

**Доброякісна гіперплазія передміхурової залози (Доброякісна гіперплазія простати, Аденома передміхурової залози, Аденома простати, ДГПЗ)** — це захворювання, що супроводжується розростанням тканин залозистого [епітелію передміхурової залози](#), які оточують [сечовипускний канал](#), що призводить до порушення [сечопуску](#).<sup>[8][9]</sup> Найчастіше при виникненні доброякісної гіперплазії передміхурової залози розростання тканин проходить у вигляді утворення одного або кількох вузлів, які поступово ростуть і здавлюють сечовипускний канал, що призводить до утруднення сечовиділення.<sup>[9][10]</sup> Пухлиноподібний ріст при доброякісній гіперплазії простати має [доброякісний характер](#)<sup>[11]</sup>, та не спроводжується [метастазуванням](#)<sup>[9]</sup>, що відрізняє його від [злаякісної пухлини передміхурової залози](#).<sup>[12][13]</sup>

### Класифікація

---

Доброякісна гіперплазія передміхурової залози класифікується за морфологічною формою, конфігурацією, напрямком росту пухлини, розмірами та ступенем порушення скоротливої здатності сечового міхура.

За морфологією гіперплазія передміхурової залози поділяється за співвідношенням у її структурі епітеліальних, сполучнотканинних та м'язових елементів на залозисту, міоматозну, фіброзну та змішану форми захворювання.

За конфігурацією доброякісна гіперплазія передміхурової залози поділяється на аденому однієї середньої долі, двобічну (з двох бокових долей), із трьох долей, а також гроноподібну (складається із великої кількості дольок).

За напрямком росту доброякісна гіперплазія передміхурової залози поділяється на внутрішньоміхурну форму, коли аденома росте через [уретру](#) в порожнину [сечового міхура](#), спричинюючи деформацію його внутрішнього [сфінктера](#), наслідком чого є порушення сечовиділення; підміхурову форму, коли аденома росте в напрямку до [прямої кишки](#), чим спричинює порушення діяльності простатичної частини уретри, що сприяє накопиченню в сечовому міхурі великої кількості залишкової сечі, що в подальшому спричинює перерозтягнення сечового міхура; та ретротригональну форму, коли аденома розміщується під [сечоміхуровим трикутником](#), що спричинює перетискування [сечоводів](#) із їх подальшим розширенням, і подальшим погіршенням відтоку [сечі](#) із сечового міхура із формуванням [гіпертрофії](#) детрузора сечового міхура із подальшим формуванням [атонії](#) стінки сечового міхура.

За розмірами доброякісна гіперплазія передміхурової залози поділяється на малу (до 25 см<sup>3</sup>), середню (25—80 см<sup>3</sup>), велику (80—250 см<sup>3</sup>) і гігантську (більш ніж 250 см<sup>3</sup>).

За ступенем порушення скоротливої здатності сечового міхура доброякісна гіперплазія передміхурової залози поділяється на три стадії:

- I стадія. Компенсована стадія, яка характеризується мінімальними об'єктивними проявами хвороби, сечовий міхур спорожнюється повністю, відсутні симптоми порушення функції верхніх відділів сечовивідних шляхів.
- II стадія. Стадія субкомпенсації, при якій спостерігається виявлення залишкової [сечі](#) в сечовому міхурі (початково до 100 мл, пізніше більше), поступово розвивається міхурово-сечоводний рефлюкс та дилатація верхніх відділів сечовивідних шляхів, при подальшому обстеженні спостерігаються симптоми [пієлонефриту](#) та латентної стадії хронічної [ниркової недостатності](#).
- III стадія. Стадія декомпенсації, при якій спостерігається виникнення парадоксальної [ішурії](#) та посилення явищ [ниркової недостатності](#), у тому числі симптомами [анемії](#) та схудненням. <sup>[22][24]</sup>

### Клінічна симптоматика

---

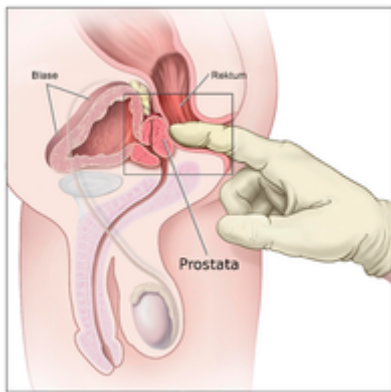
Клінічні симптоми доброякісної гіперплазії передміхурової залози різноманітні, більшість із них поділяються на обструктивні та іритативні. До обструктивних симптомів відносяться затруднення сечопуску, відчуття неповного спорожнення [сечового міхура](#), несвоєчасний початок [сечопуску](#), натужування під час сечопуску, послаблення та переривання струменя сечі. До іритативних симптомів відносяться почашений сечопуск, імперативний позив до сечопуску, симптоми імперативного [нетримання сечі](#) (відчуття неповного спорожнення сечового міхура і підтікання сечі відразу після сечовипускання). <sup>[16][25]</sup> Симптоми доброякісної гіпертрофії простати наростають поступово, та прогресують протягом кількох років у залежності від ступеню розвитку захворювання. <sup>[13][14][22]</sup>

Першими симптомами доброякісної гіперплазії передміхурової залози є незначні порушення сечопуску: затруднення і запізнення виділення струменю [сечі](#), в'ялий струмінь сечі, поява імперативних позивів до сечопуску, відчуття неповного спорожнення сечового міхура, а також збільшення частоти сечопуску в нічний час. <sup>[12][14][22]</sup> У наступній стадії захворювання хворі скаржаться на переривистий та багатофазний сечопуск, із фазами перерви навіть до кількох хвилин, для проведення повноцінного акту сечопуску хворі вимушені напружувати м'язи черевного пресу, сеча у зв'язку із затримкою в сечовому міхурі стає мутною, іноді із домішкою крові (унаслідок формування каменів у сечовому міхурі), спостерігається також нетримання сечі. У цей період у хворих може спостерігатися також гостра [затримка сечі](#) із необхідністю [катетеризації](#) сечового міхура, в них також з'являються ознаки супутнього [пієлонефриту](#) та перші ознаки [ниркової недостатності](#) — сухість і гіркота в роті, спрага, [поліурія](#). <sup>[14][22]</sup> У стадії декомпенсації у хворих іноді візуально можна побачити випинання

переповненого сечового міхура на передній черевній стінці. Хворі у цій стадії відчують періоди як денного, так і нічного самовільного виділення сечі по краплях, спостерігається також парадоксальна [ішурія](#) — поєднання затримки сечовиділення із її нетриманням. Одночасно у хворих наростають симптоми супутнього пієлонефриту та ниркової недостатності, у хворих постійно відчувається сухість і гіркома в роті, загальна слабкість, похудіння, з'являються явища [анемії](#). У хворих спостерігається запах сечі як від шкіри, так і у повітрі, яке вони видихають. При прогресуванні явищ ниркової недостатності та порушенні водно-електролітного балансу хворі помирають від наростання явищ [уремії](#).<sup>[14][22]</sup>

