

**ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**  
**Кафедра урології та нефрології**

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА**  
практичного заняття для студентів

Тема заняття Рак передміхурової залози. Диференціальна діагностика новоутворень передміхурової залози.

Курс 4, факультет медичний

**Рівень вищої освіти:** другий (магістерський)

**Галузь знань:** 22 «Охорона здоров'я»

**Спеціальність:** 222 «Медицина»

**Освітньо-професійна програма:** Медицина

Затверджено  
на методичній нараді  
кафедри  
28. 08. 2023.  
Протокол № 1

Зав. кафедрою професор Костев Ф.І.

---

Одеса – 2023 р.

**Тема заняття:** Рак передміхурової залози. Диференціальна діагностика новоутворень передміхурової залози – 2 год.

**1. Актуальність теми:** В більшості випадків (85-90%) пухлини чоловічих статевих органів є злоякісними. Заданими ВООЗ, рак чоловічих статевих органів зустрічається в 3-4% серед всіх злоякісних новоутворень. У всьому світі за останні роки спостерігається збільшення захворюваності на цю патологію звертає на себе увагу запізнILE виявлення, що суттєво утруднює лікування хворих і погіршує прогноз. Пухлини ЧСО поширюються в Україні останнім часом, що пов'язано із погіршенням екологічної ситуації в країні, з зниженням рівня здоров'я населення, наслідками аварії на Чорнобильській АЕС. В зв'язку із високою злоякісністю пухлини ЧСО, збільшується роль радикального хірургічного лікування, яка в поєднанні із хіміотерапією, гормональним та променевим лікуванням, дозволяє продовжити та покращити життя хворих.

**2. Тривалість заняття:** \_\_2\_\_ (год.)

**3. Навчальна мета (конкретні цілі):**

**Студент повинен знати:**

1. Етіологію та патогенез доброякісної гіперплазії простати.
2. Класифікацію доброякісної гіперплазії простати за стадіями.
3. Симптоматологію доброякісної гіперплазії простати.
4. Клінічний перебіг доброякісної гіперплазії простати.
5. Діагностику доброякісної гіперплазії простати.
6. Диф. діагностику доброякісної гіперплазії простати.
7. Лікування доброякісної гіперплазії простати.
8. Анатомо-фізіологічні особливості передміхурової залози, сечового міхура.
9. Рентгенологічні, функціональні, інструментальні, лабораторні, ендоскопічні, морфологічні методи дослідження в діагностиці раку простати.
10. Знати застосування гормональних середників для лікування раку простати.
11. Основні симптоми раку простати.
12. Стадії раку простати.
13. Диф. діагностика раку простати з ДГП, раком сечового міхура, гострим і хронічним простатитом, туберкульозом простати, стриктурою уретри.
14. Лікувальна тактика при раку простати в різних стадіях.

**Студент повинен вміти:**

1. Виявити основні симптоми доброякісної гіперплазії простати.
2. Провести диф.діагностику доброякісної гіперплазії простати та раку простати між собою та з раком сеч.міхура, гострим і хронічним простатитом, туберкульозом простати, стриктурою уретри.
3. Діагностувати стадії доброякісної гіперплазії простати, сформулювати та обґрунтувати діагноз.
4. Визначити лікувальну тактику при доброякісній гіперплазії простати в різних стадіях.

**Засвоїти практичні навички**

- Вміти провести пальпацію простати.
- Провести катетеризацію сечового міхура еластичним катетером.

#### 4 Базові знання, вміння, навички, що необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція)

| Назви попередніх дисциплін  | Отримані навички  |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. Анатомія людини.</li><li>2. Гістологія.</li><li>3. Фізіологія.</li><li>4. Патологічна анатомія.</li><li>5. Патологічна фізіологія.</li><li>6. Променева діагностика.</li><li>7. Догляд за хворими.</li></ol> | <p>Знати будову та функції органів сечової системи, патологічну анатомію та фізіологію сечової системи, правила догляду за дітьми із захворюваннями органів сечової системи, правила медичної етики та деонтології. Оцінити зміни функціонування органів сечової системи, що свідчать про порушення стану дитини, проводити об'єктивне обстеження хворої дитини для виявлення симптомів та синдромів, що свідчать про ураження органів сечової системи та стан важкості дитини. Проводити підготовку дітей до інструментальних, функціональних та лабораторних методів дослідження органів сечової системи. Вміти проводити інтерпретації результатів додаткових радіологічних методів діагностики органів сечової системи, доглядати за дитиною із захворюваннями органів сечової системи.</p> |

#### 5 Поради студенту.

##### 5.1. Зміст теми:

##### Етіологія та патогенез:

Основна регуляція росту простати здійснюється через статеві гормони – чоловічі та жіночі. Андрогени є важливим активатором поділу клітин ПЗ – як ендотелію, так і стромальних. Доведено, що саме концентрація чоловічих статевих гормонів є найважливішим фактором появи пухлин простати. Нагадаємо, що 95% тестостерону виробляється в клітинах Лейдіга яєчок, інша частина – у наднирниках. Із циркулюючого тестостерону тільки 2-3% є вільним і здатен проходити в простатичні клітини та перетворюватись у дегідротестостерон, що у 2,5 рази більш активний. У цьому перетворенні полягає найважливіша ендокринна функція простати. Порушення різних ланок цього процесу є головними чинниками виникнення як РП, так і ДГП. Перетворення тестостерону відбувається під впливом ферменту 5альфа-редуктази, активність якого є одним з найважливіших факторів, який контролює процеси поділу клітин.

За сучасних уявлень щодо причин виникнення ДГП великого значення набувають стромально-епітеліальні співвідношення та фактори росту, які їх

регулюють. Вперше ще у 1925 р. Reischauer висловив припущення щодо розвитку ДГП із періуретральних фібромускулярних вузлів. Основою для подальшого розвитку цього напрямку досліджень стало відкриття у 1970 р. факту неможливості поділу клітин епітелію без присутності клітин строми. Було доведено, що андрогени не мають прямого мітогенного ефекту на епітелій. У 1976 р. вперше було виділено фактори росту (ФР) із тканини раку простати, дещо пізніше було доведено існування аналогічних речовин за ДГП, а також у нормальній простаті. Тоді же Lawson вперше припустив розвиток ДГП внаслідок стимуляції поділу фібробластів епітеліальним ФР.

