**ГЛАВА 33**

**ОПУХОЛИ ЛОХАНКИ И МОЧЕТОЧНИКА (С65, С66)**

Первичные эпителиальные опухоли почечной лоханки и мочеточника составляют 5-10% всех опухолей почек и 5-6% от опухолей уротелия. Рак мочеточника встречается реже, чем рак лоханки и составляет около 25% всех папиллярных опухолей верхних мочевых путей. В проксимальном отделе мочеточника локализуется 15% новообразований, такая же частота поражения средней трети и 70% опухолей обнаруживается в дистальном участке. Пик заболеваемости приходится на возраст 50-70 лет, причем мужчины болеют в 3 раза чаще.

Основные статистические показатели С65, С66

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Показатель** | **Число** | |
| 2011 | 2016 |
| Число вновь выявленных случаев заболевания | 62 | 79 |
| Заболеваемость на 100 000 населения (грубый интенсивный показатель) | 0,7 | 0,8 |
| Диагноз установлен в I стадии заболевания (% к вновь выявленным случаям) | 22,6 | 21,5 |
| Диагноз установлен в II стадии заболевания (% к вновь выявленным случаям) | 17,7 | 22,8 |
| Диагноз установлен в III стадии заболевания (% к вновь выявленным случаям) | 24,2 | 17,7 |
| Диагноз установлен в IV стадии заболевания (% к вновь выявленным случаям) | 35,5 | 38,0 |
| Прожили менее года с момента установления диагноза из числа заболевших в предыдущем году (одногодичная летальность  в %) | 25,4 | 24,6 |
| Умерло от злокачественных новообразований | 34 | 42 |
| Смертность на 100 000 населения грубый интенсивный показатель | 0,4 | 0,4 |
| Отношение смертности к заболеваемости в % (интенсивные показатели) | 57,1 | 50,0 |
| Число пациентов, состоящих на учете на конец года | 234 | 331 |
| Из них состоящих на учете 5 и более лет, % | 40,2 | 42,6 |

***33.1.Классификация TNM (Международный противораковый союз, 2016 г.).***

33.1.1. Т – первичная опухоль.

Тх – недостаточно данных для оценки первичной опухоли;

Та – папиллярная неинвазивная карцинома;

Тis – преинвазивная карцинома (carcinoma in situ);

Т1 – опухоль распространяется на субэпителиальную соединительную ткань;

Т2 – опухоль распространяется на мышечный слой;

Т3 – (почечная лоханка) опухоль распространяется на окололоханочную жировую клетчатку или паренхиму почки;

Т3 – (мочеточник) опухоль распространяется на около-мочеточниковую жировую клетчатку;

Т4 – опухоль распространяется на прилежащие органы или, поражая почку, в жировую капсулу почки.

33.1.2. N – регионарные лимфатические узлы.

Регионарными лимфатическими узлами являются лимфоузлы ворот почки, абдоминальные парааортные и паракавальные узлы и, для мочеточника, внутритазовые узлы. Сторона поражения не влияет на классификацию N.

Nх – недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов.

N0 – нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов.

N1 – метастаз до 2 см в наибольшем измерении в одном лимфатическом узле.

N2 – метастаз от 2 см в наибольшем измерении в одном лимфатическом узле или множественные метастазы в регионарных лимфоузлах.

33.1.3. М – отдаленные метастазы.

М0 – нет признаков отдаленных метастазов.

М1 – отдаленные метастазы.

33.1.4. Требования к определению категорий pT и pN соответствуют требованиям к определению категорий Т и N.

33.1.5. Резюме (таблица 33.1).

Таблица 33.1

|  |  |
| --- | --- |
| Почечная лоханка, мочеточник | |
| Та | папиллярная неинвазивная карцинома |
| Тis | преинвазивнаякарцинома (carcinomainsitu) |
| Т1 | субэпителиальная соединительная ткань |
| T2 | мышечный слой |
| Т3 (почечная лоханка) | окололоханочная жировая клетчатка или паренхима почки |
| T3 (мочеточник) | околомочеточниковая жировая клетчатка |
| T4 | прилежащие органы или жировая капсула почки при ее поражении |
| N1 | один лимфатический узел ≤ 2 см |
| N2 | один лимфатический узел 2 см и более или множественные лимфатические узлы |

33.1.6. Группировка по стадиям (таблица 33.2).

