Уротелиальный рак верхних мочевыводящих путей

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2023 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: C65, C66 · Ассоциация онкологов России, Общероссийская общественная организация "Российское общество урологов", Общероссийская общественная организация "Российское общество онкоурологов"

Уротелиальный рак верхних мочевыводящих путей (УРВМП) — агрессивная опухоль чашечно-лоханочной системы почки или мочеточника; в 60% случаев при диагностике выявляют инвазивную форму, а у 7% пациентов — метастазы. Рекомендация охватывает диагностику, выбор органосохраняющей операции или нефруретерэктомии, периоперационное лечение, системную терапию распространенного процесса и наблюдение.

Главное

- Наиболее частый признак УРВМП — макро- или микрогематурия, встречающаяся в 70–80% случаев.
- Боль в боку бывает примерно у 20% пациентов, пальпируемое образование в поясничной области — примерно у 10%.
- МСКТ-урография с контрастированием — основной метод визуализации верхних мочевыводящих путей: для полиповидных опухолей 5–10 мм чувствительность составляет 96%, специфичность — 99%.
- При отсутствии отдаленных метастазов выполняют хирургическое лечение; объем операции выбирают по локализации, глубине инвазии, grade, размеру и числу опухолей. Задержка операции на 45 дней и более от установления диагноза повышает риск прогрессирования.
- Органосохраняющее лечение допустимо при солитарной папиллярной LG-опухоли менее 1,5 см и cTa–T1, а также при единственной функционирующей почке, двустороннем поражении, тяжелой хронической болезни почек или наследственном высоком риске; лечение проводят только в опытном и технически оснащенном учреждении.
- Радикальная нефруретерэктомия с резекцией устья мочеточника показана при опухолях верхней и средней третей мочеточника cT>T1 и/или HG либо при невозможности органосохраняющей операции; при инвазивном раке мочеточника используют открытый доступ.
- После нефруретерэктомии с резекцией устья мочеточника выполняют однократную внутрипузырную инстилляцию митомицина или доксорубицина перед удалением катетера, после цистографии для исключения выхода препарата в брюшную полость.
- После лечения необходим длительный контроль мочевого пузыря: цистоскопию и цитологию мочи проводят не менее 5 лет; после органосохраняющего лечения наблюдение должно быть более интенсивным, включая уретероскопию.

Диагностика

1. Собрать жалобы и анамнез при макрогематурии, а также при синдроме Линча без опухоли мочевого пузыря с целью выявления УРВМП. УУР C, УДД 5.
2. При макрогематурии и боли в поясничной области провести тщательный физикальный осмотр с целью исключения УРВМП. УУР C, УДД 5.
3. Выполнить общий анализ мочи, цитологию мочи с FISH, общий анализ крови, биохимию крови и коагулограмму; после подтверждения диагноза — посев мочи. Для этих исследований уровень убедительности рекомендаций — C, УДД 5.
4. Провести МСКТ-урографию брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза с контрастированием; также выполнить УЗИ почек, забрюшинного пространства и мочевого пузыря. Для МСКТ-урографии и УЗИ: УУР A, УДД 2.
5. Для оценки распространенности при установлении диагноза выполнить МСКТ грудной клетки с контрастированием; если ее нельзя провести в течение 4 недель, допустима рентгенография грудной клетки. УУР C, УДД 5.
6. При невозможности выполнить МСКТ-урографию использовать МРТ брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза с контрастированием; при клиренсе креатинина менее 30 мл/мин контрастная МРТ противопоказана из-за риска нефрогенного системного фиброза. УУР A, УДД 2.

7. Выполнить цистоскопию, уретероскопию или уретеропиелоскопию с биопсией при технической возможности; уретероскопия считается лучшим методом диагностики и позволяет определить grade примерно в 90% случаев. УУР А, УДД 2.
8. Подтвердить злокачественное новообразование морфологическим исследованием биопсийного или операционного материала. Операция возможна без морфологической верификации при солидной опухоли, накапливающей контраст на оптимальной КТ и/или МРТ.