Серед причин виникнення змін функції нижніх сечових шляхів у чоловіків виділяють кілька важливих моментів:

- Механічна обструкція міхурово-уретрального сегменту за рахунок анатомічного збільшення залози.
- Порушення скорочення гладких м'язів шийки міхура, причина якого чітко не встановлена, але збільшення тонуусу гладкого сфінктера має велику роль у порушенні відтоку сечі у чоловіків похилого віку.
- Порушення скорочення детрузора, про які вже говорилось вище.

### **Клініка**

Клінічні прояви захворювання достатньо добре відомі. Головними з них є різноманітні дизуричні розлади, які достатньо умовно поділяють на дві групи – симптоми обструкції та роздратування.

До симптомів обструкції належать послаблення та переривання струменя сечі, затримка початку сечовипускання, странгурія. До симптомів роздратування – полакіурія, ніктурія, імперативні поклики до сечовипускання.

Якщо порушення випорожнення сечового міхура триває значний час та достатньо виражено, то це призводить до вторинного ураження міхура та верхніх сечових шляхів. Типовою ознакою таких порушень є поява залишкової сечі, гідроуретеронефрозу, хронічного циститу та пієлонефриту. Клінічно хворі відзначають (крім виражених порушень випорожнення міхура) появу болю під час сечовипускання, тупі болі у попереку, підвищення температури тіла тощо.

За традиційною вітчизняною класифікацією саме активність дизуричних розладів береться до уваги при визначенні стадії ДГП. Для першої стадії характерними є незначні порушення сечовипускання. Для другої – поява залишкової сечі без значного ураження верхніх сечових шляхів. Для третьої характерним є виражені зміни з боку нирок та сечоводів, парадоксальна ішурія. За кордоном таку класифікацію не вживають.

### **Діагностика**

При першому звертанні хворих з ДГП у 25% можна обійтись тільки спостереженням, у 60-65% існують відносні показання до оперативного втручання і тільки у 10-15% хворих є абсолютні показання до оперативного втручання.

До первинного обстеження при ДГП, відповідно сучасним уявленням, необхідно включати:

Визначення активності дизуричної симптоматики, що є важливим фактором для вирішення тактики лікування. Для цього використовують спеціально розроблені тести, або системи оцінки дизуричних розладів. Найбільш розповсюджений з них - IPSS. Останній містить 8 запитань стосовно головних порушень сечовипускання (приміром, полакіурії, странгурії, ніктурії тощо), активність

яких оцінюється від 0 до 5 балів з подальшою сумациєю балів за усіма питаннями.

Пальцьове ректальне дослідження (ПРД) залишається важливим методом оцінки стану простати. Для ДГП характерним є щільно-еластична консистенція залози, її рівномірне збільшення з чітким відмежуванням від оточуючих тканин, неболючість, зглаженість серединного рівчака, рухливість стінки прямої кишки над простатою.

Уродинамічне обстеження дозволяє об'єктивно визначити ступінь порушення відтоку сечі з сечового міхура. Найпростіший метод - урофлоуметрія, яка визначає головні сумарні показники акту сечовипускання (середню та максимальну швидкості відтоку сечі, об'єм сечовипускання тощо). При нечітких даних необхідно проведення більш глибоких досліджень - цистотометрії, уретропрофілометрії, обстеження «тиск-потік».

УЗД дає інформацію про анатомічні особливості будови простати - ступінь збільшення, наявність ущільнень. Важливим також є визначення залишкової сечі, що характеризує ступінь декомпенсації функції детрузора.

Рентгенологічне обстеження визначає особливості будови та функціонування верхніх сечових шляхів, наявність їх розширення, зменшення функціональної здатності тощо. Ці зміни також характеризують ступінь порушення уродинаміки.

## **Лікування**

Натепер головними напрямками консервативного лікування ДГП з доведеною ефективністю є:

Альфа-адреноблокатори. Принцип їх використання при ДГП полягає у тому, що збільшення тонуусу сфінктера сечового міхура має велике значення у виникненні дизуричних розладів незалежно від величини простати. Клінічно доведено статистично вірогідний вплив їх на покращання дизуричної симптоматики та показників уродинаміки нижніх сечових шляхів у цього контингенту хворих.

Блокатори 5-а-редуктази зменшують активність відповідного ферменту, який відповідає за утворення дегідротестостерону.

Першим представником цієї групи став Finasteride (проскар). За тривалого використання препарату (не менше 6 міс) відзначається не тільки гальмування росту простати, а й її зменшення. Кількість операцій у хворих зменшилась на 34%, виникнення гострої затримки сечі - на 57%. Головними сторонніми ефектами цієї групи препаратів є імпотенція та зменшення лібідо - по 3-4%.

З нових напрямків лікування привертають до себе увагу рослинні препарати.

З оперативних методів головним є трансуретральна резекція простати. Ця операція є «золотим стандартом» для всіх трансуретральних операцій. Впровадження цього методу дозволило значно зменшити післяопераційну смертність (порівняно з класичною простатектомією) та кількість важких ускладнень (таких як кровотечі). Цей метод не показаний тільки при поєднанні з іншою патологією сечового міхура (приміром, камені, що не можна роздробити), а також при великих простатах (вага більше 80-100 г).

На сьогодні активно впроваджуються також інші методи трансуретральної терапії при ДГП. Серед них необхідно згадати TUMT - мікрохвильову терапію, TUNA - гілкова абляція простати, TUV - вапоризація простати, ILC - лазерна коагуляція простати, HIFU - ультразвук високої інтенсивності, VLAP - лазерна абляція простати тощо. Перевагою цих методів є

значно менша операційна травма, можливість використання у важких хворих. Недоліком їх є менша ефективність у порівнянні з ТУР та неможливість проведення за великої ДГП.

