

# Минимальные рекомендации по диагностике, стадированию и лечению рака шейки матки (на основе стандартов FIGO-IGCS)

Кайрбаев М.Р.

В настоящее время в развитых странах мира достигнуты значительные успехи в профилактике, ранней диагностике и лечении рака шейки матки (РШМ). Связано это главным образом с тем, что в отличие от других онкологических заболеваний, заболеваемость РШМ хорошо поддается контролю, поскольку заболевание имеет ясную этиологию, четкую и, часто, длительную предраковую стадию, и явную тенденцию к местному распространению. Так, в Австралии с внедрением скрининговой программы в 1994 году удалось снизить заболеваемость почти в 2 раза – с 13,2 до 6,9 на 100 тыс. женского населения, при этом по данным Института здоровья Австралии смертность от РШМ снизилась с 4,0 до 1,9 (1).

Таким образом, если развитые страны научились контролировать заболеваемость и смертность от РШМ, то большая часть мира все еще на пути к этому. И данные статистики ВОЗ подтверждают это: к примеру, в 2005 году было зарегистрировано более 500 000 тысяч новых случаев заболевания и 90% из них принадлежали странам с развивающейся экономикой. В том же, 2005 году 260 000 женщин умерло от этого заболевания и около 95% – в развивающихся странах, причем большинство с неподтвержденным диагнозом и отсутствием доступа к адекватному лечению, которое могло бы продлить их жизнь.

В Республике Казахстан на конец 2007 года под наблюдением онкологов находилось 9269 женщин, взято на учет 1233 новых случая и зарегистрирован 631 смертельный исход от этого заболевания (Арзыкулов Ж.А., Сейтказина Г.Д., Махатаева А.Ж., Сейсенбаева Г.Т. 2008).

Современная концепция программы по улучшению ситуации по РШМ по опыту развитых стран основана на трех основных положениях: 1 – первичная профилактика (здоровый образ жизни с исключением возможных факторов риска, вакцинация определенных групп населения<sup>1</sup>), 2 – вторичная профилактика (качественный и хорошо организованный скрининг женского населения<sup>2</sup>), 3 – внедрение единых для всех современных протоколов диагностики и лечения инвазивного РШМ). Мы убеждены, что только такой комплексный подход позволит нам достоверно снизить заболеваемость и смертность от РШМ в нашей стране.

В данной публикации мы постарались осветить основные принципы стадирования и лечения РШМ, которые помогут практикующим специалистам онкогинекологами в решении их повседневных клинических задач.

В подготовке данных материалов использованы рекомендации по стадированию и лечению FIGO<sup>3</sup>-IGCS<sup>4</sup>, которые являются общепринятыми во всем мире и имеют под собой мощную доказательную базу<sup>5</sup>.

## Стадирование РШМ.

Впервые стадирование с целью определения распространенности опухолевого процесса было применено Немецким обществом гинекологов в 1923 году при РШМ. Главным образом это было необходимо для того, что сравнивать результаты хирургического лечения и радиотерапии. В 1928 году Радиологическим Советом при Онкологическом Комитете Организации Здравоохранения Лиги Наций в Женеве была определена возможность и обоснована

необходимость использования единой классификации для сравнения результатов лечения между различными клиниками в разных странах. Данный документ вышел в свет впервые в 1929 году, но он не был совершенен. Последующие пересмотры классификации позволили выпустить 3 издания по результатам лечения РШМ – в 1937, 1938 и 1939 году, куда вошли отчеты 5 крупных европейских клиник, но вторая мировая война помешала продолжению работ в данном направлении и только в 1945 году под руководством профессора Хеймана из радиологического института Швеции работа была продолжена, которая была завершена в 1950 году на очередном конгрессе FIGO в Нью-Йорке, где после множества консультаций с комитетом международных экспертов была принята «Международная система стадирования карциномы шейки матки». Тогда же было принято решение о настоятельном ее использовании всеми специалистами, практикующими в этой области. Более того, комитетом экспертов в 1952 году была впервые разработана и классификация TNM для РШМ, которая в настоящее время является неотъемлемой частью стадирования при хирургическом лечении рака любой локализации.

С 1958 года FIGO начала спонсировать международный сборник результатов лечения гинекологического рака и в 1961 году 12 издание вышло уже под патронажем этой авторитетной организации. Следующий, 27 сборник будет опубликован и представлен на очередном конгрессе в 2009 году в ЮАР.

Таким образом, при определении распространенности процесса, в частности РШМ, все гинекологи во всем мире должны придерживаться и Правил стадирования, которые являются неотъемлемой составляющей «Международной системы стадирования карциномы шейки матки».

## Правила стадирования РШМ.

1. Клинико-диагностическое стадирование FIGO (приложение 1). Стадирование рака шейки матки основано исключительно на клинической оценке, поэтому необходимо тщательное клиническое обследование абсолютно во всех случаях, в некоторых случаях в условиях анестезии. Следует помнить, что клиническая стадия не меняется в зависимости от последующих диагностических находок. При сомнении в выборе стадии, предпочтение отдается в пользу меньшей стадии. Для стадирования используются следующие методы обследования:

1) Стадирование FIGO основано на использовании исключительно клинических данных (данные осмотра и кольпоскопии), рентгенографии грудной клетки, внутривенной урографии, биопсии и кюретажа цервикального канала и полости матки.

2) Цистоскопия и ректоскопия могут использоваться для клинического стадирования, при подозрении на прорастание: морфологическое подтверждение обязательно!

3) Лимфография, КТ, МРТ, ПЭТ, лапароскопия не могут быть использованы для клинического стадирования.

4) При выявлении патологических изменений на внутривенной урографии случай должен быть отнесен к стадии IIIB.

5) Региональными лимфатическими узлами для шейки матки являются парацервикальные, параметральные, подчревные, запирательные, внутренние, наружные и общие подвздошные, пресакральные, сакральные.

6) Находки, обнаруженные при дополнительных методах обследования, таких как лапароскопия, ультразвуковое исследование, КТ, МРТ, ПЭТ ценны для выбора метода лечения, но в связи с тем, что они не везде выполняются и интерпретация их зависит от квалификации врача, они не используются для клинического стадирования и их данные не меняют стадию заболевания.

## 2. Патоморфологическое (хирургическое) стадирование TNM (приложение 1).

Данные, полученные при тщательном морфологическом исследовании тканей, удаленных во время операции должны быть использованы для наиболее точной оценки распространенности процесса. Эти находки не позволяют вносить изменения в клиническую стадию, но должны быть использованы и отражены в протоколе патоморфологического стадирования (приложение 2). Для этих целей используется номенклатура TNM. Иногда РШМ может быть случайной находкой после гистерэктомии по иным показаниям – в подобных случаях клиническое стадирование не может быть проведено и эти случаи не включаются в терапевтическую статистику, но желательно, чтобы они сообщались отдельно. Первоначально установленная стадия не меняется при возникновении рецидива.

Сопоставление результатов лечения между клиниками и различными методами лечения возможно только при тщательном соблюдении всех правил стадирования.

## 3. Особенности стадирования.

Стадия 0 выставляется в случаях, когда поражается вся толща эпителия клетками с дисплазией, но без признаков инвазии в строму.

