Плоскоклеточный рак анального канала, анального края, перианальной кожи

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: C21, C44.5 · Общероссийская общественная организация "Ассоциация колопроктологов России", Ассоциация онкологов России, Общероссийская общественная организация «Российское общество клинической онкологии»

Рекомендация посвящена плоскоклеточному раку анального канала, анального края и перианальной кожи, включая неметастатические и метастатические формы. Главное в тактике — морфологическая верификация до лечения, стадирование по TNM8 и химиолучевая терапия как основной метод при неметастатическом заболевании.

Главное

- Диагноз устанавливают на основании патолого-анатомического исследования биопсийного материала (УУР С, УДД 5).
- Для локального стадирования всем пациентам выполняют МРТ малого таза (УУР С, УДД 3). При противопоказаниях к МРТ выполняют КТ малого таза с внутривенным контрастированием или ПЭТ-КТ.
- При неметастатическом плоскоклеточном раке основным методом служит химиолучевая терапия с СОД не менее 50 Гр, митомицином и препаратом группы аналогов пиримидина (УУР А, УДД 2).
- Паховые лимфатические узлы включают в профилактический объем облучения независимо от категории T и N; плановых перерывов в химиолучевой терапии избегают. Перерывы проводят только при осложнениях не ниже III степени по RTOG и/или NCI-CTCAE (УУР В, УДД 3; УУР С, УДД 4).
- Операцию при рецидиве или продолжающемся росте после химиолучевой терапии обычно рассматривают не ранее 26 недель; более раннее вмешательство возможно в отдельных ситуациях, включая документированное прогрессирование или острое некупируемое консервативно жизнеугрожающее кровотечение.
- После лечения физикальный осмотр и сбор жалоб проводят каждые 3 месяца в первые 2 года, затем каждые 6–12 месяцев с 3-го по 5-й год; после 5 лет — ежегодно или при появлении жалоб.

Диагностика

1. Собрать жалобы и анамнез с целью выявления факторов, которые могут повлиять на выбор тактики лечения (УУР С, УДД 5).
2. Провести осмотр перианальной кожи, пальпацию паховых лимфатических узлов и пальцевое исследование прямой кишки; женщинам выполнить гинекологический осмотр и цитологическое исследование мазка из цервикального канала (УУР С, УДД 5).
3. Выполнить колоноскопию или аноскопию с биопсией; для получения достаточного количества материала берут 3–5 биопсий стандартными эндоскопическими щипцами (УУР С, УДД 5).
4. При сомнительной биопсии ее повторяют; при отрицательном результате решение о повторной биопсии принимают индивидуально с учетом эндоскопических и рентгенологических признаков злокачественного роста (УУР С, УДД 5).
5. Для локального стадирования выполнить МРТ малого таза с оценкой опухоли, паховых, мезоректальных и тазовых лимфатических узлов, инвазии соседних органов, свищей и паратуморальных абсцессов. При противопоказаниях к МРТ используют КТ малого таза с внутривенным контрастированием или ПЭТ-КТ (УУР С, УДД 3).
6. До лечения выполнить КТ органов грудной полости и КТ или МРТ органов брюшной полости с внутривенным контрастированием; при подозрении на метастазы по данным КТ или МРТ выполнить биопсию под контролем УЗИ или КТ либо ПЭТ-КТ, если подтверждение изменит тактику лечения (УУР С, УДД 5).

Лечение

- При неметастатическом плоскоклеточном раке основная тактика — химиолучевая терапия: СОД не менее 50 Гр в сочетании с митомицином 10–12 мг/м² внутривенно в 1-й день и препаратом группы аналогов пиримидина (УУР А, УДД 2).

