



# Клинические рекомендации ESMO по диагностике, лечению и наблюдению при раке прямой кишки

## Заболеваемость

- Частота случаев рака прямой кишки в Европе составляет 35% всех случаев колоректального рака, т.е. 15-25 случаев на 100 тыс. чел. в год. Смертность от этой патологии составляет 4-10 случаев на 100 тыс. чел. в год, являясь более низкой среди женщин.

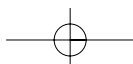
## Диагностика

- Диагноз базируется на осмотре прямой кишки с помощью ректоскопии с биопсией и морфологическим исследованием биоптата. Опухоли, локализующиеся на расстоянии 15 см и менее от ануса, классифицируются как ректальные, а расположенные проксимальнее – как опухоли толстой кишки.

## Стадирование и факторы риска

- При определении стадии должны быть известны полная история заболевания, данные физикального обследования, общий и биохимический (с определением функции печени и почек) анализы, R-графия органов грудной клетки, компьютерная или магнитно-резонансная томография печени, колоноскопия.
- Необходимо гистопатологическое исследование тканей, удаленных с проксимального и дистального краев резекции, по окружности, а также регионарных лимфатических узлов (рекомендуется исследование по крайней мере 12 лимфатических узлов).
- При стадировании должна быть использована система TNM, наряду с которой можно пользоваться классификацией Dukes`.

TNM	Стадии	Распространение	Dukes`
T <sub>1S</sub> N <sub>0</sub> M <sub>0</sub>	0	Carcinoma in situ	-
T <sub>1</sub> N <sub>0</sub> M <sub>0</sub>	I	Мукозный и субмукозный слои	A
T <sub>2</sub> N <sub>0</sub> M <sub>0</sub>	I	Собственный мышечный слой	B1
T <sub>3</sub> N <sub>0</sub> M <sub>0</sub>	II	Субсерозный слой/периректальные ткани	B2
T <sub>4</sub> N <sub>0</sub> M <sub>0</sub>	II	Перфорация в периректальные ткани или инвазия других органов	B3
T <sub>1</sub> N <sub>1</sub> M <sub>0</sub> /T <sub>2</sub> N <sub>2</sub> M <sub>0</sub>	III	T2N1: 1-3/N2: > 4 лимфоузлов	C1
T <sub>3</sub> N <sub>1</sub> M <sub>0</sub> /T <sub>3</sub> N <sub>2</sub> M <sub>0</sub>	III	T3N1: 1-3/N2: > 4 лимфоузлов	C2
T <sub>4</sub> N <sub>1</sub> M <sub>0</sub>	III	T4N1: 1-3/N2: > 4 лимфоузлов	C3
T <sub>любая</sub> N <sub>любая</sub> M <sub>1</sub>	IV	Отдаленные метастазы	D





## План лечения

### *Операбельные случаи*

#### *• Предоперационная лучевая терапия*

Предоперационная лучевая терапия (СОД 25 Гр, РОД 5 Гр с последующим немедленным оперативным вмешательством) снижает частоту местных рецидивов [I, A], может улучшить выживаемость в сравнении с хирургическим лечением без лучевой терапии и рекомендуется во всех случаях, за исключением случаев низкого риска локальных рецидивов.

#### *• Хирургическое лечение*

В качестве стандартного метода хирургического вмешательства, дающего минимальный (< 10%) риск локальных рецидивов, рекомендуется тотальная мезоректальная эксцизия [II, A]. В тех случаях, когда возможно, может быть произведена низкая передняя резекция.

#### *• Послеоперационная лучевая и химиотерапия*

Послеоперационная лучевая терапия (СОД 50 Гр) с сопутствующей химиотерапией на основе 5-фторурацила рекомендуется [III, B] для больных с T3 и T4 (Dukes` B2 и B3), а также при вовлечении лимфоузлов (N1-2, Dukes` C1-3), если предоперационная лучевая терапия не проводилась. Химиотерапия на основе 5-фторурацила может продолжаться в течение 2-4 месяцев после лучевой терапии.

### *Первично неоперабельные случаи и местные рецидивы*

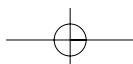
• Больные с фиксированными опухолями или местными рецидивами (если лучевая терапия не проводилась на этапе первичного лечения) должны получать предоперационную лучевую терапию в сочетании или без сопутствующей химиотерапии [II, A]. Через 4-8 недель после лучевой терапии показана попытка радикального хирургического вмешательства [II, A].

### *Местно-распространенная и диссеминированная болезнь*

• В отдельных случаях лечение может включать хирургическое удаление изолированных печеночных или легочных метастазов [II, A], хирургическое стентирование [III, A] или лучевую терапию, которые должны рассматриваться как паллиативные меры. Первая линия паллиативной химиотерапии должна быть начата как можно раньше и включать 5-фторурацил в комбинации с другими препаратами в виде инфузий. Наиболее часто назначаемой схемой является комбинация 5-фторурацила (425 мг/м<sup>2</sup>) в сочетании с низкими дозами лейковорина (20 мг/м<sup>2</sup>) в 1-5 дни, повторные курсы с интервалом 4 недели. Могут быть использованы комбинации с оксалиплатином или иринотеканом. Химиотерапия второй линии показана больным при их общем удовлетворительном состоянии.

## Наблюдение

• Цель наблюдения состоит в выявлении пациентов, нуждающихся в проведении паллиативной химиотерапии или хирургического лечения, а также в выявлении случаев повторного колоректального рака. В настоящее время нет убедительных доказательств того, что систематическое наблюдение за больными после успешного первичного лечения улучшает выживаемость.





- В период наблюдения рекомендуется сбор анамнестических данных (жалобы) и выполнение ректосигмоскопии и эндосонографии, если таковая возможна, каждые 6 месяцев на протяжении 2 лет [V, D].
- Польза клинического, лабораторного и радиологического обследования не доказана. Подобные исследования рекомендуются для больных со специфическими симптомами [A].

## Литература

1. MacFarlane JK, Ryall RD, Heald, RJ. Mesorectal excision for rectal cancer. Lancet 1993; 341: 457-460.
2. Kapiteijn E, Marijnen CAM, Nagtegaal ID et al. Preoperative radiotherapy in combination with total mesorectal excision improves local control in resectable rectal cancer. Report from a multicenter randomized trial. For the Dutch Colorectal Cancer Group and other cooperative investigators. New Engl J Med 2001; 345: 638-646.
3. Colorectal Cancer Collaborative Group. Adjuvant radiotherapy for rectal cancer: a systematic overview of 8507 patients from 22 randomised trials. Lancet 2001; 358: 1291-1304.
4. Jeffery GM, Hickey BE, Hider P. Follow-up strategies for patients treated for non-metastatic colorectal cancer. Cochrane Database Syst Review 2002; 1: CD002200.
5. Beets-Tan R, Beets G, Vliegen R et al. Accuracy of magnetic resonance imaging in prediction of tumour-free resection margin in rectal cancer surgery. Lancet 2001; 357: 497-504.

Координатор рекомендаций для группы  
по подготовке рекомендаций ESMO:  
Kjell M. Tveit, Ullevaal University Hospital,  
Oslo, Norway

*Утверждено группой  
по подготовке рекомендаций ESMO:  
август 2002 г.*

*Перевод с английского  
д.м.н. М.Б. Стенина*