## Діагностика

---



Пальцеве ректальне дослідження простати

Діагностика доброякісної гіперплазії передміхурової залози розпочинається вже від правильного збору [анамнезу](#) захворювання та оцінки скарг хворого. Для цього часто застосовуються опитувальні листи анкетної форми, які зазвичай включають 7 запитань. Відповіді на ці запитання у балах дають лікарю попередню оцінку вираженості симптомів захворювання з точки зору самого хворого.<sup>[17][25]</sup> Важливим методом діагностики залишається пальцеве ректальне обстеження простати як найпростіший та найдоступніший, хоча й менш інформативний спосіб диференціальної діагностики ДГПЗ і [раку простати](#), який допомагає оцінити щільність залози, ступінь та напрям її збільшення, виявити її болючість та оцінити рухливість прилеглих органів.<sup>[16][17]</sup> Для обстеження застосовуються також [загальний аналіз крові](#) та [загальний аналіз сечі](#), [біохімічний аналіз крові](#) з обов'язковим визначенням рівня [креатиніну](#) і [сечовини](#) крові.<sup>[10][22]</sup> Важливе місце займає також визначення [простат-специфічного антигена](#), який зазвичай підвищується при наявності гіперплазії передміхурової залози, проте також підвищується і при раку простати.<sup>[16][17]</sup> Серед інших способів діагностики гіперплазії передміхурової залози застосовуються [ультразвукове обстеження](#) передміхурової залози (у тому числі [трансректальне](#)), уродинамічне обстеження (визначення швидкості потоку сечі, часу сечопуску), [рентгенологічне](#) обстеження органів сечостатевої системи (у тому числі із застосуванням [рентгенконтрастних препаратів](#), а за необхідності й застосування [комп'ютерної томографії](#)). За неможливості встановлення діагнозу стандартними методами застосовуються також [ендоскопічні](#) методи

([цистоскопія](#), [уретроскопія](#)), а також застосовується [біопсія](#) тканини простати.<sup>[14][16]</sup>

## Лікування

---

У лікуванні хворих доброякісною гіперплазією передміхурової залози застосовуються медикаментозне та оперативне лікування.

У медикаментозному лікуванні доброякісної гіперплазії простати застосовуються препарати групи [альфа-адреноблокаторів](#). Вони поділяються на неселективні (діють як на [гладенькі м'язи](#) простати і [сечового міхура](#)), так і на адренорецептори в [серцево-судинній системі](#) та інших системах організму, та селективні, які діють виключно на адренорецептори сечовидільних шляхів. До перших відносяться [празозин](#), [доксазозин](#) і [теразозин](#); до селективних препаратів відносяться [альфузозин](#) і [тамсулозин](#).<sup>[14][16]</sup> У лікуванні доброякісної гіпертрофії передміхурової залози застосовуються також [інгібітори 5-альфа-редуктази](#). До синтетичних препаратів цієї групи відноситься [фінастерид](#) і [дугастерид](#).<sup>[8][23]</sup> Природними препаратами групи інгібіторів 5-альфа-редуктази є екстракт із пальми [Сереноа](#) та екстракт кори [африканської сливи](#).<sup>[14][15][25]</sup> У медикаментозному лікуванні гіперплазії передміхурової залози застосовуються також блокатори [М-холінорецепторів](#), зокрема [оксибутинін](#), [толтеродин](#) і [соліфенацин](#)<sup>[16]</sup>; а також інгібітори [фосфолієстерази](#) 5 типу (по типу [силденафіла](#)).<sup>[21]</sup>

Найрозповсюдженішим способом оперативного лікування доброякісної гіперплазії передміхурової залози є [трансуретральна резекція передміхурової залози](#). Операція виконується шляхом введення через уретру до простати спеціального інструмента (резектоскопа), після чого за допомогою спеціальної петлі проводиться електрична резекція тканини простати, яка пізніше вимивається через сечовий міхур.<sup>[8]</sup> Для лікування запущених випадків аденоми простати застосовується трансвезикальна аденектомія, яка виконується розрізом через сечовий міхур, при якій видаляється уся тканина передміхурової залози.<sup>[16][22]</sup> Іноді простатектомія виконується розрізом із [прямої кишки](#).<sup>[16][23]</sup> Також за необхідності в запущеній стадії захворювання можуть проводитись [паліативні](#) операції: [кріодеструкція](#) передміхурової залози, епіцистостомія та [троакарна](#) цистостомія, які застосовуються для швидкого налагодження відтоку сечі.<sup>[14][16]</sup> Іншими методами лікування доброякісної гіперплазії передміхурової залози є установка простатичного [стента](#) в місці звуження сечовидільного каналу, балонна дилатація простати, ультразвукова та гольчата абляція тканини простати.<sup>[22]</sup> Новітнім методом лікування доброякісної гіперплазії простати є [емболізація артерій](#) простати шляхом введення до артерій простати спеціального препарату, який перекриває просвіт судини, що призводить до втрати живлення тканини простати. та її зменшення.<sup>[26]</sup>

## **Гіперплазія передміхурової залози**

Таке захворювання як гіперплазія передміхурової залози відноситься до пухлини доброякісного характеру. Часто її так і називають: ДГПЗ або, просто, аденома. Ці два поняття позначають те саме і виражаються в розростанні та утворенні вузликів у периуретральному відділі простати, які, згодом, ведуть до обструкції сечовивідних шляхів.

Гіперплазія передміхурової залози займає, мабуть, перше місце за поширеністю у чоловіків вікової категорії після 50 років. Досить сказати, що половина 50-ти літніх чоловіків страждають на цю недугу. А в 80-річній віковій категорії гіперплазія передміхурової залози вражає до 90% чоловіків.

Донедавна лікування гіперплазії передміхурової залози було лише оперативним, проте, зараз ми дедалі більше застосовуємо медикаментозні, нехірургічні методи.

## **Причини виникнення гіперплазії передміхурової залози**

Основною причиною розвитку гіперплазії передміхурової залози є вікові гормональні зміни в організмі чоловіків. Чим старший чоловік, тим більше порушується метаболізм тестостерону (чоловічий статевий гормон) і тим більше збільшується рівень вмісту в крові естрогенів (жіночих статевих гормонів). Також важливе значення має активність цих гормонів у простаті.

