

DOI: 10.18027/2224-5057-2023-13-3s2-1-483-493

Цитирование: Гордеев С.С., Бесова Н.С., Мамедли З.З., Рыбаков Е.Г., Федянин М.Ю., Черных М.В. Практические рекомендации по лекарственному лечению рака анального канала и кожи перианальной области. Практические рекомендации RUSSCO, часть 1. Злокачественные опухоли, 2023 (том 13), #3s2, стр. 483–493.

РАК АНАЛЬНОГО КАНАЛА И КОЖИ ПЕРИАНАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

Коллектив авторов: Гордеев С.С., Бесова Н.С., Мамедли З.З., Рыбаков Е.Г., Федянин М.Ю., Черных М.В.

Ключевые слова: плоскоклеточный рак, анальный канал, кожа перианальной области, химиотерапия, химиолучевая терапия

1. КЛАССИФИКАЦИЯ И СТАДИРОВАНИЕ

Стадирование рака анального канала и перианальной кожи должно проводиться по системе TNM (8 редакция, 2017 г.) (табл. 1). Стадирование по параметрам T и N (табл. 2) осуществляется на основании данных МРТ малого таза. Рак перианальной кожи определяется как опухоль, располагающаяся в пределах 5 см от анодермальной линии.

Таблица 1. Характеристика параметров системы TNM для рака анального канала и перианальной кожи.

	7-я редакция TNM	8-я редакция TNM
Параметр T — характеристика первичной опухоли		
Tx	Невозможно оценить первичную опухоль	Невозможно оценить первичную опухоль
T0	Первичная опухоль не определяется	–
Tis	Рак <i>in situ</i>	Рак <i>in situ</i> , болезнь Боуэна или анальная интраэпителиальная неоплазия тяжёлой степени (HSIL/AIN 2–3)
T1	Опухоль ≤ 2 см в наибольшем измерении	Опухоль ≤ 2 см в наибольшем измерении
T2	Опухоль > 2 см, но ≤ 5 см в наибольшем измерении	Опухоль > 2 см, но ≤ 5 см в наибольшем измерении
T3	Опухоль > 5 см в наибольшем измерении	Опухоль > 5 см в наибольшем измерении
T4	Опухоль любого размера с инвазией в соседние органы (влагалище, уретра, мочевого пузырь и т. д.)	Опухоль любого размера с инвазией в соседние органы (влагалище, уретра, мочевого пузырь и т. д.)
Параметр N — характеристика регионарных лимфоузлов: лимфоузлы мезоректума (аноректальные, сакральные), внутренние и наружные подвздошные (гипогастральные), паховые		
Nx	Невозможно оценить состояние регионарных лимфатических узлов	Невозможно оценить состояние регионарных лимфатических узлов

	7-я редакция TNM	8-я редакция TNM
N0	Отсутствие метастазов в регионарных лимфатических узлах	Отсутствие метастазов в регионарных лимфатических узлах
N1	Метастазы в параректальных лимфатических узлах	Метастазы в регионарных лимфатических узлах
N1a	–	Метастазы в паховых, мезоректальных и/или внутренних подвздошных лимфоузлах
N1b	–	Метастазы в наружных подвздошных лимфоузлах
N1c	–	Метастазы в наружных подвздошных и паховых, мезоректальных и/или внутренних подвздошных лимфоузлах
N2	Метастазы во внутренних подвздошных и/или паховых лимфатических узлах с одной стороны	–
N3	Метастазы в параректальных и/или внутренних подвздошных и/или паховых лимфатических узлах с двух сторон	–
Параметр M — характеристика отдаленных метастазов		
Mx	Наличие отдаленных метастазов установить невозможно	
M0	Отсутствие отдаленных метастазов	
M1	Наличие отдаленных метастазов	

Таблица 2. Стадирование рака анального канала и перианальной кожи по системе TNM.

