

# Рак шейки матки

Клинико-практическое руководство Национальной всеобщей онкологической сети (NCCN) США, 2013 г.

**В 2012 г. в США было диагностировано около 12 200 новых случаев рака шейки матки (РШМ) и это заболевание стало причиной смерти 4200 женщин. На протяжении последних лет заболеваемость РШМ в США снижалась, однако этот показатель остается высоким в отдельных этнических группах (среди латиноамериканок, представительниц негроидной и монголоидной рас). Представительниц негроидной и монголоидной рас). РШМ является значимой проблемой во всем мире. В 2008 г. глобальная заболеваемость РШМ составила 529 800 случаев, смертность – 275 100 случаев. Среди наиболее частых злокачественных новообразований у женщин РШМ занимает 3-е место, а в развивающихся странах – 2-е место. Примерно 85% смертельных исходов, вызванных РШМ, регистрируются в развивающихся странах.**

Важнейшим фактором риска развития РШМ считается персистирующая инфекция папилломавируса человека (HPV). Заболеваемость РШМ и инфицированность HPV в популяции находятся в тесной взаимосвязи. Распространенность хронической HPV-инфекции в странах с высокой заболеваемостью РШМ составляет 10-20%, в странах с низкой заболеваемостью – 5-10%. Иммунизация против HPV защищает женщин от инфицирования определенными типами HPV и таким образом предотвращает развитие специфического HPV-РШМ. Помимо HPV-инфекции, к эпидемиологическим факторам риска развития РШМ относятся курение, паритет родов, использование контрацептивов, раннее начало половой жизни, большое количество половых партнеров, хроническая иммуносупрессия и наличие в анамнезе заболеваний, передающихся половым путем.

Около 80% всех случаев РШМ составляет плоскоклеточный рак, примерно 20% – аденокарцинома. В развитых странах отмечается значительное снижение заболеваемости плоскоклеточным РШМ и смертности от этой патологии, что предположительно связано с эффективным скринингом. В то же время заболеваемость аденокарциномой шейки матки на протяжении последних 30 лет увеличивается, вероятно, вследствие меньшей эффективности цервикального цитологического скрининга в выявлении этого типа РШМ. Повысить вероятность обнаружения аденокарциномы можно с помощью методов скрининга, включающие исследование на HPV. Вакцинация против HPV может снизить заболеваемость как плоскоклеточным раком, так и аденокарциномой шейки матки.

В настоящем руководстве NCCN обсуждаются диагностика и лечение плоскоклеточного, аденоплоскоклеточного рака и аденокарциномы шейки матки и не рассматриваются нейроэндокринные карциномы, мелкоклеточный рак, стекловидноклеточные карциномы, саркомы и опухоли других гистологических типов.

## Диагностика и первичной обследование

Методы обследования, рекомендуемые Международной федерацией акушерства и гинекологии (FIGO) для стадирования процесса, включают кольпоскопию, биопсию, конизацию шейки, цистоскопию и проктосигмоидоскопию. Более сложные радиологические и хирургические методы в системе стадирования FIGO не учитываются. Однако в США для выбора оптимального метода лечения часто используются компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ), комбинированная позитронно-эмиссионная компьютерная томография (ПЭТ-КТ) и хирургическое стадирование.

На самых ранних стадиях РШМ может быть бессимптомным либо проявляться водянистыми выделениями из влагалища, кровотечениями (после полового акта и/или периодическими). Эти ранние симптомы часто не распознаются пациенткой. Учитывая доступность шейки матки, точный диагноз в большинстве случаев устанавливается с помощью цервикальной цитологии, теста Папаниколау (Пап-теста) или цервикальной биопсии. Конусная биопсия (конизация) рекомендуется в случаях, когда цервикальной биопсии недостаточно для определения инвазивности либо существует необходимость в точной оценке микроинвазивного процесса. Методы цервикального цитологического скрининга менее эффективны в диагностике аденокарциномы, так как аденокарцинома in situ поражает участки шейки, с которых труднее получить материал (т. е. эндоцервикальный канал).

План обследования для пациенток с вышеуказанными симптомами, позволяющими заподозрить РШМ, включает физикальный осмотр, общий анализ крови (в т. ч. определение уровня тромбоцитов), исследование функции печени и почек. При наличии показаний (например, для исключения поражения проксимальной части эндоцервикса) используются радиологические

методы (рентгенография, КТ или ПЭТ-КТ, МРТ); пациенткам с опухолями стадии IB1 и ниже визуализация требуется редко. Цистоскопия и проктоскопия необходимы только при клиническом подозрении на вовлечение в опухолевый процесс мочевого пузыря или прямой кишки.

