

# СТАДИРОВАНИЕ ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**А.С. Шевчук, Ю.Г. Паяниди, К.В. Афанасьева**

ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, Москва

**Цель исследования.** Провести систематический анализ данных, имеющихся в современной литературе, об изменениях, внесенных в современные классификации гинекологических злокачественных новообразований.

**Материал и методы.** В обзор включены комментарии 8-го пересмотра классификации Международного противоракового союза (TNM), последних пересмотров классификации Международной федерации акушеров и гинекологов (FIGO), а также зарубежные статьи, посвященные этому вопросу.

**Результаты.** Основным изменением в 8-м издании классификации гинекологических злокачественных опухолей TNM является объединение стадирования для рака яичников, маточных труб и первичного рака брюшины, тогда как в 7-м издании они были стадированы как отдельные нозологии. Кроме того, в новом издании описана система прогностических факторов для рака шейки матки, эндометрия и опухолей группы яичников. Если эти факторы внесут существенный вклад в прогноз, они могут быть включены в будущие промежуточные классификации.

**Заключение.** Основной целью Международного противоракового союза и Международной федерации акушеров и гинекологов продолжает оставаться создание унифицированной статистической информации о распространенности болезни в каждом конкретном случае.

**Ключевые слова:** FIGO, TNM, стадирование, онкогинекология.

## STAGING OF GYNECOLOGIC CANCERS IN THE RUSSIAN FEDERATION

**A.S. Shevchyuk, K.V. Afanasieva**

Federal State Budgetary Institution «N.N. Blokhin National Medical Research Center of Oncology»  
of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow

**Objective of the study** is to carry out a systematic analysis of the data available in current literature on the amendments made in the current classifications of gynecological malignancies.

**Materials and Methods.** The overview comprises the comments of the 8<sup>th</sup> edition of the Union for International Cancer Control (UICC) TNM classification, recent FIGO (The International Federation of Gynecology and Obstetrics) classification revisions as well as foreign articles on this subject.

**Results.** The main change in the 8<sup>th</sup> edition of TNM classification of gynecological malignant tumors is the unification of staging for ovarian cancer, fallopian tube cancer and primary peritoneal cancer, whereas in the 7<sup>th</sup> edition they were staged as separate entities. In addition, the new edition describes the system of prognostic factors for cervical cancer, endometrial cancer and ovarian tumors. If these factors contribute significantly to the prognosis, they can be included into the future intermediate classifications.

**Conclusion.** The main goal of the Union for International Cancer Control (UICC) and the International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) continues to be the creation of unified statistical information on the incidence of the disease on a case-by-case basis.

**Keywords:** FIGO, TNM, staging, gynecologic oncology.

Основными задачами клинициста-онколога являются установление диагноза, определение прогноза заболевания и планирование наиболее эффективной стратегии лечения, для чего требуется объективная оценка анатомической распространенности опухолевого процесса. Для этого необходимо иметь классификацию,

основные принципы которой были бы применены ко всем локализациям злокачественных опухолей независимо от планируемого лечения и которую впоследствии можно было бы дополнить сведениями, полученными при патогистологическом исследовании, и (или) данными хирургического вмешательства. Классификации

могут быть самыми разнообразными: по локализации опухоли, клиническому или патологическому распространению поражения, длительности симптомов или признаков, полу и возрасту больных, гистологическому строению, степени злокачественности. Все эти признаки в определенной степени влияют на прогноз заболевания, однако не дают полной оценки.

В настоящее время в Российской Федерации в онкогинекологии в этих целях используют все последние пересмотры классификаций Международного противоракового союза (TNM) и Международной федерации акушеров и гинекологов (FIGO). Так, для рака эндометрия и сарком матки — это классификация стадий FIGO 2009 г., для рака шейки матки — последний пересмотр 2018 г., для рака яичников, маточных труб, первичного рака брюшины, пограничных и неэпителиальных опухолей яичников — пересмотр FIGO 2014 г. Международный противораковый союз (TNM) представил свой последний 8-й пересмотр стадий TNM в 2017 г., который в 2020 г. в России был рассмотрен и одобрен для стадирования Министерством здравоохранения РФ.

Рассмотрим главные изменения современных классификаций по основным нозологиям.

### Пересмотр классификации рака шейки матки

Проведенные многочисленные международные исследования, касающиеся проблематики рака шейки матки (РШМ), показали необходимость пересмотра классификации этого заболевания для оптимизации лечебной тактики и факторов прогноза. Однако, что касается последнего, 8-го, пересмотра TNM в 2017 г., для классификации РШМ никаких изменений не произошло. Но в октябре 2018 г. в *International Journal of Gynecology and Obstetrics* был опубликован специальный выпуск, посвященный отчету онкологической группы FIGO, где в разделе, касающемся РШМ, была представлена новая классификация этого заболевания. До того момента стадирование FIGO, в основном, осуществлялось на основании клинического обследования, теперь же онкогинекологический комитет для этих целей рекомендует

использовать различные методы визуализации и гистологическое исследование.

