть задокументированы. Метастазы в лимфатических узлах следует классифицировать в соответствии с классификацией TNM. Клиническая стадия (FIGO) также должна быть указана в диагнозе заболевания (Таблица 1).

**Табл. 1 Стадирование по FIGO и классификация TNM**

Т категория <sup>1</sup>	Стадия по FIGO <sup>2</sup>	Определение
Tx		Первичная опухоль не может быть оценена
T0		Нет доказательств первичной опухоли
T1	I	Карцинома шейки матки ограничена шейкой матки (распространение на тело матки не учитывается)
T1a	IA	Инвазивная карцинома, диагностируется только микроскопически. Стромальная инвазия с максимальной глубиной 5,0 мм при измерении от основания эпителия и горизонтальным распространением 7,0 мм или менее; вовлечение сосудистого, венозного или лимфатического пространства не влияет на классификацию
T1a1	IA1	Стромальная инвазия 3,0 мм или менее и горизонтальное распространение 7,0 мм или менее
T1a2	IA2	Стромальная инвазия более 3,0 мм, но не более 5,0 мм и с горизонтальное распространение 7,0 мм или менее
T1b	IB	Клинически определяемая опухоль шейки матки, или микроскопическое поражение большее, чем T1a2/IA2
T1b1	IB1	Включает все макроскопически видимые поражения, даже с поверхностной инвазией
T1b2	IB2	Клинически определяемая опухоль 4,0 см или менее в наибольшем измерении
T2	II	Карцинома шейки матки, выходящая за пределы матки, но не поражающая стенку таза или нижнюю треть влагалища
T2a	IIA	Опухоль без параметриальной инвазии
T2a1	IIA1	Клинически определяемая опухоль 4,0 см или менее в наибольшем измерении
T2a2	IIA2	Клинически определяемая опухоль более 4,0 см в наибольшем измерении
T2b	IIB	Опухоль с параметриальной инвазией
T3	III	Опухоль, распространяющаяся на боковые стенки таза* и/или на нижнюю треть влагалища и/или вызывающая гидронефроз или нефункционирующую почку
T3a	IIIA	Опухоль, поражает нижнюю треть влагалища, но не распространяющаяся на стенку таза
T3b	IIIB	Опухоль, распространяющаяся на стенки таза и/или вызывающая гидронефроз или нефункционирующая почка
T4	IVA	Опухоль, поражающая слизистую оболочку мочевого пузыря или прямой кишки и/или выходящая за пределы истинного таза (буллезный отек не должен классифицироваться как опухоль T4)
	IVB	Наличие отдаленных метастазов

\* боковая стенка таза определяется как мышечными, фасциальными, сосудисто-нервными структурами, так и скелетной частью костного таза

<sup>1</sup> Union for International Cancer Control (UICC). 8th edition of the UICC TNM classification of malignant tumours (2016).

<sup>2</sup> Pecorelli, S. Revised FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix, and endometrium. Int J Gynaecol Obstet 105, 103-104 (2009); Pecorelli, S., Zigliani, L. & Odicino, F. Revised FIGO staging for carcinoma of the cervix. Int J Gynaecol Obstet 105, 107-108 (2009); Pecorelli, S. Corrigendum to „Revised FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix, and endometrium. Int J Gynaecol Obstet 108, 176 (2010).

## **Местное клиническое и лучевое диагностическое обследование**

---

Гинекологический осмотр и биопсия (удаление части измененной ткани шейки матки для проведения морфологического исследования) с/без кольпоскопии (диагностическая процедура для исследования шейки матки, влагалища и вульвы), являются обязательными компонентами для диагностики рака шейки матки. Для оценки стадии опухолевого процесса в малом тазу и выбора тактики лечения обязательным является магнитно-резонансная томография органов таза (МРТ). Трансвагинальное/трансректальное ультразвуковое исследование тоже может рассматриваться, если оно проводится квалифицированным УЗИ-специалистом. Когда подозреваются поражения мочевого пузыря или прямой кишки по данным МРТ или УЗИ, можно рассмотреть возможность взятия материала из пораженных участков путем биопсии. Биопсию следует проводить эндоскопически с помощью специальных инструментов (цистоскопа и ректоскопа).

Еще одним методом визуализации опухолевого процесса является ПЭТ-КТ.

## **2. ВЕДЕНИЕ СТАДИИ T1A**

Диагноз *рак шейки матки T1a* устанавливается на основании патоморфологического заключения, после проведения конизации (операция, при которой удаляется конусообразный участок ткани шейки матки). Тактика ведения пациентки напрямую зависит от стадии заболевания, которая определяется на основании данных экспертного патоморфологического исследования с точным измерением максимальных двух горизонтальных измерений и глубины стромальной инвазии, состояния краев отсечения, оценки наличия инвазии опухоли в лимфоваскулярное пространство, а так же наличия сопутствующей патологии у пациентки. Петлевая или лазерная конизация предпочтительнее ножевой у женщин, желающих сохранить фертильность. Следует проявлять максимальную осторожность, чтобы получить неповрежденный (нефрагментированный) образец с минимальным тепловым воздействием на ткань. Образец, взятый при конизации, должен быть направлен патологу (патоморфологу). Хирургические края образца после конизации должны быть чистыми (без признаков поражения инвазивным или преинвазивным (предраковым) процессом) (за исключением преинвазивного заболевания эктоцервикса и поражения влагалищной части шейки матки).

