

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

ГБУ РД «Городская клиническая больница»		
Вид документа	Клинический протокол	
ГБУ РД «ГКБ»	Версия	№ 1
	Запись в Едином реестре документации	№ _____
	Экземпляр	№ _____
	Введен в действие	01.01.2022
Конфиденциально	Срок действия	3 года
Название документа	Клинический протокол « Рак паренхимы почки » Код МКБ: С64 Возрастная группа – взрослые Год утверждения – 2021	

Утверждено приказом № ____
От «__» ____ 2021 г.

	Должность	Ф. И. О.	Подпись	Дата
Разработано:	Заведующий урологическим отделением	Катибов М.И.		
Согласовано:	Главный врач	Малаев Х.М.		
	Заместитель главного врача по лечебной работе	Гаджиева Л.Х.		
	Заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической работе	Адилханов Б.Г.		
	Заместитель главного врача по хирургической работе	Абдулмажидов Х.М.		
	Заведующий экспертным отделом	Махмудов Ф.Б.		
2021 г.				

I. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)

1. Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Рак паренхимы почки (почечно-клеточный рак, ПКР) – группа злокачественных новообразований почки, развивающихся из эпителия проксимальных канальцев или собирательных трубочек. Этиология рака почки неоднородна. Доказано увеличение риска развития ПКР по мере увеличения массы тела и возраста. Предположительными факторами риска заболевания являются курение и артериальная гипертензия (АГ). Описан ряд наследственных вариантов рака почки. Наиболее распространенным из них является ПКР, ассоциированный с болезнью фон Гиппеля–Линдау (VHL) и обусловленный аутосомно-доминантной герминальной мутацией расположенного на коротком плече хромосомы 3 (локус 3p25–26) гена *VHL*, приводящей к развитию светлоклеточного ПКР (сПКР) и ряда других пролиферативных сосудистых поражений.

2. Классификация

Международная гистологическая классификация (ВОЗ, 2016 г.)

Почечно-клеточные опухоли	
• сПКР	8310/3
• Мультилокулярная кистозная опухоль почки низкой степени злокачественности	8316/1
• Папиллярный ПКР	8260/3
• ПКР, ассоциированный с наследственным лейомиоматозом	8311/3
• Хромофобный ПКР	8317/3
• Рак из собирательных трубочек Беллини	8319/3
• Медулярный рак почки	8510/3
• ПКР с МiТ-транслокацией	8311/3
Сукцинатдегидрогеназа-дефицитный ПКР	
• Муцинозный тубулярный и веретенноклеточный рак	8480/3
• Тубулокистозный ПКР	8316/3
• ПКР, ассоциированный с кистозной болезнью почек	8316/3
• Светлоклеточно-папиллярный ПКР	8323/1
• Неклассифицируемый ПКР	8312/3
• Папиллярная аденома	8260/0
• Онкоцитома	8290/0
Метанефральные опухоли	
• Метанефральная аденома	8325/0
• Метанефральная аденофиброма	9013/0
• Метанефральная стромальная опухоль	8935/1
Нефробластические и кистозные опухоли, встречающиеся преимущественно у детей	
Нефрогенные эмбриональные остатки	
• Нефробластома	8960/3
• Кистозная частично дифференцированная нефробластома	8959/1
• Кистозная нефрома детского возраста	8959/0
Мезенхимальные опухоли	
▪ Мезенхимальные опухоли, встречающиеся преимущественно у детей	
• Светлоклеточная саркома	8964/3
• Рабдоидная опухоль	8963/3
• Врожденная мезобластическая нефрома	8960/1
• Оссифицирующая опухоль почки у детей	8967/0
▪ Мезенхимальные опухоли, встречающиеся преимущественно у взрослых	
• Лейомиосаркома	8890/3
• Ангиосаркома	9120/3
• Рабдомиосаркома	8900/3
• Остеосаркома	9180/3
• Синовиальная саркома	9040/3

• Саркома Юинга	9364/3
• Ангиомиолипома	8860/0
• Эпителиоидная ангиомиолипома	8860/1
• Лейомиома	8890/0
• Гемангиома	9120/0
• Лимфангиома	9170/0
• Гемангиобластома	9161/1
• Юкстагломерулярноклеточная опухоль	8361/0
• Опухоль из интерстициальных клеток мозгового вещества	8966/0
• Шваннома	9560/0
• Солитарная фиброзная опухоль	8815/1
Группа смешанных эпителиальных и стромальных опухолей	
• Кистозная нефрома	8959/0
• Смешанная эпителиальная стромальная опухоль	8959/0
Нейроэндокринные опухоли	
• Высокодифференцированная нейроэндокринная опухоль	8240/3
• Крупноклеточный нейроэндокринный рак	8013/3
• Мелкоклеточный нейроэндокринный рак	8041/3
• Параганглиома	8700/0
Прочие опухоли	
• Опухоли гемопоэтической ткани	
• Герминогенные опухоли	
Метастатические опухоли	

Ключевые изменения, внесенные в классификации ВОЗ.

Четырехступенчатая система дифференцировки опухоли почки ВОЗ/Международной ассоциации урологических патологов (ISUP):

- Grade 1 - ядрышки незаметны или отсутствуют при х400.
- Grade 2 - ядрышки определяются при х400, слаборазличимы при х100.
- Grade 3 - ядрышки отчетливо видны при х100.
- Grade 4 - отмечаются выраженный ядерный плеоморфизм, многоядерные гигантские клетки, наличие клеток с рабдоидной и/или саркоматоидной дифференцировкой.

Классификация TNM (8-е издание)

▪ T – первичная опухоль:

- T_x - первичная опухоль не может быть оценена.
- T₀ - нет подтверждений наличия первичной опухоли.
- T₁ - опухоль ≤ 7 см в наибольшем измерении, не выходит за пределы почки:
 - cT_{1a} - опухоль ≤ 4 см в наибольшем измерении, не выходит за пределы почки;
 - cT_{1b} - опухоль > 4 см, но ≤ 7 см в наибольшем измерении, не выходит за пределы почки.
- T₂ - опухоль ≤ 7 см в наибольшем измерении, не выходит за пределы почки:
 - cT_{2a} - опухоль > 7 см, но ≤ 10 см, не выходит за пределы почки;
 - cT_{2b} - опухоль > 10 см, но не выходит за пределы почки.
- T₃ - опухоль распространяется в крупные вены или паранефральную клетчатку, но не в ипсилатеральный надпочечник или за пределы фасции Героты:
 - cT_{3a} - опухоль распространяется на почечную вену или сегментарные ветви почечной вены либо опухоль прорастает в периренальные ткани и/или клетчатку почечного синуса (в клетчатку, окружающую почечную лоханку), но не выходит за пределы фасции Героты;
 - cT_{3b} - опухоль макроскопически распространяется в нижнюю полую вену (НПВ) ниже уровня диафрагмы;
 - cT_{3c} - опухоль макроскопически распространяется в НПВ выше уровня диафрагмы или прорастает стенку НПВ.
- T₄ - опухоль распространяется за пределы фасции Героты (включая врастание в ипсилатеральный надпочечник).