Гіперплазія передміхурової залози саме розвивається, а чи не з'являється. Це процес накопичення, який може тривати не один десяток років. Спочатку з'являються мікроскопічні вузлики, які дуже повільно збільшуються до більших розмірів, і тільки тоді починають проявлятися симптоми. На ранніх стадіях гіперплазію передміхурової залози можна виявити лише шляхом УЗД простати. Причому чим раніше виявити хворобу, тим лікування матиме більш сприятливий прогноз.

Досить рідко гіперплазія передміхурової залози протікає поодиноці. Набагато частіше, поряд з нею, виникають ускладнення, такі як цистит, сечокам'яна хвороба, гематурія, простатит, що вже обумовлюється, пієлонефрит, орхоепідіміт, гідронефроз, ХНН, уретрит, хронічна затримка сечі і так далі.

## **Симптоми гіперплазії передміхурової залози**

- Перша стадія (I).  
Чоловік скаржиться на слабкий струмінь під час сечовипускання. Сам процес сечовипускання утруднений, але при цьому відзначається почуття сильного позиву до сечовипускання, особливо в нічний час.

- Друга стадія (II).  
Струміннь сечі стає зовсім млява, тонка, після процесу сечовипускання з'являється почуття незакінченого акту сечовипускання, ніби хочеться ще, а сечі немає. Це відбувається внаслідок того, що сечовий міхур через гіперплазію передміхурової залози не може випорожнитися повністю, що веде до гострої затримки сечі і як наслідок порушення ниркової функції.
- Третя стадія (III).  
Це найскладніший ступінь гіперплазії передміхурової залози. Розвивається парадоксальна ішурія, тобто, при наповненому сечовому міхурі немає жодних позивів до сечовипускання через відсутність м'язового тону. При цьому сечовивідні канали розширюються, а сеча починає капати з уретри.

### **Лікування гіперплазії передміхурової залози у Запоріжжі**

Зрозуміло, що найкраще розпочати лікування гіперплазії передміхурової залози на ранніх стадіях. Для цього слід чоловікам із групи ризику, а саме тим, кому виповнилося 50 років і вище, проходити раз на рік профілактичний огляд з метою раннього виявлення та початку своєчасного лікування гіперплазії передміхурової залози.

Донедавна лікувальна тактика щодо аденоми передміхурової залози була загальноприйнятою: оперативною, особливо на 2 та 3 стадіях. Останні 20 років шляхом активного вивчення причин та механізмів розвитку, клінічного перебігу ДГПЗ відбувається широке впровадження медикаментозних (неоперативних) способів лікування. Це вже кілька поколінь препаратів, що блокують процес розвитку (гіперплазії) аденоми простати, що полегшують акт сечовипускання та рослинного походження, які при адекватному застосуванні дають тимчасовий чи стійкий позитивний результат.

Практикуючий уролог Горбатий Н.А добре знайомий з різними методами діагностики та лікування гіперплазії передміхурової залози, тому вибір тактики ведення у конкретній клінічній ситуації у нас є оптимальним.

У нашій практиці вибір методу лікування для кожного пацієнта передбачає всебічне осмислення аспектів захворювання та оптимізацію балансу між терапевтичним ефектом та можливими ускладненнями чи протипоказаннями того чи іншого методу.

Ми рекомендуємо оперативне лікування хворим, прогноз лікування яких, за даними лабораторно-інструментального обстеження, не дозволяє очікувати достатнього клінічного ефекту від застосування консервативних методів або якщо вже проведена терапія не дає необхідного результату. В інших випадках як перший етап можлива консервативна терапія, вид і характер якої

визначаємо за результатами детального урологічного обстеження.

При виборі методу лікування ми керуємося віком пацієнта, його загальним соматичним станом, статевою функцією та зацікавленістю хворого у її збереженні. Наприклад, чоловікам 40-60 років із збереженою статевою функцією та хворим старше 80 років із важкими супутніми захворюваннями, доцільно призначаємо медикаментозну терапію.

## Простатит

---

**Простатит** (лат. *prostatitis*; анат. *prostate*- передміхурова залоза + *-itis*- запалення) — [запалення передміхурової залози](#) (простати).

**Передміхурова залоза** — це суто чоловічий орган, внаслідок чого простатит може розвинутися тільки у чоловіків. У жінок у дистальній третині [сечовипускного каналу](#) (уретри) існують [залози Скіна](#) (Skene's glands) — аналоги простати, запалення яких може спричинити розвиток клінічних ознак, схожих з проявами простатиту.<sup>[6]</sup> Простатит є досить поширеним [захворюванням](#) і в [США](#) становить 8 % від усіх [урологічних захворювань](#) і 1 % від причин первинного звернення до лікаря<sup>[7]</sup>.

## Класифікація

---

Відповідно до критеріїв Американського Національного Інституту Охорони здоров'я ([NIH USA](#)) від [1995](#) розрізняють чотири категорії простатиту:

1. [Гострий \(бактеріальний\) простатит](#);
2. Хронічний бактеріальний простатит;
3. [Хронічний небактерійний простатит / синдром хронічного тазового болю \(CP / CPPS\)](#);
  - o Запальний хронічний тазовий больовий синдром (в секреті простати, сечі і [еякуляті](#) визначають [лейкоцити](#));
  - o Незапальний хронічний тазовий больовий синдром, при якому ознаки запалення відсутні;
4. Асимптоматичний хронічний простатит.

## Хронічний бактеріальний

---

Факторами, що призводять до хронічного простатиту, є:

- Хронічне переохолодження.
- Несвоєчасне випорожнення сечового міхура.
- Тривалі періоди стриманості, точніше нерегулярність статевого життя.
- Малорухливий спосіб життя.
- Супутні захворювання [сечостатевої системи](#) ([пієлонефрит](#)).
- Шкідливі звички ([куріння](#), [алкоголізм](#)).

- Хронічні запальні захворювання організму (наприклад, хронічний бронхіт) і хронічні осередки інфекції у вашому організмі (наприклад, тонзиліт, не вилікувані каріозні зуби).
- Перенесені венеричні і урологічні захворювання (гонорея, уретрит).

### **Клінічні ознаки**

Найчастіше захворювання перебігає безсимптомно або зі стертою клінічною картиною поза загостренням. Під час загострення з'являється біль в низу живота або мошонці, промежини, виникає порушення сечовипускання. Хронічний простатит може спричиняти часті [рецидиви циститу](#) (запалення [сечового міхура](#)), оскільки вогнище запалення в передміхуровій залозі служить резервуаром мікробів для зараження сечостатевого тракту.