### **Ведение пациенток со стадией T1a1**

---

Ведение пациенток со стадией T1a1 должно быть индивидуальным в зависимости от возраста пациентки, желания сохранить фертильность, а также наличия или отсутствия лимфоваскулярной инвазии (проникновения опухоли в лимфоваскулярное пространство, сокращенно LVSI). В случае получения положительных краев (т.е. наличия опухолевых клеток в краях) отсечения (за исключением преинвазивного заболевания эктоцервикса) следует выполнить повторную конизацию шейки матки, чтобы исключить более обширную инвазию или распространение опухолевого процесса.

Процедура стадирования лимфатических узлов может не проводиться у пациенток с T1a1 стадией при отсутствии LVSI, но обязательно проводится при стадии заболевания T1a1 стадии с наличием LVSI. Биопсия сигнальных лимфатических узлов (первый лимфатический узел (узлы) на пути оттока лимфы от опухоли) является приемлемым методом определения статуса лимфатических узлов (без дополнительной системной лимфодиссекции). Конизация шейки матки считается окончательным лечением; гистерэктомия не улучшит исход. Радикальные хирургические подходы, такие как радикальная гистерэктомия (удаление матки) или параметрэктомия (деликатная операция по удалению тканей вокруг шейки матки), будет представлять собой избыточное лечение для пациентов с T1a1 стадией заболевания.

### **Ведение стадии T1a2**

---

У пациенток со стадией T1a2 предпочтительными методами лечения являются только конизация или простая гистерэктомия. Резекция параметриев не показана. Оценка состояния лимфатических узлов может рассматриваться в некоторых случаях у пациенток при отсутствии LVSI, но должна выполняться у пациенток при наличии LVSI. Биопсия сигнальных лимфатических узлов (без выполнения системной лимфодиссекции) является приемлемой методикой стадирования заболевания. Рутинная гистерэктомия не рекомендуется после консервативного лечения стадии T1a.

## **3. ВЕДЕНИЕ СТАДИИ T1B1 / T2A1**

### **Общие рекомендации**

---

Тактика лечения таких пациенток должна быть выбрана таким образом, чтобы постараться исключить комбинацию радикального хирургического вмешательства с лучевой терапией, так как это риск осложнений и смертности. Пациенткам в пременопаузе с плоскоклеточным раком и аденокарциномой обычного типа, ассоциированной вирусом папилломы человека (ВПЧ), могут быть сохранены яичники. Также следует рассматривать возможность двусторонней сальпингэктомии (хирургического удаления маточных труб).

## **4. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ С СОХРАНЕНИЕМ ФЕРТИЛЬНОСТИ**

Пациентки с раком шейки матки на ранней стадии, желающие забеременеть, могут быть кандидатками на органосохраняющее лечение (операцию с сохранением матки) с использованием методов петлевой эксцизии и радикальной трахелэктомии (удаление шейки матки и параметриев). Перед началом лечения с сохранением фертильности рекомендуется проконсультироваться в центре репродуктивного здоровья. Данный вид лечения может быть рекомендован женщинам до 40 лет, которые хотят иметь детей. Лечение проводится исключительно в онкогинекологических центрах, которые имеют обширный опыт в данном виде онкологической помощи. Прогностические факторы,

клиническая стадия и предоперационное обследование не отличаются у пациенток от тех, кто не рассматривает органосохранное лечение.

Каждую женщину, желающую сохранить возможность забеременеть и имеющую гистологически подтвержденную плоскоклеточную карциному или аденокарциному (ВПЧ +) шейки матки менее 2 см в наибольшем измерении, следует проинформировать о возможности операции с сохранением фертильности. Консультация должна в себя включать обсуждение всех возможных онкологических и акушерских рисков, связанных с данным типом лечения. Врач должен рассказать о том, что в случае выявления положительных краев отсечения или наличия метастазов в лимфатических узлах во время операции целесообразно будет выполнить радикальное хирургическое лечение (т.е. удалить матку). Однако органосохраняющее лечение не следует рекомендовать для редких гистологических подтипов рака шейки матки, включая нейроэндокринные карциномы и аденокарциномы, не ассоциированные с ВПЧ инфекцией, которые имеют тенденцию к агрессивному течению. Исключение среди редких опухолей составляет только аденоиднобазальная карцинома.

В предоперационном периоде рекомендуется выполнение экспертной сонографии и/или МРТ органов малого таза, это методы визуализации для измерения оставшейся (после ранее выполненной конусной биопсии) длины шейки матки.