Стадия	7-я редакция TNM			8-я редакция TNM			
	T	N	M	T	N	M	
Стадия 0	Tis	N0	M0	Tis	N0	M0	
Стадия I	T1	N0	M0	T1	N0	M0	
Стадия IIA	T2,3	N0	M0	T2	N0	M0	
Стадия IIB				T3	N0	M0	
Стадия III	IIIA	T1–3	N1	M0	T1	N1	M0
		T4	N0	M0	T2	N1	M0
	IIIB	T1–4	N2–3	M0	T4	N0	M0
		T4	N1	M0	–	–	–
	IIIC	–			T3	N1	M0
					T4	N1	M0
Стадия IV	T любое	N любое	M1	T любое	N любое	M1	

2. ДИАГНОСТИКА

Диагноз рака анального канала основывается на данных осмотра, результатах инструментальных методов обследования и патоморфологическом заключении. Первичное обследование должно быть проведено до всех видов лечения и включает в себя:

- 1) сбор анамнеза и физикальный осмотр (включает осмотр кожи перианальной области, пальцевое ректальное исследование, пальпацию паховых лимфатических узлов; гинекологический осмотр), аноскопию (при необходимости с анестезией);
- 2) биопсию опухоли с последующим морфологическим исследованием;
- 3) МРТ малого таза без в/в контрастирования (в/в контрастирование не повышает информативность МРТ малого таза при обследовании по поводу рака анального канала);
- 4) КТ органов брюшной полости с в/в контрастированием;
- 5) КТ органов грудной клетки;
- 6) пункцию или трепанобиопсию паховых лимфатических узлов при подозрении на их метастатическое поражение;
- 7) ПЭТ-КТ (предпочтительно выполнять у пациентов с метастатическим плоскоклеточным раком анального канала, а также у пациентов с распространённым поражением регионарных лимфатических узлов);
- 8) клинический анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы и количества тромбоцитов;
- 9) биохимический анализ крови с исследованием показателей функции печени, почек;
- 10) анализ на ВИЧ-инфекцию (при положительном результате — анализ для определения количества CD4 клеток и вирусной нагрузки, консультация врача-инфекциониста);
- 11) ЭКГ;
- 12) осмотр гинеколога, мазок с шейки матки с последующим цитологическим исследованием (для исключения синхронного поражения шейки матки, которое часто наблюдается при ВПЧ-ассоциированном раке анального канала);
- 13) онкомаркер SCC (опционально, клиническое значение в исследованиях не доказано, может быть использован для мониторинга эффективности лечения у пациентов, получающих системную ХТ);
- 14) МРТ или КТ головного мозга с в/в контрастированием при подозрении на метастатическое поражение головного мозга;
- 15) биопсию метастазов под контролем УЗИ/КТ при подозрении на их наличие по данным КТ или МРТ в тех случаях, когда их подтверждение принципиально меняет тактику лечения;
- 16) остеосцинтиграфию при подозрении на метастатическое поражение костей скелета;
- 17) лапароскопию при подозрении на диссеминацию опухоли по брюшине, если её выявление влияет на тактику лечения.

2.1. Требования к заключению МРТ малого таза

В заключении МРТ малого таза при первичном стадировании рака анального канала и перианальной кожи следует указывать следующие параметры:

- максимальный размер и локализацию опухоли;
 - наличие, количество и размер поражённых паховых лимфатических узлов;
 - наличие, количество и размер поражённых мезоректальных лимфатических узлов и лимфатических узлов вдоль нижней брыжеечной артерии;
 - наличие, количество, размер и локализацию поражённых тазовых лимфатических узлов;
 - данные о врастании опухоли в соседние органы и ткани;
 - данные о наличии свищей, паратуморальных абсцессов.
- В заключении МРТ малого таза при оценке эффекта ХЛТ следует указывать:
- наличие остаточной опухоли, при её наличии — обязательно указать изменение размеров в динамике по сравнению с предшествующим исследованием;
 - оценить степень фиброзных изменений в структуре опухоли в соответствии с классификацией mrTRG;
 - в случае исходного поражения регионарных лимфатических узлов — описать все исходно изменённые лимфатические узлы в динамике по сравнению с предшествующим исследованием;
 - при выявлении новых лимфатических узлов, подозрительных на метастатическое поражение — описать в соответствии с правилами, принятыми для первичного стадирования.

