

## 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	<b>Клинический протокол «Уротелиальный рак верхних мочевыводящих путей»</b> Код МКБ: С65, С66 Возрастная группа – взрослые Год утверждения – <b>2020</b>	

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)**

Уротелиальный рак верхних мочевыводящих путей (УРВМП) представляет собой более агрессивную по своей природе опухоль, так, 60% УРВМП на момент установления диагноза представлены инвазивными формами, у 7% пациентов есть метастазы, в то время как при раке мочевого пузыря инвазивные формы встречаются в 15–25% случаев. Пик заболеваемости приходится на 70–90 лет, при этом УРВМП в 3 раза чаще встречается у мужчин, чем у женщин.

Наследственные случаи УРВМП связаны с наследственным неполипозным колоректальным раком. Пациенты с подтвержденным высоким риском развития неполипозного колоректального рака должны пройти секвенирование ДНК, как и члены их семей. У 98% пациентов с УРВМП, ассоциированным с синдромом Линча, по данным иммуногистохимического анализа была выявлена мутация гена, которая приводит к потере экспрессии белка, отвечающего на предрасположенность к развитию нарушений системы MMR (mismatch repair) (у 46% пациентов отмечалась микросателлитная нестабильность, у 54% – микросателлитная стабильность). Большинство опухолей развивались у носителей мутации *MSH2*.

В настоящее время ряд факторов окружающей среды оказывает влияние на развитие УРВМП. Однако опубликованные данные, подтверждающие роль этих факторов, недостаточно достоверны, за исключением влияния курения и аристолоховой кислоты. Курение увеличивает риск развития УРВМП с 2,5 до 7. Профессиональная деятельность, связанная с определенными ароматическими аминами (лакокрасочная, текстильная, химическая, нефтяная и угольная промышленность), также является фактором риска. У людей, занятых на таких производствах, реализуется карциногенный эффект определенных химических веществ (бензидин и  $\beta$ -нафталин). Экспозиция составляет приблизительно 7 лет, с латентным периодом до 20 лет. Риск развития УРВМП после контакта с ароматическими аминами повышается в 8 раз.

Аристолоховая кислота – нитрофенантренкарбоновая кислота, вырабатываемая растениями рода *Aristolochia*, оказывает множественное влияние на мочевыводящие пути. Аристолоховая кислота необратимо повреждает проксимальные каналцы почек, что приводит к хроническому тубулоинтерстициальному нефриту, в то время как мутагенные свойства этого химического канцерогена приводят к развитию УРВМП. Аристолоховая кислота также связана с развитием рака мочевого пузыря, почки, гепатоцеллюлярной карциномы и внутриспеченочной холангиокарциномы. Известны 2 пути воздействия аристолоховой кислоты: загрязнение сельскохозяйственных продуктов растениями рода *Aristolochia* (Кирказон) (например, случай балканской эндемической нефропатии и прием средств на основе этих растений. Травы рода *Aristolochia* используются во всем мире, особенно в традиционной китайской медицине и в Тайване. У менее 10% людей, подвергшихся воздействию аристолоховой кислоты, развивается УРВМП.

## **2. Классификация**

### **Гистологические типы:**

Более 95 % уротелиальных раковых опухолей развиваются из уротелия и относятся к УРВМП или к раку мочевого пузыря. Что касается УРВМП, морфологические варианты описаны как более часто встречаемые при уротелиальных опухолях почки. Эти варианты относятся к опухолям высокого злокачественного потенциала (high-grade) и соответствуют одному из следующих вариантов: микропапиллярному, светлоклеточному, нейроэндокринному или лимфоэпителиальному. Рак собирательных протоков имеет сходные характеристики с УРВМП благодаря общему эмбриональному происхождению.

Опухоли верхних мочевыводящих путей с неуретральной морфологической структурой довольно редки. Эпидермоидный рак верхних мочевыводящих путей диагностируется менее чем в 10% случаев опухолей чашечнолоханочной системы и еще реже наблюдается при опухолях мочеточника. Другие морфологические типы представлены аденокарциномой (<1%), нейроэндокринным раком и саркомой.

