Злокачественные новообразования влагалища

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: C52, D07.2 · Ассоциация онкологов России, Общероссийская общественная организация «Российское общество клинической онкологии», Общероссийская общественная организация «Российское общество специалистов по профилактике и лечению опухолей репродуктивной системы»

Злокачественные новообразования влагалища — опухоли стенки влагалища, среди которых около 90% составляют плоскоклеточные варианты. Рекомендация посвящена подтверждению диагноза и стадированию, выбору лучевой, хирургической и лекарственной тактики, а также наблюдению после лечения.

Главное

- Для стадирования применяется только первичный рак влагалища: метастатические опухоли влагалища исключают, а опухоль, распространяющуюся на вульву, классифицируют как рак вульвы.
- Стадия определяется так: Tis — карцинома in situ; I — опухоль ограничена влагалищем; II — прорастание в околовлагалищные ткани; III — распространение на стенку малого таза или поражение регионарных лимфоузлов при T1–T3; IVA — инвазия слизистой мочевого пузыря или прямой кишки либо распространение за пределы малого таза; IVB — отдалённые метастазы.
- При РВл преобладают бели и кровянистые выделения; при распространённом заболевании присоединяются болевой синдром, нарушения тазовых функций и тенезмы (УУР С, УДД 5).
- Лучевая терапия рассматривается как основной метод лечения рака влагалища; хирургия и химиотерапия применяются в предусмотренных клинических ситуациях (УУР С, УДД 4).
- Меланоцитарные опухоли влагалища следует обсуждать на мультидисциплинарном консилиуме с участием онкогинеколога.
- После лечения осмотр онколога проводят каждые 3 месяца в первые 2 года, каждые 6 месяцев с 3-го по 5-й год и ежегодно начиная с 6-го года; при высоком риске прогрессирования интервалы сокращают.
- При подозрении на онкологическое заболевание консультация в центре амбулаторной онкологической помощи или онкологическом кабинете должна состояться не позднее 3 рабочих дней после направления.

Диагностика

1. Собрать жалобы и анамнез: уточнить выделения, кровотечение, боль, нарушения тазовых функций, тенезмы и факторы, способные повлиять на выбор лечения (УУР С, УДД 5).
2. Выполнить полный осмотр: ректо-вагинальное исследование, осмотр вульвы, влагалища и шейки матки зеркалами Симса, пальпацию живота и периферических лимфоузлов, аускультацию и перкуссию лёгких, пальпацию молочных желёз (УУР С, УДД 5).
3. Для оценки общего состояния и подготовки лечения назначить общий анализ крови, биохимический анализ крови с оценкой функции печени и почек, общий анализ мочи и коагулограмму. При плоскоклеточном раке определить SCC, если исследование доступно (УУР С, УДД 5).
4. До начала лечения получить морфологическую верификацию: выполнить биопсию опухоли с патологоанатомическим исследованием; при необходимости дополнить её иммуногистохимическим типированием (УУР С, УДД 5).
5. При сомнительном или отрицательном результате первичной биопсии провести повторную биопсию либо, при возможности, хирургическое вмешательство с интраоперационным патологоанатомическим исследованием материала.
6. Провести вульвоскопию, вагиноскопию и кольпоскопию; взять мазки с шейки матки и цервикального канала, аспират из полости матки либо выполнить раздельное диагностическое выскабливание. При подтверждённой аденокарциноме влагалища целесообразно исследовать эндометрий для исключения первичного рака эндометрия (УУР С, УДД 5).
7. Оценить распространённость: выполнить УЗИ малого таза, брюшной полости и лимфоузлов, КТ грудной клетки, МРТ малого таза и мягких тканей промежности с контрастированием. При стадиях выше T2 добавить

ПЭТ-КТ с туморотропным РФП либо КТ грудной и брюшной полостей с контрастированием; при распространённых стадиях выполнить цистоскопию и ректороманоскопию (УУР С, УДД 5).