3. ЛЕЧЕНИЕ

Лечение плоскоклеточного рака анального канала и кожи перианальной области проводится по схожим принципам. Для подавляющего большинства пациентов (за исключением преинвазивных и диссеминированных форм заболевания) основным и единственным методом является ХЛТ.

Лечение аденокарциномы анального канала проводится в соответствии с принципами лечения рака ниже-ампулярного отдела прямой кишки и рассматривается в соответствующем разделе рекомендаций.

3.1. Лечение локализованных форм

3.1.1. Хирургическое лечение

Хирургическое лечение имеет ограниченные показания и может применяться только в отдельных случаях.

1. Хирургическое лечение в объёме местного иссечения возможно только при преинвазивном раке анального канала cTisN0M0 и при раке перианальной кожи cTis-T1N0M0 умеренной или высокой степени дифференцировки без инвазии сфинктерного аппарата. В отдельных случаях по решению мультидисциплинарной комиссии возможно хирургическое лечение рака перианальной кожи cT2N0M0 при высокой или умеренной степени дифференцировки опухоли.
2. Хирургическое лечение в объёме цилиндрической (экстралеваторной) брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки может быть выполнено в следующих случаях:

- в случаях массивных жизнеугрожающих кровотечений, связанных с опухолевым процессом, не купирующихся консервативно (подобные осложнения не характерны для рака анального канала и встречаются крайне редко);
- при наличии у пациента в анамнезе ЛТ области малого таза, после пересмотра топометрических карт предшествующей ЛТ и заключения лучевого терапевта о невозможности проведения повторного курса ЛТ и (в ряде случаев проведение повторных курсов ЛТ может быть выполнимо);
- при наличии рецидива рака анального канала или резидуальной опухоли после ХЛТ.

С учетом локализации опухоли у больных плоскоклеточным раком анального канала необходимо выполнение только цилиндрической (экстралеваторной) брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки. Выполнение брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки без пересечения леваторов у основания не допускается.

3. Хирургическое лечение в объеме сигмостомии перед проведением ХЛТ показано пациентам со следующими осложнениями опухолевого процесса:
 - кишечная непроходимость на фоне опухолевого стеноза;
 - свищи (ректовагинальный, наружный кишечный и т. д.);
 - паратуморальные абсцессы (при наличии абсцесса должен быть рассмотрен вопрос о его дренировании до начала ХЛТ).
4. По решению мультидисциплинарной команды возможно хирургическое лечение по поводу олигометастатического заболевания.
5. При изолированном рецидиве рака анального канала после ранее проведённой ХЛТ в паховых и/или тазовых лимфатических узлах по решению мультидисциплинарной команды возможно проведение хирургического лечения в объеме паховой и тазовой лимфодиссекции соответственно.

3.1.2. Адьювантная и неоадьювантная химиотерапия

Проведение адьювантной ХТ после хирургического лечения не рекомендовано в связи с отсутствием доказанной эффективности. Также доказана неэффективность ХТ, проводимой до или после ХЛТ. Данное лечение может повысить частоту осложнений и не влияет на отдалённые результаты, в связи с чем не рекомендовано.

3.1.3. Химиолучевая терапия

ХЛТ является основным методом лечения больных раком анального канала. При корректном проведении лечения у 80–90% пациентов можно ожидать полной регрессии опухоли. ХЛТ должна рассматриваться как основной метод лечения у всех больных неметастатическим плоскоклеточным раком анального канала.