Таблица 33.2

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Стадия | T | N | M |
| 0а | Tа | N0 | M0 |
| 0is | Tis | N0 | M0 |
| I | T1 | N0 | M0 |
| II | T2 | N0 | M0 |
| III | T3 | N0 | M0 |
| IV | T4  Любая T  Любая T | N0  N1-2  Любая N | M0  M0  M1 |

**33.2. Гистологическая классификация (ВОЗ, 2016 г.)** соответствует таковой для рака мочевого пузыря (см. главу 34). Краткая классификация приведена ниже:

33.2.1. Уротелиальные опухоли (инфильтрирующие, неинвазивные).

33.2.2. Плоскоклеточный рак.

33.2.3. Аденокарцинома.

33.2.4. Другие.

**33.3. Диагностические мероприятия.**

33.3.1. Обязательный объем обследования:

общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимическое исследование крови (общий белок, креатинин, мочевина, билирубин);

УЗИ органов брюшной полости, малого таза;

КТ-урография (компьютерная томография с контрастным усилением органов брюшной полости и малого таза); при невозможнлсти

экскреторная урография;

уретроцистоскопия с или без биопсии;

рентгенография органов грудной клетки;

перед проведением хирургического лечения дополнительно выполняются глюкоза, электролиты (К, Na, Cl), группа крови, резус-фактор, серореакция на сифилис, ЭКГ, посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам.

33.3.2. Дополнительные методы обследования:

цитологическое исследование мочи (наиболее информативно из верхних мочевых путей);

ретроградная уретеропиелография,

уретеропиелоскопия с или без биопсии,

остеосцинтиграфия.

**33.4. Общие принципы лечения.**

33.4.1. Радикальное хирургическое лечение.

Выполнение нефруретерэктомии с резекцией устья мочевого пузыря является стандартом хирургического лечения. Единым блоком удаляется почка с опухолью, окружающей жировой клетчаткой и фасциями, мочеточник и стенка мочевого пузыря вокруг устья на стороне поражения. Пересечение мочеточника нежелательно из-за возможности рассеивания опухолевых клеток. Операция может выполняться с использованием одного или двух доступов. При локализованных опухолях (T1-2N0M0) операция может выполняться открыто или лапароскопически. Адреналэктомия на стороне поражения выполняется в случае подозрения на метастазирование и прямую инвазию в надпочечник по данным УЗИ или КТ.

Лимфодиссекция при правосторонних опухолях включает удаление паракавальных, ипсилатеральных общих, наружных подвздошных и запирательных лимфоузлов. При левосторонних опухолях лимфодиссекция включает удаление парааортальных, ипсилатеральных общих, наружных подвздошных и запирательных лимфоузлов. При выполнении лимфодиссекции следует учитывать локализацию опухоли.

Резекция стенки мочевого пузыря может выполняться как экстравезикально, без необходимости передней цистотомии, так и трансвезикально. Передняя цистотомия позволяет визуально ревизировать треугольник Льето, контралатеральное устье и другие отделы мочевого пузыря.

При наличии синхронных опухолей в мочевом пузыре выполняется резекция мочевого пузыря, ТУР либо цистэктомия в зависимости от распространенности опухоли. В случае поражения мочевого пузыря тазовые лимфоузлы удаляются с обеих сторон. В случаях выявления рака лоханки после гистологического исследования удаленной почки по поводу предполагаемого рака почки, уретерэктомия и резекция мочевого пузыря с тазовой лимфодиссекцией должны быть выполнены вторым этапом.

33.4.2. Органосохраняющее хирургическое лечение.

При изолированной опухоли нижней трети мочеточника Та–Т1 G1 выполняется резекция мочеточника с уретеронеоцистоанастомозом. У пациентов с единственной почкой, двухсторонним поражением, снижением функции почек или с одиночной неинвазивной папиллярной опухолью low grade <1 см может проводиться органосохраняющее лечение, включающее удаление опухоли уретероскопически с помощью резектоскопа или лазера.

33.4.3. Внутриполостная химио/иммунотерапия.

После органосохраняющего лечения возможно проведение инстилляций вакциной БЦЖ почечной лоханки и мочеточника через нефростому или мочеточниковый катетер, однако такое лечение надо проводить с осторожностью, избегая введения БЦЖ в чашечно-лоханочную систему под повышенным давлением.

При наличии опухолей в мочевом пузыре в случае их удаления для профилактики рецидивов и в случае рака in situ применяются внутрипузырные инстилляции химио- и иммунопрепаратов. Схемы аналогичны таковым при раке мочевого пузыря.