В настоящее время для определения стадии и лечения РШМ все чаще используются лапароскопические и роботизированные вмешательства, однако отдаленные результаты применения этих методов пока не известны. В некоторых медицинских учреждениях лапароскопические стадирование, лимфаденэктомия и гистерэктомия являются рутинной практикой. В ряде исследований была показана низкая частота рецидивов у пациенток, перенесших лапароскопическую радикальную гистерэктомию, после 3-6 лет наблюдения. Роботизированная радикальная гистерэктомия, также относящаяся к миниинвазивным хирургическим методам, используется преимущественно у пациенток с РШМ ранних стадий. К потенциальным преимуществам лапароскопического и роботизированного подходов относятся снижение длительности пребывания в стационаре и более быстрая реабилитация пациенток.

## Определение стадии

Учитывая, что доступность и, соответственно, частота использования неинвазивных радиологических методов визуализации в разных регионах мира существенно различается, стадирование по системе FIGO подразумевает применение лишь нескольких из этих методов: рентгенографии грудной клетки, внутривенной пиелографии (ВПГ) и бариевой клизмы. В целом стадирование РШМ в значительной степени основано на клиническом обследовании. Несмотря на то что хирургическое стадирование является более точным, чем клиническое, в странах с низким уровнем ресурсов здравоохранения его выполнение часто является невозможным. В данной версии руководства NCCN используются определения и система стадирования FIGO 2010 г., одобренная Американским объединенным комитетом по раку (AJCC) (табл. 1) (Pecorelli et al., 2009; Edge et al., 2010). Стадия IA теперь разделяется на стадию IA1 (опухоль ≤4 см) и стадию IA2 (опухоль >4 см), что является единственным изменением предыдущей системы FIGO 1994 г.

Следует подчеркнуть, что вовлечение лимфатического сосудистого пространства (ВЛСП) в классификации FIGO не учитывается, так как патологи не всегда могут точно определить присутствие ВЛСП в образцах ткани. По мнению некоторых экспертов NCCN, при наличии в материале явного ВЛСП схемы терапии, предназначенные для стадии IA1, лучше не использовать: в таких ситуациях рекомендуется терапия как для стадии IB1.

МРТ, КТ и ПЭТ-КТ могут помочь выбрать лечение, однако для стадирования не используются. МРТ является полезным методом для исключения высокого поражения эндоцервикса.

## Первичная терапия

В качестве первичной терапии РШМ ранних стадий используется хирургическое лечение либо лучевая терапия (ЛТ). Первый из этих методов обычно применяется у больных с более низкими стадиями заболевания и меньшими по размеру опухолями (стадии IA, IB1, иногда IA2). Результаты 5 рандомизированных клинических исследований (табл. 2) свидетельствуют о том, что для РШМ стадий IB2-IVA первичной терапией выбора является одновременная химиолучевая терапия (ХЛТ). ХЛТ также используется у пациенток, у которых по каким-либо причинам не может быть выполнена гистерэктомия. Лечение аденокарциномы было посвящено ограниченное количество исследований; недавно проведенный анализ показал, что эти опухоли можно эффективно лечить с использованием подходов, которые применяются при плоскоклеточном раке.

Таблица 1. TNM-классификация AJCC и система хирургического стадирования FIGO рака шейки матки