Лечение

- При УРВМП без отдаленных метастазов выполнить хирургическое лечение; решение об органосохраняющей операции или нефруретерэктомии принимают с учетом локализации, инвазии, grade, размера и количества опухолей. УУР В, УДД 3.
- При органосохраняющем лечении опухоли собирательной системы почки до электрокоагуляции или лазерной аблации получить биопсию. Для лазерной коагуляции используют Nd:YAG с глубиной пенетрации 4–6 мм или Ho:YAG с микропенетрацией менее 0,5 мм. УУР С, УДД 5.
- При инвазивном раке мочеточника выполнять нефруретерэктомию с резекцией устья мочеточника открытым доступом; резекция мочевого пузыря с устьем мочеточника обязательна. При cT2–T4 и/или HG раке мочеточника показано удаление забрюшинных лимфатических узлов. УУР А, УДД 2 для открытой операции; УУР С, УДД 5 для резекции мочевого пузыря с устьем мочеточника; УУР В, УДД 2 для лимфодиссекции.
- После нефруретерэктомии с резекцией устья мочеточника или органосохраняющей операции выполнить однократную внутрипузырную инстилляцию: митомицин 40 мг в 40 мл натрия хлорида либо доксорубицин 40–50 мг в 25–50 мл 0,9% натрия хлорида, экспозиция 1–2 часа. УУР С, УДД 3.
- При pT3–T4 и/или pN+ после радикального лечения назначить адъювантную химиотерапию гемцитабином и препаратом платины; у больных pT3–4N0/+M0R0 независимо от PD-L1 и неоадъювантной химиотерапии рекомендуется адъювантный ниволумаб 240 мг внутривенно 1 раз в 2 недели в течение 1 года. УУР В, УДД 2.
- При неоперабельном местно-распространенном или диссеминированном процессе без противопоказаний к цисплатину в первой линии применяют GC, MVAC или DD-MVAC. Для GC: гемцитабин 1000 мг/м² внутривенно в 1, 8 и 15-й дни, цисплатин 70 мг/м² в 1-й или 2-й день, цикл каждые 4 недели. УУР А, УДД 2.
- Противопоказанием к цисплатину считается наличие хотя бы одного критерия: ECOG более 1, СКФ 60 мл/мин/1,73 м² и менее, снижение слуха 2-й степени и выше, периферическая нейропатия 2-й степени и выше или сердечная недостаточность III класса NYHA. При противопоказаниях к цисплатину без гиперэкспрессии PD-L1 назначают GemCarbo: гемцитабин 1000 мг/м² в 1-й и 8-й дни, карбоплатин AUC 4–5 в 1-й день, цикл каждые 3 недели. УУР А, УДД 2 для GemCarbo.
- После прогрессирования на фоне или после платиносодержащей химиотерапии предпочтителен пембролизумаб 200 мг внутривенно каждые 3 недели или 400 мг 1 раз в 6 недель; альтернативы — ниволумаб, атезолизумаб или винфлунин. Для пембролизумаба: УУР А, УДД 2.

Когда направить и как наблюдать

- При подозрении или выявлении онкологического заболевания направить пациента в центр амбулаторной онкологической помощи, первичный онкологический кабинет или онкологический диспансер; консультация должна состояться не позднее 3 рабочих дней с даты направления.
- Диагностику УРВМП у пациентов с наследственными онкологическими синдромами проводить с участием врача-генетика, включая медико-генетическое консультирование пробанда и родственников — возможных носителей патогенной мутации.
- Экстренная или неотложная госпитализация нужна при осложнениях опухоли либо осложнениях хирургического, лучевого или лекарственного лечения, требующих специализированной помощи.
- Плановая госпитализация показана для сложных интервенционных диагностических вмешательств, эндоскопии, которую нельзя выполнить амбулаторно, или противоопухолевого лечения, требующего наблюдения в круглосуточном или дневном стационаре.

Частые вопросы

Какой симптом чаще всего указывает на УРВМП?

Наиболее частый симптом — макро- или микрогематурия, выявляемая в 70–80% случаев. Боль в боку и пальпируемое образование встречаются реже.

Какой метод лучше всего подтверждает опухоль верхних мочевыводящих путей?

МСКТ-урография с контрастированием считается основным методом визуализации. Уретероскопия с биопсией — лучший метод непосредственной диагностики: она позволяет осмотреть опухоль, взять материал и определить grade примерно в 90% случаев.

Кому можно предложить органосохраняющее лечение?

Прежде всего пациентам с солитарной папиллярной LG-опухолью менее 1,5 см и cTa–T1. Оно также имеет приоритет при единственной функционирующей почке, двустороннем поражении, тяжелой хронической болезни почек и наследственных синдромах высокого риска.

Когда нельзя назначать цисплатин?

Противопоказанием является хотя бы один из критериев: ECOG более 1, СКФ 60 мл/мин/1,73 м² и менее, снижение слуха или периферическая нейропатия 2-й степени и выше, сердечная недостаточность III класса NYHA.

Как наблюдать пациента после операции?

После нефроуретерэктомии при низком риске цистоскопию выполняют через 3 и 9 месяцев, затем ежегодно 5 лет. При высоком риске цистоскопию и цитологию проводят каждые 3 месяца первые 2 года, затем каждые 6 месяцев в течение 5 лет, далее ежегодно; после органосохраняющего лечения добавляют более частую уретероскопию.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/526-urotelialnyj-rak-verhnih-mochevyvodyashchih-putej. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/526_2