Часто простатит розвивається як ускладнення хронічного інфекційного захворювання, що передається статевим шляхом — хламідіозу, трихомоніазу, уреаплазмозу тощо. У цьому випадку впродовж захворювання можуть відзначати лише дуже незначні зміни — неприємні відчуття при сечовипусканні стають трохи сильнішими, до них приєднуються незначний біль в промежині, виділення з сечовипускального каналу при дефекації. Зміни і без того не занадто яскравої клінічної картини захворювання можуть бути такі несуттєві, що хворі зовсім не звертають на них ніякої уваги.

Через деякий час захворювання на простатит, зазвичай, у чоловіка з'являються проблеми з [ерекцією](#). Це пов'язано із залученням до запального процесу нервів, відповідальних за еректильну функцію, які проходять через передміхурову залозу. Хронічний простатит дуже негативно позначається на загальному самопочутті чоловіка, роблячи його вкрай дратівливим та незадоволеним власним самопочуттям. Часто це проявляється настільки яскраво, що лікарі говорять, що для успішного лікування простатиту треба бути не лише хорошим урологом, але і психологом.

### **Діагностика**

Оскільки здебільшого хронічний простатит перебігає безсимптомно, то основним методом його діагностики є визначення мікроорганізмів у тканинах передміхурової залози. Для виявлення бактерій висівають невелику кількість [сечі](#) або виділень з простати на [поживне середовище](#). Крім того, проводять [мікроскопію](#) секрету передміхурової залози. Одним з критеріїв [діагнозу](#) є підвищення кількості лейкоцитів у секреті більше ніж 10 в полі зору. У деяких випадках спостерігають підвищення специфічного антигену простати (Prostate specific antigen- [PSA](#)).

### **Лікування**

У лікуванні хронічного бактеріального простатиту застосовують тривалі курси антибактеріальної терапії (4-8 тижнів). При призначенні антибактеріальних препаратів слід брати до уваги, що деякі препарати ([β-лактами](#) і [нітрофурантоїн](#)) не проникають в тканини простати, є

неефективними. Найчастіше використовують такі препарати з групи [фторхінолонів](#) — [ципрофлоксацин](#), [левофлоксацин](#), [моксифлоксацин](#); [макролідів](#) — [klarитроміцин](#), [рокситроміцин](#) тощо.

У деяких випадках за формування на тлі простатиту [доброякісної гіперплазії передміхурової залози](#) з розвитком артеріальної гіпертензії паралельно з антибактеріальними препаратами призначають [альфа-адреноблокатори](#) ([доксазозин](#) тощо), що є селективними антагоністами постсинаптичних  $\alpha 1$ -адренорецепторів, впливають на адренергічні рецептори простати і тканин простати, за рахунок селективної блокади  $\alpha 1$ -адренорецепторів, розташованих у м'язовій тканині та капсулі передміхурової залози, а також у шийці сечового міхура покращує уродинаміку, зменшує системний артеріальний тиск тощо<sup>[8]</sup>.

### **Рак простати: симптоми, лікування та рекомендації для пацієнтів**

Рак передміхурової залози є однією з найчастіших причин смерті від онкології серед чоловічого населення, одразу після раку легені та раку шлунка.

У світі щорічно діагностується 1.6 мільйона випадків раку передміхурової залози.

[Рак простати](#) є другою за значимістю причиною раку в чоловіків у всьому світі. У 1 з 8 чоловіків у якийсь момент життя буде діагностовано рак простати. Захворюваність на рак простати збільшується з віком.

Хоча діагноз діагностується тільки в 1 із 456 чоловіків віком до 50 років, цей показник зростає

- до 1 з 54 у віці від 50 до 59 років
- до 1 з 19 у віці від 60 до 69 років
- до 1 з 11 серед чоловіків 70 років і старше.

Близько 60% усіх випадків раку простати діагностують у чоловіків, старших за 65 років.

**Простата** – це залоза розміром із волоський горіх, що розташована позаду основи статевого члена, перед прямою кишкою та під сечовим міхуром. Він оточує уретру – трубчастий канал, по якому сеча і сперма проходять через статевий член.

Основна функція простати – вироблення сім'яної рідини, рідини в спермі, яка захищає, підтримує і допомагає транспортувати сперму.

Анатомія простати

Простата може бути пропальпована через стінку прямої кишки при пальцевому ректальному дослідженні. Крізь неї проходить сечовипускальний канал і дві сім'явидні протоки.

### **Можливі області метастазування за раку простати**

Однак трапляються і високозлоякісні форми пухлин простати, які схильні до швидкого розповсюдження в навколишні тканини (інвазивний ріст) та інші органи (метастазування). Навіть коли рак простати поширився на інші частини тіла, його часто можна контролювати за допомогою лікування протягом тривалого часу. Таким чином, люди з раком простати і навіть із запущеним раком простати можуть жити з гарною якістю життя протягом багатьох років.

### **Форми раку простати**

Найпоширеніша форма раку, що виявляється при раку простати, називається аденокарциномою.

Інші, менш поширені гістологічні типи, включають нейроендокринний рак простати і дрібноклітинний рак простати. Ці варіанти, як правило, агресивніші, виробляють набагато менше простатспецифічного антигену (ПСА) і раніше поширюються за межі простати.

### **Фактори ризику розвитку раку простати**

Фактори, які можуть збільшити ризик розвитку раку простати, включають:

- **Літній вік.** Ризик раку простати збільшується з віком. Найчастіше рак простати виникає після 50 років.
- **Расова схильність.** Чорношкірі люди мають більший ризик раку простати, ніж люди інших рас. У чорношкірих рак простати також з більшою ймовірністю буде агресивним або запущеним.
- **Випадки раку простати в родині.** Якщо у кровного родича, наприклад, батька, брата, сестри або дитини, діагностовано рак простати, ризик може збільшитися.
- **Ожиріння і метаболічний синдром.** Люди, які страждають на ожиріння, можуть мати вищий ризик розвитку раку простати порівняно з людьми, які мають здорову вагу, хоча дослідження дали неоднозначні результати. У людей з ожирінням рак, найімовірніше, буде агресивнішим і з більшою ймовірністю рецидивує після початкового лікування.

## Ускладнення раку простати

Ускладнення раку простати та його методи лікування включають:

- **Рак, який поширюється (метастазує).** Рак простати може поширитися на прилеглі органи, такі як сечовий міхур, або поширитися через кровообіг чи лімфатичну систему на кістки або інші органи.
- **Нетримання сечі.** І рак простати, і його лікування можуть спричинити нетримання сечі. Лікування нетримання залежить від його типу, ступеня його тяжкості та ймовірності поліпшення з часом.
- **Еректильна дисфункція.** Еректильна дисфункція може виникнути внаслідок раку простати або його лікування, включно з хірургічним втручанням, променевою та гормональною терапією.

