



Шаппо Г.М.¹✉, Лях Я.Н.¹, Олендор Ю.А.¹, Сушко В.П.³, Орехва А.В.², Денисенко В.Л.¹, Дятко М.В.²

¹ Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет, Витебск, Беларусь

² Витебский областной клинический онкологический диспансер, Витебск, Беларусь

³ Больница Божественного святого духа, Понта-Делгада, Португалия

Тактика «Watch&Wait» в лечении низкого рака прямой кишки: важность тщательного отбора пациентов

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: Шаппо Г.М. – разработка концепции и дизайна исследования, сбор материала, анализ полученных данных, статистическая обработка данных, подготовка текста, редактирование; Лях Я.Н. – анализ полученных данных, редактирование; Олендор Ю.А. – написание текста, статистическая обработка данных; Сушко В.П. – разработка дизайна исследования, анализ полученных данных; Орехва А.В. – сбор, анализ и интерпретация данных; Денисенко В.Л. – анализ и интерпретация данных; Дятко М.В. – сбор материала, редактирование.

Финансирование: работа выполнялась в соответствии с планом научных исследований УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет». Финансовой поддержки со стороны компаний – производителей лекарственных препаратов авторы не получали.

Подана: 28.01.2026

Принята: 22.04.2026

Контакты: gmshappo@tut.by, armis.armis@yandex.ru

Резюме

Введение. Стандартное хирургическое лечение рака прямой кишки (особенно низких отделов) часто приводит к инвалидизации, колостоме или тяжелым функциональным нарушениям. В качестве альтернативы рассматривается органосохраняющая тактика «Watch&Wait» (W&W), предложенная A. Habr-Gama, которая подразумевает отказ от немедленной операции при достижении полного клинического ответа после неоадьювантной химиолучевой терапии.

Цель. На основе анализа литературы и собственных клинических данных уточнить критерии отбора пациентов для тактики W&W и оценить ее эффективность при низком раке прямой кишки.

Материалы и методы. Проведен обзор литературы и ретроспективный анализ результатов лечения 28 пациентов (12 мужчин, 16 женщин), у которых применялась тактика W&W в период с 2016 по 2024 год. Критерии включения: аденокарцинома нижнеампулярного отдела (4–7 см от края), стадия cT2–T3, cN0–1, отсутствие поражения мезоректальной фасции и экстрамуральной инвазии, размер опухоли до 5 см. Пациентам проводилась пролонгированная химиолучевая терапия (СОД 50,4 Гр) с оценкой ответа на 8, 12 и 16-й неделях с помощью МРТ, эндоскопии и пальцевого исследования. Медиана наблюдения составила 5 лет.

Результаты. В нашей когорте из 28 пациентов, получавших лечение по схеме «наблюдение и выжидание» после неоадьювантной химиолучевой терапии, во всех случаях был достигнут полный клинический и патологический ответ. Трое из этих

пациентов впоследствии перенесли трансанальное иссечение остаточной рубцовой ткани для гистологического подтверждения. Полный ответ чаще наблюдался при опухолях с более дистальным расположением (среднее расстояние до зубчатой линии составляло 1,5 см). В течение среднего периода наблюдения в 5 лет частота местных рецидивов составила 7,1% (n=2). Один рецидив произошел через год (3,9%), в связи с чем пациенту была проведена абдоминоперианальная резекция, в то время как второй пациент, у которого рецидив произошел через 28 месяцев, отказался от хирургического вмешательства. Двое пациентов умерли от причин, не связанных с их онкологическим диагнозом (COVID-19). Что касается функциональных результатов и качества жизни, большинство пациентов сообщили о хороших результатах по опроснику SF-36. Однако у 4 пациентов наблюдалась дисфункция кишечника, а один человек был вынужден сменить работу из-за проблем с недержанием кала.

Заключение. Стратегия «наблюдение и ожидание» представляет собой безопасный и воспроизводимый органосохраняющий подход для строго отобранной группы пациентов с раком прямой кишки низкой локализации, демонстрирующий результаты выживаемости, сопоставимые с радикальной хирургией, при этом предлагая значительные преимущества в виде избегания колостомии и улучшения качества жизни. Успех этого подхода основан на тщательном отборе пациентов с использованием точных критериев МРТ относительно локализации и стадии опухоли, междисциплинарном командном подходе и высокой приверженности пациентов строгому графику наблюдения, особенно каждые 3 месяца в течение первых 2–3 лет. Оптимальная оценка ответа должна проводиться не ранее чем через 8–12 недель после завершения химиолучевой терапии, а сохранение неполного ответа на этом этапе требует хирургической резекции. Наши результаты, включая низкий уровень местного рецидива в первый год (3,9%), подтверждают эффективность этой стратегии в сохранении качества жизни без ущерба для онкологической безопасности.