Відкрита простатектомія за кордоном використовується рідко (до 5-20% усіх оперативних втручань за ДГП). Показанням для її проведення є здебільшого простата великих розмірів (80-100 г), великі камені сечового міхура, неможливість проведення інструменту через уретру.

### **Рак простати (РП)**

може виникати у незмінній попередньо залозі, але у абсолютній більшості випадків – на тлі ДГП. У більшості випадків РП виникає одночасно у кількох місцях, частіше всього – у поверхневих шарах залози, що безпосередньо прилягають до її капсули. Інше місце частого виявлення початкових стадій РП – транзиторна зона. Типовим є виникнення ракового ураження одночасно у кількох місцях. Мультифокальні пухлини частіше усього розвиваються незалежно одна від другої, вони можуть мати не тільки різні стадії, гістологічні характеристики, швидкість росту, а і метастазувати різними шляхами та у різні органи.

Клініка. На ранніх стадіях захворювання перебігає без симптомів. У подальшому може проявлятися ознаками порушення функції нижніх сечових шляхів аналогічно ДГП. При виникненні метастазів (частіше усього у кістки таза та хребет) виникають болі у кістках. Симптоми загальної інтоксикації, характерні для хворих з новоутвореннями, виникають пізно, коли, як правило, вже є проростання пухлини в оточуючі органи та метастази. Тому можна з впевненістю стверджувати, що РП не має типової клінічної картини.

### **Діагностика**

У діагностиці раку простати використовуються кілька головних методів:

1. Визначення специфічних пухлинних маркерів (ПМ) - речовин, поява яких у крові по'язана з розвитком пухлини.

Першим ПМ для РП стало визначення кислій фосфатази – ферменту, рівень якого зростає при РП. Але надалі з'ясувалось, що цей фермент також зростає при багатьох інших захворюваннях – тобто має низьку специфічність. Його концентрація зростає при простатитах, після пальцевого ректального дослідження (ПРД), біопсії.

Значним якісним кроком вперед стало відкриття простатоспецифічного антигену (ПСА) у 1971 р. Нага. ПСА є специфічним глікопротеїдом, що виробляється тільки у простатичному епітелії. Більша частина ПСА (90%) є в комплексі з антихімотрипсином чи макроглобуліном, менша - вільна. Співвідношення вільний/весь ПСА більш інформативне - при цьому співвідношенні вище 0,18 у 94% є РП. Це є більш точним дослідженням, ніж біопсія: чим менше співвідношення вільний/весь ПСА, тим більше можливість РП.

Рівень ПСА залежить від стадії та розмірів. Натепер вважається необхідним визначення ПСА усім чоловікам, починаючи з 40-50 р.

2. Пальцеве ректальне дослідження (ПРД) залишається важливим методом діагностики РП. Типовими змінами при РП є несиметричне збільшення простати, наявність локальних ущільнень, неболючість простати, нечіткість її відмежування від оточуючих тканин. Можлива також спайність слизової прямої кишки з пухлиною.

3. Менше значення має УЗД. Його цінність збільшується при використанні з ПСА та біопсією. Доведено, що на відміну від інших пухлин, РП на УЗД може проявлятися як гіпер- так і гіпоехогенними змінами тканин.

4. Біопсія простати використовується при нечітких даних менш інвазивних методів дослідження. Сучасним варіантом біопсії є так звана секстантна біопсія під контролем УЗД, що дозволяє при підозрі на пухлину не пропустити новоутворення розмірами більше 1 см, чи прицільно попадати у підозрілі ділянки.

### Лікування

Чіткого рішення щодо оптимального варіанту лікування РП немає. Використовуються декілька головних методів, що мають приблизно однакову ефективність та відділені наслідки, хоча їх вибір залежить від стадії захворювання:

1. Естрогенотерапія. Вперше гормонозалежність РП була встановлена Huggins & Hodges ще у 1941 р. Автори дійшли до висновку про можливість використання естрогенів у терапії РП. Це стало переламним моментом у можливостях лікарів зберегти життя хворим з цією патологією. У 50-х роках на підставі широких порівняльних досліджень вперше було чітко показано переваги гормонотерапії РП.

Естрогени мають комбіновану дію на РП – вони прямо діють на епітелій простати, інактивують андрогени, зменшують продукцію гонадотропінів, пригнічують інтерстицій яєчок. Вони не впливають на тестостерон, що продукується у наднирниках.

Першим препаратом, що широко випробовувався, був дієтілстільбестрол. Показано, що у дозі 1-3 мг він значно продовжує тривалість життя хворих РП, особливо за наявності метастазів, знижуючи рівень тестостерону плазми до рівня кастрації. У подальшому доведено, що ізольована орхектомія, або у поєднанні з ципротероном, не має переваги над 1 мг дієтілстільбестролу. Крім того, відміна останнього після трирічного прийому не впливала на збільшення продукції тестостерону.

У той же час, відзначається ряд серйозних сторонніх ефектів: у хворих, що отримували естрогени, можливість смерті від судинних інцидентів була на 26-40% вище, ніж серед тих, хто їх не приймав. Факторами ризику для розвитку серцево-судинних ускладнень є вік більше 75 р., вага більше 75 кг, серцево-судинні захворювання в анамнезі, депресія ST-сегмента при стресі.

Іншим варіантом зниження рівня чоловічих статевих гормонів є хірургічна кастрація. Доведено вірогідний ефект її на тривалість життя хворих з РП, хоча головним її негативним моментом є практичне припинення сексуального життя як за рахунок імпотенції, так і за рахунок зменшення лібідо. Кастрація вважається «золотим стандартом» гормональної терапії, на який рівняються усі інші методи консервативного лікування.

Наступний етап у консервативному лікуванні РП почався з 1984 р., коли було показано можливість використання аналогів рилізінг-фактору лüteїнізуючого гормону. Препарати цієї групи мали приблизно таку ж ефективність, як і естрогени, але кардіоваскулярна токсичність була значно нижче.

Антиандрогени. Первинна гормонотерапія неефективна у 20% хворих на РП. Саме у таких хворих необхідно перш за все використання інших методів

консервативної терапії. Принцип дії антиандрогенів полягає у блокуванні андрогенних рецепторів у тканинах простати.

