Рак шейки матки

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: C53, D06 · Ассоциация онкологов России, Общероссийская общественная организация «Российское общество клинической онкологии», Общероссийская общественная организация «Российское общество специалистов по профилактике и лечению опухолей репродуктивной системы»

Рак шейки матки — злокачественная опухоль слизистой оболочки эктоцервикса или эндоцервикса, связанная с онкогенными типами ВПЧ. Рекомендация описывает подтверждение диагноза, стадирование, выбор хирургического, лучевого и лекарственного лечения, а также диспансерное наблюдение.

Главное

- Основная причина РШМ — ВПЧ онкогенных генотипов; в России чаще выявляют ВПЧ 16 и/или 18. К факторам риска относятся раннее начало половой жизни, частая смена партнеров, отказ от барьерной контрацепции, курение и иммуносупрессия.
- Наиболее характерные симптомы — обильные водянистые бели и контактные кровянистые выделения; возможны ациклические кровотечения, а при местно-регионарном распространении — боль, дизурия и затруднение дефекации.
- Диагноз устанавливают только по результатам патолого-анатомического исследования биопсийного или операционного материала; стадию определяют до начала специального лечения по FIGO 2019 и TNM 8-го издания.
- МРТ малого таза с внутривенным контрастированием — метод выбора для оценки распространенности первичной опухоли у пациенток с морфологически подтвержденным РШМ I–IV стадий. При невозможности МРТ при местнораспространенном процессе выполняют КТ таза с контрастированием.
- При опухолях IB1, IB2 и IIA1 стадий адъювантную тактику определяют по факторам риска. Любой фактор высокого риска — опухоль в крае резекции, поражение параметрия или метастазы в лимфоузлах — является основанием для адъювантной химиолучевой терапии; при метастазах в поясничных лимфоузлах используют расширенное поле облучения.
- При подозрении на РШМ пациентку направляют в центр амбулаторной онкологической помощи или первичный онкологический кабинет; консультация должна состояться не позднее 3 рабочих дней после направления.
- После лечения проводят гинекологический осмотр, цитологию культи влагалища, УЗИ и при плоскоклеточном раке определение SCC каждые 3 месяца в первые 2 года, каждые 6 месяцев на 3–4-м году, затем ежегодно.

Диагностика

1. Собрать анамнез: уточнить водянистые бели, контактные и ациклические кровянистые выделения, их длительность, боли внизу живота, дизурию и затруднение дефекации. УУР С, УДД 5.
2. Провести полный осмотр: ректовагинальное исследование, пальпацию живота и периферических лимфоузлов, аускультацию и перкуссию легких, пальпацию молочных желез; оценить ECOG и/или индекс Карновского, питание, боль, температуру и гемодинамику. УУР С, УДД 5.
3. Выполнить общий анализ крови, биохимический анализ с оценкой функции печени и почек, общий анализ мочи и коагулограмму. У пациенток с плоскоклеточным РШМ или подозрением на него определить SCC, если исследование доступно; УУР А, УДД 2. Перед очередным курсом химиотерапии общий анализ крови повторяют не более чем за 5–7 дней.
4. Выполнить кольпоскопию и выбрать наиболее информативный измененный участок для биопсии шейки матки; УУР А, УДД 1. УЗИ малого таза, брюшной полости и регионарных и периферических лимфоузлов используют для оценки распространенности; УУР С, УДД 5.
5. Провести патолого-анатомическое исследование биопсийного или операционного материала с указанием гистологического типа, степени дифференцировки, трех размеров опухоли, глубины инвазии, лимфоваскулярной инвазии, состояния краев резекции и поражения лимфоузлов; УУР С, УДД 5.

6. После морфологической верификации выполнить МРТ малого таза с контрастированием, КТ грудной клетки и КТ брюшной полости либо МРТ брюшной полости с контрастированием. При подозрении на отдаленные метастазы у пациенток с T1b2 и более распространенным процессом выполняют ПЭТ-КТ всего тела; УУР B, УДД 1.
7. Установить FIGO- и TNM-стадию до начала специального лечения. При сомнительных результатах стадирование проводят по меньшей стадии; инвазию мочевого пузыря или прямой кишки подтверждают биопсией.