Однако ни один из методов визуализации не может точно определить длину необходимого локального расстояния резекции (адекватного безопасного хирургического отступа), чтобы достичь чистых краев отсечения (без раковых клеток по краю биопсийного материала). Отрицательный статус тазовых лимфатических узлов (отсутствие опухолевых клеток в них) является предпосылкой для сохранения фертильности. Следовательно, определение статуса лимфатических узлов (сигнального лимфатического узла) всегда должно быть первым шагом при выборе тактики органосохраняющего лечения. Использование протокола ультрастадирования для оценки статуса сигнального лимфатического узла настоятельно рекомендуется, поскольку это увеличивает точность диагноза, а именно идентификацию микрометастазов и небольших макрометастазов. Настоятельно рекомендуется интраоперационная оценка любых подозрительных лимфатических узлов, они должны быть отправлены на экспресс-биопсию. Если сигнальный лимфоузел был определен с одной стороны, то следует рассмотреть возможность выполнения системной лимфодиссекции с другой стороны, где он не был обнаружен (см. ведение стадий T1b1/T2a1).

Интраоперационная установка постоянного серкляжа (специальный шов) должна выполняться во время простой или радикальной трахелэктомии, при которой шейка матки удаляется хирургическим путем. Органосохраняющие операции у пациенток с опухолями шейки матки более 2 см не рекомендуется выполнять. В более запущенных случаях следует обсудить другие методики по сохранению фертильности. Цель сохранения фертильности должна заключаться в том, чтобы предложить наиболее эффективный подход, связанный с правовыми аспектами страны, не увеличивая при этом онкологические риски. Любая беременность после органосохраняющей операции должна рассматриваться как беременность с высоким акушерским риском, и роды должны проводиться в перинатальном центре.

После простой или радикальной трахелэктомии с неотъемлемой частью постоянного серкляжа родоразрешение может быть выполнено только путем кесарева сечения. После реализации детородной функции в выполнении простой гистерэктомии нет необходимости.

### ***Ведение пациенток со стадией pT1a1 с положительной или отрицательной LVSI и стадией pT1a2 с отрицательной LVSI, с чистыми краями отступа***

---

Для пациенток со стадией опухоли pT1a1 (независимо от статуса LVSI) и pT1a2 с отрицательной LVSI и чистыми краями отступа после проведения гистерэктомии дополнительное лечение не рекомендуется.

У пациенток после выполнения простой гистерэктомии со стадией опухоли pT1a2 и позитивной LVSI или pT1b1 или pT2a1 необходимо исключить потенциальное наличие/развитие опухолевого процесса в параметриях и лимфатических узлах. Выполнение систематической двусторонней тазовой лимфодиссекции (удаление тазовых лимфатических узлов) должно выполняться в качестве первого шага операции.

Можно рассмотреть возможность интраоперационной оценки тазовых лимфатических узлов. Если в результате интраоперационной оценки лимфатических узлов метастазы не обнаружены, следует выполнить радикальную параметрэктомию с резекцией верхнего отдела влагалища. Тип радикальной параметрэктомии (степень резекции параметриев) должен быть адаптирован к стадии заболевания. Полное описание процесса оперативного лечения, используемого для радикальной параметрэктомии, должно быть представлено в протоколе операции.

### ***Ведение пациенток со стадией pT1b2 и выше или с положительными краями резекции, или с остаточной опухолью, включая поражение лимфатических узлов по данным инструментальных методов исследования***

---

Пациенткам со стадией pT1b2 и выше, с наличием положительных краев резекции или пациенткам с остаточной опухолью, включая пораженные лимфатические узлы, рекомендуется химиолучевая терапия. Следует избегать дальнейшего хирургического вмешательства. Можно рассмотреть также и вопрос об удалении подозрительных тазовых лимфатических узлов.

## **5. ВЕДЕНИЕ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ШЕЙКИ МАТКИ**

### ***Стадия T1b2 / T2a2 с отрицательным статусом лимфатических узлов по данным инструментальных методов исследования***

---

Радикальная гистерэктомия является альтернативным вариантом лечения, особенно у пациенток без отрицательных факторов риска (комбинация размера опухоли, LVSI и/или глубины стромальной инвазии). Однако качество хирургического вмешательства, как при параметрэктомии, так и лимфодиссекции, имеет ключевое значение при лечении опухолей больших размеров. В качестве первого шага рекомендуется интраоперационная оценка состояния лимфатических узлов (экспресс-биопсия подозрительных лимфоузлов). Если вовлечение лимфатических узлов обнаруживается во время операции, включая макрометастазы или микрометастазы, следует избегать дальнейшего удаления тазовых лимфатических узлов и радикальной гистерэктомии, а пациенток следует направлять на химиолучевую терапию и брахитерапию по радикальной программе.

Удаление парааортальных лимфатических узлов, по крайней мере, до нижней брыжеечной артерии, может рассматриваться для стадирования. Если интраоперационная оценка лимфатических узлов не проводилась, следует рассмотреть выполнение системной тазовой лимфатической диссекции.

Рекомендуется выполнять радикальную гистерэктомию типа C2. В целом вовлечение лимфатических узлов в процесс определяет дальнейшее решение об удалении тазовых лимфатических узлов и выполнения радикальной гистерэктомии.