Прежде всего изменения коснулись карциномы *in situ* или стадии 0 (Tis), которая не включена в новую классификацию FIGO в отличие от классификации 2009 г., но все еще применяется в классификации TNM.

Для микроинвазивных карцином в классификации FIGO 2018 г. был убран критерий горизонтального распространения опухоли, а распределение на стадии IA1 и IA2 зависит только от глубины инвазии в строму шейки матки. Такое решение FIGO обосновывает большим количеством ошибок, допускаемых при измерении опухоли, что обусловлено наличием изменений в цервикальном канале, не связанных с опухолевой патологией (воспаление, кисты и т.п.), а также субъективностью оценки патоморфолога [1]. Глубина инвазии измеряется от основания ближайшего к опухоли нормального плоского эпителия или, в случае поверхностного эрозивно-язвенного воспаления, от поверхности опухоли до точки самой глубокой инвазии. Однако любая макроскопически определяемая опухоль на шейке матки независимо от глубины инвазии в строму относится к IB стадии.

В классификации FIGO 2009 г. впервые появились подстадии для опухолей, ограниченных шейкой матки, с разницей в размерах до 4 см включительно и более 4 см [2], что имело прогностическое значение и являлось важным тактическим параметром. Следующие исследования, ориентированные на прогноз заболевания и дальнейшее планирование лечения, показали, что опухоли максимальным размером 4 см также должны быть дополнительно подразделены [3, 4]. Таким образом, опухоль IB стадии, по FIGO 2018 г., подразделяется по размеру опухоли на подстадии: IB1 — для инвазивной карциномы с глубиной стромальной инвазии  $> 0,5$  см и размером  $\leq 2$  см в наибольшем измерении, IB2 — для инвазивной карциномы размером  $> 2$  и  $\leq 4$  см в наибольшем измерении и IB3 — для инвазивной карциномы размером  $> 4$  см в наибольшем измерении. Данные изменения внесены с учетом необходимости проведения органосохраняющего лечения больным,

желающим сохранить фертильность, а также на основании факторов прогноза.

И, наконец, изменения затронули III стадию. Появилась новая подстадия — IIIc, которой раньше не было. Она отражает поражение регионарных лимфатических узлов вне зависимости от размеров и распространения первичной опухоли. При этом теперь при постановке диагноза III стадия РШМ должны учитываться метастазы не только в тазовых, но и в парааортальных лимфатических узлах, которые определены как регионарные, а не отдаленные метастазы, что не было отражено в предыдущей классификации. Метастазы в тазовых лимфатических узлах, по FIGO 2018 г., классифицируются как IIIc1 стадия, а в парааортальных — как IIIc2. При этом IIIc2 стадия определяется независимо от наличия или отсутствия метастазов в тазовых лимфатических узлах, поскольку в очень редких случаях этапность поражения регионарных лимфатических узлов может нарушаться, и метастазы в поясничных лимфатических узлах проявляются раньше, чем в тазовых, или минуют их вовсе. Вероятно, это обусловлено многообразием путей лимфооттока от матки, наличием широких анастомозов между отдельными группами лимфатических узлов и непостоянным функционированием лимфатических коллекторов [5]. При выставлении стадии IIIc обязательно нужно указать, на основании чего она была установлена. Для этого были добавлены индексы r (инструментальные методы диагностики) и p (патоморфологическое исследование), обозначающие метод, который позволил диагностировать IIIc стадию. Например, если на метастазы в лимфатических узлах таза указывают методы визуализации, врач должен установить клиническую стадию IIIc1r, а в случае морфологического подтверждения это будет IIIc1p стадия. При этом методы визуализации или патоморфологической диагностики всегда должны быть документированы [6]. В сомнительных случаях стадирование выполняется по наименьшей стадии.

Далее рассмотрим ряд международных исследований, подтверждающих целесообразность изменений классификации FIGO 2009 г.

Так, анализ 220 больных РШМ IB1 стадии (по классификации FIGO 2009 г.), перенесших радикальную гистерэктомию, показал, что при опухолях размером < 2 см отмечался значительно меньший риск поражения параметрия, и в 2,6 раза был снижен риск возникновения метастазов в регионарных лимфатических узлах. Из чего авторы делают вывод, что пациентам с опухолью, ограниченной шейкой матки и размером < 2 см, могут быть выполнены органосохраняющие операции [7].