Диагноз стадий IA1 и IA2 основывается исключительно на данных микроскопического исследования удаленных тканей (биопсийного материала – предпочтительно конуса шейки матки, который должен захватывать весь пораженный участок). Глубина инвазии не должна быть > 5 мм от базальной мембраны либо от поверхности железы, из которой исходит образование. Горизонтальное распространение не должно превышать 7 мм. Наличие васкулярной и/или лимфатической инвазии не повышает стадию заболевания, но должно отражаться в диагнозе, поскольку может повлиять на выбор метода лечения в будущем. Большие по размеру образования, видимые глазом, стадируются как IB. Как правило, невозможно оценить на глаз, имеется ли распространение на тело матки. Поэтому распространение на тело матки, подозреваемое клинически не должно приниматься в расчет. Пациенты с распространением опухоли по направлению к стенке таза, которое определяется в виде короткого уплотненного участка, должны стадироваться как IIB. При клиническом стадировании невозможно достоверно оценить является ли укорочение влагалищных сводов и плотная инфильтрация в параметрии действительно опухолевой или воспалительной природы. Третья стадия выставляется тогда, когда имеется инфильтрация до костей таза, либо непосредственный рост опухоли достигает костей таза. Наличие гидронефроза или нефункционирующей почки является следствием стеноза мочеточников опухолью и в таких случаях выставляется III стадия, даже если по данным других методов исследования опухоль может быть отнесена к I или II стадии. Наличие буллезного отека не дает оснований отнести заболевание к IV стадии. Выдающиеся в просвет мочевого пузыря образования в виде гребней и борозд часто являются следствием вовлечения в опухолевый рост подслизистого слоя мочевого пузыря. Наличие опухолевых клеток в смывах с мочевого пузыря требует дополнительного морфологического ис-

следования для отнесения случая к стадии IVA.

## 4. Скрининг рака шейки матки.

ВОЗ не рекомендует проводить скрининг в возрастных группах моложе 25, в связи с тем, что частота рака шейки матки в данной группе невысокая и лиц старше 65 лет. Женщины могут быть исключены из скрининга по достижении 65 лет в случае, если 2 предшествующих цитологических исследования были нормальными.

Приемлемый интервал для скрининга по рекомендации ВОЗ составляет от 1 до 5 лет. Однако необходимо отметить более высокую частоту инвазивного рака шейки матки у женщин при интервале скрининга более 3 лет.

В большинстве стран мира согласно рекомендациям ВОЗ для интерпретации цитологических данных применяется Терминологическая система Бетesda (Terminology Bethesda System), последний пересмотр которой состоялся в 2001 году. Данная система оценки цитологических данных считается наиболее адаптированной для клиницистов. Преимущество данной системы заключается в возможности унификации диагноза, тактики лечения и наблюдения за пациентами (приложение 3).

## Рекомендации по ведению обследованных групп

1. Очередное обследование в установленные сроки: при отрицательных результатах Пап-теста

2. Необходимо повторить забор материала при неадекватности материала.

3. Тактика при LSIL: кольпоскопия.

если по данным кольпоскопии и биопсии нет CIN, показано повторное цитологическое исследование в сроки 6 и 12 месяцев, при выявлении ASC-US или более тяжелого поражения – повторная кольпоскопия и биопсия.

возможно наблюдение с повторным обследованием в сроки 6 и 12 месяцев, при выявлении ASC-US или более тяжелого поражения – повторная кольпоскопия и биопсия.

4. Тактика при ASCUS:

наблюдение и повторное цитологическое исследование через 6 и 12 месяцев; если сохраняется ASC-US или утяжеление, необходимо проведение кольпоскопии.

при наличии теста на ВПЧ: производится тест на ВПЧ высокого риска:

- отрицательный тест на ВПЧ – очередное цитологическое исследование выполняется через 12 месяцев

- положительный тест на ВПЧ – очередное цитологическое исследование выполняется через 6 и 12 месяцев, если сохраняется ASC-US или имеется утяжеление, необходима кольпоскопия. В отдаленные сроки используется повторные тесты на ВПЧ высокого риска.

5. Тактика при HSIL:

кольпоскопия

если при кольпоскопии и биопсии нет CIN, необходим повторный пересмотр первичных стеклопрепаратов, повторная кольпоскопия и прицельная биопсия.

если при пересмотре подтверждается HSIL, необходима лечебно-диагностическая эксцизия шейки матки (процедуры типа электроэксцизии зоны трансформации не рекомендуются при беременности).

6. Тактика при AGC:

кольпоскопия.

кольпоскопия должна сочетаться с забором материала для биопсии из цервикального канала.

у женщин с соответствующей симптоматикой и у женщин старше 35 лет исследование должно включать забор материала и из полости матки.

наиболее правильное решение – углубленное обследование в условиях онкогинекологической клиники.

7. Тактика при CIN 1:

Мета-анализ нескольких рандомизированных исследований показал среднюю частоту спонтанных регрессий

LSIL по данным пап-тестов – 47.39%, с достаточно низким риском развития инвазивной карциномы, варьирующей от 0.00% до 0.74% (Melnikow J et al., 1998).

контрольное обследование через 6 месяцев – нормальный или отрицательный Пап-тест: рекомендуется повторное обследование через 6 месяцев.

при повторном обследовании с интервалом в 6 месяцев сохраняются отрицательные результаты Пап-теста – женщина возвращается к обычному скринингу в установленные сроки

Если при контрольном обследовании выявляется ASCUS, LSIL или HSIL, необходимо выполнение кольпоскопии с биопсией при необходимости. Если при кольпоскопии удастся идентифицировать патологический очаг необходимо выполнить прицельную биопсию для морфологической верификации диагноза

#### 8. Тактика при CIN 2 и CIN 3:

все женщины с CIN 2 или CIN 3 нуждаются в специальном лечении

любые видимые поражения (плюс ткань) шейки матки должны быть взяты для морфологического исследования для уточнения диагноза.

видимые глазу поражения CIN 2 и CIN 3 могут ассоциироваться с инвазивным раком, более часто с микроинвазивным, реже – с аденокарциномой *in situ* или инвазивной аденокарциномой.

Системный обзор контролируемых рандомизированных исследований по лечению женщин с CIN 1, CIN 2 и CIN 3 установил, что метод лечения (криодеструкция, ножевая конизация, электроэксцизия) не влияет на результаты (Nuovo et al., 2000).

#### 5. Лечение рака шейки матки.

##### А) Микроинвазивный рак

Диагноз рака шейки матки стадии IA1 или IA2 ставится исключительно на основании морфологического исследования конуса шейки матки с негативными краями резекции или на основе удаленного макропрепарата после трахелэктомии либо гистерэктомии. В случае обнаружения в краях резекции после конизации шейки матки CIN III или инвазивного рака необходима повторная конизация или лечение пациента как при стадии заболевания IB1 (2). Вагиноскопия (кольпоскопом!) выполняется для исключения сопутствующей вагинальной интраэпителиальной неоплазии (VAIN) перед выбором метода лечения.