Ключевые слова: рак прямой кишки, тактика «Watch&Wait», МРТ, эндоскопия

Shappo H.¹✉, Liakh Y.¹, Alendar Y.¹, Sushko U.³, Orekhva A.², Denisenko V.¹, Dziatco M.²

¹ Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University, Vitebsk, Belarus

² Vitebsk Regional Clinical Oncology Dispensary, Vitebsk, Belarus

³ Hospital Divino Espirito Santo, Ponta Delgada, Portugal

The "Watch&Wait" Approach in Low Rectal Cancer: Emphasizing the Importance of Rigorous Patient Selection

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: Shappo H. – development of the research concept and design, collection of material, analysis of the data obtained, statistical data processing, text preparation, editing; Liakh Y. – analysis of the data obtained, editing; Alendar Y. – writing of the text, statistical data processing; Sushko U. – development of the research design, analysis of the data obtained; Orekhva A. – collection, analysis and interpretation of data; Denisenko V. – analysis and interpretation of data; Dziatco M. – collection of material, editing.

Funding: the work was carried out in accordance with the scientific research plan of the Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University. The authors did not receive financial support from pharmaceutical manufacturing companies.

Submitted: 28.01.2026

Accepted: 22.04.2026

Contacts: gmsappo@tut.by, armis.armis@yandex.ru

Abstract

Introduction. Standard surgical treatment for rectal cancer, particularly in the low-ampullary segment, often results in disability, permanent colostomy, or severe functional impairment. As an alternative, the organ-preserving "Watch & Wait" (W&W) strategy, proposed by A. Habr-Gama, is considered. This approach involves deferring immediate surgery in patients who achieve a clinical complete response following neoadjuvant chemoradiotherapy.

Purpose. Based on an analysis of the literature and our own clinical data, to refine the patient selection criteria for the W&W strategy and to evaluate its effectiveness in the treatment of low rectal cancer.

Materials and methods. A literature review was conducted alongside a retrospective analysis of treatment outcomes for 28 patients (12 men, 16 women) managed under the W&W protocol from 2016 to 2024. Inclusion criteria were: adenocarcinoma of the low-ampullary rectum (4–7 cm from the anal verge), clinical stage cT2–T3, cN0–1, absence of mesorectal fascia involvement or extramural vascular invasion, and tumor size ≤5 cm. Patients received long-course chemoradiotherapy (total dose 50.4 Gy), with response assessments performed at 8, 12, and 16 weeks post-treatment using MRI, endoscopy, and digital rectal examination. The median follow-up period was 5 years.

Results. In our cohort of 28 patients managed with the Watch-and-Wait strategy following neoadjuvant chemoradiotherapy, a clinical and pathological complete response was achieved in all cases. Three of these patients subsequently underwent transanal excision of residual scar tissue for histological confirmation. Complete response was more frequently observed in tumors with a more distal location (median distance to the dentate line was 1.5 cm). During a median follow-up of 5 years, the local recurrence rate was 7.1% (n=2). One recurrence occurred after one year (3.9%), for which the patient underwent an abdominoperineal resection, while the second patient, who recurred at 28 months, refused surgical intervention. Two patients died from causes unrelated to their oncology

diagnosis (COVID-19). Regarding functional outcomes and quality of life, most patients reported good outcomes on the SF-36 questionnaire; however, 4 patients experienced bowel dysfunction, and one individual was forced to change their employment due to issues with fecal incontinence.

Conclusion. The "Watch & Wait" strategy represents a safe and reproducible organ-preserving approach for a strictly selected cohort of patients with low rectal cancer, demonstrating survival outcomes comparable to radical surgery while offering the significant benefits of colostomy avoidance and improved quality of life. The success of this approach is predicated on rigorous patient selection using precise MRI criteria regarding tumor location and stage, a multidisciplinary team approach, and high patient adherence to a stringent surveillance schedule, particularly every 3 months for the first 2–3 years. Optimal response assessment should occur no earlier than 8–12 weeks following the completion of chemoradiotherapy, and persistent incomplete response at that point mandates surgical resection. Our findings, including a low first-year local recurrence rate of 3.9%, support the efficacy of this strategy in preserving quality of life without compromising oncological safety.

Keywords: rectal cancer, Watch & Wait Tactics, MRI, endoscopy

■ ВВЕДЕНИЕ

Рак прямой кишки является распространенным заболеванием. По данным GLOBOCAN, в 2022 году выявлено 729 833 новых случая. В Республике Беларусь в 2024 году выявлен 1571 новый случай, в I стадии выявлено 249, во II – 450 случаев. В Витебской области – 211 новых случаев, в I–II стадии – 68,2%.