Анализ базы данных SEER показал, что пациентки с опухолями < 2 см имеют значительно более низкий риск смерти от прогрессирования заболевания. В многофакторном анализе этого исследования размер опухоли < 2 см был независимым прогностическим фактором уменьшения риска смерти от РШМ в 3,6 раза [8]. В другом анализе было установлено, что после органосохраняющего лечения больных РШМ в объеме радикальной трахелэктомии при размере опухоли < 2 см частота возникновения рецидивов составила 3–6%, а при опухоли более 2 см — 25–29% [9]. Эти результаты были подтверждены и более поздними систематическими обзорами и метаанализами [10, 11], где пациентки с опухолями до 2 см также показали в 3 раза меньший риск возникновения рецидива и в 2,1 раза меньший относительный риск смерти от онкологического заболевания. Что же касается безрецидивной и общей выживаемости, то и здесь размер опухоли показал себя значимым прогностическим фактором [3, 11].

До сих пор считалось, что метастазы в парааортальных лимфатических узлах являются регионарными для рака эндометрия и яичников и отдаленными — для РШМ. Очевидно, для улучшения стадирования FIGO в 2018 г. установила рассматривать парааортальные лимфатические узлы как регионарные для РШМ, но при этом не дала четкого объяснения для таких изменений [1]. По-видимому, данные изменения внесены на перспективу и должны будут показать, действительно ли метастазы в парааортальных лимфатических узлах являются регионарными и такое распространение не будет иметь прогноз, схожий с прогнозом

при отдаленном метастазировании. Парааортальная лимфаденэктомия, выполняемая в дополнение к тазовой, по-видимому, важна только для стадирования [10], хотя пациенты с метастазами в парааортальной области имеют менее благоприятный прогноз, чем пациенты только с поражением лимфатических узлов таза [12].

А. Аухан и соавт. проанализировали данные 425 пациенток, проходивших лечение в клинике Анкары (Турция), у которых был диагностирован РШМ IB1 ( $n = 294$ ) и IB2 ( $n = 131$ ) стадий по классификации FIGO 2009 г. Так называемая стадия миграции имела место у 372 (87,5%) больных в соответствии с пересмотренной системой стадирования FIGO 2018 г., что привело к отсутствию значительного различия в общей 5-летней выживаемости между стадиями IB1 ( $n = 53$ ) и IB2 ( $n = 127$ ) заболевания (95,2% против 89,3%, соответственно;  $p = 0,23$ ) или между стадиями IB2 ( $n = 127$ ) и IB3 ( $n = 95$ ) заболевания (89,3% против 84,2%, соответственно;  $p = 0,12$ ). Аналогично не было выявлено существенной разницы и в общей 5-летней выживаемости между стадиями IIIС1 ( $n = 114$ ) и IIIС2 ( $n = 36$ ) заболевания (79,0% против 67,2%, соответственно;  $p = 0,34$ ). Авторы делают вывод, что по сравнению с системой стадирования FIGO 2009 г. пересмотренная система имеет больше подстадий, что приводит к уменьшению количества пациенток на каждой из них и, соответственно, — к снижению статистической значимости. Авторам не удалось продемонстрировать прогностическое значение новой классификации с точки зрения общей 5-летней выживаемости [13].

Yan Ding-Ding и соавт. ретроспективно проанализировали данные 662 больных РШМ (стадий IB и IIA), которые лечились в онкологической больнице Чжэцзяна (Китай) в период между 2008 и 2011 гг. В результате при повторном стадировании 17,3% больных IB1 стадией, 44,5% IB2 стадией, 25,4% IIA1 и 37,1% IIA2 стадий по FIGO 2009 г. были повышены до стадии IIIС1 по FIGO 2018 г., а 2,1%, 3,0%, 3,1% и 2,1% выше перечисленных стадий были повышены до стадии IIIС2. Общая 5-летняя выживаемость для больных РШМ IB1, IB2, IB3, IIA1,

IIA2, IIIС1p и IIIС2p стадий по FIGO 2018 г. составила 95,3%, 95,1%, 90,4%, 92,4%, 86,4%, 81,9% и 56,3%, соответственно, а 5-летняя выживаемость без прогрессирования — 94,0%, 91,0%, 88,5%, 91,4%, 86,4%, 79,5% и 43,8%, соответственно. Многофакторный анализ показал, что стадия заболевания по FIGO 2018 г. является независимым прогностическим фактором для общей и безрецидивной выживаемости. Авторы делают вывод, что система стадирования FIGO 2018 г. для РШМ, по-видимому, дает более точную информацию для прогнозирования течения заболевания у пациенток с факторами риска после радикальной операции. Выживаемость пациенток со стадией IIA1 лучше, чем у пациенток со стадией IB3. Стадия IIIС1 не является однородной, и, возможно, выживаемость при стадии IIIС1 зависит от количества положительных лимфатических узлов [14].

