Уротелиальный рак верхних мочевыводящих путей

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2026 г., статус «Применяется» на 22.11.2026 · МКБ-10: C65, C66, D09.1, D41.1, D41.2 · Ассоциация онкологов России, Общероссийская общественная организация "Российское общество урологов", Общероссийская общественная организация "Российское общество онкоурологов"

Уротелиальный рак верхних мочевыводящих путей — редкая злокачественная опухоль с риском рецидива и прогрессирования; чаще проявляется макро- или микрогематурией. Рекомендация охватывает подтверждение диагноза, стадирование, выбор органосохраняющей или радикальной операции, периоперационную и системную терапию, а также наблюдение.

Главное

- Для выбора объема операции используют стратификацию риска. Низкий риск предполагает одновременное наличие солитарной опухоли < 2 см, LG по биопсии, отсутствия HG в цитологии и признаков инвазии по визуализации. К высокому риску относят любой основной критерий: HG в цитологии или биопсии, признаки инвазивной опухоли либо вариантное гистологическое строение; дополнительные признаки — множественность, размер ≥2 см и опухолевый гидронефроз (УУР B, УДД 2).
- Окончательный диагноз подтверждают гистологически. Биопсийный материал не используют для окончательного стадирования; категории pT и pN оценивают по материалу после сегментарной резекции мочеточника или радикальной нефроуретерэктомии.
- При неметастатическом заболевании хирургическое лечение следует выполнить в течение 45 дней после установления диагноза (УУР B, УДД 3).
- При высоком риске выполняют радикальную нефроуретерэктомию с удалением почки, мочеточника и участка мочевого пузыря с устьем мочеточника (УУР B, УДД 3); у пациентов группы высокого риска показана трафаретная лимфодиссекция (УУР B, УДД 2).
- После радикальной операции или органосохраняющего лечения однократная внутрипузырная инстилляция гемцитабина, доксорубицина или митомицина снижает риск рецидива в мочевом пузыре; вводить препарат следует перед удалением катетера, экспозиция — 1–2 часа (УУР B, УДД 2).
- При распространенном неоперабельном заболевании первая линия зависит от возможности применения цисплатина: при отсутствии противопоказаний рекомендуется комбинация ниволумаба с GC, затем поддерживающий ниволумаб; при противопоказаниях к цисплатину применяют GemCarbo, а при контроле опухоли после 4–6 циклов платиносодержащей химиотерапии — авелумаб до прогрессирования или непереносимой токсичности.
- После радикального лечения требуется длительное наблюдение: его интенсивность определяется риском, наличием рака мочевого пузыря в анамнезе и типом операции; после органосохраняющего лечения контрольную уретеропиелоскопию выполняют через 8 недель.

Диагностика

1. Собрать жалобы и анамнез: прежде всего уточнить эпизоды макро- или микрогематурии, боли в пояснице, дизурии, слабости, лихорадки и факторы, влияющие на дальнейшую диагностику и лечение (УУР C, УДД 4).
2. Выполнить физикальное обследование с оценкой общего соматического статуса, живота и области почек, симптома поколачивания и периферических лимфоузлов (УУР C, УДД 5).
3. Назначить общий анализ крови, биохимические показатели с оценкой функции почек и печени, электролитов, кальция, ЛДГ и щелочной фосфатазы, а также коагулограмму (УУР B, УДД 2). Выполнить общий анализ мочи; при лейкоцитурии или бактериурии — культуральное исследование мочи (УУР C, УДД 4).
4. При макрогематурии начать с УЗИ почек и мочевого пузыря (УУР B, УДД 2). Для выявления и первичного стадирования опухоли выполнить КТ грудной клетки, брюшной полости и таза с внутривенным болюсным контрастированием; обязательны экскреторная фаза и спиральное сканирование с шагом 1 мм (УУР B, УДД 2).
5. При противопоказаниях к йодсодержащему контрасту использовать МРТ живота и таза с контрастированием; при СКФ < 30 мл/мин применять только макроциклические контрастные средства (УУР

B, УДД 2). При нарушении функции почек, единственной функционирующей почке или двустороннем поражении выполнить сцинтиграфию почек (УДД 5, УУР C).

6. Выполнить уретроцистоскопию, уретероскопию и пиелоскопию при радиологических признаках опухоли, гематурии без источника в мочевом пузыре либо положительной цитологии при отсутствии опухоли в мочевом пузыре. Подозрительные участки биопсировать, мочу или промывные воды направить на цитологию (УУР B, УДД 2).
7. Направить все биопсийные и операционные образцы на патолого-анатомическое исследование; заключение должно включать тип опухоли, степень злокачественности, глубину инвазии, CIS, края резекции, лимфоузлы, pTNM и код МКБ-О (УУР B, УДД 2).