Категория TNM	Стадия FIGO	Хирургически-патологические характеристики
Первичная опухоль (T)		
TX		Первичную опухоль оценить невозможно
T0		Признаки первичной опухоли отсутствуют
Tis*		Карцинома in situ (преинвазивный рак)
T1	I	Рак, ограниченный шейкой матки (распространение на тело матки должно быть исключено)
T1a**	IA	Инвазивный рак, диагностированный только по данным микроскопии. Инвазия стромы ≤5 мм начиная с основания эпителия; горизонтальное распространение ≤7 мм. Вовлечение сосудистого пространства (венозного или лимфатического) на классификацию не влияет
T1a1	IA1	Глубина инвазии стромы ≤3 мм; горизонтальное распространение ≤7 мм
T1a2	IA2	Глубина инвазии стромы >3 мм и ≤5 мм; горизонтальное распространение ≤7 мм
T1b	IB	Макроскопически видимая опухоль, ограниченная шейкой матки, или микроскопический очаг больше T1a/IA2*
T1b1	IB1	Макроскопически видимая опухоль ≤4 см в наибольшем измерении
T1b2	IB2	Макроскопически видимая опухоль >4 см в наибольшем измерении
T2	II	РШМ с инвазией за пределами матки, но не в стенку таза и не в нижнюю треть влагалища
T2a	IIA	Опухоль без инвазии параметрия
T2a1	IIA1	Макроскопически видимая опухоль ≤4 см в наибольшем измерении
T2a2	IIA2	Макроскопически видимая опухоль >4 см в наибольшем измерении
T2b	IIB	Опухоль с инвазией параметрия
T3	III	Опухоль распространяется на стенку таза и/или нижнюю треть влагалища и/или вызывает гидронефроз либо нефункционирующую почку**
T3a	IIIA	Опухоль распространяется на нижнюю треть влагалища; стенка таза не вовлечена
T3b	IIIB	Опухоль распространяется на стенку таза и/или вызывает гидронефроз либо нефункционирующую почку
T4	IVA	Опухоль инвазирует слизистую мочевого пузыря или прямой кишки и/или распространяется за пределы малого таза (бульбозного отека не достаточно, чтобы классифицировать РШМ как T4)
Регионарные лимфатические узлы (N)		
NX		Регионарные ЛУ оценить невозможно
N0		Метастазы в регионарных ЛУ отсутствуют
N1		Метастазы в регионарных ЛУ
Отдаленные метастазы (M)		
M0		Отдаленные метастазы отсутствуют
M1	IVB	Отдаленные метастазы (включая распространение на брюшину; вовлечение надключичных, средостенных и парааортальных ЛУ, легких, печени и костей)

Примечания.

\* В систему FIGO больше не входит стадия 0 (Tis).

\*\* Все макроскопически видимые очаги (даже при поверхностной инвазии) классифицируются как T1b/IB.

\* Все макроскопически видимые очаги (даже при поверхностной инвазии) являются карциномами стадии IB. Под инвазией понимаются измеренную инвазию стромы максимальной глубины 5 мм с горизонтальным распространением не более 7 мм. Глубину инвазии измеряют начиная с основания эпителия первичной ткани – поверхностного или железистого – и всегда указывают в мм, даже в случаях ранней (минимальной) инвазии стромы (~1 мм). Вовлечение сосудистых и/или лимфатических пространств на стадирование не влияет.

\*\* При ректальном исследовании между опухолью и тазовой стенкой отсутствует свободное пространство. Сюда же относятся все случаи гидронефроза или нефункционирующей почки, если не известны другие причины этих состояний.

У пременопаузальных женщин ЛТ или ХЛТ с облучением малого таза неотвратимо приводит к недостаточности яичников. С целью сохранения гормональной функции у пациенток с возрасте до 45 лет с плоскоклеточным раком перед облучением рекомендуется транспозиция яичников.

## Клинические исследования и принципы выбора терапии

В рандомизированном исследовании итальянские авторы сравнивали эффективность ЛТ с таковой радикальной гистерэктомии, дополненной лимфаденэктомией, у пациенток с РШМ ранних клинических стадий

Таблиця 2. Относительный риск смерти в 5 клинических исследованиях одновременной ХЛТ

Исследование	Стадия FIGO	Контрольная группа	Группа сравнения	ОР смерти в группе сравнения
Keys et al.	IB2	ЛТ	ЛТ + цисплатин еженедельно	0,54
Rose, Bundy, Watkins et al.	IIb-IVA	ЛТ + гидроксимочевина	ЛТ + цисплатин еженедельно ЛТ + цисплатин, 5-фторурацил и гидроксимочевина	0,61 0,58
Morris et al.	IB2-IVA	ЛТ с большим полем	ЛТ + цисплатин и 5-фторурацил	0,52
Whitney et al.	IIb-IVA	ЛТ + гидроксимочевина	ЛТ + цисплатин и 5-фторурацил	0,72
Peters et al.	IB, IIA	ЛТ	ЛТ + цисплатин и 5-фторурацил	0,50

(IB-IIA) (Landoni et al., 1997). У женщин с опухолями, распространяющимися на параметрий, с <3 мм стромы шейки матки, не вовлеченной в опухолевый процесс, макро- или микроскопическими метастазами в регионарных лимфатических узлах (ЛУ) после операции использовали адьювантную ЛТ. По частоте клинических исходов группы ЛТ и радикальной гистерэктомии ± адьювантная ЛТ не различались, однако комбинированный подход к лечению сопровождался более высокой частотой осложнений.

