Рак мочевого пузыря

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2026 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: C67, D09.0, D41.4 · Ассоциация онкологов России, Общероссийская общественная организация "Российское общество урологов", Общероссийская общественная организация "Российское общество онкоурологов"

Рак мочевого пузыря — тяжелое, в ряде случаев инвалидизирующее заболевание, характеризующееся склонностью к рецидивированию и прогрессированию; системы активного выявления не разработаны. Главное для практики: морфологическая верификация, стадирование по глубине инвазии и метастазам, разделение на НМИРМП, операбельный МИРМП и распространённый процесс, от чего зависит выбор ТУР, внутрипузырной терапии, цистэктомии, лучевого и системного лечения.

Главное

- Самый частый симптом — безболевая гематурия; макрогематурия при первом проявлении чаще связана с более высокой стадией, чем микрогематурия. Упорная дизурия характерна для CIS, боль в пояснице может указывать на гидронефроз из-за блока устья мочеточника.
- Окончательный диагноз не ставят только по УЗИ, КТ или МРТ: требуется цистоскопия и, при возможности, гистологическая верификация. Если биопсия технически невозможна или опасна, допустима цитологическая верификация.
- Всем пациентам с подозрением на РМП показана цистоскопия с оценкой опухоли и биопсией подозрительных участков; УУР А, УДД 1.
- мпМРТ малого таза с VI-RADS используют для оценки инвазии в детрузор и регионарных лимфоузлов; предпочтительно до ТУР или не раньше чем через 2 недели после неё. Регионарные лимфоузлы считают патологически увеличенными при размере ≥ 8 мм; УУР В, УДД 1.
- НМИРМП лечат ТУР с последующей тактикой по группе риска: низкий риск — наблюдение, промежуточный/высокий — адъювантная БЦЖ-терапия, высочайший риск — ранняя радикальная цистэктомия.
- Стандарт при операбельном МИРМП T2–T4aN0–1M0 — радикальная цистэктомия с периоперационной системной терапией; органосохранная тримодальная терапия допустима у тщательно отобранных пациентов с T2N0M0.
- При неоперабельном местно-распространённом или метастатическом РМП основа лечения — системная противоопухолевая терапия; локальное лечение не является стандартом, но возможно у отобранных пациентов.

Диагностика

1. Начать с жалоб и анамнеза: искать гематурию, дизурию, боль внизу живота, задержку или недержание мочи, отёки ног, симптомы метастазов; ранние стадии могут протекать бессимптомно. УУР С, УДД 4.
2. Провести физикальное обследование всем пациентам: оценить соматический статус, живот, область почек с симптомом поколачивания, периферические лимфоузлы; УУР С, УДД 4.
3. Назначить ОАК, биохимический анализ крови, гемостазиограмму и общий анализ мочи; при лейкоцитурии или бактериурии выполнить посев мочи с чувствительностью к антибиотикам. УУР С, УДД 4.
4. При макрогематурии выполнить УЗИ почек и мочевого пузыря как первичный метод выявления: оно оценивает локализацию, размер, рост опухоли и гидронефроз, но хуже выявляет образования < 5 мм и CIS. УУР С, УДД 5.
5. Для локального стадирования выполнить мпМРТ малого таза с VI-RADS; VI-RADS 1–2 делает мышечную инвазию маловероятной, VI-RADS 4 — вероятной, VI-RADS 5 — очевидной с выходом за пределы стенки. УУР В, УДД 1.
6. Для стадирования N/M и оценки верхних мочевых путей выполнить КТ грудной клетки, брюшной полости и малого таза с внутривенным контрастированием; при противопоказании к йодсодержащему контрасту и СКФ < 30 мл/мин — МРТ с макроциклическим контрастом. УУР С, УДД 5.
7. Верифицировать диагноз патолого-анатомическим исследованием биопсийного или операционного материала; в заключении после ТУР обязательно указать наличие мышечного слоя и инвазию в него, CIS, лимфоваскулярную инвазию, категорию Т и градацию. УУР С, УДД 5.