Простатспецифічний антиген (ПСА) і скринінг раку простати

**Простатспецифічний антиген** являє собою білок, що виробляється простатою і виявляється переважно в спермі, при цьому дуже невеликі кількості потрапляють у кровотік. Коли виникає проблема з простатою, наприклад, розвиток і зростання раку простати, виділяється більше ПСА.

Рівень ПСА вимірюється за допомогою аналізу крові. Хоча не існує такого поняття, як “нормальний ПСА” для будь-якої людини в будь-якому віці, рівень ПСА, що перевищує нормальний, може бути виявлено у людей з раком простати.

Тест ПСА є провідним методом скринінгу раку простати. Скринінг ПСА може допомогти виявити захворювання на ранній стадії, коли лікування може бути більш ефективним і потенційно мати менше побічних ефектів. Тест ПСА може проводитися разом із пальцевим ректальним дослідженням, під час якого лікар вводить палець у рукавичці в пряму кишку, щоб оглянути простату на предмет порушень.

### Як проводиться тест на ПСА

Під час тесту на ПСА з руки береться невелика кількість крові і вимірюється рівень ПСА, білка, що виробляється простатою.

Вищий рівень ПСА означає, що у пацієнта більше шансів захворіти на рак простати. Однак тепер вважається, що високий рівень ПСА не обов'язково означає, що у чоловіка рак простати. У деяких (рідкісних) випадках рак може бути присутнім навіть за нижчого рівня ПСА. Під час комплексної оцінки

результатів тесту на ПСА лікар враховуватиме кілька чинників, наприклад вік пацієнта (ПСА підвищується з віком). Якщо пацієнт провів кілька тестів на ПСА, лікар оцінить тенденцію і швидкість підвищення рівня ПСА з плином часу.

### **Оцінка рівня PSA також повинна враховувати:**

- **Розмір простати.** Чоловік із простатою більшого розміру може мати вищий нормальний рівень ПСА.
- **Простатит.** Простатит – захворювання, часто спричинене бактеріальною інфекцією, за якого простата запалюється, набрякає і стає болючою. Простатит може стати причиною високого рівня ПСА.
- **Доброякісна гіперплазія передміхурової залози (ДГПЗ):** ДГПЗ – це збільшена простата. Це може утруднити сечовипускання або еякуляцію і, поряд з набряком, викликати підвищення рівня ПСА.
- **Інфекція або подразнення сечовивідних шляхів.** Інфекція сечовивідних шляхів, а також подразнення, спричинене медичними процедурами, можуть подразнювати простату і спричиняти підвищене вироблення ПСА.
- **Стимуляція простати.** Сексуальна активність, пальцеве ректальне дослідження або навіть тривала поїздка на велосипеді можуть викликати тимчасове підвищення ПСА.
- **Ліки.** Деякі ліки можуть знизити рівень ПСА.

### **Що робити за високого рівня ПСА**

Якщо рівень ПСА підвищений лише незначно, лікар може порекомендувати повторити тест через кілька тижнів. Крім того, інші типи тестів можуть допомогти прийняти рішення про необхідність біопсії, зокрема:

- **Пальцеве ректальне дослідження.**
- **Тест на вільний ПСА** (вимірює ПСА, не пов'язаний з білками в крові; <10% вільного ПСА вказує на більший ризик розвитку раку; 10-20% – прикордонний рівень).
- **Швидкість зміни PSA,** або швидкість зростання з плином часу (більш швидке збільшення означає більший ризик)
- **Щільність ПСА або розрахунок ПСА на об'єм простати** (вища щільність означає більший ризик)

- **Маркери крові на основі ПСА** (наприклад, індекс здоров'я простати)
- Магнітно-резонансна томографія (МРТ) простати

**Починаючи приблизно з 45 років** усі чоловіки повинні проходити скринінг на рак простати. Рутинний скринінг починається з аналізу крові на ПСА і може також включати ректальне дослідження.

### **Симптоми раку простати**

Перші симптоми захворювання з'являються при вираженому місцевому або системному поширенні захворювання. У міру збільшення розмірів пухлини відбувається здавлення сечовипускального каналу, що призводить до утруднення сечовипускання і затримки сечі.

### **Симптоми й ознаки раку простати можуть включати:**

- Часте сечовипускання
- Слабкий або переривчастий потік сечі або необхідність напружитися, щоб спорожнити сечовий міхур.
- Позиви до частого сечовипускання ночами.
- Кров у сечі
- Початок еректильної дисфункції
- Біль або печіння під час сечовипускання
- Дискомфорт або біль під час сидіння, спричинені збільшенням простати.

Інші неракові стани простати, такі як доброякісна гіпертрофія передміхурової залози (ДГПЗ) або збільшення простати, можуть спричиняти аналогічні симптоми. Або причиною симптому чи ознаки може бути інше захворювання, також не пов'язане з раком. Сечові симптоми також можуть бути спричинені інфекцією сечового міхура або іншими захворюваннями.

Якщо рак поширився за межі передміхурової залози, симптоми й ознаки можуть включати:

- Біль у спині, стегнах, плечах або інших кістках.
- набряки ніг і ступень
- незрозуміла втрата ваги
- втома
- зміна звичок кишечника

## Стадії раку простати

Крім цього, можливе поширення метастазів пухлини передміхурової залози по організму з появою вогнищ у лімфатичних вузлах, кістках, легенях, печінці та інших органах.

Найчастішою локалізацією метастатичних вогнищ при РПЗ є кістки. Кісткові метастази можуть спричиняти біль, розвиток патологічних переломів, здавлення спинного мозку з паралічами і парезами, появу прощупуваної пухлини.

## Метастази в кістках за метастатичного раку простати

**Діагностика раку простати** Якщо під час скринінгу раку простати виявляються відхилення від норми, ваш лікар онколог може порекомендувати додаткові дослідження, такі як:

- **Ультразвукове дослідження.**
- **Магнітно-резонансна томографія (МРТ)**

У деяких ситуаціях може знадобитися МРТ простати, щоб отримати більш детальну картину. Зображення МРТ можуть допомогти вашому лікарю спланувати процедуру видалення зразків тканини простати.