##### Стадия IA1

Основным методом лечения РШМ в данной стадии является тотальная абдоминальная или влагалищная гистерэктомия. При наличии влагалищной интраэпителиальной неоплазии необходимо удаление соответствующей части влагалищной трубки (3). При необходимости сохранения фертильности возможно наблюдение после широкой конизации шейки матки с негативными краями резекции при условии проведения Пап-теста. Пап-тест проводится в сроки 4, 10 месяцев и в последующем ежегодно, если предыдущие два теста были отрицательными. *Критерий доказательности В.*

##### Стадия IA2

Существует определенная потенция к лимфогенному метастазированию у больных со стадией заболевания IA2, в связи с этим необходимо выполнение тазовой лимфаденэктомии во время хирургического лечения (4,5). Адекватной операцией для данных клинических случаев является модифицированная радикальная гистерэктомия (операция 2 типа) дополненная двусторонней тазовой лимфаденэктомией. При отсутствии лимфоваскулярной инвазии по данным предварительной биопсии возможно выполнение экстрафасциальной экстирпации (операция 1 типа) с тазовой лимфаденэктомией. *Критерий доказательности С.*

При желании сохранения фертильности возможными вариантами лечения являются:

широкая конизация шейки матки, дополненная экстраперитонеальным либо лапароскопическим удалением тазовых лимфоузлов

радикальная трахелэктомия, дополненная экстраперитонеальным либо лапароскопическим удалением тазовых лимфоузлов (6).

Наблюдение данной группы больных главным образом основано на ежегодном Пап-тесте после двух отрицательных тестов в сроках 4 и 10 месяцев.

##### Б) Инвазивный рак шейки матки

У пациентов с видимыми глазу поражениями на шейке матки обязательна биопсия для морфологического подтверждения диагноза (при необходимости под наркозом), вагиноскопия выполняется для исключения влагалищной интраэпителиальной неоплазии (VAIN). Сопутствующие симптомы (со стороны мочевого пузыря и прямой кишки) должны быть обследованы: необходимо проведение цистоскопии и ректоскопии. Также обязательна рентгенография грудной клетки и исследование почек (УЗИ, экскреторная урография, КТ и МРТ). КТ, МРТ выполняются также для оценки состояния регионарных лимфатических узлов и местного распространения опухоли. При наличии ПЭТ возможно его использование.

##### Стадии заболевания IB1, IIA < 4 см

Ранние стадии рака шейки матки (IB1, IIA < 4 см) имеют хороший прогноз и могут одинаково успешно лечиться как хирургическим, так и лучевым методом (7,8). *Критерий доказательности А.*

Выбор метода лечения зависит от наличия соответствующих ресурсов: подготовленного онкогинеколога, возраста и общего состояния пациента. Предпочтительно использование возможностей мультидисциплинарной команды (онкогинеколога, радиолога, химиотерапевта) в выработке плана лечения и информирования пациента о различных терапевтических альтернативах, их побочных эффектах и ожидаемых результатах лечения. Обычно сочетание хирургического и лучевого методов лечения увеличивает количество осложнений, поэтому при первичном планировании терапии следует избегать одновременного назначения операции и послеоперационного облучения. *Критерий доказательности А.*

*Хирургическое лечение:* стандартом хирургического лечения IB1/IIA (< 4 см в диаметре) является модифицированная или радикальная абдоминальная гистерэктомия (класс II или III согласно классификации Piver, Rutledge, Smith, 1974 г.) в сочетании с тазовой лимфаденэктомией. У молодых пациенток яичники сохраняются и выводятся из полости малого таза в брюшную полость (транспозиция) для сохранения их функции на случай проведения послеоперационной лучевой терапии. В отдельных случаях возможно выполнение радикальной трахелэктомии с лапароскопической тазовой лимфаденэктомией (9,10). *Критерий доказательности С.*

*Лучевая терапия:* стандартом лучевой терапии рака шейки матки стадии IB1/IIA (< 4 см в диаметре) является сочетанная лучевая терапия. Рекомендуемые дозы для дистанционного компонента и брахитерапии источником низкой мощности - 80-85 Грей на точку А и 50-55 Грей на точку В. Суммарная доза дистанционной лучевой терапии (EBRT) должна составлять 45-50 Грей при 1,8-2,0 Грей за фракцию. При использовании источников высокой мощности для брахитерапии (BT), дозы определяются согласно биологической эквивалентности.

*Адъювантное лечение после операции:* риск возникновения рецидивов после радикального хирургического лечения высокий при наличии метастазов в лимфатических узлах, положительных краях резекции и наличии



опухолевых элементов в параметриях (парацервикальных тканях). Адьювантная конкурентная химиолучевая терапия (используется 5FU + Cisplatin или Cisplatin) улучшает результаты лечения по сравнению с сочетанной лучевой терапией у данной категории больных (11). *Критерий доказательности А.*

Риск возникновения рецидивов увеличивается у пациентов с невовлеченными лимфатическими узлами при больших размерах опухоли, вовлечением лимфоваскулярного пространства и инвазией более 1/3 стромы шейки матки. У данной группы больных облучение малого таза снижает риск рецидивирования и увеличивает безрецидивную выживаемость по сравнению с больными, не получавшими адьювантное лечение после операции. Кроме того, послеоперационная лучевая терапия предпочтительна у больных с аденокарциномой шейки матки и железисто-плоскоклеточным раком шейки матки (12). *Критерий доказательности А.*

Две кооперированные группы исследователей сообщили о приемлемых результатах послеоперационной лучевой терапии малыми полями, захватывающими область культи влагалища и параметральные ткани (13,14). Верхней границей облучения в данном случае является уровень S1-2, а не L5-S1 как при обычных полях. *Критерий доказательности С.*

*Стадия IB2 – IIA (> 4 см)*

Методами выбора являются:

1) Первичная конкурентная химиолучевая терапия (15).

2) Радикальная гистерэктомия с тазовой лимфаденэктомией (операция III типа), которая обычно дополняется адьювантной лучевой терапией.

3) Неоадьювантная химиотерапия (3 курса химиотерапии на основе препаратов платины) с последующей радикальной гистерэктомией с тазовой лимфаденэктомией ± адьювантная послеоперационная лучевая или конкурентная химиолучевая терапия (16).

**Конкурентная химиолучевая терапия:** наиболее широко используемый метод лечения – сочетанная лучевая терапия в сочетании с еженедельной конкурентной химиотерапией препаратами платины. Рекомендуемые дозы лучевой терапии на точку **А** 85 – 90 Грей, на точку **В** 55 – 60 Грей. Цисплатин назначается в дозе 40 мг/м<sup>2</sup> еженедельно на фоне дистанционного компонента лучевой терапии. У пациентов с метастазами в парааортальные и общие подвздошные лимфатические узлы необходимо расширение поля облучения до парааортальных зон (17,18). В настоящее время данные по токсичности конкурентной химиолучевой терапии, ассоциированной с расширением полей облучения малочисленны. *Критерий доказательности А.*

**Первичное хирургическое лечение с возможным адьювантным облучением:** радикальная гистерэктомия, выполняемая на первом этапе обладает определенными преимуществами, которые заключаются в возможности тщательного хирургического стадирования с одновременным удалением первичной опухоли и тем самым – отсутствием необходимости последующей брахитерапии (19). Кроме того, во время операции удаляются все регионарные и любые пораженные и увеличенные лимфатические узлы, которые с гораздо меньшей вероятностью будут адекватно реагировать на облучение (20). Ввиду того, что эти опухоли по своему определению больших размеров, скорее всего, может понадобиться адьювантное облучение в послеоперационном периоде. Риск рецидивирования повышается при вовлечении лимфоваскулярного пространства и опухолевой инвазией более 1/3 стромы шейки матки (21). Пациенты с отсутствием метастазов в регионарных лимфатических узлах и высоким риском возникновения

рецидива подлежат дистанционному облучению всего таза (12) либо облучению малыми полями (13,14). Пациенты с метастазами в регионарных лимфатических узлах и метастазами в общие подвздошные и парааортальные лимфоузлы должны получать дистанционное облучение расширенными полями с/без химиотерапии (17,18). *Критерий доказательности С.*

**Неоадьювантная химиотерапия с последующей радикальной гистерэктомией и лимфаденэктомией:** данные рандомизированных исследований свидетельствуют о лучших результатах лечения при использовании предоперационной химиотерапии по сравнению с первичным облучением (16,22). В настоящее время нет данных для сравнения результатов неоадьювантной химиотерапии с последующей радикальной гистерэктомией и конкурентной химиолучевой терапией. *Критерий доказательности В.*

Неоадьювантная химиотерапия, использованная в Аргентинском протоколе проводилась по следующей схеме (16):

Цисплатин 50 мг/м<sup>2</sup> в/в – 15 минутная инфузия в 1 день

Винкристин 1 мг/м<sup>2</sup> в/в инфузия сразу после цисплатина в 1 день, и

Блеомицин 25 мг/м<sup>2</sup> последующие 6-часовые инфузии с 1 по 3 дни.