Лечение

- При НМИРМП выполнить лечебно-диагностическую ТУР мочевого пузыря; повторная ТУР через 2–6 недель нужна при неполном или сомнительном удалении, отсутствии детрузора в препарате кроме TaLG без CIS, T1, HG/G3 или CIS. УУР С, УДД 4–5.
- После ТУР при первичных и рецидивных папиллярных опухолях НМИРМП ввести однократно внутрипузырно в течение 24 часов, оптимально в первые 6 часов: доксорубицин 30–40 мг/50 мл 0,9% NaCl, или гемцитабин 2000 мг/50 мл, или митомицин 40 мг/40 мл; экспозиция 1 час. УУР А, УДД 1.
- При НМИРМП промежуточного и высокого риска проводить БЦЖ: старт через 3–4 недели после ТУР, 100 мг в 50 мл 0,9% NaCl внутрипузырно на 2 часа, при плохой переносимости 50 мг; индукция — 6 еженедельных инстилляций, при отсутствии местного рецидива папиллярной опухоли HG/G3 или персистирующей CIS — поддерживающая терапия по схеме риска. УУР В, УДД 2.
- При высочайшем риске НМИРМП показана ранняя радикальная цистэктомия; если пациент отказывается — ТУР и адъювантная БЦЖ-терапия 36 месяцев. УУР С, УДД 3.
- Для МИРМП перед цисплатин-содержащей терапией исключить противопоказания: ECOG > 1, СКФ ≤ 60 мл/мин/1,73 м², снижение слуха ≥ 2 степени, периферическая нейропатия ≥ 2 степени, сердечная недостаточность NYHA III. УУР С, УДД 3.
- У кандидатов на РЦЭ с МИРМП и СКФ ≥ 40 мл/мин/1,73 м² возможна периоперационная ИХТ: цисплатин 70 мг/м² день 1 + гемцитабин 1000 мг/м² дни 1 и 8 + дурвалумаб 1500 мг день 1 каждые 3 недели, 4 курса; затем РЦЭ и дурвалумаб 1500 мг каждые 4 недели, 8 курсов. УУР В, УДД 2.
- Неоадъювантная ХТ при МИРМП без противопоказаний к цисплатину: предпочтительно ddMVAC каждые 14 дней 6 циклов с Г-КСФ; альтернативы — GC каждые 21 день 3–4 цикла или Split GC. УУР В, УДД 2.
- При распространённом РМП первая линия зависит от пригодности к платине: без противопоказаний к цисплатину — ddMVAC или GC либо ниволумаб + GC; при противопоказаниях к цисплатину и сохранной возможности карбоплатина — GemCarbo; после контроля опухоли на 4–6 циклах платины — поддерживающий авелумаб до прогрессирования или непереносимости. УУР А, УДД 2 для этих ключевых режимов.

Когда направить и как наблюдать

- При подозрении или выявлении РМП пациент должен быть направлен в центр амбулаторной онкологической помощи, первичный онкологический кабинет или поликлиническое отделение онкодиспансера для специализированной помощи и организации верификации.
- Экстренная или неотложная госпитализация показана при осложнениях самого онкологического заболевания или осложнениях лечения, требующих специализированной помощи в экстренной/неотложной форме.
- Плановая госпитализация показана для сложных интервенционных диагностических вмешательств или эндоскопии, если их нельзя выполнить амбулаторно и нужно наблюдение, а также для противоопухолевого лечения, требующего дневного или круглосуточного стационара.
- Тактику лечения определяет онкологический консилиум с участием онкологов и радиотерапевта, при необходимости — других специалистов; допускается телемедицинский консилиум.
- На санаторно-курортное лечение направляют после завершения лечения РМП и исключения прогрессирования и местного рецидива; через 3–6 месяцев после радикального лечения пациенты могут быть направлены в местные санатории или на курорты соответствующей климатической зоны, а на южные курорты для жителей северных районов — не ранее 6–12 месяцев. УУР С, УДД 5.

Частые вопросы

Можно ли поставить диагноз рака мочевого пузыря по УЗИ или КТ?

Нет. УЗИ, КТ или МРТ выявляют подозрительную опухоль и служат основанием для дальнейшего обследования, но окончательный диагноз требует эндоскопической и морфологической верификации, если биопсия технически возможна и безопасна.

Когда после первой ТУР нужна повторная ТУР?

Через 2–6 недель: если опухоль удалена неполно или есть сомнения в полноте удаления, нет детрузора в препарате кроме TaLG без CIS, выявлены T1, HG/G3 или CIS. Повторная ТУР помогает найти резидуальную опухоль и недооценённый мышечно-инвазивный рак.

Кому нельзя проводить БЦЖ-терапию?

БЦЖ не проводят при активном или перенесённом туберкулёзе, положительном тесте на латентную туберкулёзную инфекцию, иммунодефиците, значимых анатомических/функциональных нарушениях мочевого пузыря, облучении мочевого пузыря в анамнезе, беременности и грудном вскармливании. Инстилляцию также откладывают в первые 2 недели после ТУР, при макрогематурии, травматичной катетеризации, симптомах инфекции мочевого пузыря и выраженной дизурии.

Какие критерии непригодности к цисплатину используются при РМП?

Противопоказанием к цисплатин-содержащей ХТ считается хотя бы один критерий: ECOG > 1, СКФ ≤ 60 мл/мин/1,73 м², снижение слуха ≥ 2 степени, периферическая нейропатия ≥ 2 степени или сердечная недостаточность NYHA III.

Как наблюдать пациента после лечения НМИРМП?

Низкий риск: цистоскопия через 3 и 12 месяцев, затем ежегодно 5 лет. Промежуточный риск: цистоскопия и цитология мочи через 3, 6, 12 месяцев, на 2-м году каждые 6 месяцев, затем ежегодно 5 лет. Высокий/высочайший риск: цистоскопия и цитология каждые 3 месяца первые 2 года, затем каждые 6 месяцев в 3–5-й годы, далее ежегодно до 10 лет; после 10 лет — по клиническим показаниям. КТ брюшной полости и таза через 12 месяцев и далее ежегодно до 10 лет.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/11-rak-mochevogo-puzyrya. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/11_4