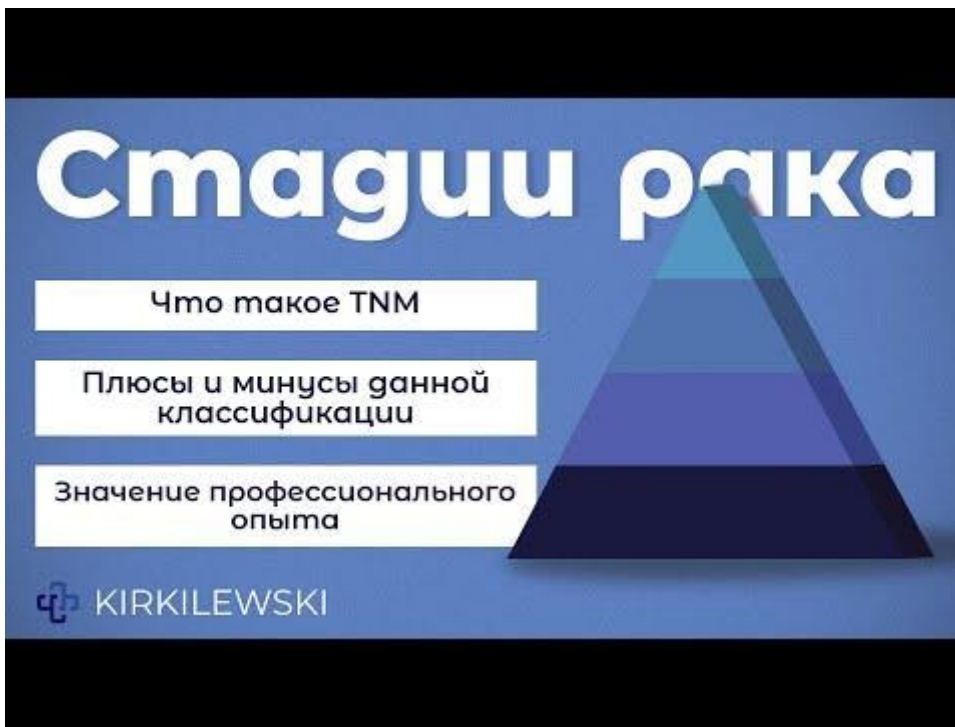
- **Біопсія простати**

Біопсія простати часто проводиться за допомогою тонкої голки, яку вводять у простату для збору тканини. Зразок тканини аналізується в лабораторії, щоб визначити наявність ракових клітин.

## Стадії раку простати

Хворим на рак передміхурової залози часто вказують стадію захворювання.

Стадіювання – це спосіб опису місця і локалізації раку, чи поширився він, і чи вражає він інші частини тіла. Знання стадії допомагає вирішити, який план лікування буде найефективнішим і може допомогти передбачити прогноз подальшого розвитку раку.



**Стадії раку передміхурової залози такі:**

### Стадія I.

Рак на цій ранній стадії зазвичай повільно зростає. Пухлина не прощупується. Рак I стадії зазвичай складається з клітин, зовні схожих на здорові, і зачіпає не більше половини однієї з них.

- Рівень ПСА низький.

### Стадії IIА, IIВ і IIС.

Стадія II характеризує пухлину, яка занадто мала, щоб її можна було промацати або побачити під час візуалізації.

- На даній стадії рак не поширився за межі передміхурової залози, але клітини зазвичай менше схожі на здорові клітини і можуть мати підвищений ризик зростання і поширення.
- Рак ще не поширився на лімфатичні вузли або віддалені органи.
- Рівень ПСА середній або низький.

### Стадія IIIА, IIIВ і IIIС.

Рак поширився за межі зовнішнього шару передміхурової залози в прилеглі тканини.

- Можливе також поширення на насінневі пухирці – залози, що допомагають виробляти сперму, або на сечовий міхур чи пряму кишку.
- Рівень ПСА високий.

### Стадія IVA та IVB.

Ця стадія характеризує пухлину, що поширилася в інші частини тіла, наприклад у сечовий міхур або пряму кишку, кістки, печінку, легені або лімфатичні вузли.

- Вона також називається метастатичним раком передміхурової залози.
- Рівень ПСА високий.

## Стадії раку передміхурової залози

### Рак простати та шкала Глісона

#### Оцінка за шкалою Глісона для класифікації раку передміхурової залози і визначення агресивності раку простати

Раку передміхурової залози присвоюється оцінка, яка називається **балом Глісона**. Ця оцінка заснована на тому, наскільки рак схожий на здорову тканину під час розгляду під мікроскопом.

Менш агресивні пухлини зазвичай більше схожі на здорову тканину. Більш агресивні пухлини можуть поширюватися в інші частини тіл і вони менш схожі на здорову тканину.

Патологоанатом дивиться на те, як розташовані ракові клітини в простаті, і присвоює їм оцінку за шкалою від 3 до 5 балів у двох різних точках.

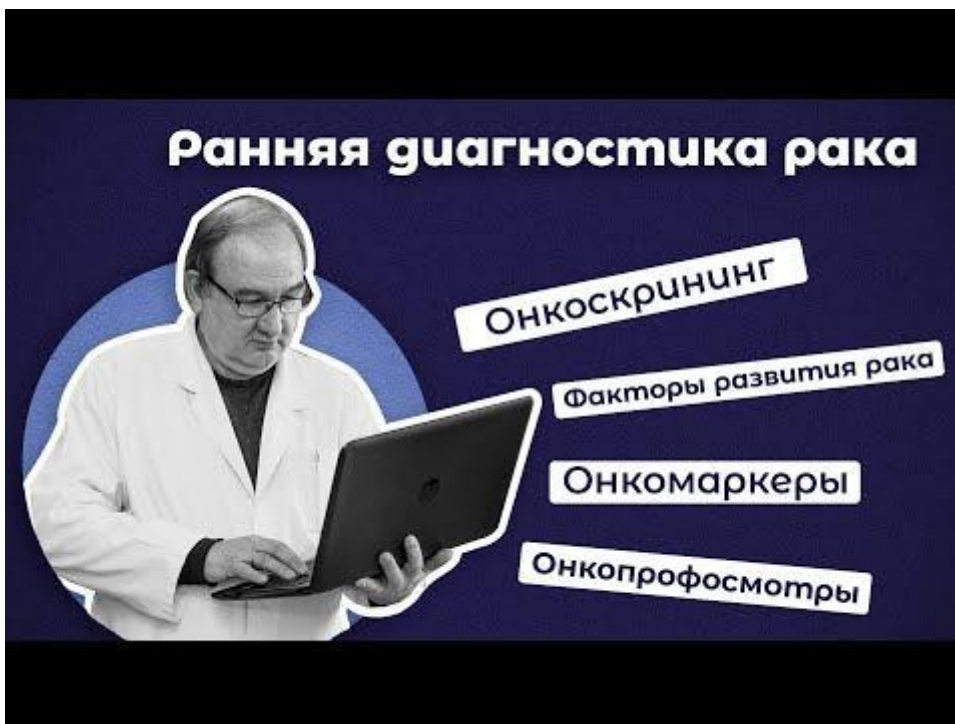
- Ракові клітини, зовні схожі на здорові клітини, отримують низький бал.
- Ракові клітини, які менше схожі на здорові або мають агресивніший вигляд, отримують вищий бал.