33.4.4. Системная химиотерапия.

Полихимиотерапия применяется у пациентов местно-распространенным и метастатическим раком лоханки и мочеточника. Применяются схемы полихимиотерапии на основе цисплатина, аналогичные таковым при раке мочевого пузыря. При отсутствии противопоказаний у пациентов с местно-распространенным раком лоханки и мочеточника показана неоадъювантная полихимиотерапия на основе цисплатина перед радикальной нефроуретерэктомией.

33.4.4.1.M–VAC:

Метотрексат 30 мг/м2 внутривенно струйно в 1-й, 15-й и 22-й дни;

Винбластин 3 мг/м2 внутривенно струйно 2-й, 15-й и 22-й дни;

Доксорубицин 30 мг/м2 внутривенно в течение 20-30 мин во 2-й день;

Цисплатин 70 мг/м2 внутривенная инфузия со скоростью не более 1 мг/мин во 2-й день.

Химиопрепараты вводятся в 15 и 22 дни только при уровне лейкоцитов > 2,5×109 и тромбоцитов > 100×1012. Повторные курсы каждые 28-32 дня.

33.4.4.2. GC:

Цисплатин 75 мг/м2 в 1 день

Гемцитабин 1000 мг/м2 в 1, 8, 15 дни

Повторные курсы каждые 28 дней.

33.4.4.3 CMV:

Цисплатин 100 мг/м2 внутривенная инфузия со скоростью не более 1 мг/мин во 2–й день с пред– и постгидратацией.

Метотрексат 30 мг/м2 внутривенно струйно в 1–й и 8–й дни.

Винбластин 4 мг/м2 внутривенно струйно в 1–й и 8–й дни.

Повторные курсы через 3 недели.

33.4.5. Послеоперационная лучевая терапия проводится РОД 1,8–2 Гр, СОД 45–50Гр при наличии субклинических и микроскопических признаков болезни.

При большем распространении (множественное поражение лимфоузлов или наличие позитивного края) может применяться буст в СОД 5–10Гр.

В зону облучения включается: ложе почки, ложе мочеточника до стенки мочевого пузыря, ипсилатеральный треугольник мочевого пузыря. В зону облучения также должны включаться ипсилатеральные паракавальные и парааортальные лимфоузлы.

В случае нерезектабельного опухолевого процесса либо большой остаточной опухоли возможно проведение курса лучевой терапии в СОД 45–60 Гр на зону поражения с учетом толерантных доз нормальных тканей и критических органов.

**33.5. Наблюдение, сроки и объем обследования.**

После проведенного лечения по поводу рака почечной лоханки и мочеточника больные должны в течение всей жизни находиться под диспансерным наблюдением.

33.5.1. Поверхностные опухоли (Ta – T1).

Цитология мочи – через 3 месяца, затем ежегодно.

Цистоскопия – через 3 месяца, затем ежегодно.

Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови – мочевина, креатинин, трансаминазы – через 3 месяца, затем ежегодно.

Рентгенография органов грудной клетки, компьютерная томография и остеосцинтиграфия по показаниям.

33.5.2. Инвазивные опухоли (T≥2).

Цитология мочи – через 3 месяца, затем ежегодно.

Цистоскопия – через 3 месяца, затем ежегодно.

Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови – мочевина, креатинин, трансаминазы – через 3 месяца, затем ежегодно.

Рентгенография органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости и малого таза (либо компьютерная томография органов брюшной полости и малого таза) каждые 6 месяцев в течение 2 лет, затем ежегодно.

Остеосцинтиграфия при наличии показаний.

33.5.3. Органосохраняющее лечение.

Экскреторная урография через 3, 6 месяцев и затем ежегодно.

Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови – мочевина, креатинин, трансаминазы – через 3 месяца, затем ежегодно.

Цистоскопия, уретероскопия, цитология мочи (в том числе цитология мочи из верхних мочевых путей) через 3, 12 месяцев и затем ежегодно).

При наличии рака in situ цистоскопия, уретероскопия, цитология мочи (в том числе цитология мочи из верхних мочевых путей) каждые 3 месяца в течение 2 лет, затем каждые 6 месяцев в течение 5 лет и затем ежегодно).

Рентгенография органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости и малого таза (либо компьютерная томография органов брюшной полости и малого таза) и остеосцинтиграфия при наличии клинических проявлений или после удаления инвазивной (T≥2) опухоли.