### ***Стадия T1b2/T2a2 и положительные лимфатические узлы по данным инструментальных методов исследования***

---

Химиолучевая терапия и брахитерапия по радикальной программе однозначно рекомендуются пациенткам с установленным поражением тазовых лимфатических узлов, обнаруженных при обследовании.

### ***Ведение пациенток на стадии T2b, T3a/b, T4a***

---

Рекомендуется химиолучевая терапия и брахитерапия по радикальной программе. Радиосенсибилизация проводится препаратами на основе платины. Можно рассмотреть вопрос об удалении подозрительных тазовых лимфатических узлов. Экзентерация таза – это вариант в отдельных ограниченных случаях с опухолями стадии T4N0M0.

## 6. ОТДАЛЁННЫЕ МЕТАСТАЗЫ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Пациентки с отдаленными метастазами при обращении должны пройти полный спектр обследований для оценки стадии заболевания, а также оценки общего состояния. Это делается с целью определения правильного метода лечения, включая назначения поддерживающей терапии.

Для пациенток с наличием метастазов в надключичных лимфатических узлах, как единственным местом определяемых отдаленных метастазов, в качестве лечения может рассматриваться химиолучевая терапия. Алгоритм лечения может включать дополнительную химиотерапию.

Адьювантная химиотерапия может рассматриваться в случаях с высоким риском рецидива, например, при наличии положительных краев отсечения, при поражении лимфатических узлов или при опухолях с положительной LVSI.

### *Паллиативное лечение*

---

Рекомендации по паллиативному лечению должны быть сделаны только после тщательного изучения каждого конкретного случая заболевания специализированной многопрофильной командой врачей. А также должны учитываться социальный статус пациентки, сопутствующие заболевания, симптомы основного заболевания и пожелания самой пациентки. Специалист по паллиативной помощи должен принимать активное участие в консилиуме.

В настоящее время не существует стандартной химиотерапии второй линии, и для таких пациенток следует рассматривать вариант участия в клинических исследованиях. У пациенток с выраженными симптомами основного заболевания (рвота, боль и т.д.) паллиативное лечение следует подбирать в зависимости от клинической ситуации.

## 7. ДАЛЬНЕЙШЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ

**Основные цели наблюдения за пациентками с диагностированным раком шейки матки должны включать:**

- Раннее выявление рецидивов заболевания
- Обучение и поддержка пациенток
- Реабилитация после перенесенного заболевания с целью предотвращения и уменьшения психосоциальных, физических, социальных и экзистенциальных последствий болезни и его лечения, начиная с момента постановки диагноза. Усилия должны оптимизировать физические возможности организма и качество жизни женщин с диагнозом *рак шейки матки*, и включать членов семьи/лиц, обеспечивающих уход за пациентками. Пациенткам должны быть доступны консультации различных специалистов, например, психолога, сексолога, физиотерапевта, диетолога и т.п.
- Оценка долгосрочных результатов в случае применения новых стратегий лечения

**Контроль качества лечения при каждом посещении должен включать следующее:**

- Анамнез болезни (включая выявление соответствующих симптомов)
- Медицинский осмотр (включая осмотр в зеркалах и бимануальное обследование органов малого таза)
- Оценка врачом осложнений с использованием общепринятых шкал нежелательных явлений
- Профилактика и лечение побочных эффектов, связанных с болезнью и его лечением, например, сексуальной дисфункции (консультирование, вагинальные смазки, расширители, местный эстроген). В случае появления дополнительных симптомов, связанных с лечением, следует рассмотреть возможность направления к узкому специалисту (гастроэнтерологу, урологу, гинекологу). Пациентки должны быть проинформированы о симптомах потенциального рецидива и потенциальных отдаленных нежелательных эффектах лечения. Пациенток также следует проконсультировать по вопросам сексуального здоровья, адаптации к новому образу жизни, особенностям питания, физических упражнений, ожирения, лимфатического отека и отказа от курения.

## 8. ПРИНЦИПЫ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ

Лечение пациенток без хирургического вмешательства включает в себя лучевую терапию с радиосенсибилизацией (на основе препаратов платины) и брахитерапию или только дистанционную лучевую терапию на малый таз в комбинации с брахитерапией. Общее время лечения до его завершения рекомендуется не превышать 7–8 недель. Следует избегать отсрочки лечения и/или перерывов в лечении.

ДЛТ (дистанционная лучевая терапия) — это рекомендуемый минимум лечения в качестве конформной 3D-техники облучения. Предпочтительным лечением является лучевая терапия с модуляцией интенсивности дозы (IMRT) из-за более конформного ее распределения, которое максимально щадит органы, подверженные риску. ДЛТ применяется в качестве основного компонента химиолучевой терапии с общей дозой 45–50 Гр (1,8 Гр на фракцию) и сопутствующей радиосенсибилизирующей химиотерапией одним агентом, предпочтительно цисплатином (40 мг/м<sup>2</sup> еженедельно), таким образом, чтобы не прерывать лучевую терапию. Если применение цисплатина неприемлемо, то альтернативными вариантами лечения являются фторурацил (5FU) или карбоплатин.