Важливою сторонньою дією антиандрогенів є розвиток гінекомастії. У молодих пацієнтів тривала антиандрогенна терапія не показана: виникає атрофія м'язів, остеопороз, зменшення лібідо, анемія, депресія.

Із сучасних препаратів цієї групи можна навести casodex (bicalutamide), що має найвищу афінність до андрогенних рецепторів, та еулексин (флютамід, anandron).

LHRH (аналоги лютетропного гормону), або медична кастрація. Стимулюють звільнення гонадотропінів, що надалі веде до зворотного ефекту – зменшення продукції чоловічих гормонів (приблизно з 21-го дня).

Побічні дії - приливи, втрата лібідо у багатьох, гінекомастія. Ефект за рахунок кастрації та блокування андрогенних рецепторів на клітинах пухлини. Впродовж першого тижня терапії відзначається «феномен спалаху» – симптоми РП підсилюються.

Найчастіше використовують goserelin (zoladex) та leuprolide, що вводяться п/ш раз на 28 днів. Вартість - близько \$400 за ін'єкцію (на Україні - близько \$150).

Подальшим розвитком сучасних напрямків консервативної терапії стало використання комбінованої андрогенної блокади – leuprorelin + flutamide.

4. Простатектомія виконується при обмеженому РП. Виконується трансвезикальним доступом, є однією з найбільш складних операцій в урології. При радикальній простатектомії одночасно проводиться видалення простати, сім'яних міхурців, шийки сечового міхура з проксимальним відділом уретри та оточуючою жировою клітковиною.

Головними ускладненнями операції є імпотенція та нетримання сечі.

При вчасно виконаній операції десятирічна виживаємість сягає 47-74% залежно від характеристики пухлини.

5. Рентгенотерапія використовується на 1-2 стадіях як варіант монотерапії раку простати, так і на більш пізніх стадіях з метою підготовки до операції, зменшення проростання в оточуючі тканини та метастазування.

Як варіант рентгенотерапії вживається опромінення пухлини за рахунок внутрішньоуретрального введення капсули з радіоактивним препаратом (так звана брахітерапія).

## **5.2. Теоретичні питання до заняття:**

1. Анатомо-фізіологічні особливості передміхурової залози, сечового міхура.
2. Вміти зібрати анамнез, провести фізичне обстеження.
3. Рентгенологічні, функціональні, інструментальні, лабораторні, ендоскопічні, морфологічні методи дослідження в діагностиці доброякісної гіперплазії простати.
4. Знати консервативні та оперативні методики лікування даної патології.
5. Класифікація доброякісної гіперплазії простати.
6. Основні симптоми доброякісної гіперплазії простати.



7. Диф. діагностика доброякісної гіперплазії простати і раку простати та пухлин простати з раком сечового міхура, гострим і хронічним простатитом, туберкульозом простати, стріктурою уретри.
8. Лікувальна тактика при доброякісній гіперплазії простати в різних стадіях.

### **5.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:**

Робота 1. Обґрунтувати та сформулювати клінічний діагноз.

Студент збирає скарги, анамнез захворювання і життя у хворого, проводить об'єктивне обстеження, виявляє основні клінічні ознаки доброякісної гіперплазії простати, складає діагностичну програму, формулює діагноз.

*Запитання, на які повинен відповісти студент.*

1. Які клінічні симптоми доброякісної гіперплазії простати?
2. Який об'єм досліджень потрібно провести хворим на доброякісну гіперплазію простати?
3. Які ускладнення доброякісної гіперплазії простати?

Робота 2. Провести диференціальний діагноз.

На основі скарг, анамнезу захворювання і життя, даних об'єктивного обстеження, лабораторних, рентгенологічних та УЗД досліджень, студент проводить диференціальний діагноз хворого з доброякісною гіперплазією простати.

*Запитання, на які повинен відповісти студент.*

1. З якими захворюваннями будете проводити диференціальний діагноз?
2. Яку тактику оберете в лікуванні хворого на доброякісну гіперплазію простати?

Робота 3. Обґрунтувати та сформулювати клінічний діагноз.

Студент збирає скарги, анамнез захворювання і життя у хворого, проводить об'єктивне обстеження, виявляє основні клінічні ознаки раку простати, складає діагностичну програму, формулює діагноз.

*Запитання, на які повинен відповісти студент.*

1. Які клінічні симптоми раку простати?
2. Який об'єм досліджень потрібно провести хворим на раку простати?
3. Які ускладнення раку простати?

Робота 4. Провести диференціальний діагноз.

На основі скарг, анамнезу захворювання і життя, даних об'єктивного обстеження, лабораторних, рентгенологічних та УЗД досліджень, студент проводить диференціальний діагноз хворого з ДГП, раком сечового міхура, туберкульозом простати.

*Запитання, на які повинен відповісти студент.*

1. З якими захворюваннями будете проводити диференціальний діагноз?
2. Які шляхи метастазування раку простати?
3. Який об'єм досліджень потрібно провести хворим на рак простати?
4. Яку тактику оберете в лікуванні хворого на рак простати?

### **5.4. Матеріали для самоконтролю:**

#### **А. Питання для самоконтролю:**

1. Який патогенез розвитку доброякісної гіперплазії простати?
2. Які теорії неогенезу при РП?
3. Які шляхи метастазування РП?
4. Які причини дизуричних розладів при ДГП?

5. Який патогенез порушення функції сечового міхура?
6. Що таке IPSS?
7. Які уродинамічні методи використовуються при ДГП?
8. Які методи рентгенодіагностики використовуються при пухлинах простати?
9. Яке значення та клінічне використання ПСА?
10. Які методи дифдіагностики РП та ДГП?
11. Які методи консервативної терапії ДГП?
12. Які показання та протипоказання до оперативного втручання?
13. Які види операцій при РП використовуються?
14. Які малоінвазивні операції використовуються при ДГП?
15. Яка тактика лікування РП у неоперабельних випадках?
16. Які принципи комбінованої терапії РП?