Проведение ЛТ без ХТ возможно только при наличии объективных задокументированных противопоказаний к использованию всех химиопрепаратов, включённых в возможные схемы лечения.

У больных метастатическим раком анального канала возможно проведение ХЛТ с целью снижения симптомов и уменьшения риска осложнений со стороны первичной опухоли.

ЛТ проводится в РОД 1,8–2,0 Гр, СОД должна составлять от 44–46 Гр на зону регионарного метастазирования; на зону первичной опухоли — в пределах 50–58 Гр, СОД зависит от стадии заболевания. Перерывы в курсе ЛТ допустимы только при наличии задокументированных осложнений ≥ 3 степени, которые не купируются на фоне консервативного лечения. Прерывание курса ЛТ без попытки лечения осложнений не допускается. В случае перерыва курс ЛТ должен быть возобновлён, как только степень проявления осложнений снизится до ≤ 2 степени. Увеличение времени перерыва может оказать выраженное негативное влияние на результаты лечения. Проведение курсов ЛТ с запланированным перерывом не допускается.

При отсутствии противопоказаний на фоне ЛТ следует проводить ХТ фторпиридинами и митомицином. Альтернативные схемы допустимо использовать при наличии противопоказаний к использованию митомицина. Схемы ХТ приведены в табл. 3.

Таблица 3. Схемы химиотерапии для химиолучевой терапии рака анального канала и перианальной области.

Режим	Препарат	Доза и дни введения
Нигро	Митомицин	10–12 мг/м ² (максимальная суммарная доза составляет 20 мг) в/в струйно в 1-й день
	5-фторурацил	1000 мг/м ² /сут. в/в 24-часовая инфузия в 1-й, 2-й, 3-й, 4-й и 29-й, 30-й, 31-й, 32-й дни
Митомицин + капецитабин	Митомицин	10–12 мг/м ² (максимальная суммарная доза составляет 20 мг) в/в струйно или капельно в 1-й день
	Капецитабин	По 825 мг/м ² внутрь $\times 2$ раза в сутки в дни облучения
5-фторурацил + цисплатин	5-фторурацил	1000 мг/м ² /сут. в/в 24-часовая инфузия в 1-й, 2-й, 3-й, 4-й и 29-й, 30-й, 31-й, 32-й дни
	Цисплатин	60 мг/м ² в/в капельно на фоне пре- и постгидратации в 1-й и 29-й дни
Капецитабин + цисплатин	Капецитабин	По 825 мг/м ² внутрь $\times 2$ раза в сутки в дни облучения
	Цисплатин	60 мг/м ² в/в капельно на фоне пре- и постгидратации в 1-й и 29-й дни

Принципы лучевой терапии

При проведении ЛТ необходимо соблюдать следующие принципы:

- дистанционная ЛТ проводится ежедневно фотонами 6–18 МэВ;
- оптимальным методом является трёхмерная конформная ЛТ (3DCRT), или модулированная по интенсивности ЛТ (IMRT, VMAT);
- предлучевая топометрическая подготовка включает в себя выполнение КТ и МРТ исследований, давность которых к моменту начала лечения не должна превышать 30 дней.

На основании представленных данных формируется план облучения:

- объем облучения включает в себя первичную опухоль и регионарные лимфоузлы; облучение зоны регионарного метастазирования должно включать параректальные, obturatorные, верхние прямокишечные, внутренние и наружные подвздошные, паховые лимфоузлы;