- **N – регионарные лимфатические узлы (ЛУ):**
 - Nx - регионарные ЛУ не могут быть оценены.
 - N0 - отсутствие метастазов в регионарных ЛУ.
 - N1 - метастазы в регионарных ЛУ.
- **M – отдаленные метастазы:**
 - Mx - отдаленные метастазы не могут быть оценены.
 - M0 - отсутствие отдаленных метастазов.
 - M1 - отдаленные метастазы.

Соответствие стадий опухолевого процесса в зависимости от TNM представлены в табл. 1.

Таблица 1. Соответствие стадий опухолевого процесса категориям TNM

Стадия	T	N	M
I	1	0	0
II	2	0	0
III	3	0	0
	1–3	1	0
IV	4	Любая	0
	Любая	Любая	1

Нефрометрическая классификация опухолей почечной паренхимы

Оценка нефрометрических признаков на основании данных об анатомических особенностях опухоли, полученных с помощью методов предоперационной лучевой визуализации, позволяет унифицировать описание новообразований почечной паренхимы и их взаимосвязи с соседними структурами. Использование стандартизованных объективных и воспроизводимых шкал нивелирует вариабельность трактовки результатов визуализации разными специалистами. Нефрометрические показатели могут предсказать ожидаемую техническую сложность резекции почки (РП) и коррелируют с длительностью ишемии, операционным временем, объемом кровопотери, частотой осложнений и вероятностью перехода от РП к радикальной нефрэктомии (РНЭ). Нефрометрические шкалы могут помочь в принятии клинических решений в отношении объема операции и хирургического доступа.

Шкала RENAL

Основана на оценке 5 радиологических анатомических характеристик:

- (R)adius (максимальный диаметр опухоли),
- (E)xophytic/endophytic (экзофитный или эндофитный рост опухоли),
- (N)earness (близость расположения опухоли к собирательной системе почки или ее синусу),
- (A)nterior(a)/posterior(p)/not anterior or posterior (x) (расположение опухоли по передней, задней или не по передней или задней поверхности почки)
- (L)ocation (расположение опухоли по отношению к полюсной линии).

Суффикс hilar (h) добавляется для описания опухолей, прилежащих к главной почечной артерии или вене (табл. 2). Каждой переменной, кроме A, присваивается от 1 до 3 баллов, что дает в общей сложности 3 балла для наименее сложной и 12 баллов для наиболее сложной в отношении РП опухоли. Общая оценка нефрометрического индекса производится по сумме баллов для каждой переменной (например, 1+2+2+A+3) и дополняется аббревиатурой, соответствующей переднезаднему расположению новообразования (например, 8A). Сложность РП классифицируется как низкая (индекс RENAL 4-6), умеренная (индекс 7-9) или высокая (индекс 10-12).

Шкала PADUA

Шкала PADUA (The Preoperative Aspects and Dimensions Used for an Anatomical) состоит из 6 оцениваемых по балльной системе параметров и индекса переднего или заднего расположения опухоли. Переменные включают полюсную локализацию, экзофитный или эндофитный характер роста, отношение к краю почки, поражение почечного синуса, вовлечение собирательной системы и максимальный размер опухоли (табл. 2). Индекс рассчитывается как сумма этих параметров и имеет минимальное значение, равное 6, и максимальное, составляющее 14 баллов. РП соответствует низкой технической сложности при индексе PADUA 6-7, умеренной сложности при индексе 8-9 или высокой сложности при индексе 10-14. Степень сложности операции коррелирует с риском осложнений.

Таблица 2. Параметры нефрометрических шкал RENAL и PADUA

Параметр	Балл	RENAL	PADUA
Максимальный диаметр опухоли	1	≤ 4 см	≤ 4 см
	2	> 4...< 7 см	4-7 см
	3	≥ 7 см	> 7 см
Эндофитный/экзофитный рост	1	≥ 50%	≥ 50%
	2	< 50%	< 50%
	3	эндофитный	эндофитный
Собирательная система		Или почечный синус	
	1	на расстоянии > 7 мм	не вовлечена
	2	на расстоянии 4-7 мм	смещена/инфильтрирована
Полусное расположение (RENAL: полюсные линии определяются как плоскость почки, над или под которой медиальная губа паренхимы прерывается жиром почечного синуса, сосудами или собирательной системой при аксиальной визуализации. PADUA: полюсные линии определяются по почечному синусу)	1	полностью над или под полюсной линией	верхний/нижний
	2	пересекает полюсную линию	средний
	3	> 50% пересекает полюсную линию или пересекает осевую почечную срединную линию или полностью между полюсными линиями	
Почечный край	1		латеральный
	2		медиальный
Почечный синус	1	Включено в	не вовлечен
	2	"Собирательную систему"	вовлечен
Передний/задний		Нет баллов	Нет баллов

Классификация опухолевого венозного тромбоза у больных ПКР

Краниальная граница тромба является основным фактором, определяющим хирургическую тактику, что обосновывает актуальность клинического стадирования рака почки с опухолевым венозным тромбозом по данному признаку. Предложено несколько хирургических классификаций. Наиболее распространенной является система Novick, согласно которой опухолевый тромб почечной вены, пролабирующий в НПВ менее чем на 2 см, относят к I уровню, подпеченочный тромб - ко II уровню, внутривенный тромбоз ниже диафрагмы - к III уровню, тромб, распространяющийся выше диафрагмы, - к IV уровню.

Прогностическая классификация International Metastatic Renal Cancer Database Consortium (IMDC)

Факторы риска прогрессирования заболевания у пациентов с распространенным ПКР:

- низкий соматический статус (<80 баллов по шкале Карновского);
- время от диагноза до лечения метастатической болезни <1 года;
- уровень гемоглобина меньше нижней границы нормы;
- количество нейтрофилов выше верхней границы нормы;
- количество тромбоцитов выше верхней границы нормы;
- уровень скорректированного по концентрации сывороточного альбумина кальция выше верхней границы нормы.

На основании наличия и количества имеющихся факторов риска выделены группы прогноза:

- хороший - 0 факторов риска;
- промежуточный - 1 - 2 фактора риска;
- плохой - 3 и более факторов риска.

3. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Клиническая картина ПКР складывается из проявлений первичной опухоли, метастазов, а также паранеопластических симптомов. На ранних стадиях рак почки, как правило, не вызывает жалоб. По мере роста первичная опухоль становится пальпируемой и может вызывать развитие боли и гематурии (классическая триада симптомов рака почки). Опухолевый венозный тромбоз левой почечной вены способен вызвать развитие варикоцеле слева. Распространение опухоли по просвету НПВ или наличие массивных метастазов в забрюшинных ЛУ может быть ассоциировано с появлением отеков нижних конечностей, сети расширенных подкожных вен на передней брюшной стенке ("голова медузы"). Симптомы метастазов определяются их локализацией: поражение легких, плевры, внутригрудных ЛУ способно привести к развитию кашля, кровохарканья, одышки; симптомами метастазов в кости являются боль и патологические переломы; метастазы в печени часто сопровождаются гипертермией; метастазы в головном мозге проявляются общемозговыми и очаговыми неврологическими симптомами. Для рака почки характерно развитие клинических паранеопластических симптомов, таких как артериальная гипертензия (АГ) и лихорадка.

II. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

1. Жалобы и анамнез

- **Рекомендуется** тщательный сбор жалоб и анамнеза у пациента при подозрении на злокачественное новообразование почек с целью выявления факторов, которые могут повлиять на выбор тактики лечения, методов диагностики и вторичной профилактики.

На ранних стадиях рак почки не вызывает жалоб у пациентов. По мере развития опухолевого процесса возможно появление жалоб на наличие опухоли в животе, самостоятельно обнаруженной пациентом, примеси крови в моче, боли в пояснице, АГ, повышения температуры тела, отеков нижних конечностей, сети вен под кожей живота, а у мужчин - подкожных вен мошонки, а также кашля, кровохарканья, одышки, боли в костях, переломов костей, головной боли, неврологических нарушений. Пациенты с впервые выявленными распространенными формами рака почки могут указывать на длительный, более года, анамнез подобных жалоб.

2. Физикальное обследование

- **Рекомендуется** тщательное физикальное обследование пациента, включающее измерение температуры тела, уровня артериального давления, оценку состояния подкожных вен передней брюшной стенки, мошонки (у мужчин) и нижних конечностей, наличия отеков нижних конечностей, состояния периферических ЛУ, наличия пальпируемой опухоли в проекции почки (с оценкой ее консистенции, болезненности и подвижности) с целью выявления факторов, которые могут повлиять на выбор тактики лечения, методов диагностики и вторичной профилактики.

3. Лабораторные диагностические исследования

- **Рекомендуется** всем пациентам выполнить общий клинический анализ крови развернутый, биохимический общетерапевтический анализ крови, включающие исследование уровня альбумина в крови, скорости оседания эритроцитов, активности лактатдегидрогеназы, активности щелочной фосфатазы, исследование уровня ионизированного кальция в крови, уровня общего кальция в крови, оценку анемии.
- **Рекомендуется** всем пациентам выполнить коагулограмму (ориентировочное исследование системы гемостаза) (определение уровня протромбина, протромбинового времени, международного нормализованного отношения, активированного частичного тромбопластинового времени и фибриногена, D-димера).
- У пациентов с генерализованным ПКР **рекомендуется** исследование уровня нейтрофилов и тромбоцитов в крови с целью определения группы прогноза и выбора тактики лечения, т.к. они являются предикторами клинического исхода заболевания.

- У пациентов с генерализованным ПКР **рекомендуется** исследование уровня альбумина, уровня ионизированного кальция и общего кальция в крови для определения группы прогноза и выбора тактики лечения.
- **Рекомендуется** всем пациентам выполнить общий клинический анализ мочи.
- **Рекомендуется** выполнение исследования мочи для выявления клеток опухоли (цитология) у пациентов с опухолью почки, имеющей инвазию в чашечно-лоханочную систему и/или расположение в области ворот почки с целью дифференциальной диагностики с уротелиальной опухолью верхних мочевых путей.

4. Инструментальные диагностические исследования

- **Рекомендуется** всем пациентам при подозрении на ПКР выполнение УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства в качестве скрининга ПКР.
- **Рекомендуется** выполнение 3-фазной спиральной КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства (почек) с внутривенным (в/в) болюсным контрастированием вне зависимости от стадии заболевания, в ряде случаев – с 3-мерной реконструкцией изображений. Контрастирование в/в следует проводить во всех случаях, если не выявлены противопоказания к введению йодсодержащих контрастирующих препаратов. При выявлении противопоказаний к КТ с в/в контрастированием допускается заменить на МРТ с в/в контрастированием.
- **Рекомендуется** все выявленные в рамках КТ и МРТ кистозные образования почек классифицировать по классификации Босняка с целью стратификации риска наличия и развития злокачественных новообразований при кистозных образованиях почки. В этой классификации указывается также способ лечения в зависимости от категории кисты (табл. 3).

Таблица 3. Классификация Босняка кистозных образований почки

Тип	Особенности	Результат исследования
I	Простая доброкачественная с тонкой стенкой, не содержит септ, очагов обызвествлений и солидных компонентов. По плотности соответствует воде и не контрастируется	Доброкачественная киста
II	Доброкачественная киста, в которой могут быть немногочисленные тонкие септы. В стенке или септах возможны мелкие очаги обызвествления. Гомогенное гипоинтенсивное по сравнению с паренхимой образование диаметром <3 см, с четкими границами накапливающее контраст	Доброкачественная киста
IIF	Может быть больше тонких септ. Возможно незначительное усиление септ и стенки кисты, а также минимальное утолщение их. В кисте могут быть относительно крупные очаги обызвествления, имеющие нодулярную структуру, но не накапливающие контрастное вещество. Мягкотканые элементы, усиливающие сигналы, отсутствуют. К этой категории относятся также расположенные полностью интраклеточно кистозные образования диаметром 3 см, не накапливающие контрастное вещество, имеющие четко очерченные границы и повышенную плотность	Необходимо наблюдение больного. Иногда возможно злокачественное перерождение
III	Кистозные образования с неровными утолщенными стенками или септами, в которых может накапливаться контрастное вещество (контрастное усиление)	Показано хирургическое иссечение или наблюдение в динамике. Более чем в 50% случаев бывают злокачественными
IV	Явно злокачественные кисты, содержащие мягкотканый компонент, для которого характерно контрастное усиление	Рекомендуется хирургическое удаление. В основном это злокачественные новообразования

Протокол мультidetекторной КТ включает неконтрастную фазу, кортикомедуллярную фазу (через 40 с после ведения контрастного препарата), нефрографическую фазу (через 90 с после ведения контрастного препарата) и урографическую фазу (через 7 мин после ведения контрастного препарата). Контрастное усиление, соответствующее >15-20 единиц Хаунсфилда (НУ), считается наиболее значимым признаком, свидетельствующим о злокачественности новообразования почки, и лучше всего определяется в нефрографической фазе. Кортикомедуллярная фаза используется для оценки артериальной системы, прежде всего количества почечных артерий и артерий, питающих новообразования. Урографическая фаза применяется для оценки синтопии опухоли с собирательной системой. Трехмерная КТ-реконструкция изображает анатомию сосудистой системы и паренхиматозного новообразования в формате, привычном для хирургов, и помогает планировать объем, ход оперативного вмешательства и хирургический доступ.