#### Б. Задачі для самоконтролю

1. Хворий К., 74 роки, надійшов у приймальне відділення зі скаргами на виділення сечі краплями без позиву на сечовипускання, спрагу, загальну слабкість. Об'єктивно: над лоном притуплення перкуторного звука, пальпаторно — болючість. Симптом Пастернацького сумнівний з обох боків. Простата розміром 6x6,5 см, туго-еластична, серединний рівчак згладжений. Попередній діагноз? Що потрібно виконати хворому з діагностичною та лікувальною метою? Лікувальна тактика?

*Відповідь.* Доброякісна гіперплазія простати. Потрібно поставити постійний катетер у сечовий міхур. Якщо дозволить стан хворого — виконати простатектомію.

2. У хворого М., 72 роки, який скаржився на часте, утруднене сечовипускання вдень, вночі 2-3 рази, виявлено 180 мл залишкової сечі, ректально простата 5x4 см, туго-еластична. Клінічний діагноз? Лікувальна тактика?

*Відповідь.* Доброякісна гіперплазія простати II ст. Хронічна затримка сечі. Аденоблокатори.

3. Хворий Ж., 70 років, надійшов в приймальне відділення зі скаргами на виділення сечі, забарвленої кров'ю, почащене сечовипускання, загальну слабкість. Об'єктивно: над лоном притуплення перкуторного звука, пальпаторно — болючість. Симптом Пастернацького сумнівний з обох боків. Простата 6x5 см, щільна, горбиста, слизова прямої кишки над нею малорухлива. Попередній діагноз? Що потрібно виконати хворому з діагностичною метою? Лікувальна тактика?

*Відповідь.* Рак простати, хронічна затримка сечі. Потрібно виконати пункцію простати для гістологічного підтвердження діагнозу. Встановлення утретрального катетеру.

2. Хворий М., 67 років, на протязі останніх трьох років звертав увагу на значне порушення відтоку сечі, особливо ввечері. В урологічне

відділення звернувся у зв'язку з гострою затримкою сечі. Назвіть найбільш вірогідну причину затримки сечі:

1. Камінець сечівника.
  2. Камінь сечового міхура.
  3. Гострий цистит.
  4. Гіперплазія передміхурової залози.
  5. Хронічний простатит.
3. Найбільш вірогідним показником доброякісної гіперплазії передміхурової залози при ректальному пальцевому дослідженні є :
1. Збільшений розмір із зонами затвердіння.
  2. Різкий біль при пальпації.
  3. Атрофічне зменшення залози.
  4. Збільшений розмір залози із гладеньким еластичним контуром.
  5. Асиметричне збільшення однієї частки залози.

4. Найбільш об'єктивним диференційно-діагностичним показником доброякісної гіперплазії передміхурової залози є:
1. Рентгенологічний показник.
  2. Ректальне пальцеве дослідження.
  3. УЗД залози.
  4. Аналіз соку залози.
  5. Гістологічне дослідження біопсійного матеріалу.

7. На прийом до лікаря – уролога звернувся хворий С., 68 років, із проханням призначити йому медикаментозне лікування гіперплазії передміхурової залози. Назвіть найбільш ефективний препарат для симптоматичного лікування хворого:

1. Антибіотик гентаміцин.
2. Спазмолітик но-шпа.
3. Аналгетик баралгін.
4. Адреноблокатор доксазозин.
5. Новокаїнова блокада за методом Лорін – Епштейна.

8. У хворого П., 66 років виникла гостра затримка сечі на фоні доброякісної гіперплазії передміхурової залози. Проведення катетера через уретру неможливо. Вкажіть метод оптимального відведення сечі:

1. Двобічна нефростомія.
2. Простатектомія.
3. Уретерокутанеостомія.
4. Уретеросигмостомія.
5. Троякарна епіцистостомія.

9. У хворого М., 58 років, значно погіршилося виділення сечі із сечового міхура. При обстеженні встановлено діагноз: рак передміхурової залози. Вкажіть медикаментозний препарат для консервативного лікування:

1. Баралгін.
2. Но-шпа.
3. Прозерин.
4. Преднізолон.
5. Ципротерону ацетат.

10. У хворого Ц., 67 років, із верифікованим за пункційною біопсією діагнозом: рак передміхурової залози, виникла гостра затримка сечі. Вкажіть метод відновлення відтоку сечі із сечового міхура.

1. Уретеросигмостомія.
2. Перкутанна нефростомія.
3. Троакарна епіцистостомія.
4. Уведення баралгіну.
5. Уретерокутанеостомія.

11. Який із засобів оперативного лікування хворого П., 48 років, із діагнозом рак простати T2N0M0, є єдиним радикальним?

1. Лазерна абляція.
2. Радикальна простатектомія.
3. Простатектомія.
4. Трансуретральна резекція.
5. Епіцистостомія.

12. Вкажіть метод посилення ефективності гормонального лікування раку передміхурової залози:

1. Селективна адреналектомія.
2. Орхідектомія.
3. Епідидимектомія.
4. Вазорезекція.
5. Фізіотерапія.

13. Хворий 76 років, скаржиться на почащене, затруднене сечовипускання вночі, до 3-х разів, відчуття неповного випорожнення сечового міхура. Хворіє на протязі 2-х років, коли вперше відмітив почащений сечопуск. При

об'єктивному огляді після акту сечовипускання перкуторно над лоном визначається притуплення. С-м Пастернацького від'ємний. Зовнішні статеві органи без особливостей. При дослідженні через пряму кишку - передміхурова залоза збільшена у 2-3 рази, гладка, еластична, симетрична, з чіткими контурами. Слизова кишки над нею рухома. Яка найбільш вірогідна патологія, що зумовлює таку картину?

1. Аденома простати.
2. Хронічний простатит.
3. Абсцес передміхурової залози.
4. Туберкульоз простати
5. Рак простати..

14. У хворого скарги на постійний, ниючий біль в промежині і надлобковій ділянці, в'ялий струмінь сечі, почашений, утруднений, болючий сечопуск, ніктурію. Хворіє на протязі декількох місяців, коли поступово почав утруднюватись сечопуск, появився біль в промежині. При ректальному дослідженні - простата збільшена в розмірах (більше за рахунок правої долі), щільна, асиметрична, центральна борозна згладжена, права доля кам'янистої щільності, неболюча. Вкажіть найбільш імовірний діагноз.