- верхняя граница поля облучения локализуется на уровне L5-S1 позвонков, в случае N0; до бифуркации аорты — в случае N1.
- нижняя граница поля облучения — на 2 см ниже дистального края первичной опухоли;
- на первом этапе проводится ЛТ в РОД 2 Гр до СОД 44–46 Гр на первичную опухоль и зоны регионарного метастазирования;
- на втором этапе проводится локальное облучение, т. е. «буст» на зону исходно определявшихся очагов заболевания. «Буст» проводится в РОД 2 Гр, СОД зависит от исходной распространённости заболевания (СОД 50–52 Гр — при T1–T2, СОД 54–58 Гр — при T3–T4);
- дистанционная ЛТ начинается с объемного 3D планирования и выполняется по технологии конформной ЛТ (3DCRT) или ее усовершенствованных вариантов: IMRT, объемно-модулированная радиотерапия (VMAT). Точность воспроизведения условий ЛТ контролируется с помощью системы портальной визуализации в мегавольтном пучке линейного ускорителя электронов ОБИ (on board imager) и использования конического киловольтного пучка рентгеновского излучения (СВСТ);
- при технической доступности возможно проведение курса ЛТ с применением протонов/тяжелых ионов энергией облучения 250 МэВ.

3.1.4. Химиолучевая терапия у пациентов с ВИЧ-инфекцией

Пациентам с ВИЧ-инфекцией лечение проводится без корректировки доз препаратов на фоне адекватной противовирусной терапии при уровне CD4 > 200 клеток/мкл. У пациентов с CD4 < 200 клеток/мкл дозы химиопрепаратов и СОД ЛТ должны определяться индивидуально по решению мультидисциплинарной команды, включающей врача-инфекциониста.

3.1.5. Плоскоклеточный рак анального канала как случайная находка

В случае выявления инвазивного плоскоклеточного рака как случайной находки после хирургического лечения доброкачественного заболевания (геморроидэктомия, иссечение анальной трещины и т. п.) при отсутствии других проявлений заболевания рекомендовано назначать ХЛТ в соответствии с принципами лечения рака анального канала cT1N0M0. При выявлении плоскоклеточного рака *in situ* как случайной находки рекомендовано активное динамическое наблюдение.

3.1.6. Рак анального канала на фоне гигантской кондиломы Бушке – Левенштейна

Относится к очень редким заболеваниям. Гистологическая верификация рака анального канала на фоне гигантской кондиломы Бушке-Левенштейна может быть затруднительна даже при наличии макроскопических признаков инвазивного роста. Не рекомендуется начинать лечение (в том числе хирургическое лечение при невозможности гистологической верификации опухоли) без проведения телемедицинской консультации с одним из профильных НМИЦ.

3.2. Лечение диссеминированных форм: плоскоклеточный рак анального канала и перианальной кожи Т_{любое} N_{любое} M1

3.2.1. Химиотерапия 1-й линии

ХТ является основным методом лечения только у больных диссеминированным раком анального канала. В 1-й линии ХТ рекомендуется использование комбинации карбоплатина и паклитаксела (табл. 4). Лечение проводят до прогрессирования или непереносимой токсичности. Возможно применение в 1-й линии комбинации mDCF при хорошем соматическом статусе пациента, оптимально — с первичной профилактикой фебрильной нейтропении с помощью Г-КСФ. Данный режим характеризуется наибольшей частотой объективных эффектов, однако данные ограничены результатами нерандомизированных исследований II фазы.

Таблица 4. Схемы лекарственной терапии рака анального канала и перианальной области.

Режим	Препарат	Разовая доза	Путь введения	Дни введения	Периодичность лечения
1-я линия					
Карбоплатин + паклитаксел	Карбоплатин	AUC5	В/в	1	Каждые 4 нед.
	Паклитаксел	80 мг/м ²	В/в	1, 8, 15	
mDCF	Цисплатин	40 мг/м ²	В/в	1	Каждые 2 нед.
	Доцетаксел	40 мг/м ²	В/в	1	
	5-фторурацил	2000 мг/м ²	В/в инфузия 46–48 часов	1	
2-я и последующие линии					
Цисплатин + 5-фторурацил	Цисплатин	60 мг/м ²	В/в	2	Каждые 3 нед.
	5-фторурацил	1000 мг/м ² /сут.	В/в 24-часовая инфузия	1, 2, 3, 4	
FOLFICIS	Цисплатин	40 мг/м ²	В/в	1	Каждые 2 нед.
	Кальция фолинат	400 мг/м ²	В/в	1	
	5-фторурацил	400 мг/м ²	В/в струйно	1	
		2000 мг/м ²	В/в инфузия 46–48 часов	1	
Иринотекан + цетуксимаб	Иринотекан	180 мг/м ²	В/в	1	Каждые 2 нед.
	Цетуксимаб	400 мг/м ² в 1-й день, далее 250 мг/м ² еженедельно или 500 мг/м ² 1 раз в 2 недели	В/в	1	
Иринотекан + панитумумаб	Иринотекан	180 мг/м ²	В/в	1	Каждые 2 нед.
	Панитумумаб	6 мг/кг	В/в	1	