Данный режим повторяется каждые 10 дней трижды.

**В) Местнораспространенный рак шейки матки** (включает стадии заболевания IIB, III и IVA).

Стандартным лечением является сочетанная лучевая терапия с конкурентной химиотерапией (15,23). *Критерий доказательности А.*

При стадии IVA возможно выполнение тазовой экзентерации на первом этапе, особенно при наличии пузырного или прямокишечного свища. *Критерий доказательности С.*

Таблица 1. Лечение местнораспространенного рака шейки матки

Стадия	II B – IV A
Стадирование	данные осмотра и кольпоскопии рентгенография грудной клетки внутривенная урография биопсия и кюретаж цервикального канала и полости матки Цистоскопия и ректоскопия (по показаниям), при подозрении на прорастание, последнее должно быть подтверждено морфологически МРТ, КТ, ПЭТ используются для выявления возможных метастазов в регионарных и парааортальных лимфатических узлах, данные МРТ не влияют на клиническую стадию заболевания
Техника лучевой терапии	А. Первичная мишень: опухоль + матка В. Вторичная мишень: тазовые и общие подвздошные лимфатические узлы Техника: 4-х полевая Границы полей для дистанционного облучения: А. Опухоль определяется пальпаторно и при КТ (если возможно) + 2 см от края В. А-Р поля: Латерально: 2 см латерально от костных границ таза Верхнее: граница позвонков L5 и S1 Нижнее: 2 см ниже запирающего отверстия либо 2 см ниже определяемой границы опухоли С. Латеральные поля: Переднее = индивидуально, определяется границами опухоли Заднее = индивидуально, определяется границами опухоли

Дозы на первичную опухоль	Дистанционное облучение в СОД 50 Грей/5-6 недель + внутримолостная терапия 30-35 Грей на точку А (для стадий IIB - IVA, 35-40 Грей)
Дозы на регионарные зоны метастазирования	Дистанционное облучение в СОД 50 Грей/5 недель
Общее время лечения 6-7 недель	
Конкурентная химиотерапия: Цисплатин 40 мг/м <sup>2</sup> еженедельно во время дистанционного облучения	

**Техника и дозы облучения:** дозы и поля облучения представлены в таблице 1. Облучение должно проводиться соответствующей энергией с равномерным распределением дозы ( $\pm 5\%$ ) между первичной опухолью и регионарными зонами метастазирования. Объем облучаемой опухоли должен определяться с помощью клинических методов исследования и КТ, где это возможно. Техника облучения состоит в использовании как минимум 4 полей. Брахитерапия может осуществляться как источниками низкой, так и высокой мощности. Стандартным лечением является сочетанная лучевая терапия с конкурентной химиотерапией на основе препаратов платинового ряда. Цисплатин назначается в дозе 40 мг/м<sup>2</sup> 1 раз в неделю на фоне проведения дистанционной лучевой терапии. Рекомендуемые дозы составляют от 85 до 90 Грей на точку А и от 55 до 60 Грей на точку В. У пациентов с метастазами в общих подвздошных и/или парааортальных лимфатических узлах необходимо решение вопроса о расширении полей облучения на парааортальную область (17,18,24). **Критерий доказательности С.**

#### Стадия IVB и рецидивы

Рецидив может находиться в малом тазу (местные рецидивы), так и вне органов малого таза (отдаленные метастазы). При больших размерах первичной опухоли увеличивается количество пациентов с рецидивами в малом тазу и отдаленными метастазами. Большинство рецидивов возникает в первые два года и прогноз у данной категории больных неблагоприятный, большинство из них умирает от прогрессирования заболевания (25). Медиана выживаемости составляет семь месяцев. Основными симптомами РШМ при прогрессировании являются боли, отеки на ногах, анорексия, кровянистые выделения из половых путей, кахексия, психологические и другие проблемы. При выборе метода лечения и ведения данного контингента больных оптимальным является объединение усилий целой группы специалистов: онкогинекологов, радиологов, химиотерапевтов, психологов, нутриционистов, специально подготовленных медицинских сестер. Избавление от боли и других симптомов наряду со всесторонней поддержкой является основной задачей медицинского персонала.

**Ведение больных с первичными рецидивами:** выбор метода лечения основан на общем состоянии больной, локализации рецидива/метастазов, их распространенности и метода первичного лечения.

**Возможные методы лечения рецидивов после первичной радикальной гистерэктомии (таблица 2):** рецидивы в малом тазу после радикальной гистерэктомии могут лечиться как лучевой терапией так и хирургически (тазовая экзентерация). Облучение по радикальной программе ( $\pm$  конкурентная химиотерапия) локализованных тазовых рецидивов после первичного хирургического лечения эффективно у значительного количества больных (26). Дозы и объем лучевой терапии должны определяться распространенностью заболевания. Так, при микроскопических размерах опухоли обычная доза составляет 50 Грей при РОД 1,8 – 2,0 Грей с уменьшенными размерами полей облучения, а при больших по размеру опухолях доза со-

ставляет 64 – 66 Грей. При диссеминированных формах заболевания или местных рецидивах после неудачного первичного лечения, когда нет возможности проводить обычное лечение, назначается паллиативная химиотерапия или симптоматическое лечение. Цисплатин является одним из наиболее эффективных препаратов при РШМ (27,28). Медиана средней продолжительности жизни в подобных случаях составляет от 3 до 7 месяцев.

Таблица 2. Местные рецидивы после хирургического лечения РШМ

Рекомендации	Критерий доказательности
Лучевая терапия показана пациентам с местными рецидивами после радикальной гистерэктомии	С
Конкурентная химиолучевая терапия с включением Цисплатина с/без 5-Фторурацила улучшает результаты лечения	В
Тазовая экзентерация может быть альтернативой лучевой и химиолучевой терапии у больных с рецидивами, не распространяющимися на стенки таза, особенно при наличии свищей	С

**Местные рецидивы после радикального курса лучевой терапии (таблица 3):** радикальная гистерэктомия выполняется у пациентов с небольшими рецидивами (< 2 см в диаметре), ограниченными шейкой матки. Несмотря на увеличение количества осложнений при операциях после первичной лучевой терапии, в большинстве случаев нет необходимости накладывать колостомы (29, 30). Пациентки с центрально-локализованным рецидивом, вовлечением мочевого пузыря и прямой кишки при отсутствии интраперитонеальной диссеминации и отдаленных метастазов, наличии свободного пространства между шейкой матки и стенками таза являются потенциальными кандидатами для проведения тазовой экзентерации.