Для присвоєння цифр патологоанатом визначає основну картину росту клітин, тобто ділянку, де рак найбільш очевидний, і шукає іншу ділянку росту.

Потім лікар присвоює кожній ділянці оцінку від 3 до 5 балів. Отримані бали підсумовуються, і виходить загальна оцінка від 6 до 10 балів.

- Оцінка за шкалою Глісона, що дорівнює 5 або нижче, не використовується.
- **Оцінка за Глісоном – 6 балів**, що відповідає раку низького ступеня.
- **Оцінка за Глісоном 7 балів** – рак середнього ступеня,
- **Оцінка за Глісоном на 8, 9 або 10 балів** – рак високого ступеня.

Рак низького ступеня зростає повільніше і з меншою ймовірністю поширюється, ніж рак високого ступеня.



### Лікування раку передміхурової залози

Варіанти лікування та рекомендації залежать від кількох чинників: включно з:

- тип і стадію раку,
- можливі побічні ефекти,
- уподобання пацієнта
- загальний стан здоров'я.

Оскільки більшість випадків раку простати виявляються на ранніх стадіях, коли вони ростуть повільно, зазвичай не потрібно поспішати з ухваленням рішення про лікування. план лікування може також включати лікування симптомів і побічних ефектів, що є важливою частиною лікування раку.

## Активне спостереження

Якщо рак простати перебуває на ранній стадії, зростає повільно і лікування раку може спричинити більше проблем, ніж саме захворювання, лікар онколог може порекомендувати активне спостереження.

**Активне спостереження.** Лікування раку простати може серйозно вплинути на якість життя людини. Ці методи лікування можуть спричиняти побічні ефекти, такі як **еректильна дисфункція**, тобто нездатність досягти і підтримувати ерекцію статевого члена, і **нетримання**, коли потік сечі або функцію кишечника неможливо контролювати.

Крім того, багато видів раку простати ростуть повільно і не спричиняють жодних симптомів або проблем. Під час активного спостереження за раком уважно спостерігають на предмет ознак його погіршення. Якщо буде виявлено погіршення стану раку, почнеться лікування.

Активне спостереження зазвичай краще для пацієнтів із раком простати дуже низького і низького ризику, який можна лікувати хірургічним шляхом або променевою терапією, якщо з'являються ознаки погіршення.

Активне спостереження рекомендують для більшості пацієнтів із раком, який не поширився за межі простати, з **оцінкою Глісона 6 або нижче**.

Рекомендується такий графік тестування для активного спостереження:

- Аналіз ПСА кожні 3-6 місяців.
- Цифровий проктологічний огляд не рідше одного разу на рік.
- Повторна біопсія простати через 6-12 місяців, потім біопсія не рідше одного разу на 2-5 років.

Лікування слід розпочинати, якщо результати аналізів, проведених під час активного спостереження, показують ознаки того, що рак стає агресивнішим або поширюється, якщо рак спричиняє біль або якщо рак блокує сечовивідні шляхи.

## Пильне очікування.

**Пильне очікування** – це підхід, який може бути варіантом для людей похилого віку та людей з іншими серйозними або небезпечними для життя захворюваннями, які, як очікується, проживуть менше 5 років. При пильному очікуванні рутинні тести на ПСА, ректальне дослідження і біопсію зазвичай не проводять. Якщо рак простати спричиняє такі симптоми, як біль або обструкція сечовивідних шляхів, то може бути рекомендовано лікування для полегшення цих симптомів.

Пацієнти, які починають активне спостереження, а потім можуть у якийсь момент переключитися на пильне очікування, щоб

### **Локальні або місцеві методи лікування**

Локальні методи лікування спрямовані на усунення раку з певної, обмеженої ділянки тіла.

У разі раку передміхурової залози на ранній стадії місцеве лікування може повністю позбавити від раку. Якщо рак поширився за межі передміхурової залози, можуть знадобитися інші види лікування, звані системними

### **Варіанти хірургічного втручання включають:**

- Радикальна (відкрита) простатектомія.
- Радикальна простатектомія – це хірургічне видалення всієї передміхурової залози і насінневих бульбашок, а також можуть бути видалені лімфатичні вузли в ділянці малого таза. Ця операція пов'язана з ризиком виникнення сексуальних проблем.
- Нервозберігаючі операції, коли це можливо, підвищують ймовірність того, що пацієнт зможе зберегти свою сексуальну функцію після операції, адже унеможлиблюється хірургічне ушкодження нервів, що забезпечують ерекцію і оргазм.
- Роботизована або лапароскопічна простатектомія

Цей вид операції, як правило, набагато менш інвазивний, ніж радикальна простатектомія. Камера та інструменти вводяться через невеликі розрізи в черевній порожнині пацієнта в черевну порожнину.

Потім хірург скеровує роботизованими інструментами для видалення передміхурової залози і тканин, що її оточують.

Загалом роботизована простатектомія спричиняє меншу кровотечу та менший біль, проте побічні ефекти у статевій сфері та сечовипусканні можуть бути аналогічними

## **ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ**

1. Найчастіша злоякісна пухлина сечового міхура:

А. Аденокарцинома

- В. Плоскоклітинний рак
- С. Перехідноклітинний рак
- Д. Світлоклітинний рак
- Е. Тератома

2. Основний симптом раку сечового міхура:

- А. Дизурія
- В. Мікрогематурія
- С. Явища циститу
- Д. Біль у поперековій ділянці
- Е. Біль у промежині й над лобком
- Ф. Безболісна та інтермітуюча макрогематурія зі згустками

3. Найбільш достовірний метод діагностики раку сечового міхура:

- А. МРТ
- В. КТ
- С. Цистоскопія
- Д. Екскреторна урографія
- Е. УЗД

4. Хворий віком 48 років звернувся за медичною допомогою після того, як виявив появу в сечі домішку крові з продовгуватими згустками. На екскреторній урографії наявний дефект наповнення лівої ниркової миски за типом зміної пащі. Який попередній діагноз?

- A. Пухлина сечового міхура
- B. Пухлина миски лівої нирки
- C. Пухлина паренхіми лівої нирки
- D. Пухлина лівого сечовода
- E. Камінь лівої нирки

5. Оптимальний метод лікування хворих на рак сечового міхура з інвазією в м'язовий шар без віддалених метастазів:

- A. Радикальна цистектомія
- B. Трансуретральна резекція пухлин сечового міхура
- C. ПТ на ділянку сечового міхура
- D. Внутрішньоміхурова імунотерапія
- E. Резекція стінки сечового міхура з пухлинами

6. Яка тактика лікування при пухлинах ниркової миски?