Лечение

- При TisN0M0 используют лазерную хирургию, широкую локальную эксцизию, фотодинамическую терапию или контактную лучевую терапию (УУР С, УДД 5).
- При I стадии проводят радикальную сочетанную лучевую терапию. Самостоятельная брахитерапия возможна преимущественно при опухоли до 1 см или при противопоказаниях к дистанционной лучевой терапии; она особенно предпочтительна при поверхностной инвазии менее 0,5 см (УУР С, УДД 4).
- При локализованной опухоли верхней трети влагалища на I стадии возможна расширенная гистерэктомия с удалением верхней или до средней трети влагалища, клетчатки и регионарных лимфоузлов; варианты включают локальную эксцизию, резекцию влагалища или вагинэктомию с реконструкцией. Адъювантную лучевую терапию рассматривают при положительных краях, неблагоприятной гистологии, мультицентричности, лимфоваскулярной или периневральной инвазии (УУР С, УДД 4).
- При II стадии проводят радикальную лучевую терапию, предпочтительно сочетание дистанционного облучения и брахитерапии (УУР С, УДД 4). При противопоказаниях к брахитерапии возможно дистанционное облучение первичного очага высокопрецизионными методиками.
- При III стадии основным методом остаётся радикальная лучевая терапия, преимущественно сочетание дистанционного облучения и брахитерапии; хирургическое лечение не показано (УУР С, УДД 4).
- Дистанционный этап обычно проводят по 1,8–2 Гр за 23–25 фракций до эквивалентной суммарной очаговой дозы 45–50 Гр с последующей брахитерапией. Если брахитерапия противопоказана, локальный буст доводят до 60–64 Гр при T1–2 и до 66–70 Гр при T3–4a.
- При IVa стадии применяют условно-радикальную или паллиативную лучевую терапию для улучшения качества жизни (УУР С, УДД 4).
- При IVb стадии основным методом первичного лечения является системная химиотерапия; лучевую терапию используют паллиативно для уменьшения симптомов и улучшения качества жизни (УУР С, УДД 5).
- При распространённом раке химиотерапию проводят до прогрессирования или непереносимой токсичности. Для ослабленных пациентов указан минимальный режим: цисплатин 50 мг/м² один раз в 21 день, до 6 курсов; при прогрессирующем заболевании возможны пембролизумаб 200 мг внутривенно один раз в 3 недели при высокой микросателлитной нестабильности, включая нарушения системы репарации ДНК (dMMR), и капецитабин 2500 мг/м²/сут внутрь в дни 1–14 каждого 21-дневного цикла (УУР С, УДД 4).
- Для химиолучевой терапии может использоваться цисплатин 40 мг/м² внутривенно один раз в неделю, до 7 циклов.

Когда направить и как наблюдать

- При подозрении или выявлении онкологического заболевания направить пациентку к онкологу в центр амбулаторной онкологической помощи или онкологический кабинет; консультация должна быть проведена не позднее 3 рабочих дней.
- В онкологический диспансер или онкологическую больницу направляют, если на амбулаторном этапе невозможно получить биопсию, выполнить необходимые исследования, установить распространённость и стадию или определить тактику лечения.
- Экстренная или неотложная госпитализация нужна при осложнениях самого заболевания либо осложнениях хирургии, лучевой или лекарственной терапии, требующих специализированной помощи.
- Плановая госпитализация показана для специализированного противоопухолевого лечения, включая операцию, дистанционную или контактную лучевую терапию и лекарственное лечение, если требуется наблюдение в круглосуточном или дневном стационаре.

Частые вопросы

Как подтвердить диагноз рака влагалища?

Основной критерий — биопсия опухоли с последующим патологоанатомическим исследованием. Диагноз подтверждают до начала лечения; при необходимости применяют иммуногистохимическое типирование.

Какая лучевая тактика предпочтительна при II стадии?

При II стадии основным подходом является радикальная лучевая терапия, преимущественно сочетание дистанционного облучения и брахитерапии.

Какая лучевая тактика предпочтительна при III стадии?

При III стадии основным методом является радикальная лучевая терапия, преимущественно сочетание дистанционного облучения и брахитерапии; хирургическое лечение не показано.

Когда брахитерапию можно использовать самостоятельно?

При I стадии самостоятельная брахитерапия возможна преимущественно при опухоли до 1 см или при противопоказаниях к дистанционной лучевой терапии. Она особенно предпочтительна при поверхностной инвазии менее 0,5 см.

Какую дозу цисплатина используют при химиолучевой терапии?

В тексте указана схема цисплатина 40 мг/м² внутривенно один раз в неделю, до 7 циклов. Также при распространённом процессе у ослабленных пациентов возможен цисплатин 50 мг/м² один раз в 21 день, до 6 курсов.

Как наблюдать пациентку после лечения?

Осмотры онколога проводят каждые 3 месяца в первые 2 года, каждые 6 месяцев с 3-го по 5-й год и затем ежегодно с 6-го года либо раньше при появлении жалоб. Обследование включает анамнез и физикальный осмотр, УЗИ; МРТ, КТ или ПЭТ-КТ выполняют по указанным показаниям.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/344-zlokachestvennye-novoobrazovaniya-vlagalishcha. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/344_2