ДЛТ также может применяться без сопутствующей химиотерапии в соответствии с выбранным лечением (в случае если пациентки не перенесут данный вид лечения). В таких случаях можно рассмотреть возможность локальной гипертермии. Облучение первичного опухолевого очага и зон регионарного метастазирования проводится с использованием конформной 3D IMRT-техники облучения и должно в себя включать зону первичной опухоли шейки матки с прилегающими тканями, такими как параметрии, тело матки, верхняя часть влагалища, а также тазовые лимфатические узлы (запирательные, внутренние, внешние и общие подвздошные, пресакральные). В случае поражения тазовых лимфатических узлов (группа общих подвздошных) ДЛТ может включать парааортальную область вплоть до почечных сосудов (45 Гр) (лучевая терапия расширенными полями).

В случае поражения парааортальных лимфатических узлов зона облучения должна быть расширена до почечных сосудов в обязательном порядке. У пациенток со стадией заболевания T1b1 низкого и среднего риска (отрицательными лимфатическими узлами по данным инструментальных методов обследования и первичной опухоли без LVSI) возможно рассмотреть уменьшение размеров полей облучения (поля, не включающие группу общих подвздошных лимфоузлов).

Альтернативный вариант лечения для этих стадий заболевания - хирургическое удаление увеличенных узлов. Лучевая терапия с визуальным контролем по изображению (IGRT) рекомендуется для IMRT-техники облучения с целью обеспечения

безопасного применения дозы в зонах облучения (этот метод позволит достичь уменьшения негативного влияния на органы, которые подвержены риску). Общее время лечения рекомендуется не превышать более чем 5–6 недель.

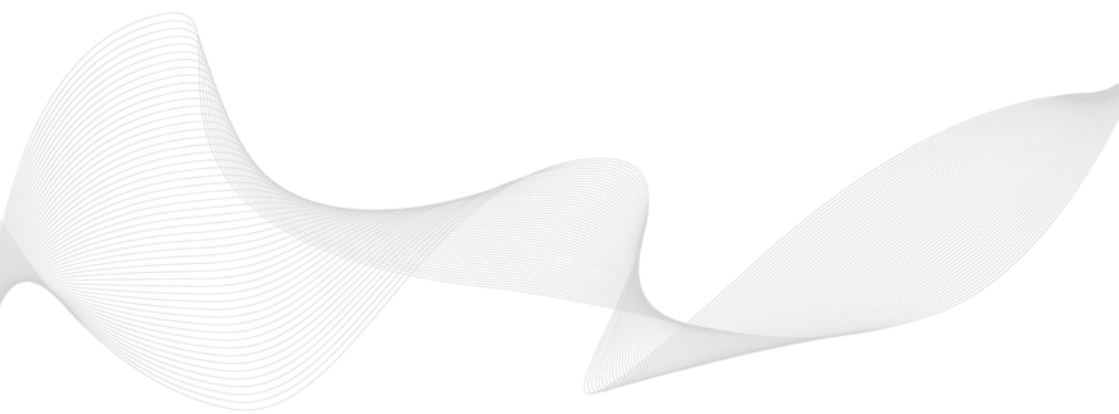
Рекомендуется адаптивная брахитерапия под визуальным контролем (IGABT), предпочтительно с использованием МРТ во время брахитерапии. IGABT назначается в конце лечения. Повторное гинекологическое обследование является обязательным, также могут использоваться альтернативные методы визуализации, такие как КТ и УЗИ. Внутриполостная и комбинированная внутриполостная/интерстициальная брахитерапия должна проводиться под анестезией. Аппликатор для брахитерапии должен состоять из маточного манипулятора и вагинального компонента (шара/кольца/комбинированной формы).

В вагинальном компоненте аппликатора имеются отверстия для прямого или наклонного ввода иглы в параметрий. В случае значительной остаточной опухоли в параметрии (как и в любой внецервикальной области, например, во влагалище, теле матки, прилегающем органе), этот компонент должен стать частью области облучения. Рекомендуются выполнения 3D объёмного планирования с целью точечного ограничения дозы для прямой кишки, мочевого пузыря, влагалища и других смежных органов. Брахитерапию следует проводить в виде нескольких фракций дозой высокой мощности (обычно 3-4) или 1-2 фракции в виде импульсной брахитерапии.

При больших опухолях брахитерапию следует начинать в течение последних 1–2 недель химиолучевого лечения или после его окончания. При опухолях ограниченного размера брахитерапию можно начинать раньше, во время химиолучевой терапии. Для зон облучения, связанных с опухолью (GTV-Tres, CTV-Thr, CTV-Tir), использование дистанционной лучевой терапии для введения дополнительной дозы (например, параметрическое усиление (boost) и boost на шейку матки) не рекомендуется, даже при использовании передовой технологии ДЛТ (например, стереотоксической лучевой терапии). Следует позаботиться о повышении комфорта пациентки во время проведения брахитерапии.