Стандартом лечения рака прямой кишки являются тотальная мезоректумэктомия (ТМЭ) и сфинктеросохраняющие операции. А для лечения низкого рака прямой кишки часто остается брюшно-промежностная экстирпация и пожизненная колостома. Но даже те пациенты, которые имели сфинктеросохраняющие операции, страдают от дисфункции и синдрома низкой резекции прямой кишки. В последние десятилетия четко наметились тенденции в органосохраняющем лечении рака прямой кишки. Новые технологии позволяют использовать персонализированный подход в лечении. Тотальная пролонгированная химиолучевая терапия и тактика «Watch&Wait» («наблюдай и жди») в лечении низкого рака прямой кишки, предложенная А. Nabar-Gama в 2004 году, позволяет сохранить прямую кишку, избежать операции и постоянной колостомы без риска прогрессирования и отдаленного метастазирования у тщательно отобранной когорты пациентов. Причем разработчики стратегии «наблюдай и жди» показали, что таких пациентов можно распознать клинически до начала лечения по данным МРТ, эндоскопии и клинического осмотра прямой кишки. Важное значение имеет приверженность самих пациентов длительному лечению и частым осмотрам, а также обсуждение тактики «наблюдай и жди» при низком раке прямой кишки на мультидисциплинарном консилиуме [1–3, 6]. Предполагается, что отдаленные онкологические результаты у пациентов, не оперированных после неоадьювантного лечения в связи с полным клиническим ответом, сопоставимы с подобными показателями пациентов после радикального хирургического

вмешательства. Основное преимущество безоперационной стратегии – значимое улучшение качества жизни [2, 3].

■ ОБЗОР

Стратегия «наблюдай и жди» подразумевает отказ от хирургического лечения в пользу выжидательной тактики с активным динамическим наблюдением. Первые 2 года пациенты приходят на осмотр, подразумевающий магнитно-резонансную томографию органов малого таза, колоноскопию и пальцевое ректальное исследование каждые 3 месяца, компьютерную томографию органов брюшной полости и грудной клетки каждые 6 месяцев [1, 2].

Хотя пациенты могут проходить неоадъювантную терапию по разным причинам, решение о применении стратегии «наблюдай и жди» принимается на основании достижения полной клинической ремиссии. Пациентам, не достигшим полной клинической ремиссии, обычно рекомендуется хирургическая резекция (тотальная мезоректумэктомия) [6].

В соответствии с данными, предоставленными многоцентровым международным исследованием A.H. Gama, Rorigo O. Perez и других авторов, пациентов с возможным полным клиническим и патоморфологическим ответом можно распознать клинически, эндоскопически и рентгенологически (MPT) [1]. В эту когорту пациентов могут быть включены следующие характеристики: опухоли T2–T3 по данным MPT малого таза, наличие N₀₋₁ в параректальной клетчатке. По данным колоноскопии размер опухоли ≤5 см, ≤1/2 окружности, при пальцевом исследовании не переходит на анальный канал, сохранено расстояние до зубчатой линии, торакоабдоминальная КТ или ПЭТ/КТ. Все пациенты имеют информированное согласие на консервативное лечение после обсуждения с мультидисциплинарной командой [11].

По данным A. Loria, E.E. Ramsdale и соавторов, с онкологической точки зрения у пациентов, достигших строгих и стандартизированных критериев полной клинической регрессии опухоли и прошедших выжидательную тактику, риск местного рецидива составляет около 30%, а риск отдаленных метастазов – 12% [5]. Cerdan-Santacruz, São Julião G.P., Habr-Gama A., Perez R.O. и соавторы утверждают, что этот риск наиболее высок в течение первых трех лет после достижения полной клинической реконвалесценции [6].

В ретроспективный анализ результатов лечения пациентов НИИ КО ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Блохина» были включены 27 человек, у которых наблюдался клинически полный ответ. Снижение клинической стадии T после проведенного лечения обнаружено у 21 (77,7%) пациента. Снижение стадии N отмечено у 14 (100%) пациентов с исходными данными о поражении регионарных лимфатических узлов. Медиана наблюдения составила 41 (25–114) месяц. Прогрессирование отмечено у 2 (7,4%) пациентов. У этих пациентов по данным пальцевого исследования, видеокколоноскопии и магнитно-резонансной томографии органов малого таза был зарегистрирован продолженный рост опухоли прямой кишки, после чего сразу было выполнено радикальное хирургическое лечение. Показатели 2-летней общей и безрецидивной выживаемости составили 100 и 92,6% соответственно [2].