## Классификация УРВМП:

Классификация и морфология УРВМП сходна с таковыми при раке мочевого пузыря. Выделяют неинвазивные папиллярные опухоли (папиллярная уротелиальная опухоль с низким злокачественным потенциалом, low-grade папиллярный уротелиальный рак, high-grade папиллярный уротелиальный рак), плоские поражения (CIS) и инвазивный рак. Все варианты уротелиальных опухолей, описанные для мочевого пузыря, также могут встречаться в верхних мочевыводящих путях.

## Классификация TNM (8-е издание)

### ■ Т – первичная опухоль:

- Тх – первичная опухоль не может быть оценена;
- Т0 – нет данных, указывающих на наличие первичной опухоли;
- Та – неинвазивный папиллярный рак;
- Тis – CIS;
- Т1 – опухоль вовлекает субэпителиальную соединительную ткань;
- Т2 – опухоль поражает мышечный слой;
- Т3 – (почечная лоханка) опухоль прорастает за пределы мышечной оболочки в перипельвикальную жировую ткань или почечную паренхиму; (мочеточник) опухоль прорастает за пределы мышечного слоя в периуретеральную жировую клетчатку;
- Т4 – опухоль вовлекает соседние органы или прорастает через почку в паранефральную клетчатку.

### ■ N – регионарные лимфатические узлы:

- Nx – регионарные лимфатические узлы не могут быть оценены;
- N0 – нет метастазов в регионарных лимфатических узлах;
- N1 – метастаз в 1 лимфатическом узле размером  $\leq 2$  см в наибольшем измерении;
- N2 – метастаз в 1 лимфатическом узле размером  $>2$  см или несколько метастазов в лимфатических узлах.

### ■ M – отдаленные метастазы:

- M0 – нет отдаленных метастазов;
- M1 – есть отдаленные метастазы.

Группировка по стадиям представлена в таблице 1.

**Таблица 1.** Группировка УРВМ по стадиям согласно классификации TNM

Стадия	T	N	M
0is, 0a	is, a	0	0
I	1	0	0
II	2	0	0
III	3	0	0
IV	4	0	0
	1–4	1–2	0–1

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

Диагноз УРВМП может быть установлен на основании симптомов или выявлен случайно. Наиболее распространенным симптомом является макро- или микрогематурия, выявляемая в 70–80% случаев.

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

### 1. Жалобы и анамнез

- **Рекомендуется** сбор жалоб и анамнеза у пациентов с наличием макрогематурии и/или наличием синдрома Линча при отсутствии опухоли в мочевом пузыре.

## 2. Физикальное обследование

- **Рекомендуется** тщательный физикальный осмотр пациентов с наличием макрогематурии и боли в поясничной области с целью исключения УРВМП.

Боль в боку отмечается примерно в 20% случаев, а пальпируемое образование в области поясницы – примерно у 10% пациентов. Системные симптомы (включая анорексию, потерю массы тела, недомогание, усталость, лихорадку, ночную потливость или кашель), связанные с УРВМП, должны насторожить и призвать к более тщательному выявлению метастатического процесса, также они связаны с худшим прогнозом.

## 3. Лабораторные диагностические исследования

- **Рекомендуется** выполнять всем пациентам с макрогематурией и/или болью в поясничной области и/или пальпируемом образованием в поясничной области цитологический анализ мочи с применением метода флуоресцентной гибридизации in situ (FISH), общий анализ мочи.

## 4. Инструментальные диагностические исследования

- **Рекомендуется** выполнять мультиспиральную компьютерную томографическую урографию (МСКТУ) брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза с контрастным усилением пациентам с макрогематурией и/или болью в поясничной области.
- **Рекомендуется** выполнение мультиспиральной компьютерной томографии органов грудной клетки с контрастным усилением (при установлении диагноза) пациентам с макрогематурией и/или болью в поясничной области.
- **Рекомендуется** проведение МРТ брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза с контрастным усилением пациентам с макрогематурией и/или болью в поясничной области (МРТ показана тем пациентам, которым не удастся выполнить МСКТУ).
- **Рекомендуется** выполнение цистоскопии, уретероскопии, уретеропиелоскопии с биопсией пациентам с макрогематурией и/или болью в поясничной области для исключения УРВМП при дооперационном обследовании (при технической возможности) пациентом с макрогематурией при отсутствии опухоли в мочевом пузыре.