В другом систематическом литературном обзоре, опубликованном на основании изучения Национальной базы данных рака США, была проанализирована общая 5-летняя выживаемость 62 212 больных РШМ, проходивших лечение в период с 2004 по 2015 гг., у которых с учетом клинических и патологоанатомических данных был поставлен диагноз по системе FIGO 2009 г. и проведено рестадирование по системе FIGO 2018. По классификации FIGO 2018 г. общая 5-летняя выживаемость составила 91,6% (95% ДИ 90,4–92,6%) для стадии IB1, 83,3% (95% ДИ 81,8–84,8%) — для стадии IB2 и 76,1% (95% ДИ 74,3–77,8%) — для IB3 стадии. Для больных РШМ III стадии более высокая стадия по FIGO не была последовательно связана с 5-летней выживаемостью. Так, для больных IIIA стадии общая 5-летняя выживаемость составила 40,7% (95% ДИ 37,1–44,3%), для больных IIIB стадии — 41,4% (95% ДИ 39,9–42,9%), для больных IIIС1 стадии — 60,8% (95% ДИ 58,7–62,8%), а для IIIС2 — 37,5% (95% ДИ 33,3–41,7%). В итоге авторы делают вывод, что система стадирования FIGO 2018 г. имеет прогностическую значимость только для больных РШМ IB стадий. Объединение всех больных РШМ с положительными лимфатическими узлами (как тазовыми, так и парааортальными) в одну

III стадию приводит к формированию очень гетерогенной группы с высокой вариабельностью показателей выживаемости. Авторы считают, что размер опухоли и ее местное распространение имеют более важное прогностическое значение, чем поражение регионарных лимфатических узлов [15].

Переход опухоли на тело матки не учитывался в предыдущей классификации FIGO, так же не учитывается и в настоящее время. Хотя вопрос прогностического значения распространения опухоли шейки матки на тело до сих пор остается спорным, появились данные, показывающие, что риск метастатического поражения яичников, который также не учитывается при стадировании РШМ, увеличивается при распространении опухоли на тело матки [16].

В международных обзорах литературы поражение яичников без учета гистологического типа опухоли и стадии отмечается в среднем в 3,7% (0–12,9%) случаев, а при IV стадиях FIGO — в 2,0% (0,8–3,2%) [17]. Особый интерес представляют данные об увеличении этих показателей при аденокарциноме шейки матки. Но вместе с тем прогностическая значимость вовлечения придатков матки в опухолевый процесс при РШМ до сих пор остается спорной и до конца не изученной [1].

Таким образом, изменения FIGO 2018 г., касающиеся IV стадий, дают более точный прогноз общей и безрецидивной выживаемости; что же касается выделения III стадии, то, по-видимому, этот раздел требует уточнения с учетом размеров первичной опухоли и данных о местной распространенности процесса.

### **Пересмотр классификации рака яичников**

Для классификации рака яичников, рака маточных труб, первичного рака брюшины, пограничных и неэпителиальных опухолей яичников в настоящее время, в соответствии с пересмотром клинических рекомендаций Министерством здравоохранения Российской Федерации, для стадирования используется классификация TNM 8-го пересмотра (2017 г.) и классификация FIGO 2014 г. Первичный рак брюшины, рак маточной трубы являются ред-

кими злокачественными новообразованиями, но имеют много общего с эпителиальными опухолями яичников.

Отчасти решение об общем стадировании этих нозологий связано с открытием в 2001 г. мутаций генов *BRCA*, развитием теории трубного происхождения рака яичников (РЯ) и перитонеального происхождения множества серозных high grade карцином. Клинически эти три заболевания протекают аналогичным образом и не отличаются по тактике ведения [18].

Предыдущий пересмотр классификации стадий FIGO для РЯ приходится на 1988 г. (Рио-де-Жанейро). Процесс изменений стадирования рака яичников, маточной трубы и первичного рака брюшины начался еще в 2010 г. под руководством председателя Комитета FIGO. Предложение было направлено всем соответствующим онкологическим гинекологическим организациям и обществам по всему миру, таким как Международное гинекологическое онкологическое общество (the International Gynecologic Cancer Society), Европейская организация по исследованию и лечению рака (the European Organization for Research and Treatment of Cancer), Американское общество онкогинекологов (the American Society of Gynecologic Oncology), Европейское общество онкогинекологов (the European Society of Gynecologic Oncology), Национальная сеть исследований рака (the National Cancer Research Network, UK), Австралийское общество онкогинекологов (the Australian Society of Gynecological Oncology), Корейское общество онкогинекологов и Японское общество акушерства и гинекологии (the Korean Society of Gynecologic Oncology и the Japanese Society of Obstetrics and Gynecology). Новая система была представлена Исполнительному совету FIGO 12 октября 2012 г. и одобрена через 2 недели. Впоследствии это предложение было рассмотрено и одобрено Американской объединенной комиссией по раку и Международным противораковым союзом, поэтому все основные изменения стадирования РЯ произошли еще в 2014 г. под руководством комитета FIGO, а 8-й пересмотр стадирования по TNM закрепил данные изменения.