В шведском национальном проспективном исследовании тактики «Watch&Wait» после неоадъювантной химиолучевой терапии рака прямой кишки частота локального

рецидива опухоли составила 15% в течение 6 месяцев наблюдения. Только у трех из 211 пациентов (1,4%) в течение 6 месяцев после включения в исследование развились отдаленные метастазы, а 94% пациентов с ранним рецидивом были пролечены с целью излечения, что свидетельствует о том, что «Watch&Wait» может быть безопасным вариантом лечения у отдельных пациентов [4].

В когорту исследования Манчестерского центра третичной онкологии было включено 129 пациентов, которым проводилась тактика наблюдения и выжидания (медиана продолжительности наблюдения составила 33 месяца (19–43 месяца)). У 44 (34%) наблюдались местные рецидивы; 36 (88%) из 41 пациента с неметастатическими местными рецидивами были спасены. В сопоставленных анализах (109 пациентов в каждой группе лечения) не было выявлено различий в 3-летней выживаемости без рецидива заболевания между выжидательной тактикой и хирургической резекцией (88% при выжидательной тактике против 78% при хирургической резекции). Аналогично не было выявлено различий в 3-летней общей выживаемости (96% против 87%). Напротив, у пациентов, следующих тактике «наблюдай и жди», 3-летняя выживаемость без колостомы была значительно лучше, чем у тех, кому была сделана хирургическая резекция (74% против 47%), с абсолютной разницей в 26% у пациентов, которым удалось избежать постоянной колостомы, в течение 3 лет между группами лечения [7].

В исследовании Fernandez проанализированы результаты лечения пациентов из международной базы данных наблюдения и ожидания (IWWD). Из 793 пациентов, леченных по тактике «наблюдай и жди» (медиана продолжительности наблюдения 55,2 мес.), у 85 пациентов (10,7%) были выявлены отдаленные метастазы. У 51 из 85 пациентов (60%) наблюдался локальный рецидив. Используя условные оценки: пациенты с локальным рецидивом без отдаленных метастазов в течение 5 лет (с момента принятия решения о наблюдении и выжидании) оставались в группе более высокого риска развития отдаленных метастазов в течение 1 последующего года по сравнению с пациентами без местного рецидива (5-летняя условная выживаемость без отдаленных метастазов 94,9% против 98,4%). У пациентов с полным клиническим ответом, находящихся под наблюдением, развитие местного рецидива опухоли является фактором риска отдаленных метастазов. Риск отдаленных метастазов остается высоким в течение 5 лет после развития местного рецидива опухоли [8].

В исследовании Temmink проанализированы результаты лечения пациентов из международной базы данных наблюдения и ожидания (IWWD). Всего было выявлено 1010 пациентов. При первом повторном обследовании у 608 пациентов наблюдалась полная клиническая ремиссия; у 402 – полная клиническая ремиссия при последующем повторном обследовании. Медиана периода наблюдения составила 2,6 года для пациентов с полной клинической ремиссией при первом повторном обследовании и 2,9 года для пациентов с полной клинической ремиссией при последующем повторном обследовании. Не было выявлено различий между группами по выживаемости без отдаленных метастазов и общей выживаемости. Анализ подгрупп показал более высокую частоту сохранения прямой кишки в группе с почти полной клинической ремиссией, классифицированной исключительно по данным MPT [9].

Во французском многоцентровом исследовании при оценке регрессии MPT была применена следующая градация: степень регрессии опухоли (TRG) 1 – отсутствие видимой опухоли и нормальная стенка прямой кишки; TRG2 – умеренный изолированный

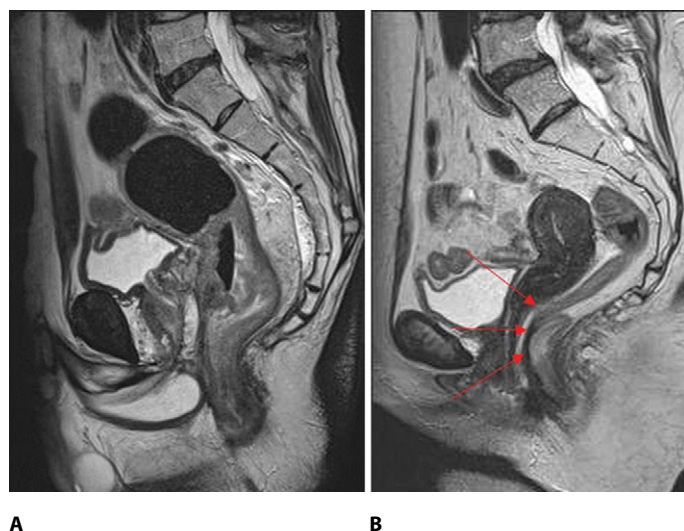


Рис. 1. Результаты магнитно-резонансной томографии при раке прямой кишки. А – до лечения; В – после химиолучевой терапии (красная стрелка указывает на плотный фиброзный рубец с низкой интенсивностью сигнала)