Триада симптомов – билатеральные лимфатические отеки нижних конечностей, ишиалгия, обструкция мочевыводящих путей свидетельствуют о неоперабельном процессе. Этой группе больных показано паллиативное и симптоматическое лечение.

Наиболее благоприятный прогноз при безрецидивном периоде более 6 месяцев, размере опухоли менее 3 см и отсутствии инфильтратов в параметриях (31-34). Показатели 5-летней выживаемости у данной группы больных колеблются в пределах от 30 до 60 %, а периперационная летальность не превышает 10%.

Таблица 3. Местные рецидивы после лучевой терапии РШМ

Рекомендации	Критерий доказательности
Часть пациентов с небольшими размерами опухоли (< 2 см), ограниченными шейкой матки являются кандидатами для радикальной гистерэктомии	С
Пациенты с локализованными рецидивами при отсутствии отдаленных метастазов являются кандидатами для тазовой экзентерации	С

Роль системной химиотерапии при стадии IVB и метастатическом РШМ представлена в таблице 4.

Таблица 4. Системная химиотерапия при метастатическом РШМ

Рекомендации	Критерий доказательности
--------------	--------------------------

Цисплатин единственный эффективный препарат для лечения РШМ	В
Частота объективных эффектов при назначении цисплатина в дозе 100 мг/м <sup>2</sup> (31%) выше чем при назначении в дозе 50 мг/м <sup>2</sup> (21%), но данная эффективность не ассоциируется с увеличением безрецидивной и общей выживаемости (28)	В
Частота объективных эффектов на химиотерапию выше у пациентов с удовлетворительным общим состоянием и внетазовым расположением метастазов и почти безэффективна при ранее облученных рецидивах	С
Влияние паллиативной химиотерапии на выживаемость не известно	С

**Отдаленные метастазы:** лучевая терапия показана при симптомных метастазах опухоли в качестве паллиативного лечения, к примеру, при костных метастазах (34), увеличенных парааортальных, подключичных лимфатических узлах для купирования болевого синдрома или при метастазах в головной мозг (35). С точки зрения меньшей продолжительности жизни у пациентов с метастазами РШМ паллиативную радиотерапию следует проводить укрупненными фракциями в более короткие сроки по сравнению с радикальными курсами лучевой терапии (36).

#### Г) Случайные находки РШМ

Данные находки в основном относятся к случаям инвазивного РШМ, диагностированного после простой гистерэктомии, выполненной по иным показаниям. До начала лечения в таких ситуациях необходимо дополнительное обследование в объеме: КТ или МРТ органов малого таза и брюшной полости, рентгенография органов грудной клетки для уточнения распространенности процесса. Метод лечения должен определяться на основании данных морфологического исследования и рентгенологических находок. При отсутствии патологических находок:

1) при стадии IA1 дополнительное лечение не проводится.

2) при стадии IA2 и выше, необходимо следующее лечение:

а) при положительных краях резекции, глубокой стромальной инвазии, вовлечении лимфоваскулярного пространства назначается конкурентная химиолучевая терапия (38).

б) у больных без глубокой стромальной инвазии, отрицательных краях резекции и отсутствии вовлечения лимфоваскулярного пространства выполняется радикальная параметрэктомия с верхней третью влагалища и лимфаденэктомией как альтернатива конкурентной химиолучевой терапии (39). **Критерий доказательности С.**

#### Д) РШМ во время беременности

В целом, лечение РШМ во время беременности основано на тех же принципах, что у небеременных женщин. Существует лишь несколько специальных рекомендаций. Конизация шейки матки выполняется только при подозрении на инвазивный рост по данным цитологического исследования и кольпоскопии в связи с высоким риском кровотечения, прерывания беременности или преждевременных родов. Важнейшим условием в определении тактики ведения беременных женщин с РШМ является мультидисциплинарный подход с привлечением неонатолога и акушера-гинеколога помимо радиолога и химиотерапевта. Необходимо участие самой женщины и ее партнера в принятии решения, следует учитывать их желание сохранить беременность.

У пациенток с подозрением на микроинвазивный РШМ отсрочка в лечении не наносит ущерба матери и проявляется достоверным повышением жизнеспособности плода.

Женщины со стадией заболевания IA1, подтвержденной при конизации и отрицательными краями резекции могут донашивать беременность и рожать через естественные родовые пути. Метод родоразрешения при микроинвазивной карциноме шейки матки не влияет на исход заболевания.

При стадии заболевания IA2 и выше лечение необходимо подбирать индивидуально, главным образом решение о методе лечения и его сроках основано на стадии заболевания и сроке беременности. МРТ проводится с целью оценки распространенности процесса. В случае установления диагноза до 20 недель гестации лечение должно начинаться безотлагательно. Методом выбора является радикальная гистерэктомия с плодом *in situ*. При проведении химиолучевой терапии, как правило, прерывание беременности не проводится, так как после начала лечения происходит самопроизвольный выкидыш. При выявлении РШМ после 28 недельного срока беременности рекомендуется отсрочка лечения до получения жизнеспособного плода. Лечение РШМ в сроках от 20 до 28 недель беременности при стадии IA2 и IB1 может быть отложено до получения жизнеспособного плода без значимого влияния на прогноз для матери (40, 41). При стадии заболевания выше, чем IB1 отсрочка в лечении значительно ухудшает прогноз и влияет на выживаемость. Следует отметить, что не существует стандартов по определению срока, на которое можно отложить начало лечения. На практике период отсрочки зависит от стадии заболевания, морфологических находок, сроке беременности и желании родителей. При планировании сроков родоразрешения при местнораспространенном РШМ возможно принятие решения о назначении неoadъювантной химиотерапии с целью предупреждения дальнейшей прогрессии заболевания (42) – требуется динамическое наблюдение! Родоразрешение проводится не позднее 34 недель гестации.

Если образование шейки матки не было удалено во время диагностической конизации, предпочтительным методом родоразрешения является классическое кесарево сечение, несмотря на то, что несколько ретроспективных исследований продемонстрировали отсутствие влияния метода родоразрешения на прогноз РШМ (43).

#### Примечания:

<sup>1</sup> – В настоящее время одобрены для профилактики РШМ две вакцины – Церварикс® (типы ВПЧ 16 и 18) и Гардасил® (типы ВПЧ 6, 11, 16, 18), сроки наблюдения пока составляют около 5 лет, профилактическая вакцинация в настоящее время внедряется в некоторых штатах США и странах Европы.

<sup>2</sup> – В Республике Казахстан с 1 января 2008 года вступил в силу и действует Приказ МЗ № 607 от 15 октября 2007 года «О совершенствовании профилактических медицинских осмотров отдельных категорий взрослого населения», который предусматривает скрининг отдельных категорий женского населения. Целевыми группами являются лица 35, 40, 45, 50, 55, 60 лет.

<sup>3</sup> – FIGO: Международная федерация акушеров-гинекологов.

<sup>4</sup> – IGCS: Международное общество гинекологического рака.