Что касается изменений в классификации I стадии, то TNM 2017 г. повторили изменения, внесенные сообществом FIGO. Стадия заболевания является одним из самых важных прогностических факторов при РЯ. Согласно новой классификации, стадия IC была разделена на 3 подстадии: IC1 (интраоперационный хирургический разрыв), IC2 (разрыв капсулы перед операцией или опухолевые разрастания на поверхности яичника) и IC3 (наличие опухолевых клеток в смывах с брюшины или асцитом). В источниках есть указание, что IC1 стадия требует дополнительной санации брюшной полости после интраоперационного разрыва капсулы опухоли с последующим цитологическим исследованием смывов брюшины. По данным ретроспективного исследования Департамента гинекологии и онкогинекологии г. Базель (Швейцария), 128 больных РЯ I стадии FIGO были рестадированы в соответствии с пересмотренной классификацией 2014 г. При этом при IA стадии FIGO было выявлено 11,3% рецидивов и 4,2% смерти, а при IC стадии FIGO — 21,8% рецидивов и 7,3% смерти. При сравнении IA и IC стадий наблюдалась тенденция к сокращению времени возникновения рецидива ( $P = 0,076$ ). Во всех новых подгруппах IC стадии не было существенных различий по времени возникновения рецидива ( $P = 0,59$ ). Также не было значительных различий в выживаемости больных IA и IC стадий по FIGO по сравнению с новыми классификациями. Химиотерапия на основе платины проводилась большинству (82,6%,  $n = 38/46$ ) пациенток с IC стадией по FIGO по сравнению с 30,9% ( $n = 17/55$ ) больных с IA стадией. В данном ретроспективном анализе новая подстадия FIGO для IC стадий РЯ не несла существенно прогностического значения, но применение адъювантной химиотерапии у 82,6% пациентов с IC стадией могло повлиять на исход заболевания [19].

К РЯ II стадии, как правило, можно отнести заболевания довольно-таки небольшой и разнородной группы пациенток, составляющей менее 10% всех случаев РЯ, поскольку сюда включают опухоли, ограниченные малым тазом. Следует отметить, что сигмовидная

кишка находится в малом тазу, и, следовательно, поражение сигмовидной кишки относится ко II стадии. Кроме того, стадию IC (т.е. практически IIA или IIB стадии, но с опухолью на поверхности, разрывом капсулы, или асцитом, или положительным смывом с брюшины) посчитали лишней и удалили из новых классификаций (FIGO и TNM). Считается, что наличие опухолевых клеток в смывах никак не влияет на прогноз при II стадии болезни.

В вопросах разделения II и III стадий было много споров, поскольку фактически все эти наблюдения можно отнести к III стадии, если считать брюшину отдельной анатомической единицей, и только на основании анатомического расположения опухолевого процесса в малом тазу выделяется II стадия. Однако большинство членов FIGO уверены, что существует четкое разделение болезни на II и III стадии с точки зрения выживаемости, и поэтому подразделение IIA и IIB остается. Одной из целей нового стадирования является сравнение выживаемости при II и III стадиях. Обновленная III стадия теперь подразделяется на IIIA1 (метастазы только в забрюшинных лимфатических узлах) и IIIA2 стадии. Стадия IIIA1, в свою очередь, делится на 2 подстадии: IIIA1 (i) — метастазы  $\leq 10$  мм в наибольшем измерении и IIIA1 (ii) — метастазы  $> 10$  мм в наибольшем измерении. IIIA2 стадия выставляется на основании наличия микроскопических, гистологически подтвержденных внутрибрюшинных метастазов за пределами малого таза с метастазами или без них в забрюшинных лимфатических узлах. Целью данного разграничения IIIA стадии является сравнение выживаемости больных РЯ IIIA1 и IIIA2 стадий. Стадии IIIB и IIIC остались без изменений.

Данные многих исследований указывают на то, что распространение опухоли яичников в полости малого таза даже с поражением забрюшинных лимфатических узлов имеют лучший прогноз, чем распространение опухоли за пределы малого таза [20–26]. Одним из изменений, касающихся данной категории, является разделение IV стадии на 2 подстадии. Parvin и соавт. использовали данные исследования EORTC 55971, в котором 670 больных РЯ

