Рак прямой кишки

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: C20, D01.2, D37.5 · Общероссийская общественная организация "Ассоциация колопроктологов России", Ассоциация онкологов России, Общероссийская общественная организация «Российское общество клинической онкологии»

Рак прямой кишки — злокачественная эпителиальная опухоль, расположенная в пределах 15 см от ануса; тактика зависит от уровня опухоли, стадии TNM, МРТ-признаков местного распространения, молекулярных характеристик и резектабельности метастазов. Рекомендация охватывает диагностику, предоперационное лечение, хирургическую тактику, лекарственную терапию, наблюдение и реабилитацию.

Главное

- Опухоль относят к раку прямой кишки, если она расположена выше зубчатой линии и не далее 15 см от анокутанной линии; нижнеампулярный отдел — 0–5 см, среднеампулярный — 5,1–10 см, верхнеампулярный — 10,1–15 см.
- План лечения не следует составлять до получения данных биопсии; окончательное принятие решения о тактике лечения возможно по результатам МРТ органов малого таза.
- Основные показания к предоперационному лечению — локализация опухоли до 5 см от наружного края анального канала, поражение циркулярной границы резекции или регионарных лимфатических узлов по данным МРТ малого таза.
- При метастатическом или нерезектабельном местнораспространённом процессе исследуют мутации KRAS и NRAS, BRAF, MSI/dMMR и экспрессию или амплификацию HER2; результаты могут повлиять на выбор таргетной терапии и тактики лечения.
- Основной радикальный метод лечения — хирургический. При технической возможности операцию выполняют лапароскопически, соблюдая принципы тотальной или частичной мезоректумэктомии и сохраняя тазовые вегетативные нервы.
- При изолированных резектабельных метастазах в печени или лёгких пациента обсуждают хирург и онколог, имеющие опыт таких резекций; хирургическое удаление метастазов выполняют после признания их резектабельными, иногда после периоперационной химиотерапии.
- После лечения наблюдение наиболее интенсивно в первые 2 года: осмотр и обследования каждые 3–6 месяцев; на 3–5-м году — каждые 6–12 месяцев; после 5 лет — ежегодно или при появлении жалоб.

Диагностика

1. Собрать жалобы, анамнез и семейный анамнез; проверить соответствие критериям Amsterdam II, Bethesda или критериям НМИЦ колопроктологии им. А. Н. Рыжих для выявления наследственных форм.
2. До начала лечения выполнить физикальное обследование с пальцевым ректальным исследованием и оценкой нутритивного статуса (УУР C, УДД 5).
3. Получить общий анализ крови, биохимический анализ крови и коагулограмму; коагулограмма обязательна перед хирургическим лечением. Уровень РЭА определить всем пациентам (УУР A, УДД 1).
4. Определить уровень опухоли ригидным ректоскопом, измерив расстояние от наружного края анального канала; при подозрении на опухоль выполнить колоноскопию с 3–5 биопсиями для морфологической верификации (УУР C, УДД 4–5).
5. Выполнить МРТ малого таза на аппарате не менее 1,5 Т до выбора лечения (УУР B, УДД 2), описав глубину инвазии, состояние лимфоузлов, минимальное расстояние до мезоректальной фасции, экстрамуральную сосудистую инвазию и отношение опухоли к сфинктерам.
6. Для исключения отдалённых метастазов выполнить КТ грудной клетки и КТ или МРТ брюшной полости с внутривенным контрастированием; при невозможности полной колоноскопии из-за стеноза — ирригоскопию, КТ с оценкой состояния толстой кишки или колоноскопию через 3–6 месяцев после операции.
7. Установить диагноз при сочетании опухоли выше зубчатой линии и в пределах 15 см от анокутанной линии с гистологически подтверждённой злокачественной опухолью эпителиального происхождения; диагноз

устанавливают на основании данных физикального, инструментального обследования и патологоанатомического изучения биопсийного материала.