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

### 3.1. Органосохраняющее лечение

- **Рекомендуется** в отношении пациентов с установленным диагнозом УРВМП рассматривать возможность органосохраняющего лечебного подхода только в учреждениях, обладающих необходимым опытом и техническим оснащением.

Для органосохраняющего лечения существуют абсолютные (почечная недостаточность, единственная функционирующая почка) или элективные (когда контралатеральная почка функционирует) показания при low-grade, low-stage опухолях. Выбор метода зависит от технических ограничений, анатомического расположения опухоли и опыта хирурга. Для пациентов с низким риском органосохраняющее лечение – предпочтительный вариант со схожими онкологическими результатами по сравнению с радикальной нефруретерэктомией (РНУ).

#### ❖ Уретероскопия с эндоскопическим лечением:

- Эндоскопическое лечение **рекомендуется** пациентам с солитарными опухолями небольшого размера (<1.5 см), папиллярными неинвазивными опухолями полостей почек и низким риском прогрессирования.

Для эндоскопического лечения требуются гибкий (а не ригидный) уретероскоп, лазерный генератор, щипцы для биопсии; пациенты УРВМП после эндоскопического лечения должны находиться на длительном (>5 лет) тщательном, более строгом наблюдении в связи с более высоким риском развития рецидива заболевания; необходимо выполнение цитологии мочи, урографии или пиелоскопии после органосохраняющего лечения из-за высокого риска рецидива.

#### ❖ **Перкутанные манипуляции:**

- Перкутанные лечебные манипуляции рекомендуются при высокодифференцированных или неинвазивных опухолях полостей почки.

Подобные лечебные опции могут быть применимы для пациентов с высокодифференцированными опухолями нижних чашечек, к которым невозможно или очень сложно добраться при уретеропиелоскопии. При подобных процедурах существует риск перфорации и диссеминации опухоли. Однако данный подход все больше и больше уступает место уретеропиелоскопии в связи с бурным развитием технических возможностей уретеропиелоскопов в последние годы.

#### ❖ **Сегментарная резекция мочеточника:**

- Полная дистальная уретерэктомия с формированием нецистуретеранастомоза рекомендована для опухолей низкого риска в дистальном отделе мочеточника, которые нельзя полностью удалить эндоскопически, и для опухолей высокого риска, когда необходим органосохраняющий подход для сохранения функции почек.

Лимфаденэктомия также может быть выполнена во время сегментарной резекции мочеточника. Сегментарная резекция подвздошного и поясничного отделов мочеточника ассоциирована с более высокой частотой рецидивов, чем для опухолей дистального отдела мочеточника. Частичная пиелэктомия или резекция почки показана крайне редко. Открытая резекция опухолей почечной лоханки или чашечек практически не выполняется.

#### ❖ **Адьювантное местное лечение:**

- Рекомендовано пациентам с УРВМП после РНУ и органосберегающего лечения с сохранением ипсилатеральной почки проведение инстилляций вакциной для лечения рака мочевого пузыря БЦЖ или Митомицина с целью уменьшения числа местных рецидивов и рецидива в мочевом пузыре.

Инстилляция БЦЖ (360 мг вводить через нефростомический катетер 10-F со скоростью 1 мл/мин в течение двух часов – 6 еженедельных инфузий) или митомицина (40 мг однократно) через перкутанную нефростому в мочевыводящие пути (после полной эрадикации) или даже через мочеточниковый стент является технически выполнимой манипуляцией после консервативного лечения УРВМП или для терапии CIS. Среднесрочные результаты схожи с таковыми при лечении рака мочевого пузыря, однако не подтверждены в долгосрочных исследованиях. Ретроградная инстилляция через мочеточниковый стент также используется, но она может быть опасной из-за возможной обтурации мочеточника и последующего инфлюкса пиеловенозной жидкости во время инстилляций/перфузии.