Fig. 1. Magnetic resonance imaging findings for a rectal cancer. A – before treatment; B – after chemoradiation therapy (the red arrow indicates dense low-signal intensity of the fibrotic scar)

фиброз стенки прямой кишки или утолщение стенки прямой кишки без ограничений на DWI; TRG3 – любая значительно видимая опухоль (рис. 1). Патологоанатомическую классификацию после операций проводят с помощью шкалы Dworak (19, 20): степень 0 – отсутствие ответа; степень 1 – минимальный ответ (доминирует опухолевая масса с выраженным фиброзом и васкулопатией); степень 2 – умеренный ответ (доминируют фиброзные изменения с небольшим количеством остаточных раковых клеток); степень 3 – почти полный ответ (небольшое количество микроскопически труднообнаруживаемых опухолевых клеток в фиброзной ткани, с или без слизистого компонента); степень 4 – полный ответ (отсутствие опухолевых клеток, только фиброзная масса или бесклеточное скопление слизи) [10, 12].

Ответ опухоли – это явление, зависящее от времени. В большинстве случаев полная ремиссия обычно достигается в течение 6 месяцев после завершения лучевой терапии. Если неполный ответ сохраняется спустя 24–26 недель после завершения лучевой терапии, хирургическая резекция первичной опухоли, вероятно, является предпочтительным вариантом [6].

У части пациентов, перенесших протокол «наблюдай и жди» (W&W), в дальнейшем разовьется локальный повторный рост первичной опухоли и, следовательно, потребуется хирургическая резекция. Это означает, что не все пациенты с полным клиническим ответом избегут хирургического вмешательства. Cerdan-Santacruz C. и соавторы считают, что хотя функциональные результаты среди пациентов, перенесших стратегию «наблюдай и жди», явно и намного лучше, чем при тотальной мезоректумэктомии или локальном иссечении опухоли, функция прямой кишки в конечном итоге может быть не такой идеальной, как можно было бы ожидать или надеяться [6].



По мнению Anthony Loria и других авторов, следует рассмотреть возможность добавления более подробной информации для эффективного принятия решений, например, высоты опухоли и риска местного повторного роста или системного заболевания (поражение мезоректальной фасции, экстрамуральная сосудистая инвазия, поражение латеральных тазовых лимфатических узлов) [5]. Эта концепция позволила бы включать большую когорту пациентов для тактики W&W и более безопасно, длительно и уверенно осуществлять выжидание.

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Дополнение доказательств роли тактики «наблюдай и жди» после пролонгированной тотальной химиолучевой терапии низкого рака прямой кишки.

Задачи: уточнить показания к применению тактики «наблюдай и жди» при низком раке прямой кишки, оценить результаты пролонгированной химиолучевой терапии, изучить качество жизни пациентов после проведенного лечения.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В ходе ретроспективного исследования изучены отдаленные результаты лечения 28 пациентов по тактике «наблюдай и жди» с 2016 г. по 2024 г. В исследовании приняло участие 12 мужчин и 16 женщин. Средний возраст при установлении диагноза составил 68 (54–82) и 60 (32–81) лет соответственно.

Критериями включения пациентов в исследование с учетом прогностических факторов явились: аденокарцинома прямой кишки, локализация опухоли на расстоянии 4–7 см, расстояние от зубчатой линии сохранено, опухоль не переходит на анальный канал, диаметр опухоли около 5 см, занимает не более 1/2 окружности прямой кишки.

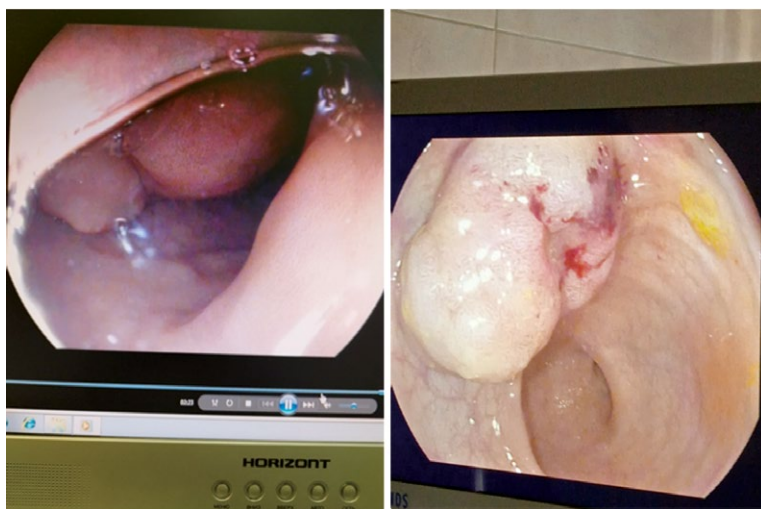


Рис. 2. Рак нижнеампулярного отдела прямой кишки на 1/2 окружности
Fig. 2. Rectal cancer in the low-ampullary segment on the 1/2 circumference

