Рак яичников / рак маточной трубы / первичный рак брюшины

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: C48, C56, C57, D39.1, D39.7, D39.9 · Ассоциация онкологов России, Общероссийская общественная организация «Российское общество клинической онкологии», Общероссийская общественная организация «Российское общество специалистов по профилактике и лечению опухолей репродуктивной системы»

Рак яичников, маточной трубы и первичный рак брюшины — близкие по гистологической природе эпителиальные злокачественные опухоли, для которых применяют сходные подходы к диагностике и лечению. Рекомендация охватывает подтверждение диагноза, стадирование, циторедуктивную хирургию, лекарственную терапию рецидивов и диспансерное наблюдение.

Главное

- Клинический диагноз обычно требует морфологической верификации: материал получают при биопсии, лапароскопии или операции. При массивном распространенном процессе и необходимости срочно начать химиотерапию допустимо цитологическое подтверждение, в том числе материала из брюшной полости.
- Стадию определяют по FIGO 2014 и TNM 8-го издания. Стадия I ограничена яичниками, II включает распространение в малый таз, III — внутрибрюшинные метастазы за пределами таза и/или регионарные лимфоузлы, IV — отдаленные метастазы.
- Если состояние пациентки и распространенность опухоли позволяют, первым этапом выполняют полную или оптимальную циторедукцию с удалением всех видимых проявлений болезни (УУР А, УДД 2). При невозможности такой операции начинают с химиотерапии (УУР А, УДД 1).
- Всем пациенткам с РЯ, начиная с IC стадии, при отсутствии противопоказаний назначают 6 курсов платиносодержащей химиотерапии (УУР В, УДД 2). После 6, максимум 8 курсов переходят к динамическому наблюдению до признаков прогрессирования (УУР А, УДД 1).
- После лечения наблюдение проводят каждые 12–16 недель в первые 2 года, затем каждые 6 месяцев (УУР А, УДД 1). Рутинная томография у бессимптомных пациенток не нужна; углубленную визуализацию выполняют при повышении CA125, жалобах или патологических данных осмотра/УЗИ.

Диагностика

1. Собрать жалобы, общий и семейный онкологический анамнез; оценить увеличение живота, диспепсию, снижение массы тела и аппетита, боль в животе или тазу, одышку и слабость (УУР В, УДД 3).
2. Провести ректовагинальное исследование, пальпацию живота и периферических лимфоузлов, аускультацию и перкуссию легких, обследование молочных желез; отдельно оценить асцит, плевральный выпот, нутритивный статус, боль и функциональный статус ECOG/Карновского (УУР В, УДД 3).
3. Выполнить общий и биохимический анализы крови с оценкой функции печени и почек, общий анализ мочи и коагулограмму (УУР С, УДД 4). Перед очередным курсом химиотерапии клинический анализ крови выполняют не более чем за 5 дней до начала лечения.
4. Определить CA125 в крови (УУР А, УДД 1); при подозрении на рак яичников — HE4 и индекс ROMA (УУР В, УДД 2). При подозрении на муцинозную опухоль добавить CA19.9 и РЭА (УУР А, УДД 2), а у женщин младше 40 лет при вероятной неэпителиальной опухоли — АФП и свободную β-субъединицу ХГЧ (УУР С, УДД 5).
5. Начать визуализацию с комплексного УЗИ малого таза — трансвагинального и трансабдоминального — с оценкой риска по системе O-RADS (УУР С, УДД 5). При подозрении на рак выполнить МРТ малого таза с внутривенным контрастированием (УУР А, УДД 1), затем КТ грудной и брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием для оценки распространенности (УУР С, УДД 5).
6. Для исключения первичной опухоли ЖКТ выполнить ЭГДС и колоноскопию; также обследовать молочные железы (УУР В, УДД 2 для колоноскопии; УУР С, УДД 5 для ЭГДС; УУР С, УДД 4 для обследования молочных желез). При сомнительной распространенности допустима ПЭТ-КТ (УУР В, УДД 3), а при неэффективности менее инвазивных методов — диагностическая лапароскопия (УУР А, УДД 1).
7. Получить морфологическое подтверждение до лечения и направить материал на патолого-анатомическое исследование с указанием гистологического типа, степени злокачественности, поражения брюшины и сальника, статуса лимфоузлов и лечебного патоморфоза.

8. При серозной или эндометриоидной карциноме высокой степени выполнить исследование BRCA1/2 (УУР B, УДД 2).