1. Рак простати.
2. Склероз простати.
3. Сечокам'яна хвороба, камінь правої долі простати.
4. Туберкульоз простати.
5. Хронічний конгестивний простатит.

**В. Тестові завдання для самоконтролю:**

**1. Яке ствердження невірне?**

**1. При доброякісній гіперплазії простати збільшується виробництво андрогенів у простаті.**

2. Головною причиною виникнення доброякісної гіперплазії простати є дисгормональні зсуви.
3. З віком доброякісна гіперплазія простати зустрічається частіше.
4. Доброякісна гіперплазія простати може мати внутрішньоміхурний ріст.
5. Доброякісна гіперплазія простати може мати ректальний ріст.

**2. Першими ознаками доброякісної гіперплазії простати є:**

**1. Странгурія, ніктурія.**

2. Поліурія, слабкий струмінь сечі.
3. Ніктурія, поліурія.
4. Странгурія, ішурія.
5. Гостра затримка сечі.

**3. Для 1 ст. доброякісної гіперплазії простати характерно:**

**1. Гостра затримка сечі.**

2. Важкий ранішнє сечовипускання.
3. Хронічна затримка сечі.
4. Болі при сечовипусканні.

5. Періодична макрогематурія.
4. Для 2 ст. доброякісної гіперплазії простати характерно:
  1. Хронічна затримка сечі.
  2. Поліурія.
  3. Олігакіурія.
  4. Періодична макрогематурія.
  5. Піурія.
5. Для 3 ст. доброякісної гіперплазії простати характерно:
  1. Усе перелічене.
  2. Хронічний цистит.
  3. Хронічний пієлонефрит.
  4. Гостра затримка сечі.
  5. Хронічна затримка сечі.
6. Безпосередньою причиною виникнення змін верхніх сечових шляхів при доброякісній гіперплазії простати є:
  1. Міхурово-сечовідний рефлюкс.
  2. Хронічна затримка сечі.
  3. Гостра затримка сечі.
  4. Хронічний цистит.
  5. Хронічний пієлонефрит.
- 7.ознаками доброякісної гіперплазії простати при ректальному обстеженні є:
  1. Симетричне збільшення, неболючість.
  2. Збільшення простати, болючість.
  3. Горбиста поверхня, симетричне збільшення.
  4. Болючість, зглаженість серединного рівчика.
  5. Несиметричне збільшення, гладенька поверхня.
8. Який метод має найбільше значення у діагностиці доброякісної гіперплазії простати?
  1. Ректальне обстеження.
  2. Біопсія простати.
  3. Комп'ютерна томографія.
  4. Цистоскопія.
  5. Цистографія.
9. Який метод дозволяє визначити порушення сечовипускання на ранніх стадіях доброякісної гіперплазії простати?
  1. Урофлоуметрія.
  2. Урографія.
  3. Цистографія.
  4. Проба Реберга.
  5. Уретрографія.
10. Урофлоуметрія дозволяє визначити:
  1. Наявність залишкової сечі.
  2. Порушення відтоку сечі від нирок.
  3. Порушення функції нирок.
  4. Міхурово-сечовідний рефлюкс.
  5. Порушення функції сечового міхура.
11. Хронічна ішурія - це:
  1. Наявність залишкової сечі.
  2. Болючий та утруднене сечовипускання.

3. Неспроможність помочитись.
  4. Часте повторення гострої ішурії.
  5. Постійно утруднене сечовипускання.
- 12. Залишкова сеча визначається за допомогою:**
1. Урофлоуметрії.
  2. Катетеризації сечового міхура.
  3. Цистоскопії.
  4. Комп'ютерної томографії.
  5. Урографії.
- 13. Головна роль біопсії при гіперплазії простати полягає у:**
1. Дифдиагностиці з раком простати.
  2. Діагностиці ранніх стадій гіперплазії простати.
  3. Діагностиці запущених стадій гіперплазії простати.
  4. Дифдиагностиці з хронічним простатитом.
  5. Діагностиці інфравезикальної обструкції.
- 14. Визначення ПСА при гіперплазії простати допомагає у:**
1. Дифдиагностиці з раком простати.
  2. Діагностиці ранніх стадій.
  3. Діагностиці запущених стадій.
  4. Дифдиагностиці з хронічним простатитом.
  5. Діагностиці інфравезикальної обструкції.
- 15. За допомогою УЗД при гіперплазії простати можна виявити:**
1. Наявність залишкової сечі.
  2. Порушення функції простати.
  3. Ступінь перетиснення уретри.
  4. Порушення скорочення детрузора.
  5. Спазм шийки міхура.
- 16. Для лікування доброякісної гіперплазії простати натеper НЕ використовують:**
1. Симпатомиметики.
  2. Блокатори факторів росту.
  3. Альфа-адреноблокатори.
  4. Блокатори 5альфа-редуктази.
  5. Фітопрепарати.
- 17. Операцією вибору при доброякісній гіперплазії простати є:**
1. ТУР.
  2. Епіцистостомія.
  3. Аденомектомія.
  4. Кріодеструкція.
  5. Троакарна епіцистостомія.
- 18. При виникненні гострої затримки сечі головною лікувально-діагностичною процедурою є:**
1. Катетеризація сечового міхура.
  2. Цистостомія.
  3. Уретрографія.
  4. Урофлоуметрія.
  5. Цистоскопія.
- 19. Виникненню гострої затримки сечі сприяє:**
1. Усе вищенаведене.
  2. Переохолодження.