Критериями МРТ таза являлись: T2–T3A, N0–1, отсутствие вовлечения мезоректальной фасции, отсутствие экстрамуральной венозной инвазии. Дополнительные критерии: КТ ОБП и ОГК, приверженность пациента ХЛТ и длительному частому обследованию, обсуждение на мультидисциплинарном консилиуме. Все другие МРТ-параметры выше T3A, выше N0–N1, M0, наличие LVSI, поражение хотя бы одного л/узла бассейна подвздошных сосудов исключались из когорты «W&W» и расценивались как неoadъювантная химиолучевая терапия с последующей операцией через 6 недель.

Пролонгированная тотальная неoadъювантная химиолучевая терапия проводилась пациентам с локализацией опухоли в нижеампулярном отделе прямой кишки и состояла из одновременного применения химиотерапии на основе фторпиримидинов (5-фторурацил или капецитабин) и лучевой терапии (РОД 1,8 Гр до СОД 50,4) при помощи аппаратов TeraGam G Co60, TrueBeam. Дозировки химиопрепаратов были следующими: 5-фторурацил 225 мг/м²/сут в/венно, непрерывная инфузия в 1–5-й дни (в дни ЛТ) или ежедневно (в зависимости от переносимости) на протяжении всей ЛТ; капецитабин 1650 мг/м²/сут внутрь (в два приема) в 1–5-й дни (в дни ЛТ) или ежедневно (в зависимости от переносимости) на протяжении всей ЛТ. У половины пациентов исследовалась доза лучевой терапии 2,0 Гр, сопровождалась явлениями ректита, что требовало дополнительного лечения (рис. 3).

Объем облучения зоны местного метастазирования включал пресакральные, параректальные, obturatorные, внутренние подвздошные и нижние брыжеечные лимфатические узлы. Оценка регрессии опухоли проводилась на 8, 12, 16-й неделях с помощью рентгенологических (МРТ), эндоскопических и клинических (пальцевое



Рис. 3. Зависимость степени ректита от дозы облучения

Fig. 3. The degree of rectitis depends on the radiation dose

ректальное исследование) методов исследования, патоморфологическое исследование – отсутствие клеток аденокарциномы или клеточный патоморфоз. Режим наблюдения – каждые 3 месяца первые 3 года. Клиническая оценка опухоли через 8 недель после окончания ХЛТ (это время лечебного патоморфоза) – ректоскопия без биопсии, после выполняется пальцевое исследование прямой кишки. Полный клинический ответ на 8-й неделе включает отсутствие изъязвлений, остаточной опухоли и деформации при ректоскопии, отсутствие образований при пальцевом исследовании. Неполный клинический ответ – при эндоскопическом исследовании имеется изъязвление, остаточная опухоль, плотная площадка (1,5 см) при пальцевом исследовании. При частичном клиническом ответе по данным ректоскопии имеется значительно уменьшенная опухоль, которая стала располагаться значительно выше от зубчатой линии. При пальцевом исследовании отмечается уменьшенная площадка на месте опухоли, и она значительно поднялась выше зубчатой линии. После этого осмотра пациент записывается на МРТ таза на 12-й неделе после ХЛТ.

Клиническая оценка опухоли на 12-й неделе после окончания ХЛТ включает критерии МРТ таза, эндоскопическое исследование с биопсией, пальцевое исследование. Наличие остаточной площадки и при гистологическом ответе лечебный патоморфоз – допускается дальнейшее наблюдение, решение вопроса о консолидирующей ХТ. Частичный клинический ответ – незначительное уменьшение опухоли, решается вопрос об органосохраняющем лечении. Клиническая оценка регрессии опухоли на 16-й неделе после окончания ХЛТ: данные МРТ таза (фиброз, отсутствие экстрамуральной инвазии, опухолевых депозитов), эндоскопическое исследование (отсутствие деформации, изъязвления) и клинические данные об отсутствии опухоли (при ректальном исследовании). Данные об отсутствии опухоли при гистологическом исследовании позволяют использовать протокол наблюдения W&W, следующие контрольные исследования каждые 3 месяца в течение 2–3 лет.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Медиана наблюдения у наших пациентов составила 5 лет. Полный клинический патоморфологический ответ получен у 28 пациентов (рис. 4). Удаление остаточной опухоли выполнено у 3 пациентов. Эти пациенты имели трансанальное удаление остаточной опухоли «парашютным методом» Francillon с гистологическим исследованием [13] (рис. 5). Полный клинический ответ чаще развивался в группе пациентов с более низким расположением края опухоли – в 77% случаев полного ответа край опухоли располагался в нижеампулярном отделе прямой кишки, медиана расстояния от зубчатой линии до края опухоли равна 1,5 см, верхний край не выше 7 см. Нижний край опухоли у пациентов с частичным ответом был расположен в среднеампулярном отделе в 63% случаев, медиана расстояния от зубчатой линии до края опухоли равна 3,6 см, что требовало хирургического вмешательства.