- Пациентам с выявленными жидкостными образованиями в почках при наличии противопоказаний к выполнению КТ с контрастированием с целью дифференциальной диагностики кистозной формы ПКР от доброкачественных жидкостных образований **рекомендуется** проведение МРТ органов брюшинного пространства (почек) и органов брюшной полости с контрастированием для дифференциальной диагностики кистозной формы ПКР от доброкачественных жидкостных образований, диагностики и стадирования ПКР.
- **Рекомендуется** проведение эхокардиографии (ЭхоКГ) с целью уточнения верхней границы тромба у пациентов с ПКР с опухолевым венозным тромбозом, распространяющимся выше нижней границы печени.
- Пациентам с ПКР при наличии наддиафрагмального опухолевого тромбоза для улучшения качества контроля верхней границы тромба на этапах выполнения тромбэктомии **рекомендуется** проведение интраоперационной чреспищеводной ЭхоКГ.
- Пациентам с подтвержденным диагнозом ПКР стадии cT1b и/или cN1 и/или имеющих общие симптомы заболевания, и/или с выявленной анемией и тромбоцитозом **рекомендуется** проведение КТ органов грудной полости (в ряде случаев с в/в болюсным контрастированием) с целью оценки состояния органов грудной клетки и исключения метастатического поражения.
- Пациентам с подтвержденным диагнозом ПКР, имеющим нарушение почечной функции и/или единственную функционирующую почку, или билатеральное опухолевое поражение почек, и/или риск нарушения почечной функции вследствие сопутствующих заболеваний или состояний с целью выявления факторов, которые могут повлиять на выбор тактики лечения, методов диагностики и вторичной профилактики **рекомендуется** проведение скинтиграфии почек (динамической нефроскинтиграфии).
- Пациентам с ПКР и костной болью, переломами костей, повышением уровня щелочной фосфатазы сыворотки крови, а также при наличии местно-распространенного или генерализованного ПКР (стадии cT3a-T4 и/или N 1, и/или M1) с целью выявления метастатического поражения костей скелета **рекомендуется** проведение скинтиграфии костей всего тела (остеосквинтиграфии).
- С целью подтверждения метастатического поражения костей у пациентов с ПКР с повышенным накоплением радиофармпрепарата при остеосквинтиграфии **рекомендуется** проведение оптимального объема лучевой диагностики - прицельной КТ и/или МРТ костей всего тела.
- Пациентам с ПКР, имеющих неврологические симптомы, **рекомендуется** проведение МРТ головного мозга с в/в контрастированием для подтверждения метастатического поражения головного мозга, за исключением случаев, когда проведение МРТ противопоказано, - в таких случаях исследование может быть заменено на КТ с в/в контрастированием.
- **Рекомендуется** проведение ангиографии сосудов почек непосредственно перед эмболизацией почечной артерии у пациентов с ПКР.
- **Не рекомендуется** проведение позитронной эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией (ПЭТ/КТ), для рутинной диагностики и стадирования заболевания у пациентов с впервые выявленным ПКР. ПЭТ/КТ рекомендована как дополнительная опция обследования пациентов с рецидивом ПКР после лечения или генерализованным ПКР.

5. Иные диагностические исследования

- **Рекомендуется** чрескожная биопсия почки пациентам с генерализованным ПКР, кандидатам для малоинвазивного лечения опухолей почечной паренхимы, кандидатам для динамического наблюдения, пациентам с множественными злокачественными опухолями.
- **Рекомендуется** при выполнении чрескожной биопсии опухоли почки использование для навигации трансабдоминального УЗИ и/или КТ.
- **Рекомендуется** проведение морфологического (цитологического или патологоанатомического) исследования ткани опухоли почки с целью выявления факторов, которые могут повлиять на выбор тактики лечения, методов диагностики и вторичной профилактики.
- **Рекомендуется** врачу-патологоанатому проводить патологоанатомическое исследование операционного материала с отражением в заключении следующих характеристик для определения стадии заболевания и прогноза:
 - гистологический подтип опухоли (ВОЗ 2016);
 - степень дифференцировки (G) опухолевой ткани (ВОЗ 2016);
 - наличие саркоматоидной/рабдоидной дифференцировки;
 - распространение опухоли за пределы почки;
 - распространение опухоли за пределы фасции Герота;
 - распространение опухоли на клетчатку почечного синуса;
 - наличие опухолевых тромбов в мелких интравенальных сосудах (микроваскулярная инвазия);
 - наличие опухолевых тромбов в сосудах с мышечной стенкой в почечном синусе и в почечной вене;
 - распространение опухоли на надпочечник;
 - исследование ЛУ;
 - статус краев резекции;
 - данные дополнительных исследований (иммуногистохимическое типирование, FISH);
 - стадия по системе pTNM (2018.).
- Пациентам, страдающим раком почки с ранним возрастом манифестации заболевания (моложе 50 лет), двусторонним или мультифокальным опухолевым поражением и/или наличием семейного анамнеза рака почки **рекомендуется** консультация врача-генетика с целью исключения болезни фон Гиппеля-Линдау, болезни Берта-Хога-Дьюба и других наследственных синдромов.

III. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

3.1. Хирургическое лечение

3.1.1. Резекция почки (РП)

- **Рекомендуется** выполнение РП у пациентов с клинически локализованными формами ПКР (стадии cT1-T2N0M0) в случаях, если размер и локализация опухоли позволяют выполнить органосохраняющие операции.

Абсолютные показания: наличие опухоли единственной почки, в том числе единственной функционирующей, или двустороннее опухолевое поражение почек.

Относительные показания: опухоль почечной паренхимы при функционирующей контралатеральной почке у пациентов с сопутствующими заболеваниями, способными привести к ухудшению почечной функции (хронический пиелонефрит, хронический гломерулонефрит, мочекаменная болезнь, сахарный диабет, АГ, атеросклероз сосудов, нефросклероз и др.).

Элективные показания: клинически локализованный ПКР (стадии cT1-T2N0M0) с интактной второй почкой.

- При сложностях выявления интрапаренхиматозных опухолей во время резекции почки **рекомендуется** использование интраоперационного УЗИ.

3.1.2. Радикальная нефрэктомия (РНЭ)

- **Рекомендуется** выполнение РН у пациентов с клинически локализованным ПКР (стадии сT1-T2N0M0) при опухолях, не подходящих для резекции почки, а также у пациентов с местно-распространенным раком почки (стадии сT3a-T4N0-1M0).