Одновременная ХЛТ с использованием химиотерапии, основанной на цисплатине (в монотерапии или в комбинации с 5-фторурацилом) является методом выбора при РШМ стадий IB2, II, III и IVA. В 5 рандомизированных клинических исследованиях одновременная ХЛТ снижала риск смерти на 30-50% по сравнению с ЛТ. Поиск режима ХТ, наиболее подходящего для использования одновременно с ЛТ, продолжается, однако в указанных 5 исследованиях четко показана роль ХЛТ, в которой базисным химиотерапевтическим средством является цисплатин. Основываясь на этих данных, Национальный институт рака США (NCI) настоятельно рекомендует применять ХЛТ вместо ЛТ для лечения инвазивного РШМ. Длительное наблюдение участниц 3 из 5 данных исследований подтвердило, что одновременная цисплатинсодержащая ХЛТ по сравнению с ЛТ ± гидроксимочевина улучшает выживаемость без прогрессирования и общую выживаемость (Rose et al., 2007; Eifel et al., 2004; Stehman et al., 2007). Недавно проведенный Кокрановский метаанализ показал, что ХЛТ обеспечила улучшение 5-летней выживаемости на 6% (ОР 0,81; р<0,001) (СССМАС, 2008). В крупном канадском реестре (n=4069) также было продемонстрировано, что ХЛТ улучшает исходы по сравнению с таковыми на фоне ЛТ.

В целом ХЛТ переносится хорошо, однако не лишена ближайших и отдаленных побочных эффектов. Некоторые онкологи считают, что добавление к ЛТ монохимиотерапии цисплатином более предпочтительно, чем комбинации цисплатин + 5-фторурацил, так как последняя может быть более токсичной (Monk et al., 2007; Gaffney et al., 2007). У пациенток, которые не переносят цисплатинсодержащую ХЛТ, альтернативным режимом является проведение ЛТ с одновременным назначением карбоплатина или химиопрепарата, не содержащего платины. Следует отметить, что при ХЛТ химиотерапия обычно начинается в день, когда проводится внешняя лучевая терапия на область малого таза. Так называемую системную консолидацию (т. е. добавление ХТ после ХЛТ) рекомендуется использовать только в рамках клинических исследований (в настоящее время проводятся исследования RTOG 0724, International OUTBACK/ANZGOG).

#### РШМ ранних стадий

После всестороннего клинического обследования пациентки и определения стадии заболевания проводится хирургическое лечение либо ЛТ. Выбор метода терапии основан на системе стадирования FIGO. В 2012 г. был разработан новый алгоритм терапии с сохранением фертильности у больных РМШ IA и IB1 стадий. Пациенткам с мелкоячеистыми нейроэндокринными опухолями, а также большим аденокарциномой с минимальным отклонением хирургическое лечение с сохранением фертильности в целом не рекомендуется.

**РШМ стадии IA1.** Выбор метода лечения заболевания IA1 стадии зависит от результатов конусной биопсии, а также от желания пациентки сохранить фертильность, операбельности и наличия ВЛСП. Объем лимфодиссекции зависит от размеров опухоли, наличия метастазов в ЛУ таза и/или ВЛСП.

**Лечение с сохранением фертильности.** Пациенткам, желающим сохранить фертильность, рекомендуется конусная биопсия ± диссекция тазовых ЛУ. При получении отрицательных краев после конусной биопсии и отсутствии ВЛСП в дальнейшем может проводиться наблюдение. У больных с позитивными краями есть два варианта:

радикальная трахелектомия или повторная конусная биопсия. Больным с ВЛСП рекомендуется трахелектомия с диссекцией тазовых ± парааортальных ЛУ. Диссекция тазовых ЛУ рекомендуется пациенткам с ВЛСП, у которых после конусной биопсии были получены негативные края.

После успешных родов гистерэктомия может проводиться у пациенток, перенесших радикальную трахелектомию или конусную биопсию по поводу РШМ ранних стадий, если они имеют дополнительные факторы риска (хроническую персистирующую НРВ-инфекцию, патологические результаты Пап-теста) или сами желают операции. Следует отметить, что трахелектомия (также известная как цервикэктомия) подразумевает удаление шейки матки и верхней части влагалища (т. е. матка остается интактной).