Рецидив через 1 год выявлен у 1 пациента с муцинозной аденокарциномой (3,9%) – выполнена брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки. Рецидив через 28 месяцев у одного пациента, от спасительной операции отказался. После 7 курсов ПХТ МР-картина остаточной опухоли без существенной динамики в сравнении с предыдущим исследованием, морфологически в биоптате выявлены комплексы аденокарциномы, продолжает курсы ПХТ. Токсический ректит легкой степени отмечен у 3 пациентов, средней степени тяжести – у 7, что потребовало местного

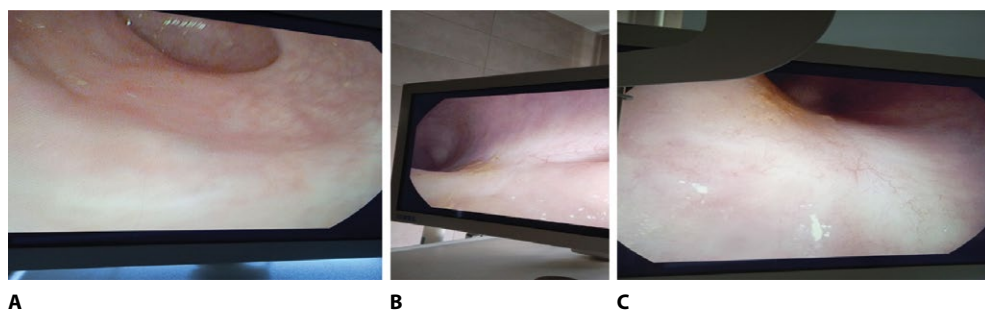


Рис. 4. Полный клинический и патоморфологический ответ опухоли
Fig. 4. Complete clinical and pathological tumor response

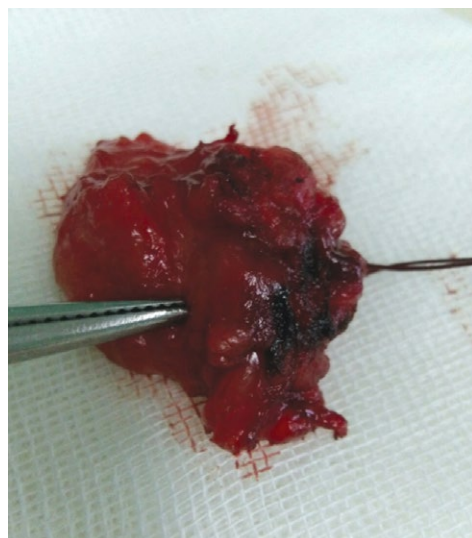


Рис. 5. Трансанальное удаление остаточной опухоли «парашютным методом», $pT_2N_0M_0$
Fig. 5. Transanal removal of residual tumor using the "parachute method", $pT_2N_0M_0$

лечения. Умерло 2 пациента от инфекции COVID-19. Одна пациентка через 8 лет наблюдения начала отмечать частый жидкий стул после приема пищи, трудности с удержанием, были рекомендованы консервативная терапия и курс реабилитации.

Анкетирование SF-36 проведено у 65,4%. Практически все пациенты оценили свое состояние как хорошее. Посредственное – 1 пациент (с припиской по возрасту). Меняется настроение, отмечает усталость – 1 пациент. Ограничение подъема тяжестей и спорта – отметили все. Умеренные физические нагрузки, работа с пылесосом – выполняют все. Поменял место работы – 1 пациент, водитель дальних рейсов, отмечал трудности с удержанием кала, что потребовало смены работы. Время, проведенное с семьей и друзьями, ограничено немного – у 2 пациентов. Нарушение стула отметили 4 пациента.