Классический объем РНЭ, включающий экстрафасциальное удаление опухолево-пораженной почки с паранефральной клетчаткой, ипсилатеральным надпочечником и регионарными ЛУ, остается актуальным только для лечения местно-распространенного ПКР. При клинически локализованном раке почки доказано, что удаление ипсилатерального надпочечника не влияет на общую и специфическую выживаемость. В связи со значительной вариабельностью путей лимфооттока от почек стандартных границ лимфодиссекции при ПКР не существует. Частота выявления регионарных микрометастазов составила 3,3%. Выполнение рутинной лимфодиссекции не влияло на выживаемость, но не приводило к увеличению частоты осложнений.

Показания к РНЭ: клинически-локализованный ПКР (стадии сT1-T2N0M0) при опухолях, не подходящих для РП; местно-распространенный рак почки (сT3a-T4N0-1M0).

При выполнении РНЭ у пациентов с клинически локализованным ПКР (стадии сT1-T2N0M0) следует использовать удобный для хирурга доступ (предпочтение должно отдаваться лапароскопическому доступу). Объем операции должен включать удаление почки с паранефральной клетчаткой. При отсутствии радиологически определяемых опухолевых узлов в ипсилатеральном надпочечнике, подтвержденном при интраоперационной ревизии, адреналэктомия со стороны поражения почки не показана. Регионарная лимфаденэктомия может быть выполнена со стадиирующей целью, по решению оперирующего хирурга.

При выполнении РНЭ при местно-распространенном раке почки (стадии сT3a-T4N0-1M0) должен быть использован чрезбрюшинный доступ (предпочтение должно отдаваться лапаротомии). Объем операции должен включать экстрафасциальное удаление почки с паранефральной клетчаткой и регионарными ЛУ (паракавальными и аортокавальными - при опухоли правой, парааортальными и аортокавальными - при опухоли левой почки). Ипсилатеральная адреналэктомия оправдана при наличии массивных опухолей, поражении верхнего полюса почки, подозрении на метастатическое или местно-инвазивное поражение надпочечника. Вростание опухоли почки в соседние органы служит показанием к их резекции.

3.1.3. Радикальная нефрэктомия, тромбэктомия

- **Рекомендуется** проведение РНЭ и тромбэктомии у пациентов с местно-распространенным раком почки с опухолевым венозным тромбозом почечной, нижней полых вен, правого предсердия, правого желудочка сердца без или с инвазией стенок вен и/или эндокарда (стадии сT3a-T4N0-1M0).

Показания к РН, тромбэктомии: местно-распространенный рак почки с опухолевым венозным тромбозом почечной вены, НПВ, правого предсердия, правого желудочка сердца без или с инвазией стенок вен и/или эндокарда (сT3a-T4N0-1M0).

Основные задачи, стоящие перед операционной бригадой во время нефрэктомии, тромбэктомии: 1) профилактика тромбоэмболии легочной артерии на этапе мобилизации НПВ; 2) радикальное удаление всех опухолевых масс; 3) профилактика массивной одномоментной кровопотери; 4) восстановление адекватного венозного оттока от контралатеральной почки и печени в НПВ, а также из системы НПВ в правое предсердие.

Для решения этих задач следует соблюдать ряд основных принципов: 1) широкий доступ, обеспечивающий экспозицию пораженной почки и НПВ (с возможностью быстрой мобилизации интраперикардиальной НПВ и правого предсердия при тромбозе III - IV уровней); 2) доступ в забрюшинное пространство справа для контроля НПВ; 3) полная мобилизация почки с паранефрием до тромбэктомии; 3) циркулярная мобилизация тромбированной НПВ с перевязкой всех впадающих в нее коллатералей; 4) выполнение кавотомии, тромбэктомии в условиях "сухого" операционного поля за счет пережатия НПВ выше и ниже тромба, а также контралатеральной почечной вены (при тромбозе III - IV уровней также необходимо пережатие гепатодуоденальной связки); 5) тщательная визуальная ревизия

внутренней поверхности НПВ после тромбэктомии и полное удаление резидуальных опухолевых очагов; 6) реконструкция НПВ (с или без сохранения нормальной анатомии венозного русла); 7) для безопасного контроля верхушки тромба, уходящего в правые отделы сердца целесообразно использование искусственного кровообращения (предпочтительно с холодной кардиopleгией).

3.1.4. Циторедуктивная нефрэктомия

- Отобранным пациентам с генерализованным ПКР **рекомендуется** выполнение циторедуктивной нефрэктомии (цНЭ) с целью улучшения результатов лекарственной противоопухолевой терапии.

Показания к цНЭ: наличие технически удалимой первичной опухоли у пациентов с ПКР, способных перенести хирургическое вмешательство, относящихся к:

- 1) группе хорошего прогноза IMDC;
- 2) группе промежуточного прогноза MSKCC и получавших индукционную таргетную терапию ингибиторами тирозинкиназы с эффектом;
- 3) любой прогностической группе при наличии симптомов первичной опухоли, угрожающих жизни, или высокого риска развития жизнеугрожающих осложнений со стороны первичной опухоли (некупируемая гематурия, флотирующий опухолевый венозный тромб и др.);
- 4) любой прогностической группе при наличии потенциально удалимых солитарных или единичных метастазов.

3.1.5. Удаление местных рецидивов и метастазов рака почки

- **Рекомендуется** хирургическое удаление метастазов рака почки у пациентов с ПКР с солитарными или единичными (≤ 2) метастазами любой локализации, которые могут быть радикально удалены одномоментно или последовательно с первичной опухолью.

Показания: ПКР с солитарными или единичными (≤ 2) метастазами любой локализации, которые могут быть радикально удалены одномоментно или последовательно с первичной опухолью. У отобранных пациентов с диссеминированным ПКР с симптомными метастазами в кости или головной мозг допустимо удаление метастазов данных локализаций с паллиативной целью.

- У отобранных пациентов с диссеминированным ПКР с симптомными метастазами в кости или головной мозг **рекомендуется** удаление метастазов данных локализаций с паллиативной целью.

3.2. Альтернативы хирургическому лечению первичной опухоли

3.2.1. Динамическое (активное) наблюдение

- **Рекомендуется** динамическое (активное) наблюдение ПКР стадии cT1aN0M0 у отдельных пациентов старше 75 лет и/или имеющих тяжелые сопутствующие или конкурирующие заболевания, обуславливающие ожидаемую продолжительность жизни < 5 лет и/или ассоциированные с высоким операционным риском.