В исследовании Shepherd и соавт. (2006) было установлено, что у женщин, пытающихся забеременеть после радикальной трахелектомии, проведенной по поводу РШМ ранних стадий, 5-летняя кумулятивная частота беременности составляет 52,8%; частота рецидива рака была низкой, тем не менее высокой была доля выкидышей. У молодых (<45 лет) пренонапаузальных женщин с плоскоклеточной карциномой ранних стадий, пожелавших сохранить яичники (т. е. удалить только матку), метастазирование в яичники встречается редко (Landoni et al., 2007; Shimada et al., 2006).

**Лечение без сохранения фертильности.** У операбельных пациенток, не желающих сохранять фертильность, экстрафасциальная (простая, или тотальная) гистерэктомия обычно проводится при отсутствии ВЛСП и наличии отрицательных краев после конусной биопсии или положительных краев в случае дисплазии. У пациенток с положительными краями в случае карциномы и у больных с ВЛСП рекомендуется модифицированная гистерэктомия с диссекцией тазовых ЛУ. Диссекция парааортальных ЛУ показана пациенткам с верифицированным или подозреваемым метастатическим поражением тазовых ЛУ. Больным с отрицательными краями после конусной биопсии, которые являются неоперабельными или отказываются от операции, рекомендуется наблюдение.

**РШМ стадии IA2.** Лечение с сохранением фертильности. Пациенткам, желающим сохранить фертильность, рекомендуется радикальная трахелектомия с диссекцией тазовых ЛУ ± парааортальных ЛУ. Еще одним вариантом является конусная биопсия с последующим наблюдением при условии отрицательных краев и отсутствия метастазов в тазовых ЛУ по данным патологического исследования.

**Лечение без сохранения фертильности.** Операбельным пациенткам, не желающим сохранять фертильность, показано хирургическое лечение или ЛТ. Рекомендованным хирургическим вмешательством является модифицированная радикальная гистерэктомия с диссекцией тазовых ± парааортальных ЛУ. Диссекция парааортальных ЛУ показана пациенткам с верифицированными либо подозреваемыми метастазами в тазовых ЛУ.

У неоперабельных пациенток, а также у больных, которые не желают сохранять фертильность, но при этом отказываются от операции, альтернативным методом лечения является ЛТ на область таза с брахитерапией суммарной дозой 70-80 Гр. Эта доза рекомендуется большинству больных и была вычислена путем суммирования дозы обычной внешней лучевой фракционированной терапии и низкоинтенсивной (40-70 сГр/ч) брахитерапии. При использовании высокоинтенсивной брахитерапии суммарная доза подбиралась с учетом толерантности нормальных тканей и на основании вычисления биологической эквивалентности.

**Заболевание стадий IB и IIA.** В зависимости от стадии заболевания и опухолевой массы пациенткам с опухолями IB и IIA могут быть проведены хирургическое лечение, ЛТ или одновременная ХЛТ. Лечение с сохранением фертильности рекомендуется только пациенткам с заболеванием стадии IB1. До принятия решения о выборе метода терапии может потребоваться проведение ПЭТ-КТ для исключения распространения опухоли за пределы малого таза.

**Стадия IB1: лечение с сохранением фертильности.** Пациенткам с РШМ стадии IB1 (но, как правило, только с опухолями ≤2 см), желающим сохранить фертильность, может быть проведена радикальная трахелектомия с лимфаденэктомией тазовых ЛУ ± лимфаденэктомия парааортальных ЛУ. При опухолях размером 2-4 см решение о возможности сохранения фертильности принимает хирург. Некоторые хирурги считают, что при выполнении вагинальной трахелектомии можно отступать на 2 см, а отступ на 4 см следует использовать при выполнении абдоминальной (лапароскопической, роботизированной) трахелектомии. В исследовании Diaz и соавт. (2008) клинические исходы у пациенток с РШМ стадии IB1, перенесших радикальную трахелектомию или радикальную гистерэктомию, после 4 лет наблюдения не различались.