Адьювантная лучевая терапия или химиолучевая терапия следует аналогичным принципам для выбора цели, дозы фракционирования, как указано для радикального лечения. Следует также рассмотреть возможность применения IMRT и IGRT для снижения побочных эффектов, связанных с лечением. Адьювантную брахитерапию следует рассматривать только в том случае, если четко определена ограниченная область с опухолью  $\bar{n}$  доступная для проведения брахитерапии и у пациенток имеется высокий риск местного рецидива (например, во влагалище или параметрии). Такая тактика лечения должна соответствовать основным принципам лучевой терапии, которые были изложены выше.

Если IMRT и/или IGABT недоступны, рекомендуется использовать 3D-конформную лучевую терапию на малый таз с сопутствующей химиолучевой терапией (на основе платины) ± парааортальная зона ± брахитерапия, основанная на 2D-рентгенографии. В случае трехмерной конформной лучевой терапии и/или брахитерапии на основе рентгенографии рекомендации по ДЛТ в отношении целевых очагов, дозы, фракционирования и общего времени лечения, следует соблюдать в максимально возможной степени, как указано выше. Применяется последовательное увеличение дозы для воздействия на лимфатические узлы по мере необходимости после завершения 3D-конформной лучевой терапии. Целью планирования при брахитерапии должна быть точка А. Доза в точке А  $\geq 75$  Гр (EQD2) при адаптивной схеме с ограниченной шириной ( $\leq 3$  см) и должна быть нацелена на более высокие дозы при адаптивной схеме с большей шириной ( $> 4$  см). Кроме того, доза для максимальной ширины адаптивной схемы должна быть расписана подробно. Ограничение дозы, основанное на рентгенографии, плюс ограничение дозы при 3D-планировании, если таковое имеется, – для прямой кишки, мочевого пузыря, влагалища, сигмовидной кишки и кишечника, должны быть основаны на клинических данных каждого конкретного случая.



## 9. ПРИНЦИПЫ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Информация о пациентке, предыдущее цитологическое исследование шейки матки, гистологические образцы опухоли, клинические и радиологические данные, а также результаты кольпоскопии должны быть описаны в бланке направления на морфологию, который отправляется патологу. Подробная информация о цитологии, образце опухоли, виде хирургического лечения (конус/петля, трахелэктомия, тип гистерэктомии, наличие яичников и маточных труб, наличие лимфатических узлов, обозначение местоположения удаленных лимфатических узлов, наличие влагалищной манжеты и наличие параметрия) необходимо указать в бланке биопсийного материала.

Биопсийный материал и образцы тканей после хирургического лечения следует отправлять в патологоанатомическое отделение в емкости с жидким фиксатором. Цитологические образцы необходимо отправить в патологоанатомическое отделение либо как мазок (цитология на четко обозначенном и идентифицируемом слайде с именем пациентки и датой рождения) или в виде жидкостной цитологии. Последнее необходимо для проведения теста на ВПЧ. В идеале образцы тканей конусной/петлевой биопсии следует отправлять неповрежденными с наложением швов, чтобы идентифицировать положение «12 часов» условного циферблата.

Небольшие образцы биопсийного материала следует пронумеровать и измерить. Также следует определить диаметр опухоли в двух плоскостях (горизонтальной и вертикальной) и измерить ее глубину в тканях. Качество образца ткани (неповрежденный или фрагментированный) должно быть указано в направлении к патологу. Если получено более одного образца ткани, в каждом из них также следует определить диаметр опухоли в двух плоскостях (горизонтальной и вертикальной) и измерить ее глубину. Нанесение чернил на хирургические края отсечения обязательно. Конус/петля должна выполняться по всем существующим стандартам. Все представленные образцы тканей должны быть последовательно перечислены. Это важно, поскольку, если опухоль присутствует более чем в одном фрагменте, необходимо знать, являются ли они последовательными частями и, следовательно, единственной опухолью, или представляют собой мультифокальное поражение. Также рекомендуется помещать только один образец ткани в отдельную (каждую) кассету, баночку.

Вид хирургического лечения (конус/петля, трахелэктомия, тип гистерэктомии, наличие яичников и маточных труб, наличие лимфатических узлов, обозначение местоположения удаленных лимфатических узлов, наличие влагалищной манжеты и наличие параметрия) необходимо указать в бланке направления на патоморфологическое исследование. Наличие каких-либо серьезных отклонений в каком-либо органе необходимо задокументировать. Размеры матки при гистерэктомии

и размеры шейки матки при трахелэктомии должны быть задокументированы. Также необходимо описать минимальную и максимальную длину вагинальной манжеты. Размеры параметриев должны быть указаны в двух измерениях (вертикальном и горизонтальном). Вовлечение в опухолевый процесс параметриев, влагалища, тела матки или других органов должно быть подробно описано. В случае если опухоль в шейке матки вовлекает участок влагалища и/или параметриев, подозрительные участки должны быть взяты на исследование с указанием их размеров и отправлены к патологу. Ткани параметриев и вагинальные ткани должны быть подписаны.