Лечение

- При нижнеампулярной опухоли cT2–4bN0M0 или cTлюбоеN1–2M0 проводят предоперационную химиолучевую терапию; суммарную дозу на первичную опухоль при необходимости увеличивают до 56 Гр (УУР А, УДД 2).
- При среднеампулярной опухоли с поражением циркулярной границы резекции рекомендуется химиолучевая терапия; суммарную дозу при необходимости увеличивают до 56 Гр (УУР А, УДД 2).
- Базовые варианты предоперационной лучевой терапии: 5 Гр × 5 фракций до 25 Гр либо пролонгированная ХЛТ с 1,8–2 Гр за фракцию, 44 Гр на зоны регионарного метастазирования и 50–54 Гр на первичную опухоль. В сочетании с облучением капецитабин применяют по 825 мг/м² 2 раза в сутки, а непрерывную инфузию фторурацила — по 225 мг/м².
- После пролонгированной ХЛТ операцию выполняют не ранее 7 и не позднее 12 недель без консолидирующей химиотерапии; после курса 5 × 5 Гр — не ранее 6 и не позднее 8 недель. При консолидирующей химиотерапии вмешательство проводят не позднее 20 недель с момента её завершения (УУР А, УДД 2).
- При среднеампулярной опухоли cT3c–T4aN0–2M0 без поражения циркулярной границы можно использовать 5 × 5 Гр с консолидирующей НАХТ; при cT2–T3bN0–1M0 без поражения этой границы допустима первичная операция, но только в специализированной клинике с не менее чем 20 резекциями прямой кишки на хирурга в год и при поражении не более 3 лимфоузлов размером менее 8 мм.
- Для верхнеампулярного рака обычно предпочтительна радикальная операция на первом этапе. НАХТ рассматривают при распространённом поражении лимфоузлов, опухолевых депозитах или других факторах неблагоприятного прогноза; при поражении циркулярной границы первичной опухолью возможны ЛТ или ХЛТ с консолидирующей НАХТ.
- При раннем раке 0–I стадии Tis–T1sm1–sm2N0M0 выполняют трансанальное полнослойное эндоскопическое удаление или эндоскопическую подслизистую диссекцию. Органосохранная тактика подходит при умеренно- или высокодифференцированной аденокарциноме, ограниченной подслизистым слоем, без подозрительных мезоректальных лимфоузлов; при pT1sm3, поражении краёв, лимфоваскулярной инвазии, низкой дифференцировке, слизистом или перстневидноклеточном раке либо tumor budding 2–3 показана стандартная операция с ТМЭ.
- Адъювантную химиотерапию подбирают по ypT/ypN и исходной распространённости; оптимальные комбинации — FOLFOX или XELOX, обычно до общей продолжительности 6 месяцев с учётом предоперационного лечения. При полинейропатии 2 степени оксалиплатин отменяют и продолжают аналоги пиримидина; иринотекан и таргетные препараты в адъювантном режиме не применяют.
- При нерезектабельных метастазах большинству пациентов назначают комбинации mFOLFOX6, XELOX, XELIRI, FOLFIRI или FOLFOXIRI не менее 3–4 месяцев с возможной поддерживающей терапией аналогами пиримидина. При MSI используют пембролизумаб или ниволумаб, в том числе в комбинации с ипилимумабом; при прогрессировании или непереносимости основных лекарственных режимов регорафениб начинают с 80 мг/сут в 1-ю неделю, 120 мг/сут во 2-ю, 160 мг/сут в 3-ю неделю, затем делают недельный перерыв.

Когда направить и как наблюдать

- При подозрении или выявлении рака прямой кишки направить пациента к онкологу; консультация в центре амбулаторной онкологической помощи или первичном онкологическом кабинете должна состояться не позднее 5 рабочих дней после выдачи направления.
- В специализированный онкологический центр направляют пациента, если на исходном уровне невозможно получить биопсию, установить диагноз, распространённость или стадию заболевания, а также при необходимости сложного хирургического, лучевого или лекарственного лечения.
- Экстренная или неотложная госпитализация нужна при осложнениях опухоли либо лечения.
- При кровотечении выполняют срочную эндоскопию и гемостаз; при кишечной непроходимости используют саморасширяющийся стент или формируют колостому/илеостому.

- Тактику «наблюдения и ожидания» проводят только в центрах с соответствующим опытом и мультидисциплинарной командой; пациент должен быть готов проходить контроль не реже 4 раз в год минимум 3 года, включая пальцевое исследование, МРТ малого таза и видеоректоскопию.
- При изолированных метастазах в печени или лёгких пациента до лечения направляют на совместное обсуждение хирургом и онкологом, имеющими опыт резекций этих органов.

Частые вопросы

Какие инструментальные исследования обязательны до выбора лечения при раке прямой кишки?

Нужны ригидная ректоскопия с точным измерением уровня опухоли, колоноскопия с 3–5 биопсиями, МРТ малого таза, КТ грудной клетки и КТ или МРТ брюшной полости с внутривенным контрастированием. При невозможности полной колоноскопии из-за стеноза выполняют ирригоскопию, КТ с оценкой состояния толстой кишки или колоноскопию через 3–6 месяцев после операции.

Каковы основные показания к предоперационной химиолучевой терапии?

Основные показания — опухоль до 5 см от наружного края анального канала, поражение циркулярной границы резекции или регионарных лимфоузлов по МРТ.

Каковы стандартные режимы лучевой терапии перед операцией?

Используют короткий курс 5 Гр × 5 до суммарной дозы 25 Гр либо пролонгированную ХЛТ: 1,8–2 Гр за фракцию, 44 Гр на зоны регионарного метастазирования и 50–54 Гр на первичную опухоль. С фторпиримидинами применяют, в частности, капецитабин 825 мг/м² 2 раза в сутки или непрерывную инфузию фторурацила 225 мг/м².

Кому можно выполнить органосохраняющее лечение?

При Tis–T1sm1–sm2N0M0 возможно трансанальное эндоскопическое удаление или эндоскопическая подслизистая диссекция. Нужны умеренно- или высокодифференцированная аденокарцинома, инвазия только в подслизистый слой и отсутствие признаков поражения мезоректальных лимфоузлов; негативные факторы после удаления требуют стандартной операции с ТМЭ.

Как наблюдать пациента после завершения лечения?

В первые 2 года обследуют каждые 3–6 месяцев, на 3–5-м году — каждые 6–12 месяцев, далее ежегодно или при жалобах. Контроль включает анамнез и осмотр с пальцевым исследованием, РЭА при исходном повышении, колоноскопию через 1 и 3 года, затем каждые 5 лет, УЗИ брюшной полости и малого таза, ежегодную рентгенографию грудной клетки и однократную КТ грудной клетки и брюшной полости с контрастированием через 12–18 месяцев.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/554-rak-pryamoj-kishki. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/554_4