**Стадии IB и IIA: лечение без сохранения фертильности.** Оперативный метод лечения подразумевает выполнение радикальной гистерэктомии с двусторонней лимфаденэктомией тазовых ЛУ ± лимфаденэктомия парааортальных ЛУ. Результаты клинических исследований свидетельствуют о том, что хирургическое лечение является наиболее приемлемым для пациенток с РШМ стадий IB1 и IIA1, а одновременная ХЛТ — для больных с РШМ стадий IB2 и IIA2. Лимфаденэктомия парааортальных ЛУ может выполняться у пациенток с более крупными опухолями и/или при верифицированных или подозреваемых метастазах в тазовых ЛУ. По мнению некоторых авторов, сначала следует выполнить лимфаденэктомию тазовых ЛУ; если метастазы в них отсутствуют, далее проводится радикальная гистерэктомия. В случае обнаружения метастазов в тазовых ЛУ гистерэктомия не рекомендуется; в дальнейшем такие пациентки должны быть подвергнуты ХЛТ.

Недавно полученные данные свидетельствуют о том, что путем проведения биопсии сторожевого ЛУ можно уменьшить необходимость в лимфаденэктомии тазовых ЛУ у пациенток с РШМ ранних стадий (Cormier et al., 2011; Lescru et al., 2011). Тем не менее эта методика пока не прошла утверждение и в настоящее время остается перспективным направлением дальнейших исследований.

У пациенток с РШМ стадии IB или IIA (включая больных, которым не может быть выполнена гистерэктомия) альтернативным методом лечения является комбинированная ЛТ (внешняя лучевая на область таза + брахитерапия) ± одновременная цисплатинсодержащая ХТ. Однако следует отметить, что такой подход, доказано эффективный у больных РШМ более поздних стадий, у пациенток с опухолями стадий IB1 и IIA1 специально не изучался, что требует тщательного анализа соотношения пользы и риска в этой популяции женщин.

У больных с РШМ стадий IB2 и IIA2, получающих полную дозу ЛТ, одновременная цисплатинсодержащая ХТ значительно улучшает выживаемость (Keys et al., 1999; Morris et al., 1999).

Адьювантная гистерэктомия после ЛТ уменьшает риск рецидива в малом тазе, но не увеличивает общую выживаемость и к тому же ассоциируется с осложнениями. При мнении ряда авторов, это вмешательство может быть показано пациенткам с резидуальным заболеванием после одновременной ХЛТ и не должно проводиться у женщин с полным ответом на ХЛТ.

#### РШМ поздних стадий

Традиционно в эту категорию включали РШМ стадий IIB-IV (т. е. местнораспространенный РШМ). Однако в настоящее время многие онкологи к РШМ поздних стадий также относят опухоли IB2 и IIA2.

У больных с более поздними стадиями заболевания, получающих первичную ХЛТ, важнейшим является объем ЛТ, который выбирают в зависимости от вовлечения тазовых и парааортальных ЛУ. При заболевании стадии IB2 и выше рекомендуется проведение радиологических исследований (включая ПЭТ-КТ). Исключить распространение опухоли на проксимальную часть эндцервика помогает МРТ. При получении неоднозначных данных визуализирующих исследований следует выполнить пункционную биопсию. Возможно проведение хирургического стадирования (экстраперитонеальной или лапароскопической лимфаденэктомии), позволяющего обнаруживать микрометастазы в ЛУ.

У пациенток без метастазов в ЛУ или с метастазами исключительно в тазовых ЛУ, верифицированными только с помощью хирургического стадирования, лечение состоит в ЛТ на область таза с одновременной цисплатинсодержащей ХТ и брахитерапией. Используемые в рамках ХЛТ цисплатинсодержащие схемы подразумевают назначение цисплатина 1 р/нед или комбинации цисплатин/5-фторурацил каждые 3-4 нед во время ЛТ.

Больным с опухолевым поражением парааортальных ЛУ или метастазами в тазовых ЛУ, выявленными с помощью визуализирующих методов, показана экстраперитонеальная лимфаденэктомия с последующим проведением ЛТ с широким полем, одновременной цисплатинсодержащей ХТ и брахитерапией. Пациенткам с метастазами в парааортальных ЛУ, у которых также обнаружены отдаленные метастазы, показана системная ХТ и/или индивидуализированная ЛТ.

#### Метастатический РШМ

У пациенток с отдаленными метастазами (стадия IIVB) первичным лечением, как правило, является цисплатинсодержащая ХТ. Для уменьшения объема опухоли в малом тазе и облегчения симптомов может быть назначена индивидуализированная ЛТ.

Продолжение следует.

Перевел с англ. Алексей Терещенко