Лечение

- Органосохраняющее эндоскопическое лечение допустимо при низком риске, а также при двусторонних опухолях, опухоли единственной функционирующей почки, тяжелой ХБП или наследственном синдроме с высоким риском опухолей ВМП; повторную уретеропиелоскопию выполняют в течение 8 недель (УУР B, УДД 2).
- При высоком риске или невозможности органосохраняющей операции выполняют радикальную нефроуретерэктомию с резекцией устья мочеточника (УУР B, УДД 3).
- После РНУ с резекцией устья мочеточника или органосохраняющего лечения однократно вводят в мочевой пузырь один из препаратов: гемцитабин 2000 мг в 50 мл 0,9% раствора натрия хлорида, доксорубицин 50 мг в 50 мл 0,9% раствора натрия хлорида или митомицин 40 мг в 50 мл 0,9% раствора натрия хлорида; экспозиция 1–2 часа (УУР B, УДД 2).
- При pT3–T4 и/или pN1–2 после радикальной операции проводят 3–4 цикла адъювантной химиотерапии гемцитабином с цисплатином либо карбоплатином при противопоказаниях к цисплатину (УУР B, УДД 2). Альтернатива для пациентов pT3–4N0/+M0R0 с PD-L1 ≥1% и противопоказаниями к платиновой химиотерапии или после индукционной ХТ — ниволумаб 240 мг внутривенно каждые 2 недели в течение 1 года (УУР B, УДД 2).
- При применении цисплатина проводят внутривенную гидратацию суммарным объемом не менее 2,5 л; перед введением назначают магния сульфат 1000–1250 мг (5 мл 25% раствора) для снижения нефротоксичности (УУР B, УДД 3).
- В первой линии неоперабельного распространенного заболевания при отсутствии противопоказаний к цисплатину применяют ниволумаб 360 мг внутривенно каждые 3 недели вместе с GC до 6 циклов, затем ниволумаб 480 мг каждые 4 недели до 2 лет, прогрессирования или непереносимой токсичности (УУР A, УДД 2).
- При противопоказаниях к цисплатину используют GemCarbo: гемцитабин 1000 мг/м² внутривенно в 1-й и 8-й дни, карбоплатин AUC 4–5 в 1-й день, цикл каждые 21 день, всего 3–6 циклов (УУР C, УДД 4).
- При прогрессировании после платиносодержащей терапии предпочтителен пембролизумаб. После платиносодержащей терапии и иммунотерапии применяют энфортумаб ведотин 1,25 мг/кг внутривенно в 1-й, 8-й и 15-й дни 28-дневного цикла. При патогенных мутациях FGFR3 и прогрессировании после или на фоне иммунотерапии применяют эрдафитиниб (УУР B, УДД 2).

Когда направить и как наблюдать

- Органосохраняющее лечение следует выполнять только в учреждении с необходимым опытом и техническим оснащением подобных вмешательств (УУР C, УДД 5).
- Пациентов с УРВМП и подозрением на наследственный онкологический синдром направляют на медико-генетическое консультирование; особенно значимы молодой возраст, неблагоприятный семейный анамнез и первично-множественные опухоли (УУР C, УДД 5).
- Экстремальное гипофракционирование с РОД ≥7 Гр за несколько фракций допустимо только в специализированных центрах с соответствующим оснащением, подготовленным персоналом и опытом (УУР B, УДД 2).
- При распространенном заболевании перед каждым циклом системной терапии либо чаще при клинических показаниях нужен осмотр онколога и лабораторный контроль; КТ выполняют каждые 3 месяца или раньше при подозрении на прогрессирование (УУР B, УДД 2).

Частые вопросы

Какой симптом чаще всего указывает на УРВМП?

Наиболее частый признак — макро- или микрогематурия, выявляемая в 70–80% случаев.

Как подтвердить диагноз после выявления опухоли на КТ?

Находка на УЗИ, КТ или МРТ требует дальнейшего обследования и сама по себе не подтверждает диагноз. Верификация должна быть гистологической; при невозможности или опасности биопсии допустима цитологическая верификация.

Когда можно выбрать органосохраняющее лечение?

Основное показание — группа низкого риска: солитарная опухоль < 2 см, LG по биопсии, отсутствие HG в цитологии и признаков инвазии по визуализации. Также его рассматривают при двусторонних опухолях, единственной функционирующей почке, тяжелой ХБП и некоторых наследственных синдромах.

Какие критерии делают цисплатиновую химиотерапию противопоказанной?

К ним относят ECOG >1, СКФ ≤60 мл/мин/1,73 м², снижение слуха ≥2 степени, периферическую нейропатию ≥2 степени и сердечную недостаточность III класса NYHA.

Как наблюдать пациента после радикальной нефроуретерэктомии низкого риска?

Цистоскопию выполняют каждые 3 месяца в течение первого года, затем ежегодно в течение 5 лет (УУР B, УДД 2). После органосохраняющего лечения контрольную уретеропиелоскопию выполняют через 8 недель.

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_3