Режим	Препарат	Разовая доза	Путь введения	Дни введения	Периодичность лечения
Пембролизумаб		200 мг	В/в инфузия в течение 30 мин.	1	Каждые 3 нед.
		400 мг		1	Каждые 6 нед.
Ниволумаб		240 мг	В/в инфузия в течение 120 мин.	1	Каждые 2 нед.
		480 мг		1	Каждые 4 нед.

3.2.2. Лекарственная терапия 2-й линии

Рекомендуется использование комбинации 5-фторурацила и цисплатина (в случае проведения терапии карбоплатином и паклитакселом в 1-й линии) либо использование иринотекана в комбинации с анти-EGFR-антителами (в случае, если в 1-й линии проводилась терапия mDCF), если данный режим не был использован в 1-й линии (табл. 4).

3.2.3. Лекарственная терапия 3-й и последующих линий

Конкретные рекомендации в отношении характера лекарственной терапии 3-й и последующих линий отсутствуют. Выбор терапии осуществляется по усмотрению врача. При повышенном уровне экспрессии PDL в опухоли (CPS > 1) рекомендуется назначение пембролизумаба в одном из режимов: по 200 мг 1 раз в 3 нед. или по 400 мг 1 раз в 6 нед. или ниволумаба 240 мг 1 раз в 2 нед. или 480 мг 1 раз в 4 нед. В Российской Федерации применение анти-PD-1 ингибиторов по данному показанию не зарегистрировано.

Применяют препараты, не использованные в терапии 1-й линии, как в монорежиме, так и в комбинациях: производные платины, иринотекан, гемцитабин, таксаны, капецитабин или 5-фторурацил в виде суточных инфузий, из препаратов таргетной терапии — цетуксимаб, панитумумаб (учитывая редкость KRAS мутаций при плоскоклеточном раке анального канала).

3.2.4. Лечение олигOMETASTATического заболевания

По решению мультидисциплинарной команды допустимо использование стереотактического лучевого воздействия при лечении олигOMETASTATического заболевания, а также проведение хирургического лечения при условии высокой вероятности выполнения резекции в объеме R0.

4. НАБЛЮДЕНИЕ

4.1. Оценка эффекта химиолучевой терапии

Первое контрольное обследование и МРТ малого таза должно быть выполнено через 12 нед. после завершения ХЛТ. Вне зависимости от результатов обследования наблюдение продолжается до 26 нед. после завершения ХЛТ. Решение о необходимости

операции должно приниматься не раньше 26 нед. после завершения ХЛТ. Критериями рецидива/продолженного роста рака анального канала являются:

- морфологическая верификация остаточной опухоли спустя 26 или более нед. после завершения ХЛТ или
- рост остаточной опухоли при проведении двух последовательных МРТ малого таза (например, рост остаточной опухоли по данным МРТ спустя 26 или более нед. после завершения ХЛТ по сравнению с данными МРТ через 12 нед. после завершения ХЛТ) или
- сочетание данных двух и более диагностических методов (МРТ малого таза, ПЭТ-КТ, рост онкомаркера SCC (опционально), эндоректального УЗИ) + решение мультидисциплинарного консилиума о наличии остаточной опухоли.