### **3.2. Радикальное хирургическое лечение**

- **Рекомендуется** выполнить радикальную нефруретерэктомию (РНУ) с резекцией мочевого пузыря пациентам с установленным диагнозом УРВМП как стандарт хирургического лечения.

РНУ с резекцией мочевого пузыря является «золотым стандартом» лечения УРВМП независимо от расположения опухоли в верхних мочевыводящих путях (T1–3N0–1M0). РНУ следует выполнять в соответствии с онкологическими принципами, избегая выхода опухолевых масс за пределы мочевыводящих путей в ходе операции. Следует выполнять иссечение дистального отдела мочеточника и его устья, поскольку существует риск развития рецидива в этой зоне. Существуют различные эндоскопические методики для упрощения удаления дистальной части мочеточника: экстирпация, трансуретральная резекция интрамурального отдела, инвагинационные техники. Кроме экстирпации мочеточника, ни одна из предложенных техник не показала преимущества перед резекцией стенки мочевого пузыря в области устья. Отсрочка более 45 дней от момента установления диагноза до удаления опухоли увеличивает риск прогрессирования заболевания.

- **Рекомендуется** выполнять лапароскопическую РНУ с резекцией мочевого пузыря пациентам со стадией T1-2N0M0.
- **Рекомендуется** выполнить удаление лимфатических узлов при выполнении РНУ пациентам с установленным диагнозом УРВМП.

Удаление лимфатических узлов при выполнении РНУ обеспечивает лечебный эффект и оптимальное стадирование заболевания. Лимфаденэктомия при pN+ имеет циторедуктивный эффект перед адъювантным лечением. Однако анатомические границы лимфодиссекции еще до конца не определены. Количество удаляемых лимфатических узлов зависит от расположения опухоли. Не установлено прямого влияния количества удаленных лимфатических узлов на выживаемость. Можно избежать выполнения лимфаденэктомии при Ta–T1 УРВМП. Лимфаденэктомия выполняется по анатомическому шаблону, однако до сих пор не определены показания к стандартной или расширенной лимфаденэктомии. Лимфаденэктомия должна выполняться согласно лимфооттоку: на стороне пораженного мочеточника, забрюшинная лимфаденэктомия для опухолей верхних отделов мочеточников и/или опухолей почечной лоханки (т. е. для правостороннего УРВМП граница – нижняя полая вена или правая сторона аорты, для левостороннего УРВМП – аорта).

- **Рекомендуется** избегать вскрытия просвета мочевыводящих путей при РНУ, особенно при выполнении лапароскопической РНУ пациентам с установленным диагнозом УРВМП.

### 3.3 Лечение при наличии отдаленных метастазов

#### ❖ **Неoadъювантная химиотерапия:**

- **Рекомендуется** помнить, что значение как неoadъювантной, так и адъювантной полихимиотерапии при УРВМП до конца не определено.

#### ❖ **Системное лечение:**

- **Рекомендуется** при химиотерапии (ХТ) использование режимов на основе препаратов платины.
- **Рекомендовано** назначение иммуноонкологических препаратов (атезолизумаб и пембролизумаб) при невозможности проведения 1-й линии ХТ с включением цисплатина.
- **Рекомендовано** назначение иммуноонкологических препаратов атезолизумаб, пембролизумаб и ниволумаб при прогрессировании заболевания после 1-й линии ХТ.

Основными схемами являются гемцитабин+цисплатин или гемцитабин+карбоплатин (при клиренсе креатинина <50 мл/мин).

Схемы ХТ при УРВМП:

##### ▪ **GC:**

- гемцитабин – 1000 мг/м<sup>2</sup> в/в в 1-й, 8-й и 15-й день;
  - цисплатин – 70 мг/м<sup>2</sup> в/в в 1-й день + гидратация.
- Цикл повторяют каждые 3 нед.

##### ▪ **GemCarbo:**

- гемцитабин – 1000 мг/м<sup>2</sup> в/в в 1-й, 8-й день;
  - карбоплатин – AUC-5 в 1-й день.
- Цикл повторяют каждые 3 нед.