- Для рака анального канала T1–2N0–2M0, анального края или перианальной кожи T1–2N1–2M0, T2N0M0 применяют лучевую терапию 40–42 Гр на опухоль и зону регионарного метастазирования с бустом 6–10 Гр, всего 48–52 Гр, на фоне фторурацила 1000 мг/м² внутривенно в 1–4-й и 29–32-й дни и митомицина 10 мг/м² внутривенно в 1-й день (УУР B, УДД 2).
- Альтернатива для этой группы — капецитабин 825 мг/м² внутрь 2 раза в сутки в дни облучения с митомицином 12 мг/м² в 1-й день либо 10 мг/м² в 1-й и 29-й дни (УУР C, УДД 4).
- Для T3–4N0–2M0 проводят облучение 45–46 Гр с бустом 10–16 Гр, всего 54–60 Гр, на фоне фторурацила 1000 мг/м² в 1–4-й и 29–32-й дни и митомицина 12 мг/м² в 1-й день либо 10 мг/м² в 1-й и 29-й дни (УУР B, УДД 2).
- При противопоказаниях к митомицину его можно заменить цисплатином 60 мг/м² внутривенно в 1-й и 29-й дни; при ВИЧ-инфекции и CD4+ менее 200 клеток/мкл используют цисплатин 60 мг/м² в 1-й и 29-й дни вместе с фторурацилом 1000 мг/м² в 1–4-й и 29–32-й дни (УУР C, УДД 5).
- При метастатическом заболевании в первой линии применяют паклитаксел 80 мг/м² внутривенно в 1-й, 8-й и 15-й дни плюс карбоплатин AUC 5 в 1-й день; цикл — 28 дней, лечение продолжают до прогрессирования или неприемлемой токсичности, но не более 24 недель (УУР B, УДД 2).
- Во второй линии при метастатическом заболевании используют фторурацил 1000 мг/м² внутривенно непрерывно в 1–4-й дни с цисплатином 60 мг/м² в 1-й день, цикл 21 день (УУР B, УДД 2).
- Хирургическое лечение после химиолучевой терапии выполняют при морфологически подтвержденном рецидиве или продолжающемся росте: рост остаточной опухоли должен быть подтвержден на двух последовательных МРТ или эндоректальных УЗИ с интервалом не менее 4 недель либо решением мультидисциплинарной команды. При рецидиве первичной опухоли рекомендуется цилиндрическая экстралеваторная брюшно-промежностная экстирпация (УУР C, УДД 5).

Когда направить и как наблюдать

- При подозрении или выявлении рака анального канала направить пациента к онкологу; консультация в центре амбулаторной онкологической помощи или первичном онкологическом подразделении должна состояться не позднее 5 рабочих дней после направления.
- Специализированное лечение начинают не позднее 14 календарных дней после гистологической верификации либо после установления предварительного диагноза, если патолого-анатомическое исследование амбулаторно не показано.
- 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 стационаре или дневном стационаре.
- При острой кишечной непроходимости или ректовагинальном/наружном кишечном свище, связанном с опухолью, сначала формируют разгрузочную двухствольную трансверзостому, затем проводят химиолучевую терапию.
- Острое, не купирующееся консервативно жизнеугрожающее кровотечение из опухоли является показанием к хирургическому лечению на первом этапе.

Частые вопросы

Можно ли начинать лечение без биопсии?

Нет, план лечения не составляют до получения результатов патолого-анатомического исследования биопсийного материала. Для получения достаточного количества материала выполняют 3–5 биопсий стандартными эндоскопическими щипцами.

Какое лечение является первой линией при неметастатическом плоскоклеточном раке?

Основной метод — химиолучевая терапия с включением митомицина и фторурацила либо капецитабина. Для разных категорий T применяют суммарные дозы облучения 48–52 или 54–60 Гр.

Когда после химиолучевой терапии оперируют остаточную опухоль?

Обычно решение принимают не ранее 26 недель после окончания химиолучевой терапии. Нужны морфологическое подтверждение, либо рост на двух последовательных МРТ или эндоректальных УЗИ с интервалом не менее 4 недель, либо заключение мультидисциплинарной команды.

Нужно ли включать паховые лимфатические узлы в поле облучения?

Да. Их включают профилактически независимо от стадии по параметрам T и N.

Как наблюдать пациента после завершения лечения?

В первые 2 года осмотр и сбор жалоб проводят каждые 3 месяца, с 3-го по 5-й год — каждые 6–12 месяцев, после 5 лет — ежегодно или при жалобах. В обязательный объем входят пальцевое исследование, аноскопия, пальпация паховых областей и МРТ малого таза.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/555-ploskokletochnyj-rak-analnogo-kanala-analnogo-kraya-perianalnoj-kozhi. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/555_3