Лечение

- При HSIL/CIN III или карциноме in situ выполняют ножевую либо радиоволновую конизацию шейки матки с раздельным выскабливанием оставшейся части цервикального канала и по показаниям полости матки; УУР B, УДД 2. При отрицательных краях резекции и отрицательном соскобе этот объем считают достаточным.
- При IA1 и желании сохранить репродуктивную функцию без лимфоваскулярной инвазии выполняют конизацию с выскабливанием цервикального канала. При лимфоваскулярной инвазии проводят ампутацию шейки или радикальную трахелэктомию с тазовой лимфаденэктомией, возможно с биопсией сторожевых лимфоузлов; УУР B, УДД 2.
- При IA2 выполняют модифицированную расширенную экстирпацию матки с тазовой лимфаденэктомией; УУР A, УДД 1. При сохранении репродуктивной функции и отсутствии метастазов в тазовых лимфоузлах возможна расширенная трахелэктомия; УУР B, УДД 2.
- При IB3 и IIA2 первым вариантом лечения является радикальная химиолучевая терапия; УУР A, УДД 1. Адъювантная гистерэктомия после химиолучевой терапии и неоадъювантная химиотерапия перед лучевой или химиолучевой терапией нецелесообразны.
- Радикальная химиолучевая терапия включает дистанционную лучевую терапию 45–50 Гр и цисплатин 40 мг/м² внутривенно еженедельно, не менее 5 циклов, с последующей брахитерапией; УУР A, УДД 2. Общая продолжительность курса с брахитерапией не должна превышать 7–8 недель, прерывания не допускаются.
- При IVB стадии или прогрессировании назначают системную химиотерапию первой линии: 6 курсов либо до прогрессирования или непереносимой токсичности; УУР B, УДД 3. Один из режимов: паклитаксел 175 мг/м² в 1-й день плюс цисплатин 75 мг/м² в 1-й день и бевацизумаб 7,5–15 мг/кг в 1-й день каждые 3 недели.
- При стойком, рецидивирующем или метастатическом РШМ с PD-L1 CPS≥1 в первой линии применяют пембролизумаб с платиносодержащей химиотерапией и бевацизумабом или без него до прогрессирования, неприемлемой токсичности или до 24 месяцев; УУР A, УДД 2. После прогрессирования при PD-L1 CPS≥1, MSI-H или dMMR рекомендуется пембролизумаб в монотерапии: 200 мг внутривенно каждые 3 недели или 400 мг каждые 6 недель; УУР C, УДД 4.
- Паллиативную лучевую терапию проводят ослабленным пациенткам при кровотечении и/или боли, если ECOG превышает 2 балла и/или индекс Карновского составляет 70 баллов или менее; УУР C, УДД 5.

Когда направить и как наблюдать

- При подозрении или выявлении онкологического заболевания направить пациентку на консультацию в центр амбулаторной онкологической помощи или, при его отсутствии, в первичный онкологический кабинет либо поликлиническое отделение онкологического диспансера; консультация должна быть проведена не позднее 3 рабочих дней.
- В онкологический диспансер или другую специализированную онкологическую организацию направляют, если на амбулаторном уровне невозможно выполнить биопсию, необходимые исследования, установить распространенность и стадию или определить лечебную тактику.
- Экстренная или неотложная госпитализация показана при осложнениях опухоли либо осложнениях хирургического, лучевого или лекарственного лечения, требующих специализированной помощи.
- Плановая госпитализация нужна для сложных интервенционных диагностических или эндоскопических вмешательств, которые нельзя выполнить амбулаторно, а также для противоопухолевого лечения, требующего круглосуточного или дневного стационара.

Частые вопросы

Можно ли установить диагноз РШМ только по клиническим симптомам или данным визуализации?

Нет. Диагноз устанавливают на основании патолого-анатомического исследования биопсийного или операционного материала. Визуализация нужна для оценки распространенности и планирования лечения.

Какой метод визуализации предпочтителен для оценки местной распространенности РШМ?

МРТ малого таза с внутривенным контрастированием является методом выбора у пациенток с морфологически подтвержденным РШМ I–IV стадий. Если МРТ недоступна при местнораспространенном процессе, выполняют КТ таза с контрастированием.

Как проводится химиолучевая терапия при РШМ?

Дистанционную лучевую терапию проводят в суммарной дозе 45–50 Гр одновременно с еженедельным цисплатином 40 мг/м², обычно не менее 5 циклов, затем выполняют брахитерапию. Общая длительность курса не должна превышать 7–8 недель.

Когда при рецидивирующем или метастатическом РШМ назначают пембролизумаб?

В первой линии его комбинируют с платиносодержащей химиотерапией и бевацизумабом или без него при PD-L1 CPS≥1. После прогрессирования пембролизумаб в монотерапии возможен при PD-L1 CPS≥1, MSI-H или dMMR.

Как часто наблюдать пациентку после лечения РШМ?

Гинекологический осмотр, цитологию культи влагалища, УЗИ и при плоскоклеточном раке SCC выполняют каждые 3 месяца в первые 2 года, каждые 6 месяцев на 3–4-м году, затем ежегодно. При подозрении на рецидив нужна биопсия с гистологическим исследованием.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/537-rak-shejki-matki. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/537_3