<sup>5</sup> – В данной публикации использованы следующие критерии доказательности:

А – данные получены на основании мета-анализа рандомизированных клинических исследований

В – данные, как минимум, одного хорошо спланированного контролируемого исследования без рандомизации

С – данные ретроспективных исследований

Д – данные хорошо спланированных корреляционных исследований и исследований «случай-контроль»



## Список литературы

- Australian Institute of Health and Welfare 2008. Cervical screening in Australia 2005–2006. Cancer series no. 41. Cat. no. CAN 36. Canberra: AIHW.
- Roman LD, Felix JC, Muderspach LI, Agahjanian A, Qian D, Morrow CP. Risk of residual invasive disease in women with microinvasive squamous cancer in a conization specimen. *Obstet Gynecol* 1997;90:759-764
- Ostor AG. Studies on 200 cases of early squamous cell carcinoma of the cervix. *Int J Gynecol Pathol* 1993;12:193-207
- Webb JC, Key CR, Qualls CR, Smith HO. Population-based study of microinvasive adenocarcinoma of the uterine cervix. *Obstet Gynecol* 2001;97:701-706
- Elliott P, Coppleson M, Russell P, Liouros P, Carter J, Macleod C et al. Early invasive (FIGO Stage IA) carcinoma of the cervix: a clinicopathologic study of 476 cases. *Int J Gynecol Cancer* 2000;10:42-52
- Shepherd JH, Spencer C, Herod J, Ind TEJ. Radical vaginal trachelectomy as a fertility sparing procedure in women with early stage cervical cancer – cumulative pregnancy rate in a series of 123 women. *BJOG* 2006;113:719-724
- Landoni F, Maneo A, Colombo A, et al: Randomized study of radical surgery versus radiotherapy for stage IB-IIA cervical cancer. *Lancet* 1997;350:535-40
- Eifel PJ, Morris M, Wharton JT, Oswald MJ: The influence of tumor size and morphology on the outcome of patients with FIGO stage IB squamous cell carcinoma of the uterine cervix. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1994;29(1):9-16
- Dargent D. A new future for Schauta's operation through a presurgical retroperitoneal pelviscopy. *Eur J Gynaecol Oncol* 1987;8:292-296
- Steed H, Rosen B, Murphy J. et al. A comparison of laparoscopic-assisted radical vaginal hysterectomy and radical abdominal hysterectomy in the treatment of cervical cancer. *Gynecol Oncol* 2004;93:588-593
- Peters III WA, Liu PY, Barrett II RJ et al: Concurrent chemotherapy and pelvic radiation therapy compared with pelvic radiation therapy alone as adjuvant therapy after radical surgery in high-risk early-stage cancer of the cervix. *J Clin Oncol* 2000;18(8):1606-13
- Rotman M, Sedlis A, Piedmonte MR, Bundy B, Lentz SS, Muderspach LI, Zaino RJ: A phase III randomized trial of pelvic post-operative irradiation in Stage IB cervical carcinoma with poor prognostic features: Follow-up of a Gynecologic Oncology Group Study. *Int J Rad Oncol Biol Phys* 2006;65:169-176
- Kridelka FK, Berg DO, Neuman M, Edwards LS, Robertson G, Grant PT, Hacker NF. Adjuvant small field pelvic radiation for patients with high-risk Stage IB node negative cervical cancer after radical hysterectomy and pelvic lymph node dissection: a pilot study. *Cancer* 1999;86:2059-65
- Ohara K, Tsunoda M, Nishida M, Sugahara S, Hashimoto T, Shioyama Y et al. Use of small pelvic field instead of whole pelvic field in post operative radiotherapy for node-negative, high-risk stages I and II cervical squamous cell carcinoma. *Int J Gynecol Cancer* 2003;13:170-176
- Rose PG, Bundy BN, Watkins ET, Thigpen T, Deppe G, Maiman MA et al: Concurrent cisplatin-based radiotherapy and chemotherapy for locally advanced cervical cancer. *N Eng J Med* 1999;340:1144-53
- Sardi J, Sananes C, Giaroli A et al: Results of a prospective randomized trial with neoadjuvant chemotherapy in stage IB, bulky, squamous carcinoma of the cervix. *Gynecol Oncol* 1993;49:156-65
- Varia MA, Bundy BN, Deppe G et al: Cervical carcinoma metastatic to paraaortic nodes: extended field radiation therapy with concomitant 5-fluorouracil and cisplatin chemotherapy: A Gynecologic Oncology Group Study. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1998;42(5):1015-23
- Grigsby PW, Lu JD, Mutch DG, Kim RY, Eifel PJ: Twice-daily fractionation of external irradiation with brachytherapy and chemotherapy in carcinoma of the cervix with positive para-aortic lymph nodes: phase II study of the Radiation Therapy Oncology Group 92-10. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1998;41(4):817-22
- Boronow RC. The bulky 6-cm barrel-shaped lesion of the cervix: primary surgery and postoperative chemotherapy. *Gynecol Oncol* 2000;78:313-317
- Hacker NF, Wain GV, Nicklin JL. Resection of bulky positive lymph nodes in patients with cervical cancer. *Int J Gynecol Cancer* 1995;5:250-256
- Delgado G, Bundy B, Zaino, Sevin B-U, Creasman WT, Major F. Prospective surgical/pathological study of disease-free interval in patients with Stage IB squamous cell carcinoma of the cervix: A Gynecologic Oncology Group Study. *Gynecol Oncol* 1990;38:352-357
- Benedetti-Panici P, Greggi S, Colombo A et al. Neoadjuvant chemotherapy and radical surgery versus exclusive radiotherapy in locally advanced squamous carcinoma of the cervix: results from the Italian multicentre study. *J Clin Oncol* 2002;20:179-188
- Whitney CW, Sause W, Bundy BN et al: Randomized comparison of fluorouracil plus cisplatin vs. hydroxyurea as an adjunct to radiation therapy in stage IIB-IVA carcinoma of the cervix with negative paraaortic lymph nodes: A Gynecologic Oncology Group and Southwest Oncology Group study. *J Clin Oncol* 1999;17:1339-48
- Morris M, Eifel PJ, Lu J, Grigsby PW, Levenback C, Stevens RE et al. Pelvic radiation with concurrent chemotherapy compared to pelvic and para aortic radiation for high-risk cervical cancer. *N Engl J Med* 1999;340:1137-43
- van Nagell JR, Rayburn W, Donaldson ES et al: Therapeutic implications of patterns of recurrence in cancer of the uterine cervix. *Cancer* 1979;44:2354-61
- Thomas GM, Dembo AJ, Black B et al: Concurrent radiation and chemotherapy for carcinoma of the cervix recurrent after radical surgery. *Gynecol Oncol* 1987;27:254-60
- Thigpen T, Shingleton H, Homesley H, Lagasse L, Blessing J: Cisplatin in treatment of advanced or recurrent squamous cell carcinoma of the cervix: A phase II study of the Gynecologic Oncology Group. *Cancer* 1981;48:899-903
- Bonomi P, Blessing JA, Stehman FB, DiSaia PJ, Walton L, Major FJ: Randomized trial of three cisplatin dose schedules in squamous-cell carcinoma of the cervix: A Gynecologic Oncology Group Study. *J Clin Oncol* 1985;3(8):1079-85
- Rutledge S, Carey MS, Pritchard H, Allen HH, Kocha W, Kirk ME. Conservative surgery for recurrent or persistent carcinoma of the cervix following irradiation: is exenteration always necessary? *Gynecol Oncol* 1994;52:353-5929
- Maneo A, Landoni F, Cormio G, Colombo N, Mangioni C. Radical hysterectomy for recurrent or persistent cervical cancer following radiation therapy. *Int J Gynecol Cancer* 1999;9:295-301
- Shingleton H, Seng-Jaw S, Gelder M et al: Clinical and histopathologic factors predicting recurrence and survival after pelvic exenteration for cancer of the cervix. *Obstet Gynecol* 1989;73:1027-34
- Rutledge F, Smith JP, Wharton JT, O'Quinn AG. Pelvic exenteration: analysis of 296 patients. *Am J Obstet Gynecol* 1977;129:881-92
- Morley GW, Hopkins MP, Lindenauer SM, Roberts JA. Pelvic exenteration, University of Michigan; 100 patients at 5 years. *Obstet Gynecol* 1989;74:934-943
- Estate R, Angioli R: Surgical management of advanced and recurrent cervical cancer. *Sem Surg Oncol* 1999;16:236-41
- McQuay HJ, Carroll D, Moore RA: Radiotherapy for painful bony metastases. *Clin Oncol* 1997;9:150-54
- Borgelt B, Gelber R, Larson M, Hendrickson F, Griffith T, Roth R: Ultra rapid high dose schedules for palliation of brain metastases. Final results of the first two studies by the Radiation Therapy Oncology Group. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1981;7:1633-38
- Larson D, Copeland LJ, Stringer CA, Gershenson DM, Malone Jr. JM, Edwards CL. Recurrent cervical carcinoma after radical hysterectomy. *Gynecol Oncol* 1988;30:381-87
- Hopkins MOP, Peters WA III, Andersen W, Morley GW. Invasive Cervical Cancer treated initially by standard hysterectomy. *Gynecol. Oncol* 1990;36:7-12
- Kinney WK, Egorshin EV, Ballard DJ, Podratz KC. Long term survival and sequelae after surgical management of invasive cervical carcinoma diagnosed at the time of simple hysterectomy. *Gynecol Oncol* 1992;44:22-27
- Duggan B, Muderspach LI, Roman LD, Curtin JP, d'Ablaing G, Morrow CP. Cervical cancer in pregnancy: reporting on planned delay in therapy. *Obstet Gynecol* 1993;82:598-602
- Nevin J, Soeters R, Dehaeck K, Bloch B, van Wyk L. Advanced cervical carcinoma associated with pregnancy. *Int J Gynecol Cancer* 1993;3:57-63.
- Tewari K, Cappuccini F, Gambino A, Kohler MF, Pecorelli S, Di Saia PJ. Neoadjuvant chemotherapy in the treatment of locally advanced cervical carcinoma in pregnancy. *Cancer* 1998;82:1529-1534
- Hacker NF, Berek JS, Lagasse LD, Charles EH, Savage EW, Moore JG. Carcinoma of the cervix associated with pregnancy. *Obstet Gynecol* 1982;59:735-746