III или IV стадии были распределены на две группы. Больным 1-й группы на первом этапе лечения была выполнена циторедуктивная операция, а больным 2-й группы на первом этапе провели неоадьювантную химиотерапию. Изначально IV стадия заболевания была установлена 160 женщинам. Информацию о наличии плеврального выпота с положительной цитологией использовали для рестадирирования на IVA или IVB стадию. В результате 103 (64%) больным из 160 была установлена IVA стадия, а 57 (36%) больным — IVB стадия. Медиана общей выживаемости составила 24 мес для IVA стадии РЯ по FIGO 2014 г. и 31 мес для IVB стадии ( $P = 0,044$ ). У больных IVB стадией РЯ, получавших неоадьювантную химиотерапию, медиана общей выживаемости была на 9 мес больше по сравнению с больными РЯ IVB стадии, перенесшими первичную интервальную циторедукцию ( $P = 0,025$ ), тогда как у больных РЯ IVA стадии существенной разницы не наблюдалось (24 против 26 мес,  $P = 0,48$ ). Выделение IVA и IVB стадий, по предварительным данным, не имеет прогностической значимости, как ожидалось. Но у пациенток РЯ IVA стадии по сравнению с IVB стадией отмечаются лучшая общая выживаемость, а также лучший прогноз после проведения неоадьювантной полихимиотерапии [27].

### Пересмотр классификации рака эндометрия

В соответствии с пересмотром клинических рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации для стадирования рака тела матки (РТМ) используются классификация TNM 8-го пересмотра (2017 г.) и классификация FIGO 2009 г. В 2009 г. комитетом FIGO I стадия РТМ была сокращена до двух подстадий, тогда как предыдущая классификация 1988 г. включала три подстадии (в отдельную группу была выделена опухоль, ограниченная эндометрием). В TNM 8-го пересмотра, так же как и в классификации FIGO 2009 г., стадия IIIС была разделена на IIIС1 (при поражении тазовых лимфатических узлов — N1) и IIIС2 (при поражении парааортальных лимфатических узлов — N2), а в классификации TNM

7-го пересмотра имел место только индекс N1. Считается, что такое разделение на подстадии является логичным дополнением и может определять риск прогрессирования. Это подтверждается данными изучения 3650 больных РТМ реестров SEER 18, у которых имело место поражение лимфатических узлов (IIIС стадия). Установлено, что при эндометриоидных аденокарциномах тела матки реже поражаются парааортальные лимфатические узлы, чем при неэндометриоидных. Стратификация больных РТМ показала, что старший возраст и неэндометриоидный тип опухоли тела матки были связаны с более высокой смертностью при IIIС стадии заболевания [27].

Терапевтическая ценность парааортальной лимфаденэктомии у больных РТМ остается неясной при выполнении ее с профилактической целью, однако при поражении тазовых или парааортальных лимфатических узлов лимфаденэктомия позволяет добиться лучшей выживаемости. Было ретроспективно проанализировано 25 больных РТМ IIIС стадией (у 17 женщин имела место IIIС1 и у 8 — IIIС2 стадии). В данном исследовании парааортальные лимфатические узлы удалялись только при клинической IIIС2 стадии. В результате парааортальные лимфатические узлы были наиболее частым местом рецидива у пациенток с IIIС1 стадией РТМ в отличие от больных IIIС2 стадии, у которых лимфаденэктомия была выполнена. Общая выживаемость была меньше у пациенток с IIIС1 стадией, чем у пациенток с IIIС2 стадией. Данные результаты показывают, что выполнение парааортальной лимфаденэктомии при наличии признаков поражения тазовых лимфатических узлов, не говоря уже о парааортальных, улучшает результаты общей и безрецидивной выживаемости больных РТМ IIIС стадии [29]. Будем надеяться, что новая система стадирования поможет систематизировать и сравнить результаты лечения данной категории больных.

### Заключение

Несмотря на огромную работу по выпуску 8-го издания клинической классификации TNM, а также последних пересмотров FIGO,

главной целью Международного противоракового союза и Международной федерации акушеров и гинекологов продолжает оставаться создание унифицированной статистической информации о распространенности болезни в каждом конкретном случае. Такая информация может помочь специалистам с общих позиций оценить опухолевый процесс, избежать разногласий в планировании лечения и оценке его результа-