Параметрии следует отправить на гистологическое исследование. Верхний участок ткани края отсечения при трахелэктомии должен быть закрасен. Верхний край образца трахелэктомии должен быть взят полностью таким образом, чтобы продемонстрировать расстояние от опухоли до края. Должен быть сделан полный радиальный срез края влагалища, если опухоль сразу не видна глазом (не определяется визуально). Когда опухоль небольшая (для опухолей, которые невозможно идентифицировать макроскопически), шейку матки следует отделить от тела матки, вскрыть и обработать как образец после конуса/петли. В случае наличия большой опухоли в образце удаленных тканей (после гистерэктомии или трахелэктомии) орган следует разрезать в сагиттальной плоскости (т.е. разделяя на левую и правую часть).

Макроскопические опухоли следует измерять в трех измерениях, а именно в два размера в горизонтальной и вертикальной плоскости и глубину проникновения опухоли в ткани. Локализацию опухоли в шейке матки следует задокументировать. Необходимо взять образец опухоли шейки матки, чтобы продемонстрировать максимальную глубину проникновения опухоли в ткани, соотношение опухоли с краями отсечения и распространение на другие органы и ткани. Если видно место предыдущей биопсии/конуса, это должно быть задокументировано.

Дополнительные участки биопсии, в том числе часть шейки матки, прилегающей к опухоли, следует взять на исследование, чтобы продемонстрировать степень поражения. Вся шейка матки должна быть взята на исследование в случае небольшой опухоли или если макроскопическая опухоль не идентифицирована. Тело матки, влагалище и придатки должны быть взяты на исследование в соответствии со стандартами. Если тело матки и/или придатки поражены, необходимо взять дополнительные срезы. Также следует взять на исследование весь край влагалища. Все лимфатические узлы должны быть отправлены на гистологическое исследование и изучены.

## **Патоморфологическая оценка сигнальных лимфатических узлов**

Интраоперационная оценка лимфатических узлов должна выполняться с особой настороженностью, поскольку подтверждение поражения лимфатических узлов опухолью приведет к отказу от гистерэктомии или трахелэктомии. Для интраоперационной оценки сигнальные лимфатические узлы необходимо отправить в патологоанатомическое отделение в контейнере без жидкого фиксатора. Для лимфатического узла с явной крупной опухолью достаточно одного среза для замороженного образца. Замороженный срез может быть совмещен с цитологическим мазком отпечатком. Любой подозрительный сигнальный лимфоузел следует разрезать пополам (если он маленький) или нарезать толщиной 2 мм и сделать из этого материала замороженные срезы. Каждый образец должен быть тщательно изучен. После анализа замороженных срезов ткань помещают в кассету, фиксируют жидким фиксатором, а затем обрабатывают и заливают парафином. Полученные препараты с сигнальными лимфатическими узлами должны быть полностью проанализированы путем изучения множества срезов на разных уровнях с окраской гематаксилин/эозином.

Иммуногистохимическое исследование с цитокератиновым профилем обязательно для всех полученных препаратов (цитокератины – это белковые компоненты, присутствие которых свидетельствует о некоторых типах опухолей). Для обнаружения микрометастазов и изолированных опухолевых клеток иммуно-гистохимическое исследование следует дополнить антителами к панцитокератину (например, AE1/AE3). Описание образца(ов) тканей, отправленных на гистологическую оценку, должно включать макроскопическое описание (биопсия, петля/конус, трахелэктомия, гистерэктомия), включая размеры образца (три измерения), количество кусочков ткани для петлевой/конусной биопсии, а также максимальную и минимальную длину вагинальной манжеты и параметриев в двух измерениях. При наличии мультифокального поражения следует описывать и измерять каждую опухоль отдельно, а для определения стадии опухолевого процесса следует использовать самую крупную опухоль. Образцы после диагностической конизации и последующей лечебной конизации, трахелэктомии или гистерэктомии должны быть соотнесены с оценкой размера опухоли. Это важно, потому что разные образцы ткани могут быть описаны в разных медицинских учреждениях. Также следует понимать, что простое суммирование максимального размера опухоли в отдельных образцах могут значительно завышать реальный ее размер.

## **Требования к отчету о патоморфологическом исследовании:**

---

- Гистологический тип опухоли и стадия опухолевого процесса.
- Наличие или отсутствие LVSI.
- Сопутствующая патология (плоскоклеточное интраэпителиальное поражение/цервикальная интраэпителиальная неоплазия, аденокарцинома *in situ*, многослойное внутриэпителиальное поражение, продуцирующее муцин).
- Минимальное расстояние до невовлеченной стромы шейки матки.
- Статус краев отсечения (инвазивные и преинвазивные заболевания).
- Состояние лимфатических узлов, включая состояние сигнальных лимфатических узлов, общее количество удаленных лимфоузлов, количество пораженных лимфатических узлов и наличие экстранодального распространения.
- Микрометастазы (от 0,2 до 2 мм) обозначаются как pN1. Изолированные опухолевые клетки размером не более 0,2 мм в регионарных узлах следует указывать как pN0.
- Патоморфологически подтвержденные отдаленные метастазы.
- Предварительная патоморфологическая стадия заболевания/мультидисциплинарный консилиум (8-е издание AJCC).