- A. Резекція нирки з пухлиною
- B. Нефруретеректомія
- C. ПТ
- D. Системна хіміотерапія
- E. Імунотерапія

7. Яку лікувальну тактику слід застосовувати після трансуретральної резекції пухлин сечового міхура без м'язової інвазії для запобігання рецидиву захворювання?

- A. ПТ на ділянку сечового міхура
- B. Системну хіміотерапію
- C. Внутрішньоміхурову хіміотерапію

D. Внутрішньоміхурову імунотерапію

E. Динамічний нагляд

8. Стадія T2b при раку сечового міхура відповідає поширенню пухлини:

A. Лише на слизову оболонку

B. Поверхневій інвазії в м'язовий шар

C. Глибокій інвазії в м'язовий шар

D. Інвазії в паравезикальну жирову клітковину

E. Інвазії в передміхурову залозу

9. Хворий віком 62 роки поступив зі скаргами на гематурію з відходженням безформених згустків, що виникла спонтанно. Ваш попередній діагноз?

A. Пухлина нирки

B. Пухлина сечовода

C. Пухлина передміхурової залози

D. Пухлина сечового міхура

E. Пухлина ниркової миски

10. Хвора віком 51 рік поступила зі скаргами на гематурію з відходженням продовгуватих згустків. За даними УЗД виявлено лівобічний гідронефроз. Ваш попередній діагноз?

A. Пухлина лівої нирки

B. Пухлина лівої ниркової миски

C. Пухлина лівого сечовода

D. Пухлина сечового міхура

E. Пухлина матки

11. Хворий К. віком 72 роки поступив зі скаргами на помірно виражений біль у попереку справа, відчуття важкості у правому підребер'ї, загальну слабкість, виділення кров'янистої сечі із хробакоподібними згустками. Хворіє протягом останнього року. Тиждень тому виникла макрогематурія, гостра затримка сечі. При об'єктивному обстеженні пальпується збільшена права нирка у вигляді пухлиноподібного утвору. Який діагноз у хворого можна запідозрити?

- A. Сечокам'яна хвороба
- B. Пухлина правої нирки
- C. Пухлина сечового міхура
- D. РПЗ

12. Хворий В. віком 53 роки поступив зі скаргами на біль у лівій здухвинній кістці, незначний біль у попереку справа, гематурію, загальну слабкість. Хворіє протягом останнього року, коли вперше відчув біль у здухвинній кістці зліва. При об'єктивному обстеженні пальпується пулиноподібний утвір на крилі лівої здухвинної кістки, підвищення рівня лужної фосфатази. Який діагноз у хворого можна запідозрити?

- A. Саркома лівої здухвинної кістки
- B. Метастатичний нирково-клітинний рак
- C. Мієломна хвороба
- D. Туберкульоз кісток

13. Хвора Г. віком 60 років поступила зі скаргами на помірно виражений біль у попереку справа, загальну слабкість. Вважає себе хворою протягом 2 років, коли вперше при УЗД виявлено кісту правої нирки розміром 25 мм. При КТ 1 міс тому діагностовано пухлину нирки розмірами 45x47x44 мм, ознак метастазування не виявлено. Яка стадія захворювання у хворой?

- A. T1aNxM0
- B. T2aNxM0

C. T1вNхM0

D. T3aNхM0

14. Хворий К. віком 58 років поступив зі скаргами на біль у попереку зліва, виділення кров'янистої сечі із хробакоподібними згустками. Хворіє близько 2 міс, коли вперше помітив гематурію. При УЗД виявлено об'ємний утвір у середньому сегменті нирки. З якими захворюваннями слід диференціювати пухлину нирки?

A. Сечокам'яна хвороба

B. Кіста нирки

C. Пухлина ниркової миски

D. Полікавернозний туберкульоз

15. Хворий З. віком 65 років поступив зі скаргами на помірно виражений біль у попереку зліва, відчуття важкості в лівому підребер'ї, запаморочення, порушення зору, підвищення температури тіла. Хворіє близько 2 міс, коли вперше підвищилася температура тіла. За даними КТ діагностовано пухлину лівої нирки, метастатичне ураження легень. Який метод діагностики обов'язково слід провести додатково?

A. МРТ головного мозку

B. Сканування кісток скелета

- C. Екскреторну урографію
- D. Ангіографію судин нирок

16. Хворий Т. віком 61 рік поступив зі скаргами на загальну слабкість, варикозне розширення вен правого сім'яного канатика, незначний біль у попереку справа. Гематурію в анамнезі заперечує. При КТ діагностовано пухлину правої нирки, тромбоз нижньої порожнистої вени. Який метод дослідження слід провести для визначення рівня тромбозу?

- A. Ангіографію судин нирок
- B. Сканування кісток скелета
- C. УЗД судин нирок та порожнистої вени
- D. МРТ грудної та черевної порожнини

17. Хворий М. віком 58 років поступив із діагнозом пухлина лівої нирки розмірами 70x68 мм, метастатичне ураження лівої надниркової залози, лімфаденопатія вузлів воріт нирки. Який вид оперативного втручання є радикальним у цьому випадку?

- A. Нефректомія зліва
- B. Нефрадреналектомія зліва
- C. Резекція лівої нирки з пухлиною, адреналектомія зліва
- D. Радикальна нефректомія зліва

18. Хвора У. віком 55 років поступила зі скаргами на помірно виражений біль у попереку зліва. При КТ діагностовано пухлину нижнього полюса, по латеральному краю нирки розмірами 28x30x30 мм, ознак метастазування не виявлено. Який вид оперативного втручання оптимальний?

- A. Радикальна нефректомія
- B. Резекція нирки з пухлиною
- C. Лапароскопічна нефректомія
- D. Паліативна нефректомія

19. Хворий А. віком 55 років поступив із діагнозом пухлина лівої нирки, метастатичне ураження легень, паракавальна та парааортальна лімфаденопатія. Виконано операцію — паліативна нефрадреналектомія зліва, паракавальна та парааортальна лімфаденектомія. Гістологічно верифіковано папілярний тип нирково-клітинного раку. Яке наступне лікування хворому слід призначити?

- A. Хіміотерапія
- B. Інтерлейкін-2
- C. ПТ на ложе видаленої нирки
- D. Інгібітори ангіогенезу

20. Хворому Д. віком 69 років виконана операція — радикальна нефректомія справа з приводу світлоклітинного гіпернефроїдного раку розмірами 80x78 мм. У післяопераційний період отримав профілактичний курс імунотерапії протягом 3 міс. У контрольне обстеження, що включає лабораторне обстеження, має обов'язково входити?

- A. Рентгенографія органів грудної порожнини та УЗД органів черевної порожнини, заочеревинного простору
- B. Сканування кісток скелета
- C. КТ органів грудної, черевної порожнини із внутрішньовенним контрастуванням
- D. МРТ головного мозку