Рак паренхимы почки

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: C64, D41.0 · Ассоциация онкологов России, Общероссийская общественная организация "Российское общество урологов", Общероссийская общественная организация "Российское общество онкоурологов"

Рак паренхимы почки, или почечно-клеточный рак (ПКР), — группа злокачественных опухолей, происходящих из эпителия проксимальных канальцев или собирательных трубочек.

Главное

- На ранних стадиях ПКР часто протекает бессимптомно. По мере роста возможны пальпируемая опухоль, гематурия и боль; также следует искать артериальную гипертензию, лихорадку, отёки, расширенные вены, симптомы поражения лёгких, костей или головного мозга.
- Стадию определяют по TNM: T1 — опухоль до 7 см, ограниченная почкой; T2 — не менее 7 см, но без выхода за пределы почки; T3 — инвазия крупных вен или паранефральной клетчатки; T4 — выход за фасцию Героты. N1 означает метастазы в регионарных лимфоузлах, M1 — отдалённые метастазы.
- Для распространённого ПКР группу прогноза IMDC определяют по шести факторам: соматический статус <80 по Карновскому, интервал от диагностики до лечения метастатической болезни <1 года, анемия, нейтрофилёз, тромбоцитоз и повышенный скорректированный по альбумину кальций. 0 факторов — хороший прогноз, 1–2 — промежуточный, ≥3 — плохой.
- Основной метод визуализации — КТ почек и забрюшинного пространства с внутривенным болюсным контрастированием; при противопоказаниях используют МРТ с контрастированием. Критерием накопления контраста, указывающим на злокачественность, считают повышение плотности более чем на 15–20 HU.
- При локализованном ПКР cT1–T2N0M0 рекомендуется резекция почки, если размер и расположение опухоли позволяют выполнить органосохраняющую операцию. Абсолютными показаниями к резекции являются опухоль единственной, в том числе единственной функционирующей, почки или двустороннее опухолевое поражение; относительными — высокий риск ухудшения функции контралатеральной почки.
- При местно-распространённом ПКР cT3a–T4N0–1M0 основным методом является радикальная нефрэктомия; при опухолевом тромбозе почечной вены или НПВ операцию расширяют до тромбэктомии. При cT4 показана резекция вовлечённых соседних органов.
- После радикального лечения рецидивы чаще возникают в первые 1–2 года, а основная доля прогрессирования приходится на первые 3 года. График наблюдения зависит от риска рецидива и включает клиническую оценку, анализы крови и визуализацию.

Диагностика

1. Собрать жалобы и анамнез: уточнить гематурию, боль в пояснице, лихорадку, гипертензию, отёки, респираторные и неврологические симптомы, боли или переломы костей. УДД 4, УУР C.
2. Провести физикальное обследование: измерить температуру и артериальное давление, осмотреть подкожные вены живота, мошонки и нижних конечностей, оценить отёки и периферические лимфоузлы, пропальпировать область почки. УДД 4, УУР C.
3. Выполнить общий анализ крови, биохимический анализ крови с оценкой гемоглобина, лейкоцитов, нейтрофилов, тромбоцитов, креатинина, мочевины, белка, альбумина, билирубина, калия, кальция, ЛДГ, АЛТ, АСТ и щелочной фосфатазы; дополнить обследование коагулограммой и общим анализом мочи. Для коагулограммы: УДД 3, УУР B; для общего анализа мочи: УДД 2, УУР A.
4. Использовать УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства как скрининговый метод, затем подтвердить находку КТ с внутривенным контрастированием либо МРТ при противопоказаниях к КТ. УЗИ: УДД 2, УУР A; КТ/МРТ: УДД 1, УУР A.
5. Оценить распространённость: при cT1b и выше, cN1, общих симптомах, анемии или тромбоцитозе выполнить КТ грудной клетки; при cT1aN0 без этих признаков допустима рентгенография. При неврологических симптомах нужна МРТ головного мозга с контрастированием, а при костной боли, переломах, повышенной щелочной фосфатазе или распространённом процессе — исследование костей.

6. Получить морфологическую верификацию биопсией, особенно перед аблацией, при динамическом наблюдении, генерализованном процессе и множественных опухолях. При солидной опухоли, накапливающей контраст, хирургическое лечение возможно и без биопсии. Патологоанатомическое исследование операционного или биопсийного материала необходимо для определения типа опухоли и, если применимо, градации; для операционного материала также указывают стадию pTNM. Биопсия: УДД 1, УУР А.