## 10. СЛОВАРЬ ТЕРМИНОВ

**Двусторонняя сальпингэктомия** – хирургическое удаление маточных труб.

**Брахитерапия** – лечение рака путем непосредственного введения радиоактивных имплантатов в ткань.

**Стадирование рака** – процесс регистрации стадии злокачественной опухоли у пациентки, включая местоположение и степень распространения процесса. Постановка стадии осуществляется по двум широко используемым классификациям (FIGO и TNM).

**Химиолучевая терапия** (также лучевая терапия с радиосенсибилизацией/радиохимиотерапия) – лечение рака, сочетающее химиотерапию и лучевую терапию одновременно или одну за другой.

**Клинически значимые** – результаты исследования, имеющие научное обоснование. Клинически значимые результаты рассматриваются для применения на практике.

**Расширитель (дилататор)** – инструмент, который что-то расширяет; используется, например, при лечении сексуальных дисфункций.

**Рекомендации ESGO** – клинические рекомендации ESGO представляют собой набор критериев, которые медицинские работники должны использовать при диагностике, ведении и лечении гинекологического рака. Целью разработки клинических руководств является стандартизация ухода за пациентами с такими типами рака. Узнайте больше на сайте: <https://www.esgo.org/explore/guidelines/>.

**Доказательная база** – использует результаты текущих исследований для формирования практического подхода к лечению.

**FIGO** (The Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique) – Международная Федерация Гинекологии и Акушерства), широко известная как «FIGO». Ее система широко используется для определения стадии рака.

**Гипертермия** (также термальная терапия, термотерапия) – вид лечения рака, при котором ткань подвергается воздействию тепла, чтобы убить или повредить раковые клетки.

**Loop/LEEP** – процедура удаления аномальных клеток шейки матки с помощью электрического провода, петли. LEEP расшифровывается как «процедура электрохирургического петлевого иссечения».

**Лимфедема** (также называемая лимфостазом) – избыток жидкости в мягких тканях приводит к закупорке (блоку) лимфатической системы. Это может произойти после лимфаденэктомии, хирургического удаления лимфатических узлов, облучения.

**Инвазия лимфоваскулярного пространства или LVSI** (также лимфоваскулярная инвазия) – когда рак поражает кровеносные сосуды, лимфатическую систему.

**Макрометастазы** – относительно большие метастазы.

**Микрометастазы** – очень маленькая опухоль (или просто скопление раковых клеток), являющаяся слишком маленькой, чтобы ее можно было обнаружить при визуальном исследовании.

**Междисциплинарность** – команда из специалистов здравоохранения разных областей, например, онкологи, физиотерапевты, социальные работники, психиатры, диетологи и т.д.

**Параметрэктомия** – деликатная операция по удалению параметрия, ткани, которая соединяет шейку матки и мочевого пузыря.

**Экзентерация таза** – радикальная операция по удалению всех органов в области таза, включая мочевой пузырь, уретру и прямую кишку. Пациенткам, которые перенесли тазовую экзентерацию, потребуется отведение мочи и колостомия.

**Предраковое (преинвазивное) поражение шейки матки** – наличие аномальных клеток в области шейки матки, из которых может развиваться рак.

**Прогнозирующий фактор** – фактор, который может повысить риск заболевания определенной болезнью, а также фактор, который может предсказать, насколько хорошо организм пациентки может отреагировать на специфическое лечение.

**Прогностический фактор** – фактор, который может указывать на шанс выздоровления.



***ENGAGe благодарит авторов, участников,  
и членов Исполнительной Группы ENGAGe  
за их работу и постоянную доступность.***

*ENGAGe благодарит Екатерину Плетнёву (Беларусь) за перевод текста на русский язык, врача-онколога-хирурга, к.м.н, врача высшей квалификационной категории, с 2012 по 2021 гг. старшего научного сотрудника лаборатории онкогинекологии хирургического отдела РНПЦ ОМР им. Н.Н.Александрова Андрея Плетнёва (Беларусь) и врача-онколога-хирурга, с 2013 по 2021 гг. научного сотрудника лаборатории онкогинекологии хирургического отдела РНПЦ ОМР им. Н.Н.Александрова Александра Шушкевича (Беларусь) за медицинское сопровождение данных рекомендаций.*



**Контакты ENGAGe:**

---

*<http://engage.esgo.org/>*

*[engage@esgo.org](mailto:engage@esgo.org)*

*Facebook: <https://www.facebook.com/engage.esgo>*

*ENGAGe рекомендует обратиться к пациентской организации в Беларуси!*

**Контактная информация социально-просветительского учреждения «Центр поддержки онкопациентов «Во имя жизни» (Беларусь)**

---

*Webpage: <https://oncopatient.by>*

*E-mail: [oncopatient.by@gmail.com](mailto:oncopatient.by@gmail.com)*

*Facebook: <https://www.facebook.com/oncopatient>*



Access the full ESGO Guidelines



ESGO Office  
7, Rue François-Versonnex  
1211 Geneva 6, Switzerland  
Email: [adminoffice@esgomail.org](mailto:adminoffice@esgomail.org)  
[www.esgo.org](http://www.esgo.org)