Показания: ПКР cT1aN0M0 у пациентов старше 75 лет и/или имеющих тяжелые сопутствующие или конкурирующие заболевания, обуславливающие ожидаемую продолжительность жизни < 5 лет и/или ассоциированные с высоким операционным риском.

Принципы: динамическое наблюдение подразумевает регулярную (1 раз в 12 мес) оценку размеров опухоли почки с помощью одного и того же метода визуализации. Отсутствие изменений позволяет продолжать динамическое наблюдение; рост опухоли является показанием к хирургическому лечению.

3.2.2. Выжидательная тактика

- **Рекомендуется** выжидательная тактика при операбельном клинически локализованном или местно-распространенном ПКР стадии cT1-T4N0-1M0 у пациентов, имеющих тяжелые сопутствующие или конкурирующие заболевания, ассоциированные с крайне высоким операционным риском.

Показания: операбельный клинически локализованный или местно-распространенный ПКР

стадий cT1-T4N0-1M0 у пациентов, имеющих тяжелые сопутствующие или конкурирующие заболевания, ассоциированные с крайне высоким операционным риском.

Принципы: после первичной оценки степени распространенности ПКР и определения операционного риска проводится только контроль симптомов опухолевого процесса. Радиологическая визуализация требуется только при развитии симптомов опухоли почки, не поддающихся консервативному лечению. Хирургическое лечение выполняется только по жизненным показаниям.

3.2.3. Абляция

- **Рекомендуется** проведение минимально-инвазивных методов лечения (радиочастотной абляции (РЧА) или криоабляции) опухоли почек у отдельных пациентов с ПКР стадии cT1aN0M0 в возрасте старше 75 лет и/или имеющих тяжелые сопутствующие или конкурирующие заболевания, обуславливающие ожидаемую продолжительность жизни <5 лет и/или ассоциированные с высоким операционным риском.

Показания: ПКР cT1aN0M0 у пациентов старше 75 лет и/или имеющих тяжелые сопутствующие или конкурирующие заболевания, обуславливающие ожидаемую продолжительность жизни <5 лет и/или ассоциированные с высоким операционным риском.

Принципы: возможно применение РЧА и криоабляции ПКР. Другие методы абляции опухоли (микроволновая, лазерная или абляция высокоинтенсивным сфокусированным ультразвуком) могут применяться только в рамках клинических исследований. Аблативное лечение может осуществляться перкутанным или лапароскопическим доступом. Перед выполнением аблативной операции необходима биопсия опухоли. Контроль процедуры производится путем визуализации зоны воздействия с помощью камеры, введенной в брюшную полость, или лучевой навигации (УЗИ, КТ или МРТ). В опухоль вводятся зонды, обеспечивающие охлаждение/оттаивание при криоабляции или перегревание при РЧА.

- При проведении абляции опухолей почки **рекомендуется** использование интраоперационного УЗИ для выявления интрапаренхиматозных опухолей и/или дополнительных опухолей почек.

3.3. Лучевая терапия

- **Не рекомендуется** проведение стереотаксической лучевой терапии (СТЛТ) первичной опухоли и экстракраниальных метастазов ПКР в рутинной клинической практике вне клинических исследований.

3.3.1. СТЛТ у больных ПКР с метастазами в головной мозг

- **Рекомендуется** СТЛТ на область солитарных или единичных метастазов ПКР в головном мозге у пациентов без экстракраниальных метастазов или с возможностью контроля метастазов других локализаций с помощью лекарственной противоопухолевой терапии.

Показания: солитарные или единичные метастазы в головном мозге у пациентов без экстракраниальных метастазов или с возможностью контроля метастазов других локализаций с помощью лекарственной противоопухолевой терапии.

3.3.2. Лучевая терапия у пациентов с ПКР с метастазами в кости

- **Рекомендуется** лучевая терапия у пациентов с генерализованным ПКР с интенсивным болевым синдромом, обусловленным костными метастазами, с целью снижения интенсивности боли и улучшения качества жизни.

Показания: интенсивные костные боли, обусловленные метастазами, у пациентов с ПКР.

3.4. Лекарственная терапия

- Неoadьювантная системная терапия ПКР **не рекомендуется** к применению в рутинной клинической практике вне клинических исследований в связи с тем, что в настоящее время отсутствуют рандомизированные клинические исследования по данному вопросу.
- Адьювантная системная терапия ПКР **не рекомендуется** к применению в рутинной клинической практике.
- В 1-й линии терапии с ПКР группы хорошего прогноза IMDC **рекомендуется** предпочтительное назначение комбинации пембролизумаба с акситинибом (пембролизумаб в

дозе 200 мг в/в капельно 1 раз в 3 нед в комбинации с акситинибом 5 мг 2 раза в сутки перорально ежедневно) или монотерапии пазопанибом, или монотерапии сунитинибом.

- В качестве альтернативы в 1-й линии терапии сПКР группы хорошего прогноза IMDC **рекомендуется** назначение комбинации авелумаба с акситинибом (авелумаб в дозе 10 мг/кг в/в капельно в течение 1 часа 1 раз в 2 недели, акситиниб 5 мг 2 раза в сутки перорально).
- В качестве альтернативы в 1-й линии терапии сПКР группы хорошего прогноза IMDC **рекомендуется** назначение комбинации бевацизумаба с ИФН- α .
- В 1-й линии терапии сПКР групп промежуточного и плохого прогноза IMDC **рекомендуется** предпочтительное назначение комбинации ниволумаба с ипилимумабом или комбинации пембролизумаба с акситинибом (пембролизумаб в дозе 200 мг в/в капельно 1 раз в 3 нед, акситиниб 5 мг 2 раза в сутки перорально ежедневно).
- В качестве альтернативы в 1-й линии терапии сПКР в группах промежуточного и плохого прогноза IMDC **рекомендуется** назначение комбинации авелумаба с акситинибом (авелумаб в дозе 10 мг/кг в/в капельно в течение 1 часа 1 раз в 2 недели, акситиниб 5 мг 2 раза в сутки перорально).
- В качестве альтернативы в 1-й линии терапии сПКР в группах промежуточного и плохого прогноза IMDC **рекомендуется** монотерапия кабозантинибом, в группе плохого прогноза International Metastatic RCC Database Consortium – назначение монотерапии темсиролимусом.
- В терапии пациентов с ПКР всех групп прогноза IMDC, имеющих резистентность к антиангиогенной терапии TKI или антителами к VEGF, **рекомендуется** предпочтительное назначение монотерапии ниволумабом или монотерапии кабозантинибом.
- В качестве альтернативы в терапии пациентов с ПКР всех групп прогноза IMDC, имеющих резистентность к антиангиогенной терапии TKI или антителами к VEGF, **рекомендуется** назначение комбинации ленватиниба с эверолимусом или монотерапии акситинибом.
- У отдельных пациентов, имеющих доказанную резистентность, противопоказания, непереносимость или отсутствие доступа к назначению режимов предпочтения или альтернативных режимов, **рекомендуется** назначение монотерапии эверолимусом или монотерапии сунитинибом или пазопанибом.
- В терапии пациентов с ПКР всех групп прогноза IMDC, резистентных к цитокиновой терапии, **рекомендуется** предпочтительное назначение монотерапии акситинибом или монотерапии пазопанибом.
- В качестве альтернативы в терапии пациентов с ПКР всех групп прогноза IMDC, резистентных к цитокиновой терапии, **рекомендуется** назначение сунитиниба.
- У отдельных пациентов, имеющих доказанную резистентность, противопоказания, непереносимость или отсутствие доступа к назначению режимов предпочтения или альтернативного режима, **рекомендуется** назначение сорафениба.
- **Рекомендуется** проводить оценку эффективности проводимой лекарственной терапии ПКР каждые 2–3 мес от начала лечения. Пациентам с измеряемыми опухолевыми очагами, получающим антиангиогенную терапию, оценка эффекта производится по критериям RECIST; пациентам, получающим ингибиторы PD-1/PD-L1, – по критериям iRECIST. В случае появления клинических признаков прогрессирования заболевания возможно назначение контрольного обследования раньше намеченного срока.