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Нысанның БҚСЖ бойынша коды _____ Код формы по ОКУД _____ ҚҰЖК бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО _____
Ұйымның атауы Наименование организации	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2005 жылғы «08» шілдедегі №332 бұйрығымен бекітілген №014/е нысандағы медициналық құжаттама Медицинская документация Форма №014 /у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан «08» июля 2005 года № 332

Патологиялық-гистологиялық зерттеуге  
ЖОЛДАМА  
(материалдың жолданған күні мен сағаттары)  
НАПРАВЛЕНИЕ\*

на патолого-гитологическое исследование  
(дата и часы направления материала)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 ж.(г.) \_\_\_\_\_ сағ.(час)

Бөлімше (Отделение) \_\_\_\_\_

Науқастың стационарлық (амбулаторлық) картасының № (Карта стационарного больного (амбулаторная карта) № \_\_\_\_\_

1.Науқастың тегі, аты, әкесінің (Фамилия, имя, отчество больного) \_\_\_\_\_

2.Жынысы Е/Ә (Пол М/Ж) 3. Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_

4.Биопсия бірінші рет, екінші рет (керегінің астын сызыңыз). Биопсия первичная, вторичная (нужное подчеркнуть)

5.Қайталанғанда бірінші жолғы биопсияның № мен күнін көрсетіңіз (При повторной биопсии указать № и дату первичной) \_\_\_\_\_

7.Материалды маркілеу, объектер саны (Маркировка, числа объектов) \_\_\_\_\_

8.Клиникалық деректер (Клинические данные) \_\_\_\_\_

(Сырақтың ұзақтығы, ісік болса-жүргізілген ем,-анық арналасуы, есу жылдамдығы, өлшемдері, консистенциясы, қоршаған тіндермен байланысы, метастаздары, басқа ісік түйіндері, арнаулы ем: лимфа түйіндерін зерттегенде-әдеттегідей келген соңғы етеккірдің басталуы мен аяқталуы, етеккір функциясының бұзылу сипаты, қан кетуінің басталуы) (продолжительность заболевания, проведенное лечение при опухолях-точная локализация, темпы роста, размеры, консистенция, отношение к окружающим тканям, метастазы, наличие других опухолевых узлов, специальное лечение; при исследовании лимфоузлов-указать анализ крови, соскобов эндометрия, молочных желез-начало и окончание последней нормальной менструации, характер нарушения менструальной функции, дата начала кровотечения)

9.Клиникалық диагнозы (Клинический диагноз) \_\_\_\_\_

Емдеуші дәрігердің тегі (Фамилия лечащего врача) \_\_\_\_\_  
қолы (подпись) \_\_\_\_\_

Патологиялық зерттеу (Патологическое исследование) № \_\_\_\_\_ Түскен күні мен сағаттары (Дата и часы поступления) \_\_\_\_\_

Диагностикалық биопсия (Биопсия диагностическая) Жедел биопсия (Биопсия срочная) \_\_\_\_\_

Операциялық материал (Операционный материал) Кесектер саны \_\_\_\_\_ (Количество кусочков) \_\_\_\_\_ Блоктар(блоков) \_\_\_\_\_

Бояу әдістемесі (Методика окраски) \_\_\_\_\_

Макро және микроскопиялық сипаттау (Макро-и микроскопическое описание):

Матка с шейкой с обоими придатками, верхней третью влагалища. Матка размерами \_\_\_\_\_, шейка диаметром \_\_\_\_\_, на \_\_\_\_\_ часах условного циферблата располагается экзо(эндо)фитная опухоль диаметром \_\_\_\_\_, с врастанием в цервикальный канал \_\_\_\_\_, глубиной прорастания (толщина опухоли от поверхности) \_\_\_\_\_; Опухоль на разрезе \_\_\_\_\_; верхняя треть влагалища длинной \_\_\_\_\_, макроскопически (не) изменена; Паракольный уплотнений (да)(нет). Цервикальный канал \_\_\_\_\_, Полость матки \_\_\_\_\_, Эндометрий \_\_\_\_\_

№	Наименование	Количество кусочков	Наличие опухоли
	Края резекции влагалища		
	Опухоль + в/з влагалища		
	Опухоль + параметрии		
	Опухоль + цервикальный канал		
	Эндометрий		
	Миометрии		
	Маточные трубы + Яичники справа		
	Маточные трубы + Яичники слева		
	Край резекции кардинальной связки справа		
	Кардинальная связка медиальная часть справа		
	Край резекции кардинальной связки слева		
	Кардинальные связки медиальная часть слева		
	Край резекции крестцово маточной связки справа		
	Крестцово маточная связка медиальная часть справа		
	Край резекции крестцово маточной связки слева		
	Крестцово маточная связка медиальная часть слева		



	Клетчатка общая подвздошная группа справа			
	Клетчатка общая подвздошная группа слева			
	Наружная подвздошная группа справа			
	Наружная подвздошная группа слева			
	Запирательная группа справа			
	Запирательная группа слева			
	Бифуркационная группа справа			
	Бифуркационная группа слева			
	Наличие опухолевых эмболов в сосудах			

Патологистологиялық ұйғарым (диагноз) (Патологистическое заключение (диагноз)) \_\_\_\_\_

Код \_\_\_\_\_

Зерттеу күні (Дата исследования) «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20 ж.(г.)