■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Стратегия «наблюдай и жди» является воспроизводимой для тщательно подобранных пациентов. Она подходит тем, кто готов вместе с врачом проходить тщательное клиническое, эндоскопическое и МРТ-наблюдение в короткие промежутки времени в течение 2–3 лет. Тактика «наблюдай и жди» имеет хорошие результаты, рецидив опухоли в первый год составил 3,9%. Полный клинический ответ выше в группе пациентов с локализацией опухоли в нижеампулярном отделе. Оптимальные сроки «ожидания» после пролонгированной химиолучевой терапии не менее 8 недель. Если при повторном обследовании после окончания лечения через 8–12 недель сохранялся неполный ответ визуализации при эндоскопическом исследовании и гистологическом подтверждении, то хирургическая резекция остаточной опухоли была предпочтительна.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Habr-Gama A., Perez R.O., Nadalin W., et al. Operative versus nonoperative treatment for stage 0 distal rectal cancer following chemoradiation therapy: long-term results. *Ann Surg.* 2004;240(4):711–7; discussion 717–8.
2. Dudaev Z., Khudoerov Dzh., Mamedli Z. et al. "Watch and wait" strategy (active dynamic follow-up) in the management of rectal cancer patients with a complete clinical response. *Pelvic Surgery and Oncology.* 2022;12(1):35–40. (in Russian). doi: 10.17650/2686-9594-2022-12-1-35-40
3. Samsonov D., Moiseenko A., Karachun A. Watch & Wait strategy in the radical treatment of rectal cancer: evoking a complete response by all means? *Issues of Oncology.* 2022;68(5):548–554. (in Russian). doi: 10.37469/0507-3758-2022-68-5-548-554
4. Rydbeck D., Azhar N., Blomqvist L., Chabok A., Folkesson J., Gerdin A., Hermus L., Matthiessen P., Martling A., Nilsson P.J., Angenete E. Short-term outcomes from the 'Watch and Wait' (WoW) study: prospective cohort study. *BJS Open.* 2025;9, Issue 1. doi: 10.1093/bjsopen/zrae151
5. Loria A. et al. From Clinical Trials to Practice: Anticipating and Overcoming Challenges in Implementing Watch-and-Wait for Rectal Cancer. *J Clin Oncol.* 2024;42:876–880. doi: 10.1200/JCO.23.01369
6. Cerdan-Santacruz C., São Julião G.P., Vailati B.B., Corbi L., Habr-Gama A., Perez R.O. Watch and Wait Approach for Rectal Cancer. *Journal of Clinical Medicine.* 2023;12(8):2873. doi: 10.3390/jcm12082873
7. Renehan A.G., Malcomson L., Emsley R., Gollins S., Maw A., Myint A.S., Rooney P.S., Susnerwala S., Blower A., Saunders M.P., Wilson M.S., Scott N., O'Dwyer S.T. Watch-and-wait approach versus surgical resection after chemoradiotherapy for patients with rectal cancer (the OnCoRe project): a propensity-score matched cohort analysis. *Lancet Oncol.* 2016;17(2):174–183. doi: 10.1016/S1470-2045(15)00467-2
8. Fernandez L.M., Julio G.P.S., Renehan, A.G., Beets G.L., Papoilar A.L. The risk of distant metastases in patients with clinical complete response managed by watch and wait after neoadjuvant therapy for rectal cancer: the influence of local regrowth in the International Watch and Wait Database. *Diseases Of The Colon And Rectum.* 2023;66(1):41–49. doi: 10.1097/DCR.0000000000002494
9. Sofeike J.D., Temmink, Koen C.M.J., Peeters, Renu R., Bahadoer, Elma Meershoek-Klein Kranenbarg, Annet G.H. Roodvoets, Jarno Melenhorst, Jacobus W.A. Burger, Albert Wolhuis, Andrew G. Renehan, Nuno L. Figueiredo, Oriol Pares, Anna Martling, Rodrigo O. Perez, Geerard L. Beets, Cornelis J.H. van de Velde, Per J. Nilsson. The International Watch & Wait Database (IWWD) Consortium. Watch and wait after neoadjuvant treatment in rectal cancer: comparison of outcomes in patients with and without a complete response at first reassessment in the International Watch & Wait Database (IWWD). *BJS.* 2023;110, Issue 6:676–684. doi: 10.1093/bjs/znad051
10. Gérard J.P., Barbet N., Gal J., Dejean C., Evesque L., Doyen J., Coquard R., Gugenheim J., Benizri E., Schiappa R., Baudin G., Benezery K., François E. Planned organ preservation for early T2-3 rectal adenocarcinoma: A French, multicentre study. *Eur J Cancer.* 2019;108:1–16. doi: 10.1016/j.ijca.2018.11.022
11. Smith N., Brown G. Preoperative staging of rectal cancer. *Acta Oncol.* 2008;47(1):20–31. doi: 10.1080/02841860701697720
12. Rouleau-Fournier F., Brown C.J. Can Less Be More? Organ Preservation Strategies in the Management of Rectal Cancer. *Curr. Oncol.* 2019;26:16–23. doi: 10.3747/co.26.5841
13. Mario Pescatori [translated from English by A. Langner]. *Anorectal surgery: prevention and treatment of complications*. Moscow: Olimp-Business; 2019. 264 p. (in Russian)