Лечение

- При cT1–T2N0M0 выполнять резекцию почки, если размер и локализация опухоли позволяют сохранить орган. Резекция почки: УДД 1, УУР А.
- При cT3a–T4N0–1M0 и опухолевом тромбозе почечной вены, НПВ, правого предсердия или желудочка выполнять нефрэктомию с тромбэктомией. Тромбэктомия: УУР С, УДД 4.
- Солитарные или единичные метастазы (≤2), которые можно радикально удалить одновременно или последовательно с первичной опухолью, подлежат хирургическому удалению. Симптомные метастазы в кости или головном мозге у отобранных пациентов можно удалять паллиативно. Уровень убедительности рекомендаций В, УДД 2 для радикального удаления; УУР В, УДД 3 для паллиативного удаления.
- Циторедуктивную нефрэктомию рассматривают у пациентов с технически удалимой первичной опухолью, способных перенести операцию: при хорошем прогнозе IMDC, при промежуточном прогнозе MSKCC после эффекта от индукционной TKI-терапии, при жизнеугрожающих симптомах первичной опухоли или потенциально удалимых солитарных/единичных метастазах. УДД 2, УУР В.
- У отдельных пациентов старше 75 лет с cT1aN0M0, ожидаемой продолжительностью жизни <5 лет или высоким операционным риском допустимо активное наблюдение. При активном наблюдении размеры опухоли оценивают одним и тем же методом 1 раз в 12 месяцев; рост опухоли служит показанием к хирургическому лечению. Активное наблюдение: УДД 2, УУР А.
- При первой линии терапии светлоклеточного ПКР хорошего прогноза IMDC предпочтительны пазопаниб 800 мг/сут или сунитиниб 50 мг/сут 4 недели с перерывом 2 недели. При промежуточном или плохом прогнозе предпочтительны комбинации ниволумаба с ипилимумабом, пембролизумаба с акситинибом или пембролизумаба с ленватинибом; например, пембролизумаб 200 мг внутривенно каждые 3 недели с акситинибом 5 мг 2 раза в сутки либо с ленватинибом 20 мг/сут.
- После радикального лечения светлоклеточного ПКР промежуточного или высокого риска рецидива, а также после операции при отдалённых метастазах, альтернативой наблюдению может быть пембролизумаб 200 мг каждые 3 недели в течение 12 месяцев; решение принимают индивидуально. УДД 1, УУР А.
- При солитарных или единичных метастазах в головном мозге без экстракраниальных метастазов либо при возможности контролировать метастазы других локализаций лекарственной терапией возможна стереотаксическая лучевая терапия. УУР В, УДД 2.
- При интенсивной боли из-за костных метастазов проводят лучевую терапию для уменьшения боли и улучшения качества жизни; стереотаксическая лучевая терапия не является методом контроля опухоли и должна быть дополнена системной противоопухолевой терапией. УУР В, УДД 2.

Когда направить и как наблюдать

- При подозрении или выявлении ПКР направить пациента к онкологу в центр амбулаторной онкологической помощи, первичный онкологический кабинет или онкологический диспансер для организации биопсии, стадирования и определения тактики.
- Направить к врачу-генетику, если пациенту ≤46 лет, опухоли двусторонние или мультифокальные, есть родственник 1-й или 2-й линии с ПКР, у родственника выявлена герминальная патогенная мутация либо имеются признаки наследственного онкологического синдрома. УДД 3, УУР С.
- Экстренная или неотложная госпитализация нужна при осложнениях опухоли или лечения, требующих специализированной помощи в стационаре.
- Плановая госпитализация показана для сложных интервенционных диагностических вмешательств, эндоскопии при невозможности амбулаторного выполнения, а также для хирургического, лучевого или лекарственного лечения, требующего наблюдения в круглосуточном или дневном стационаре.

Частые вопросы

Нужна ли биопсия опухоли почки перед операцией?

Не всегда: при солидной опухоли, накапливающей контраст на оптимальной КТ или МРТ, хирургическое лечение возможно без морфологической верификации.

Когда выбирать резекцию почки, а когда радикальную нефрэктомию?

При локализованном ПКР резекцию выполняют, если размер и расположение опухоли позволяют сохранить почку; радикальная нефрэктомия нужна при опухоли, неподходящей для резекции, а также является основным хирургическим методом при cT3a–T4N0–1M0.

Как рассчитывают прогноз IMDC при метастатическом ПКР?

Учитывают соматический статус < 80 по Карновскому, интервал до лечения метастатической болезни < 1 года, низкий гемоглобин, повышенные нейтрофилы, тромбоциты и скорректированный по альбумину кальций. 0 факторов соответствуют хорошему прогнозу, 1–2 — промежуточному, ≥3 — плохому.

Какую первую линию выбрать при распространённом светлоклеточном ПКР?

При хорошем прогнозе IMDC предпочтительны пазопаниб 800 мг/сут или сунитиниб 50 мг/сут по схеме 4 недели приёма и 2 недели перерыва. При промежуточном или плохом прогнозе предпочтительны комбинации иммунных препаратов и/или TKI, включая ниволумаб с ипилимумабом, пембролизумаб с акситинибом или пембролизумаб с ленватинибом.

Как наблюдать пациента после операции по поводу ПКР?

После лечения I стадии проводят осмотр, анализы и визуализацию через 3, 6 и 12 месяцев, затем ежегодно; наблюдение длится 5 лет. После лечения II–IV стадий обследование проводят каждые 3 месяца в первый год, каждые 6 месяцев на втором и третьем годах, затем ежегодно; наблюдение может быть продлено.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/10-rak-parenhimy-pochki. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/10_5