тов, в составлении прогноза, а в итоге — способствовать дальнейшему изучению злокачественных новообразований. Конечно, медицинские наука и практика не стоят на месте, появляются новые диагностические методики и прогностические факторы, поэтому естественно, что в будущем используемые классификации также будут нуждаться в корректировке и претерпят изменения.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Bhatla N., Berek J.S., Cuello Fredes M., et al.* Revised FIGO staging for carcinoma of the cervix uteri // *Int J Gynaecol Obstet.* 2019;145(1):129–135.
2. *Pecorelli S.* Revised FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix, and endometrium // *Int J Gynaecol Obstet.* 2009;105(2):103–104.
3. *Horn L.-C., Bilek K., Fischer U., et al.* A cut-off value of 2 cm in tumor size is of prognostic value in surgically treated FIGO stage IB cervical cancer // *Gynecol Oncol.* 2014;134(1):42–46.
4. *Hirschowitz L., Nucci M., Zaino R.J.* Problematic issues in the staging of endometrial, cervical and vulval carcinomas // *Histopathology.* 2013;62(1):176–202.
5. *Новикова Е., Каприн А., Антипов В., Шевчук А.* Атлас операций при злокачественных опухолях женских половых органов. — М.: Практическая медицина, 2015. — 199 с.
6. FIGO Cancer Report 2018. — <https://www.igo.org/resources/figo-cancer-report-2018>.
7. *Kodama J., Fukushima C., Kusumoto T., et al.* Stage IB1 cervical cancer patients with an MRI-measured tumor size < or = 2 cm might be candidates for less-radical surgery // *Eur J Gynaecol Oncol.* 2013;34(1):39–41.
8. *Wagner A.E., Pappas L., Ghia A.J., et al.* Impact of tumor size on survival in cancer of the cervix and validation of stage IIA1 and IIA2 subdivisions // *Gynecol Oncol.* 2013;129(3):517–521.
9. *Schneider A., Erdemoglu E., Chiantera V., et al.* Clinical recommendation radical trachelectomy for fertility preservation in patients with early-stage cervical cancer // *Int J Gynecol Cancer.* 2012;22(4):659–666.
10. *Bentivegna E., Gouy S., Maulard A., et al.* Oncological outcomes after fertility-sparing surgery for cervical cancer: a systematic review // *Lancet Oncol.* 2016;17(6):e240–e253.
11. *Zhang Q., Li W., Kanis M.J., et al.* Oncologic and obstetrical outcomes with fertility-sparing treatment of cervical cancer: a systematic review and meta-analysis // *Oncotarget.* 2017;8(28):46580–46592.
12. *Vandepierre A., van Limbergen E., Leunen K., et al.* Para-aortic lymph node metastases in locally advanced cervical cancer: comparison between surgical staging and imaging // *Gynecol Oncol.* 2015;138(2):299–303.
13. Is the revised 2018 FIGO staging system for cervical cancer more prognostic than the 2009 FIGO staging system for women previously staged as IB disease? Ali Ayhan, Koray Aslan, Ayça Nazlı Bulut, Hüseyin Akilli, Murat Öz, Ali Haberal, Mehmet Mutlu Meydanli // *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology.* 2019;240:209–214.
14. Prognostic Value of the 2018 FIGO Staging System for Cervical Cancer Patients With Surgical Risk Factors. Ding-Ding Yan, Qiu Tang, Jian-Hong Chen, Ye-Qiang Tu, Xiao-Juan L. 2019 Jun;13;11:5473–5480.
15. Gynecologic Oncology: Original Research Prognostic Performance of the 2018 International Federation of Gynecology and Obstetrics Cervical Cancer Staging Guidelines. Jason D., Wright M.D., Koji Matsuo, MD, PhD, Yongmei Huang, MD, MPH, Ana I. Tergas, MD, MPH, June Y. Hou, MD, Fady Khoury-Collado, MD, Caryn M. St. Clair, MD, Cande V. Ananth, PhD, MPH, Alfred I. Neugut, MD, PhD, and Dawn L. Hershman M.
16. *Hockel M., Wolf B., Schmidt K., Mende M., Aktas B., Kimmig R., et al.* Surgical resection based on ontogenetic cancer field theory for cervical cancer: mature results from a single-centre, prospective, observational, cohort study // *Lancet Oncol.* 2019;20(9):1316–1326.
17. *Wilbur D.C., Colgan T.J., Ferenczy A.S., Hirschowitz L., Loning T., McCluggage W.G., Milkami Y., Park K.J., Ronnett B.M., Schneider A., Soslow R., Wells M., Wright T.* Glandular tumours and precursors of the uterine cervix // In: Kurman R.J., Carcangiu M.L., Herrington C.S., Young R.H. (Hrsg) WHO classification of tumours of female reproductive tract. — IARC Press, Lyon, — 2014. — S. 183–194.