##### ▪ **MVAC:**

- винбластин – 3 мг/м<sup>2</sup> в/в во 2-й, 15-й, 22-й дни;
  - доксорубицин – 30 мг/м<sup>2</sup> в/в во 2-й день;
  - метотрексат – 30 мг/м<sup>2</sup> в/в в 1-й, 15-й, 22-й дни;
  - цисплатин – 70 мг/м<sup>2</sup> во 2-й день + гидратация.
- Цикл повторяют каждые 4 нед.

##### ▪ **HD-MVAC:**

- винбластин – 3 мг/м<sup>2</sup> в/в во 2-й;
  - доксорубицин – 30 мг/м<sup>2</sup> в/в во 2-й день;
  - метотрексат – 30 мг/м<sup>2</sup> в/в в 1-й;
  - цисплатин – 70 мг/м<sup>2</sup> во 2-й день + гидратация;
  - рч Г-КСФ – 5 мкг/кг п/к или в/в капельно в течение 30 мин в 4–10-й дни.
- Цикл повторяют каждые 2 нед.

##### ▪ **M-SAVI:**

- метотрексат – 30 мг/м<sup>2</sup> в/в в 1-й, 15-й, 22-й дни;

- винбластин – 3 мг/м<sup>2</sup> в/в во 1-й, 15-й, 22-й дни;
- карбоплатин – АUC-4,5 в 1-й день.  
Цикл повторяют каждые 4 нед.

**Иммуноонкологические препараты:**

- **Атезолизумаб:** 840 мг в виде в/в инфузии каждые 2 недели, или 1200 мг в виде в/в инфузии каждые 3 недели, или 1680 мг в виде в/в инфузии каждые 4 недели. Первую дозу необходимо вводить в течение 60 минут, при хорошей переносимости первой инфузии все последующие инфузии можно проводить в течение 30 минут.
- **Пембролизумаб:** 200 мг в виде в/в инфузии в течение 30 мин каждые 3 нед.
- **Ниволумаб:** 3 мг/кг или 240 мг в виде в/в инфузии каждые 2 нед либо 480 мг в виде в/в инфузии каждые 4 нед. Первое введение должно быть в течение 60 мин, при хорошей переносимости все последующие инфузии можно проводить в течение 30 мин.

❖ **Адьювантная химиотерапия:**

- **Рекомендуется** проведение адьювантной терапии пациентам УРВМП со стадией pT3-4 и/или pN+.

❖ **Метастазэктомия:**

- **Рекомендовано** проведение метастазэктомии пациентам с единичными, резектабельными метастазами.

**3.4 Лучевая терапия**

- **Не рекомендовано** проведение лучевой терапии пациентам УРВМП.

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

Специфических методов реабилитации не разработано. Следует придерживаться рекомендаций по профилактике хронической почечной недостаточности.

##### **Реабилитация после химиотерапии:**

- **Рекомендуется** сочетание аэробной нагрузки и силовой.
- **Рекомендуются** упражнения на тренировку баланса - более эффективны для коррекции полинейропатии, чем сочетание упражнений на выносливость и силовых упражнений.
- **Рекомендуется** применение низкоинтенсивной лазеротерапии в лечении периферической полинейропатии на фоне ХТ.
- **Рекомендована** низкочастотная магнитотерапия в лечении периферической полинейропатии на фоне ХТ.
- **Рекомендована** чрескожная электростимуляция в течении 20 мин в день 4 нед для лечения полинейропатии на фоне ХТ.
- **Рекомендована** низкоинтенсивная лазеротерапия в профилактике мукозитов полости рта на фоне ХТ.
- **Рекомендуется** охлаждение кожи головы до инфузии химиотерапевтического препарата-позволяет проводить профилактику алопеции на фоне ХТ.
- **Рекомендуется** низкоинтенсивная лазеротерапия – помогает проводить профилактику выпадения волос и ускоряет их рост после ХТ.
- **Рекомендованы** упражнения для укрепления мышц тазового дна, Biofeedback-терапия (БОС-терапия), тиббиальная нейромодуляция, электростимуляция мышц тазового дна и промежности при нарушении мочеиспускания и эректильной дисфункции.