IV. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации

4.1. Предреабилитация

- Всем пациентам с ПКР **рекомендуется** проведение предреабилитации. Предреабилитация значительно ускоряет функциональное восстановление, сокращает сроки пребывания в стационаре после операции и снижает частоту развития осложнений и летальных исходов на фоне лечения ПКР. Предреабилитация включает физическую подготовку (лечебную физкультуру, ЛФК), психологическую и нутритивную поддержку, информирование пациентов.
- **Рекомендуется** проведение психологической поддержки в плане предреабилитации у всех пациентов с ПКР, которым планируется хирургическое лечение.

4.2. Реабилитация после хирургического лечения

4.2.1. Первый этап реабилитации

- **Рекомендуется** мультидисциплинарный подход к уменьшению выраженности болевого синдрома в послеоперационном периоде с включением физической реабилитации (ЛФК), лечения положением, психологических методов коррекции боли (релаксации), чрескожной электростимуляции (акупунктуры).
- **Рекомендуется** проведение тактики fast track rehabilitation («быстрый путь») и программы ERAS (early rehabilitation after surgery – ранняя реабилитация после операции) в периоперационном периоде после хирургического лечения ПКР.

Тактика fast track rehabilitation и ERAS, включающая в себя комплексное обезболивание, раннее энтеральное питание, отказ от рутинного применения зондов и дренажей, раннюю мобилизацию (активизация и вертикализация) пациентов, уже с 1–2-х суток после операции не увеличивает риски ранних послеоперационных осложнений, частоту повторных госпитализаций. Тактика fast track rehabilitation уменьшает длительность пребывания в стационаре и частоту послеоперационных осложнений. Тактика fast track эффективна и безопасна у пациентов урологического профиля.

- **Рекомендуется** комплексный fast-track-подход к реабилитации пациентов после лапароскопической нефрэктомии.
- **Рекомендуются** ранняя вертикализация и активизация пациентов после хирургического лечения с целью улучшения функциональных возможностей в раннем послеоперационном периоде.
- **Рекомендуется** проведение сеансов массажа, начиная со 2-х суток после операции.

4.2.2. Второй и третий этапы реабилитации

- **Рекомендуется** проведение комплекса аэробных упражнений после хирургического лечения с целью улучшения качества жизни пациента, психологического состояния, контроля массы тела.
- **Рекомендуется** проведение занятий ЛФК средней интенсивности по 15–30 мин в день 3–5 раз в неделю, постепенно увеличивая длительность.
- **Рекомендуется** проведение акупунктуры в сочетании с медикаментозной терапией для снижения болевого синдрома у пациентов с ПКР.

4.2.3. Третий этап реабилитации

- **Рекомендован** массаж для улучшения качества жизни, уменьшения болевого синдрома, выраженности слабости всем пациентам.

4.3. Реабилитация при лучевой терапии

- Пациентам с ПКР на фоне лучевой терапии **рекомендуется** выполнение комплекса ЛФК (аэробной нагрузки в сочетании с силовой), что увеличивает плотность костной ткани, позволяет проводить профилактику слабости, повышает выносливость пациента, улучшает качество жизни.
- **Рекомендуется** через 3 дня после начала лучевой терапии подключить низкоинтенсивную лазеротерапию на 3 дня в неделю для профилактики лучевого дерматита.

V. Показания для госпитализации

- **Показания для плановой госпитализации:**

- 1) необходимость выполнения сложных интервенционных диагностических медицинских вмешательств, требующих последующего наблюдения в условиях круглосуточного или дневного стационара;
- 2) наличие показаний к специализированному противоопухолевому лечению (хирургическое вмешательство, лучевая терапия, в том числе контактная, дистанционная и другие виды лучевой терапии, лекарственная терапия и др.), требующему наблюдения в условиях круглосуточного или дневного стационара.

- **Показания для экстренной госпитализации:**

- 1) наличие осложнений рака почки, требующих оказания пациенту специализированной медицинской помощи в экстренной и неотложной форме;
- 2) наличие осложнений лечения (хирургическое вмешательство, лучевая терапия, лекарственная терапия и т.д.) рака почки.

- **Показания к выписке пациента из стационара:**

- 1) завершение курса лечения или одного из этапов оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи в условиях круглосуточного или дневного стационара при отсутствии осложнений лечения, требующих медикаментозной коррекции и/или медицинских вмешательств в стационарных условиях;
- 2) отказ пациента или его законного представителя от специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи в условиях круглосуточного или дневного стационара, установленной консилиумом медицинской организации, оказывающей онкологическую помощь, при условии отсутствия осложнений основного заболевания и/или лечения, требующих медикаментозной коррекции и/или медицинских вмешательств в стационарных условиях;
- 3) необходимость перевода пациента в другую медицинскую организацию по соответствующему профилю оказания медицинской помощи.