При соблюдении всех описанных выше условий и постановке диагноза рецидива/продолженного роста рака анального канала показано хирургическое лечение в объеме цилиндрической (экстралеваторной) брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки.

4.2. Принятие решения о проведении хирургического лечения в срок до 26 недель

В следующих клинических ситуациях возможно принятие решения о проведении хирургического лечения в срок до 26 нед. с момента завершения ХЛТ (но не ранее 12 нед. с момента её завершения):

- ЛТ была ранее проведена со значительными нарушениями Клинических рекомендаций и имеются данные двух и более диагностических методов (МРТ малого таза, ПЭТ-КТ, рост онкомаркера SCC, эндоректального УЗИ) + решение мультидисциплинарного консилиума о наличии остаточной опухоли;
- при наличии признаков остаточной опухоли через 12 нед. после завершения ХЛТ повторное обследование может быть назначено ранее 26 нед., но с интервалом не менее 4 нед. При выявлении отрицательной динамики (рост остаточной опухоли по данным МРТ либо отсутствие регрессии опухоли по данным МРТ в сочетании с морфологической верификацией опухоли) показано проведение хирургического лечения в объеме экстралеваторной экстирпации прямой кишки.

4.3. Наблюдение за пациентами после радикального лечения

Обследование:

- пальцевое исследование прямой кишки;
- аноскопия;
- пальпация паховых областей;
- гинекологический осмотр для женщин + цитологический мазок;
- УЗИ печени, малого таза, паховых лимфоузлов;
- МРТ малого таза;
- КТ органов грудной клетки (предпочтительно) либо рентгенография органов грудной клетки;

- маркёр SCC (опционально);
- КТ органов брюшной полости с в/в контрастированием.

Наблюдение за больным является пожизненным. Обязательное обследование выполняется каждые 3 мес. в течение первых 2 лет после завершения ХЛТ, каждые 6 мес. — в течение 3-го года наблюдения и далее — ежегодно. Исключение составляет КТ органов грудной клетки, КТ органов брюшной полости с в/в контрастированием, цитологический мазок с шейки матки, которые выполняются ежегодно. Дополнительное обследование назначается по показаниям, в зависимости от результатов основного обследования.

4.4. Ведение больных с отключающими стомами

Тактика ведения больных с отключающими стомами, сформированными до или в процессе ХЛТ, и сроки возможной восстановительной операции определяются исходя из следующих критериев:

- 1) наличие локального контроля опухоли;
- 2) предпочтения пациента (ки);
- 3) причины, послужившие основанием для формирования стомы (формирование стомы с целью профилактики осложнений в процессе ХЛТ или формирование стомы по поводу существующих осложнений опухолевого процесса).

При решении вопроса о закрытии стомы, сформированной ранее по поводу функционирующего свища, пациент должен быть информирован о возможном рецидиве свища.

4.5. Ведение больных с поздними осложнениями ХЛТ

К наиболее распространённым поздним, возникающим через 9–12 месяцев после окончания лечения, осложнениям ХЛТ рака анального канала относят проктиты, вагиниты, стриктуры анального канала, формирование свищей, недостаточность анального сфинктера. Частота поздних осложнений достигает 3–4%. В настоящее время эффективная терапия отсутствует, лечение носит преимущественно симптоматический характер.

Наиболее частое осложнение — постлучевой проктит — чаще всего не требует активного лечения. Необходим контроль формулы крови, при анемии — назначение препаратов железа. При выраженных ректальных кровотечениях возможно применение аргон-плазменной коагуляции кровотокающих участков слизистой.

Повторяющиеся кровотечения приводящие к эпизодам анемии, требующей гемотрансфузии, являются показанием для экстирпации прямой кишки.

При развитии стриктуры анального канала, недостаточности анального сфинктера, в значительной степени снижающих качество жизни больного, образовании свищей (чаще ректо-вагинальных) следует предлагать формирование проксимальной стомы.