#### **V. Показания для госпитализации**

- **Показания для плановой госпитализации:**
  - 1) наличие осложнений УРВМП, требующих оказания пациенту специализированной медицинской помощи в экстренной и неотложной форме;
  - 2) наличие осложнений лечения (хирургическое вмешательство, лучевая терапия, лекарственная терапия и т. д.) УРВМП.
- **Показания для экстренной госпитализации:**
  - 1) наличие осложнений РМП, требующих оказания пациенту специализированной медицинской помощи в экстренной и неотложной форме (например, острая задержка мочеиспускания, макрогематурия и т.д.);
  - 2) наличие осложнений лечения (хирургическое вмешательство, лучевая терапия, лекарственная терапия и т.д.) РМП.
- **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) Цитологический анализ мочи методом FISH, общий анализ мочи (при макрогематурии и/или боли в поясничной области и/или пальпируемом образовании)		5	C
	2) КТ или МРТ забрюшинного пространства, брюшной полости, органов малого таза с контрастным усилением (при макрогематурии и/или боли в поясничной области)		1	A
	3) Цистоскопия, уретероскопия с биопсией (при технической возможности – при макрогематурии и/или боли в поясничной области)		5	C
	4) КТ органов грудной клетки с контрастным усилением (при установлении диагноза)		5	C
	5) PD-L1-тестирование перед проведением системной иммунотерапии		3	B

## Чек-лист для оценки качества медицинской помощи:

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1	Выполнена КТ забрюшинного пространства, брюшной полости, органов малого таза с контрастным усилением или МРТ забрюшинного пространства, брюшной полости, органов малого таза с контрастным усилением (при установлении диагноза)	Да/нет
2	Выполнена цистоскопия, уретероскопия с биопсией (при установлении диагноза)	Да/нет
3	Выполнена КТ органов грудной клетки с контрастным усилением (при установлении диагноза)	Да/нет
4	Выполнено PD-L1-тестирование перед проведением системной иммунотерапии (при установлении диагноза)	Да/нет
5	Выполнена ХТ и/или иммунотерапия при наличии морфологической верификации диагноза (при ХТ и/или иммунотерапии)	Да/нет

## VII. Регламентирующие документы:

Нозологическая форма (Уротелиальный рак верхних мочевыводящих путей)			
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"> <li>1. Изучение жалоб и анамнеза</li> <li>2. Физикальное обследование</li> <li>3. Лабораторные исследования</li> <li>4. Инструментальные исследования</li> </ol> <p>Лечение:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Органосохраняющее лечение</li> <li>2. Радикальное хирургическое лечение</li> <li>3. Лечение при отдаленных метастазах</li> </ol>	<p>Стандарт медицинской помощи взрослым при уротелиальном раке верхних мочевыводящих путей. Утвержден Приказом МЗ РФ от 11.06.2021 г. № 633н</p>	<p>Клинические рекомендации «Уротелиальный рак верхних мочевыводящих путей», КР526, разработаны Российским обществом урологов, Ассоциацией онкологов России, Российским обществом онкоурологов, Российским обществом клинической онкологии, утверждены МЗ РФ в 2020 г.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "урология" (Приказ МЗ РФ от 12.11.2012 г. N 907н).</li> <li>2) Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «онкология» (Приказ МЗ РФ от 15.11.2012 г. N 915н).</li> </ol>

## **VIII. Информация для пациента (кратко о заболевании)**

**Рекомендации при осложнениях химиотерапии – связаться с врачом-онкологом (специалистом по химиотерапии).**

**1) При повышении температуры тела 38°C и выше –** начать прием антибиотиков по рекомендации врача-онколога (специалиста по химиотерапии).

**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-онколога (специалиста по химиотерапии).

**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.

**4) При тошноте:**

- принимать препараты по рекомендации врача-онколога (специалиста по химиотерапии).

## IX. Алгоритмы действий врача (схемы)