VI. Критерии оценки качества медицинской помощи:

К (частота предоста вления)	Критерии качества	Выполнение	Уровень достоверности доказательств (при наличии)	Уровень убедительности рекомендаций (при наличии)
К 1	1) ОАК 2) ОАМ 3) Биохимический анализ крови 4) Коагулограмма 5) Цитологическое исследование мочи (при инвазии опухоли в чашечно-лоханочную систему и/или расположении в области ворот почки) 6) УЗИ органов брюшинного пространства и органов брюшной полости 7) КТ органов брюшной полости и брюшинного пространства с контрастированием 8) МРТ органов брюшной полости и брюшинного пространства с контрастированием (при противопоказаниях к КТ) 9) Эхо-КГ (при опухолевом венозном тромбозе, распространяющемся выше нижней границы печени) 10) Рентгенография или КТ органов грудной полости 11) Сцинтиграфия почек (при нарушении почечной функции и/или единственной функционирующей почке, или билатеральном опухолевом поражении почек, и/или риске нарушения почечной функции вследствие сопутствующих заболеваний или состояний) 12) Остеосцинтиграфия (при костной боли и/или переломах костей, и/или повышении уровня щелочной фосфатазы, и/или при наличии местно-распространенной или метастатической стадии заболевания) 13) МРТ головного мозга (при неврологических симптомах)		4 2 4 3 2 2 1 1 4 1 5 1 5	С А С В В А А А С В С А С
К 0.1	Биопсия почки под контролем УЗИ или КТ		2	В
К 0.001	Молекулярно-цитогенетическое исследование (FISH-метод) на одну пару хромосом		3	С

Чек-лист для оценки качества медицинской помощи:

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1	Выполнено УЗИ органов забрюшинного пространства и органов брюшной полости	Да/нет
2	Выполнена трехфазная спиральная КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным болюсным контрастированием	Да/нет
3	Выполнена Эхо-КТ пациенту с опухолевым венозным тромбозом, распространяющимся выше нижней границы печени	Да/нет
4	Выполнена рентгенография органов грудной клетки и/или КТ органов грудной полости	Да/нет
5	Выполнена сцинтиграфия почек (динамическая нефросцинтиграфия) у пациента, имеющего нарушение почечной функции и/или единственную функционирующую почку, или билатеральное опухолевое поражение почек, и/или риск нарушения почечной функции вследствие сопутствующих заболеваний или состояний	Да/нет
6	Выполнена сцинтиграфия костей всего тела (остеосцинтиграфия) у пациента с костной болью и/или переломами костей, и/или повышением уровня щелочной фосфатазы сыворотки крови, и/или при наличии местно-распространенной или метастатической стадии заболевания	Да/нет
7	Выполнено радикальное хирургическое вмешательство пациенту с операбельным локализованным или местно-распространенным раком почки, способному перенести операцию	Да/нет
8	Выполнена циторедуктивная нефрэктомия пациенту с метастатическим раком почки группы хорошего или промежуточного прогноза IMDC, способному перенести хирургическое вмешательство	Да/нет
9	Выполнено радикальное удаление солитарных или единичных или паллиативное удаление симптомных метастазов пациенту с метастатическим раком почки, способному перенести операцию	Да/нет
10	Выполнено гистологическое исследование удаленного препарата с указанием параметров в соответствии с рекомендациями (у пациентов, получивших хирургическое лечение)	Да/нет
11	Проведена лекарственная терапия (таргетная терапия и/или иммунотерапия) пациенту с метастатическим или местно-распространенным неоперабельным ПКР	Да/нет
12	Проведена оценка эффективности проводимой лекарственной терапии каждые 2-3 мес от начала лечения	Да/нет
13	Выполнен общий клинический и биохимический общетерапевтический анализы крови, определение уровня альбумина в крови и определение уровня общего кальция в крови, ионизированного кальция в крови до начала лекарственной терапии у пациента с метастатическим или местно-распространенным неоперабельным ПКР	Да/нет

VII. Регламентирующие документы:

Нозологическая форма (Рак паренхимы почки)			
Мероприятия	Стандарт (номер, наименование, дата)	Клинические протоколы (наименование, кем разработан, номер, дата)	Другое (национальные клинические руководства)
<p>Диагностика:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Изучение жалоб и анамнеза 2. Физикальное обследование 3. Лабораторные исследования 4. Инструментальные исследования <p>Лечение:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Хирургическое лечение 2. Альтернативы хирургическому лечению первичной опухоли 3. Лучевая терапия 4. Лекарственная терапия 	<p>Стандарт медицинской помощи взрослым при раке паренхимы почки. Утвержден Приказом МЗ РФ от 24.11.2020 г. № 1243н</p>	<p>Клинические рекомендации «Рак паренхимы почки», КР10, разработаны Российским обществом урологов, Ассоциацией онкологов России, Российским обществом онкоурологов, Российским обществом клинической онкологии, утверждены МЗ РФ в 2021 г.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "урология" (Приказ МЗ РФ от 12.11.2012 г. N 907н). 2) Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «онкология» (Приказ МЗ РФ от 15.11.2012 г. N 915н).

VIII. Информация для пациента (кратко о заболевании)

Пациента информируют о клинической картине и методах диагностики/стадирования ПКР, знакомят с различными методами лечения и их потенциальными результатами/осложнениями. Выбор метода лечения следует выполнять в результате такого собеседования после того, как пациент имел возможность задать все интересующие его вопросы.

Необходимо убедить пациента не стыдиться болезни и ознакомиться с научно-популярной литературой о ПКР.

Следует информировать пациента о характере последующего наблюдения после лечения ПКР, о важности регулярного обследования.

Пациентов с метастатическим ПКР следует информировать о проводимых в Российской Федерации клинических исследованиях у пациентов с указанной стадией заболевания.

Самостоятельный контроль за течением заболевания со стороны пациента невозможен; приступы, требующие самостоятельной помощи, при раке почки отсутствуют; частота посещения врача определяется в индивидуальном порядке в каждом конкретном случае.

Преимущества отказа от табакокурения и потребления алкоголя:

- более высокие показатели выживаемости
- бóльшая эффективность лечения
- меньшее количество и выраженность побочных эффектов противоопухолевого лечения (сердечно-легочные осложнения, утомляемость, снижение массы тела, мукозиты, потеря вкуса)
- ускоренное восстановление общего состояния после лечения
- ниже риск рецидива
- меньший риск вторых опухолей
- меньший риск инфекций
- выше качество жизни

Рекомендации при осложнениях химиотерапии/лучевой терапии – связаться с химиотерапевтом/лучевым терапевтом!

- 1) **При повышении температуры тела 38°C и выше** – рекомендовано применение противомикробной терапии по рекомендации химиотерапевта.
- 2) **При стоматите:**
 - диета – механическое, термическое щажение;
 - частое полоскание полости рта (каждый час) – ромашка, кора дуба, шалфей; смазывать слизистую полости рта облепиховым (персиковым) маслом;
 - обрабатывать полость рта по рекомендации врача- химиотерапевта.
- 3) **При диарее:**
 - диета – исключить жирное, острое, копченое, сладкое, молочное, клетчатку; можно нежирное мясо, мучное, кисломолочное, рисовый отвар; обильное питье;
 - принимать препараты по рекомендации врача-онколога.
- 4) **При тошноте:**
 - принимать препараты по рекомендации врача-онколога.