18. *Cannistra S.A., Gershenson D.M., Recht A.* Ovarian Cancer, Fallopian Tube Carcinoma, and Peritoneal Carcinoma // In: De Vita V.T., Lawrence T.S., Rosenberg S.A., editors. De Vita, Hellman, and Rosenberg's Cancer: Principles and Practice of Oncology. — 9<sup>th</sup> ed. — Philadelphia: Lippincott, Williams, Wilkins; 2011. — P. 1368–1369.
19. Impact of the New FIGO 2013 Classification on Prognosis of Stage I Epithelial Ovarian Cancers. Céline Montavon Sartorius, Uzma Mirza, Andreas Schötzu, Gillian Mackay, Daniel Fink, Neville F. Hacker, Viola Heinzlmann-Schwarz. 2018 Oct 17;10:4709–4718.
20. *Onda T., Yoshikawa H., Yasugi T., Mishima M., Nakagawa S., Yamada M., et al.* Patients with ovarian carcinoma upstaged to stage III after systematic lymphadenectomy have similar survival to Stage I/II patients and superior survival to other Stage III patients // *Cancer*. 1998;83:1555–1560.
21. *Kanazawa K., Suzuki T., Tokashiki M.* The validity and significance of substage IIIC by node involvement in epithelial ovarian cancer: impact of nodal metastasis on patient survival // *Gynecol Oncol*. 1999;73:237–241.
22. *Panici P.B., Maggioni A., Hacker N., Landoni F., Ackermann S., Campagnutta E., et al.* Systematic aortic and pelvic lymphadenectomy versus resection of bulky nodes only in optimally debulked advanced ovarian cancer: a randomized clinical trial // *J Natl Cancer Inst*. 2005;97:560–566.
23. *Cliby W.A., Aletti G.D., Wilson T.O., Podratz K.C.* Is it justified to classify patients to Stage IIIC epithelial ovarian cancer based on nodal involvement only? // *Gynecol Oncol*. 2006;103:797–801.
24. *Ferrandina G., Scambia G., Legge F., Petrillo M., Salutari V.* Ovarian cancer patients with «node-positive-only» Stage IIIC disease have a more favorable outcome than Stage IIIA/B // *Gynecol Oncol*. 2007;107:154–156.
25. *Baek S.J., Park J.Y., Kim D.Y., Kim J.H., Kim Y.M., Kim Y.T., et al.* Stage IIIC epithelial ovarian cancer classified solely by lymph node metastasis has a more favorable prognosis than other types of stage IIIC epithelial ovarian cancer // *J Gynecol Oncol*. 2008;19:223–228.
26. *Bakkar R., Gershenson D., Fox P., Vu K., Zenali M., Silva E.* Stage IIIC ovarian/peritoneal serous carcinoma: a heterogeneous group of patients with different prognoses // *Int J Gynecol Pathol*. 2014;33:302–308.
27. The FIGO Stage IVA Versus IVB of Ovarian Cancer: Prognostic Value and Predictive Value for Neoadjuvant Chemotherapy. Parvin Tajik, Roelien van de Vrie, Mohammad H Zafarmand, Corneel Coens, Marrije R Buist, Ignace Vergote, Patrick M M Bossuyt, Gemma G Kenter // *International Journay Gynecol& Cancer*. 2018 Mar;28(3):453–458.
28. The prognostic significance of aortic lymph node metastasis in endometrial cancer: Potential implications for selective aortic lymph node assessment. Cosgrove C.M., Cohn D.E., Rhoades J., Felix A.S. // *Gynecol Oncol*. 2019 Jun;153(3):505–510. doi: 10.1016/j.ygyno.2019.03.251. Epub 2019 Mar 30.
29. The role of para-aortic lymphadenectomy in stage IIIC endometrial cancer: A single-institute study. Kikuchi A., Yanase T., Sasagawa M., Honma S. // *J Obstet Gynaecol*. 2017 May;37(4):510–513. doi: 10.1080/01443615.2017.1281894. Epub 2017 Mar 2. PMID: 28421906.

## АВТОРЫ

*Шевчук Алексей Сергеевич*, кандидат медицинских наук, заведующий онкологическим отделением хирургических методов лечения №8 (онкогинекология) ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, 115478, Москва, Каширское ш., 24, e-mail: oncogyn@live.ru

*Shevchuk Aleksei S.*, PhD., head of Gynecologic oncology department of Blokhin Cancer Research Center, 115478, Moscow, Kashirskoye sh., 24, e-mail: oncogyn@live.ru

*Паяниди Юлия Геннадиевна*, доктор медицинских наук, старший научный сотрудник отделения комбинированных и лучевых методов лечения онкогинекологических заболеваний, ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, 115478, Москва, Каширское ш., 24, e-mail: paian-u@yandex.ru

*Payanidi Uliya G.*, M.D., Ph.D. in Medical Sciences, Department of combined and radiological methods of treatment of oncogynecological diseases, Blokhin Cancer Research Center, 115478, Moscow, Kashirskoye sh., 24, e-mail: paian-u@yandex.ru

*Афанасьева Кристина Владимировна*, кандидат медицинских наук, врач отделения комбинированных и лучевых методов лечения онкогинекологических заболеваний, ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, 115478, Москва, Каширское ш., 24, e-mail: afanassievakr@bk.ru

*Afanaseva Kristina V.*, PhD, Department of combined and radiological methods of treatment of oncogynecological diseases, Blokhin Cancer Research Center, 115478, Moscow, Kashirskoye sh., 24, e-mail: afanassievakr@bk.ru