3. Прийом алкоголю.
  4. Гостра їжа.
  5. Закріпи.
- 20. Двохетапна аденомектомія виконується при:**
1. **Гострому циститі.**
  2. Гострій затримці сечі.
  3. Хронічному пієлонефриті.
  4. Кардіосклерозі.
  5. Хронічній затримці сечі.
- 21. Протипоказаннями для ТУР простати є:**
1. **Гострий пієлонефрит.**
  2. Хронічний цистит.
  3. Гостра затримка сечі.
  4. Хронічна затримка сечі.
  5. Камінь сечового міхура.
- 22. Яке ствердження є невірним?**
1. **Ступінь порушення відтоку сечі напряму залежить від величини простати.**
  2. Доброякісна гіперплазія простати може мати внутрішньо- або позаміхуровий ріст.
  3. Велику роль у порушенні відтоку сечі має третя частка простати.
  4. Доброякісно гіперплазована простата має чітку капсулу.
  5. Нормальні розміри простати 3х3,5 см.
- 23. Головну роль у виникненні доброякісної гіперплазії простати відіграють:**
1. **Жодна з цих причин.**
  2. Канцерогени.
  3. Венозний застій у простаті.
  4. Хронічні запальні процеси у простаті.
  5. Камені простати.
- 24. Найменше розповсюдження гіперплазія простати має у:**
1. **Скандинавії.**
  2. Японії.
  3. Франції.
  4. США.
  5. Австралії.
- 25. Андрогени:**
1. **Є активатором поділу клітин простати.**
  2. Гальмують ріст простати.
  3. Сприяють її склерозуванню.
  4. Зменшують ризик виникнення раку простати.
  5. Виробляються у простаті.
- 26. За системою TNM стадія M1 раку простати - це:**
1. **Віддалені метастази існують.**
  2. Множинні метастази розміром до 2 см.
  3. Віддалені метастази визначити неможливо.
  4. Ознак віддалених метастазів немає.
  5. Метастази розміром понад 5 см.
- 27. За системою TNM стадія M0 раку простати - це:**
1. **Ознак віддалених метастазів немає.**



2. Множинні метастази розміром до 2 см.
  3. Віддалені метастази визначити неможливо.
  4. Віддалені метастази існують.
  5. Метастази розміром понад 5 см.
- 28. Диспансерна група 2 хворих на рак простати -це:**
1. **Хворі після радикального лікування.**
  2. Хворі, яким планується оперативне лікування.
  3. Хворі, що підлягають тільки консервативному лікуванню.
  4. Хворі із запущеними формами раку.
  5. Хворі, яким планується хіміо- або рентгенотерапія.
- 29. Радикальна простатектомія полягає у видаленні простати разом із:**
1. **Лімфовузлами та оточуючою клітковиною.**
  2. Уретрою та лімфовузлами.
  3. Сім'яними міхурцями.
  4. Сечовим міхуром, сім'яними міхурцями та лімфовузлами.
  5. Уретрою, сечовим міхуром та лімфовузлами.
- 30. Методом відводу сечі із сечового міхура при перетисканні неоперабельним раком простати шийки сечового міхура є:**
1. **Цистостомія.**
  2. Уретерокутанеостомія.
  3. Простатектомія.
  4. ТУР простати.
  5. Пластика сечового міхура.
- 31. Методом відводу сечі при перетисканні неоперабельним раком простати вічок сечоводів є:**
1. **Уретерокутанеостомія.**
  2. Простатектомія.
  3. ТУР простати.
  4. Цистостомія.
  5. Пластика сечового міхура.
- 32. Радикальну простатектомію виконують:**
1. **При T1-T2.**
  2. При T3-T4.
  3. У будь-якій стадії.
  4. При гострій затримці сечі.
  5. При підозрі на рак простати.
- 33. До проявів новоутворень простати НЕ відноситься:**
1. **Симптоматична гіпертензія.**
  2. Біль у попереку.
  3. Дизурія.
  4. Біль у прямій кишці.
  5. Порухення функції нирок.
- 34. Для лікування раку простати використовується (знайти невірне):**
1. **Хіміотерапія.**
  2. Оперативне лікування.
  3. Антиандрогени.
  4. Променева терапія.
  5. Блокатори рилізінг-фактору.
- 35. Одним із найчастіших ускладнень естрогенотерапії при раку простати є:**

1. **Тромбоемболічні ускладнення.**
  2. Випадіння волосся.
  3. Порушення функції печінки.
  4. Нервові розлади.
  5. Порушення функції нирок.
36. Головними шляхами впливу естрогенів при раку простати є **(знайти невірне):**
1. **Зменшення мітозів епітелію простати.**
  2. Інактивація андрогенів.
  3. Зменшення продукції гонадотропінів.
  4. Пригнічення функції наднирників.
  5. Пригнічення інтерстиція яєчок.
37. Фактором ризику виникнення ускладнень естрогенотерапії раку простати є **(знайти невірне):**
1. **Інфаркт в анамнезі.**
  2. Зміни ЕКГ.
  3. Вага більше 75 кг.
  4. Вік більше 50 років.
  5. Розповсюджений атеросклероз.
38. Специфічним маркером раку простати є:
1. **PSA.**
  2. Гістаглобулін.
  3. ТТХ-тест.
  4. Дегідротестостерон.
  5. Гонадотропний гормон.
39. Рівень ПСА при раку простати залежить перш за все від:
1. **Розташування пухлини.**
  2. Розміру пухлини.
  3. Тривалості розвитку пухлини.
  4. Гістологічної будови пухлини.
  5. Віку хворого.
40. Ефект антиандрогенів залежить від:
1. **Пригнічення функції яєчок.**
  2. Блокування виробки андрогенів.
  3. Блокування андрогенних рецепторів.
  4. Стимуляції виробки естрогенів.
  5. Блокування гонадотропінів.
41. Метою консервативного лікування при раку простати є:
1. **Нормалізація рівню гормонів.**
  2. Збільшення рівню андрогенів.
  3. Збільшення рівню естрогенів.
  4. Зменшення рівню андрогенів.
  5. Зменшення рівню естрогенів.
42. В яку групу лімфовузлів у першу чергу, метастазує рак простати:
1. **Парапростатичні.**
  2. Здухвинні.
  3. Феморальні.
  4. Парааортальні.
  5. Паракавальні.
43. Головним віддаленим ускладненням простатектомії є:

1. **Еректильна дисфункція.**
  2. Кровотеча.
  3. Нагноєння рани.
  4. Гострий пієлонефрит.
  5. Хронічний цистит.
- 44. Брахітерапія при раку простати – це:**
1. **Уведення радіоактивних капсул.**
  2. Варіант гормонотерапії.
  3. Комбінація радіотерапії та антиандрогенів.
  4. Певний режим опромінення.
  5. Жоден із названих методів.
- 45. “Золотим стандартом” гормонотерапії раку простати є:**
1. **Естрогенотерапія.**
  2. Антиандрогени.
  3. Простатектомія.
  4. Орхідектомія.
  5. Аналоги гонадотропін-РФ.
- 46. Частіше метастази раку простати проявляються:**
1. Болями у попереку.
  2. **Затяжною пневмонією.**
  3. Холециститом.
  4. Нервовими розладами.
  5. Нетриманням сечі.
- 47. Рак прутня частіше розвивається:**
1. **На шкірочці прутня.**
  2. У його основи.
  3. На головці прутня.
  4. В кінцевому відділі уретри.
  5. Не має типової локалізації.
- 48. Рак прутня часто ускладнюється:**
1. **Баланопоститом.**
  2. Уретритом.
  3. Простатитом.
  4. Циститом.
  5. Кавернитом.
- 49. З пухлин яєчка найчастіше зустрічається:**
1. **Семінома.**
  2. Саркома.
  3. Хоріонепітеліома.
  4. Тератома.
  5. Ембріосаркома.
- 50. Найчастішою першою ознакою пухлин яєчка є:**
1. **Збільшення яєчка.**
  2. Тривалий субфебрилітет.
  3. Схудання.
  4. Болі у попереку.
  5. Підсилення статевої функції.

Розробники:

зав. кафедри урології та нефрології, професор Ф.І. Костев

професор кафедри урології та нефрології Ю.М. Дехтяр

професор кафедри урології та нефрології М.І. Ухаль

доцент кафедри урології та нефрології І.В. Рачок

доцент кафедри урології та нефрології Л.І. Красилюк

доцент кафедри урології та нефрології М.В. Шостак

доцент кафедри урології та нефрології Р.В. Савчук

асистент кафедри урології та нефрології С.В. Богацький

асистент кафедри урології та нефрології О.М. Кваша

### **Рекомендована література.**

Основна:

1. С. П. Пасечніков; Урологія: підручник/ под ред. С. П. Пасечнікова, С. А. Возіанов, В. Н. Лесовий [и др.]. – Вид. 3-е. – Вінниця : Нова Книга, 2019.
2. Пасечніков С.П. Сучасні параблеми урології: [посібник]: довідник лікаря/ С.П. Пасечніков, В.І. Зайцев. - Київ: Б-ка Здоров'я України; 2017.
3. Стусь В.П. Урология (практические навыки для врачей-интернов) / Стусь В.П., Пасечников С.П. Учебно-методическое пособие.- Днепропетровск: ООО «Акцент ПП», 2016.
4. Саричев Л. П. Симптоми урологічних захворювань : метод. рек. Для викладачів / Л. П. Саричев, С. М. Супруненко, С. А. Сухомлин, Я. В. Саричев. – Полтава, 2019.
5. О.В, Люлько, О.Ф. Возіанов Підручник "Урологія" 3-видання. Пороги. Днепропетровск. - 2012р.
6. "Урологія (Методичні розробки практичних занять для студентів)" за редакцією професора В.П. Стуса, видання друге, доповнене. / А.П. Стусь. Моїєєнко М.М., Фрідберг А.М., Поліон М.Ю., Бараннік К.С., Суварян А.Л., Краснов В.М., Крижанівський О.Ю. - Дніпро:ТОВ"Акцент". - 2018. - 336с.
7. Урология : учебник для студ. высших мед. учебн. заведений : перевод с укр. издания / С.П. Пасечников, С.А. Возіанов, В.Н. Лесовой, Ф.И. Костев, В.П. Стусь, и др./ Под ред. С.П. Пасечников - Изд.2. - Вінниця : Новая Книга, 2015. - 456 с.: ил.
8. Urology:textbook for students of higher medical education Institutions /S.P. Pasechnikov, S.O. Vozianov, V.M. Lesovoy (et at.);ed. by Pasechnikov. / S.P. Pasechnikov, S.O. Vozianov, V.M. Lesovoy (et at.) - Vinnytsia: Nova Knyha, 2016. - 400 p.
9. EAU Guidelines, edition presented at the 28th EAU Annual Congress, Milan 2021. ISBN 978-90-79754-71-7. EAU Guidelines Office, Arnhem, The Netherlands.

Додаткова:

1. Бойко М.І., Пасечніков С.П., Стусь В.П. та інш. Клінічна андрологія // Довідник лікаря «Андролог».- К.: ТОВ «Бібліотека «Здоров'я України», 2013.- 222 с.
2. Саричев Л. П. Клінічна анатомія і фізіологія органів сечової і чоловічої статеві системи : метод. рек. для викладачів / уклад. Л. П. Саричев, С. А. Сухомлин, С. М. Супруненко. – Полтава, 2019. – 11 с.
3. Саричев Л. П. Симптоми урологічних захворювань : метод. рек. для викладачів / Л. П. Саричев, С. М. Супруненко, С. А. Сухомлин, Я. В. Саричев. – Полтава, 2019.

– 14 с.

4. Атлас-руководство по урологии. Под ред. А.Ф. Возианова, А.В. Люлько. Днепропетровск, 2002.-Т. 1,2,3.
5. Библиотека студента медика. Урология. За ред.. Ф.І. Костева. - Одеса, 2004. - 296с.
6. Урология / За ред. проф. О.С. Федорука – Чернівці: Буковинський державний медичний університет, 2011. – 344с.

### **13. Інформаційні ресурси**

Сайт університету <https://onmedu.edu.ua>

Бібліотека <library.odmu.edu.ua>

1. <https://uroweb.org/>
2. <https://www.nccn.org/>
3. <https://www.auanet.org>
4. <https://www.inurol.kiev.ua/>
5. <https://www.souu.org.ua/>