Лечение

- При I–II стадиях выполнить полноценное хирургическое стадирование: ревизию брюшной полости и таза, цитологию асцита или смывов, биопсии подозрительных и случайных участков брюшины, удаление большого сальника и необходимые лимфаденэктомии. При I стадии тотальная тазовая и поясничная лимфаденэктомия до почечных сосудов обязательна, кроме муцинозной и эндометриоидной аденокарциномы.
- При III–IV стадиях, если возможна оптимальная операция, выполнить полную или оптимальную циторедукцию (УУР A, УДД 2). Если операция на первом этапе невозможна, провести 2–3 курса неоадъювантной химиотерапии и затем выполнить промежуточную циторедукцию; после 3 курсов при отсутствии условий для операции возможно индивидуально назначить еще 3 курса.
- Адъювантную химиотерапию можно не проводить только при одновременном выполнении условий: IA–IB стадия, low-grade карцинома, несветлоклеточный тип и полностью выполненное хирургическое стадирование (УУР A, УДД 2). Пациенткам с IA–IB стадиями с карциномами высокой степени злокачественности или светлоклеточным гистологическим типом, а также при невыполненном хирургическом стадировании назначают 4–6 курсов платиносодержащей химиотерапии (УУР A, УДД 1).
- Один из основных режимов первой линии: паклитаксел 175 мг/м² внутривенно за 3 часа в 1-й день плюс карбоплатин AUC 6 внутривенно за 1 час в 1-й день 21-дневного курса, всего 6 курсов. Химиотерапию желательно начать не позднее 25 дней после операции.
- Внутрибрюшную химиотерапию применяют при II–IV стадии после первичной циторедукции, если максимальный остаточный узел не превышает 1 см; требуется предварительная установка внутрибрюшного порта (УУР A, УДД 1). Бевацизумаб добавляют при остаточных узлах более 1 см, невыполненной и не планируемой в ближайшее время циторедукции или IV стадии: 7,5 либо 15 мг/кг внутривенно каждые 3 недели, всего 18–22 курса или до прогрессирования.
- При III–IV стадии, high-grade опухоли и мутации BRCA1/2, если достигнут полный или частичный ответ на платиносодержащую химиотерапию первой линии, назначают поддерживающий олапариб 300 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 2 лет или до прогрессирования/непереносимой токсичности (УУР A, УДД 1).
- При рецидиве выбор лечения зависит от бесплатинового интервала и симптомов. При интервале 6–24 месяца используют комбинацию платины с другим ранее не применявшимся препаратом (УУР B, УДД 2); при интервале более 24 месяцев можно повторить комбинацию платины и таксана (УУР C, УДД 4); при интервале менее 6 месяцев назначают бесплатиновую монохимиотерапию, если во время прежней платиносодержащей терапии прогрессирования не было (УУР C, УДД 3).
- Повторную циторедукцию при рецидиве рассматривают при бесплатиновом интервале более 6 месяцев, отсутствии распространенного канцероматоза и асцита более 500 мл, ECOG 0 и индексе Карновского 80–100 баллов; операция оправдана только при возможности удалить всю макроскопически видимую опухоль (УУР A, УДД 2).

Когда направить и как наблюдать

- При подозрении на онкологическое заболевание направить пациентку к онкологу в центр амбулаторной онкологической помощи или первичный онкологический кабинет; консультация должна состояться не позднее 5 рабочих дней с даты направления.
- В онкологический диспансер или онкологическую больницу направляют для уточнения диагноза и стадии, определения лечебной тактики или при наличии показаний к специализированной, включая высокотехнологичную, помощи.
- Экстренная или неотложная госпитализация нужна при осложнениях опухоли или лечения, требующих специализированной помощи. Плановая госпитализация показана для сложных интервенционных диагностических вмешательств и противоопухолевого лечения, требующего наблюдения в круглосуточном или дневном стационаре.
- При неэффективности двух последовательных режимов химиотерапии дальнейшее лечение имеет сомнительную пользу; следует выбирать симптоматическую терапию или участие в клиническом исследовании (УУР C, УДД 5).

Частые вопросы

Обязательна ли биопсия при подозрении на рак яичников?

Да, гистологическая верификация обязательна в большинстве случаев. При распространенном процессе с асцитом и канцероматозом, когда требуется срочно начать химиотерапию, допустимо цитологическое подтверждение материала, полученного малоинвазивно.

Какой метод визуализации использовать первым при образовании яичника?

Первой линией служит комплексное УЗИ малого таза — трансвагинальное и трансабдоминальное — с оценкой по O-RADS. При подозрении на рак уточняющую роль играет МРТ малого таза с внутривенным контрастированием.

Когда при раке яичников можно отказаться от адъювантной химиотерапии?

Только если одновременно выполнены все условия: IA–IB стадия, low-grade карцинома, несветлоклеточный тип и полное хирургическое стадирование. При их соблюдении отказ от адъювантной химиотерапии имеет УУР А, УДД 2.

Как определяют прогрессирование рака яичников по CA125?

Прогрессирование может быть установлено при двукратном превышении верхней границы нормы, если CA125 ранее был нормальным, либо при двукратном росте от минимального значения во время лечения, если нормализации не было. Повышение подтверждают повторным анализом с интервалом не менее 1 недели; само по себе оно не требует немедленного начала новой линии химиотерапии.

Как часто наблюдать пациентку после завершения лечения?

Осмотр и обследование проводят каждые 12–16 недель в первые 2 года, затем каждые 6 месяцев. В предложенном алгоритме CA125, осмотр гинеколога и УЗИ выполняют каждые 3 месяца первые 2 года, каждые 4 месяца на 3-м году, далее каждые 6 месяцев; КТ, МРТ или ПЭТ-КТ назначают при подозрении на рецидив.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/547-rak-yaichnikov-rak-matochnoj-truby-pervichnyj-rak-bryushiny. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/547_3