Патологоанатомның тегі (Фамилия патологоанатома) \_\_\_\_\_

Қолы (подпись) \_\_\_\_\_

Зертханашының тегі (Фамилия лаборанта) \_\_\_\_\_

Қолы (подпись) \_\_\_\_\_

\*Көшірме қағазбен екі дана толтырылады (Заполняется под копирку в двух экземплярах)

Керектісін жазып, астын сызыңыз (Необходимое вписать, подчеркнуть)

Рак шейки матки – стадирование FIGO (2009) и TNM (7-е издание, 2009)

С т а д и я FIGO		Категория по TNM
	Первичная опухоль не может быть определена	Tx
	Нет проявлений первичной опухоли	T0
	Преинвазивный рак (карцинома in situ)	Tis
I	Опухоль ограничена маткой (распространение на тело матки не принимается во внимание)	T1
I A	Инвазивный рак диагностируется только микроскопически (все макроскопически видимые поражения даже с поверхностной инвазией относятся к стадии 1B	T1a
I A1	Стромальная инвазия не более 3 мм в глубину и горизонтальное распространение не более 7 мм*	T1a1
I A2	Стромальная инвазия не более 5 мм в глубину и горизонтальное распространение не более 7 мм	T1a2
I B	Клинически видимые поражения шейки матки или микроскопическое поражение большее, чем 1A2/T1A2	T1b
I B1	Клинически видимые поражения в наибольшем измерении не превышающие 4 см	T1b1
I B2	Клинически видимые поражения в наибольшем измерении превышающие 4 см	T1b2
II	Опухоль ограничена телом матки без вовлечения стенок таза и нижней трети влагалища	T2
II A	Без вовлечения параметриев	T2a
II A1	Опухоль менее 4 см в наибольшем измерении	T2a1
II A2	Опухоль более 4 см в наибольшем измерении	T2a2
II B	С вовлечением параметриев	T2b
III	Опухоль, достигающая костей таза и/или нижней трети влагалища и/или наличием гидронефроза или нефункционирующей почки	T3
III A	Вовлечение нижней трети влагалища без вовлечения стенок таза	T3a
III B	Распространение до костей таза и/или наличием гидронефроза и/или немои почки	T3b
IV A	Прорастание слизистой оболочки мочевого пузыря и/или прямой кишки без выхода за пределы малого таза*	T4a
IV B	Отдаленные метастазы	T4b

FIGO в 2006 году предложило внести изменения в стадирование, которые заключаются на делении стадии IIA по принципу стадии IB, которые вступили в силу с 1 января 2010 года.

Стадия 0 исключена из классификации FIGO в новой редакции.

Для выставления pN0 – необходимо исследование как минимум 6 лимфатических узлов, при отсутствии метастазов и меньшем количестве лимфатических узлов, также выставляется N0.

**Примечание:** глубина инвазии не должна превышать 5 мм от базальной мембраны плоского эпителия или поверхности железы, из которой она исходит. Глубина инвазии определяется измерением опухоли от места соединения эпителия и стромы от самого поверхностного участка до наиболее глубокого места инвазии. Инвазия в лимфо-васкулярное пространство не влияет на стадию.

Наличие буллезного отека слизистой оболочки не достаточно для отнесения заболевания к стадии T4.

## Терминологическая система Бетезда (2001)

### Адекватность образца

- удовлетворительный для оценки (отметить наличие или отсутствие зоны трансформации эндоцервикса).
- неудовлетворительный для оценки (указать причину).
- образец отторгнут/не исследован (указать причину).
- образец просмотрен и оценен, но данных не достаточно для оценки эпителиальной патологии в связи с ... (указать причину).

### Основные категории (опционально)

- нет интраэпителиальных поражений или злокачественности.
- изменения эпителиальных клеток.
- другое.

### Интерпретация и результаты

#### I. Нет интраэпителиальных поражений или злокачественности

#### II. Микроорганизмы:

- *Trichomonas vaginalis*;
- грибки морфологически сходные с *Candida species*;
- изменения флоры, характерные для бактериального вагиноза;
- морфологически сходные бактерии с *Actinomyces species*;
- клеточные изменения, характерные для вируса простого герпеса.

#### III. Другие изменения эпителиальных клеток (сообщаются в заключении опционально, список не полный):

- реактивные клеточные изменения связанные с воспалением (включая типичные репаративные процессы);

- облучение;
- внутриматочные контрацептивные средства;
- железистые клетки после гистерэктомии;
- атрофия.

### IV. Атипия эпителиальных клеток

#### Плоские клетки

- атипичные клетки плоского эпителия (ASC):
  - атипичные клетки неясного значения (ASC-US);
  - атипичные клетки неясного значения, не исключающие HSIL (ASC-H).
- легкая степень плоскоклеточного интраэпителиального поражения (LSIL), ВПЧ-эффект, легкая дисплазия / CIN I.
- высокая степень плоскоклеточного интраэпителиального поражения (HSIL): умеренная и тяжелая дисплазия, CIS / CIN II, CIN III.
- плоскоклеточный рак (инвазивный РШМ)

#### Железистые клетки

- атипичные железистые клетки (AGC) (указать – с цервикального канала, с эндометрия или другое).
- атипичные железистые клетки, похожие на злокачественные (указать – с цервикального канала ...).
- карцинома in situ цервикального канала (AIS).
- аденокарцинома

### V. Другое (список не полный)

- эндометриальные клетки у женщин старше 40 лет.

Таблица. Современные морфологические и цитологические классификации ВПЧ-ассоциированных пораженных поражений шейки матки

Морфологические		Цитологические	
Морфологическая оценка	CIN system	Папаниколау	Бетезда, 1991-2001
Норма, изменения отсутствуют	Норма	Класс 1	Отрицательный результат
Незначительные клеточные изменения	Незначительные клеточные изменения	Класс 2	Доброкачественные клеточные изменения, воспаление
Аденокарцинома	Аденокарцинома		Аденокарцинома
			Микроорганизмы: Признаки различных инфекций
			Другие изменения эпителиальных клеток: Радиационные изменения, преактивные, репаративные
Плоскоклеточная атипия + полиморфные изменения (воспаление, инфекция)	Плоскоклеточная атипия + полиморфные изменения (воспаление, инфекция)	Класс 2	ASC-US + полиморфные изменения
Папилломовирусные инфекции (койлоцитоз)	Папилломовирусные инфекции (койлоцитоз)	Класс 2	LSIL
Слабая дисплазия	CIN I	Класс 3	LSIL
Дисплазия средней степени	CIN II	Класс 3	HSIL
Дисплазия высокой степени	CIN III	Класс 3	HSIL
Carcinoma in situ (CIS)	CIN III	Класс 4	HSIL
Инвазивный РШМ	Инвазивный РШМ	Класс 5	Инвазивный РШМ
Атипия клеток железистого (эндоцервикального) эпителия	Атипия клеток железистого (эндоцервикального) эпителия		Атипия клеток железистого (эндоцервикального) эпителия - AGC
Аденокарцинома	Аденокарцинома		Аденокарцинома