



Урологія

Нефрологія

Андрологія



№ 3 (30) 2023 р.

10 200 примірників*

Передплатний індекс 86683



Доктор медичних наук,
професор

Василь Черненко

Адаптація оцінки ускладнень ендоскопічної хірургії нефролітазу за класифікацією Clavien – Dindo

Читайте на сторінці **11**



Доктор медичних наук,
професор

Олександр Шуляк

Нові дослідження в урології

Читайте на сторінці **8**



Кандидат медичних наук,
доцент

Віктор Горовий

Патофізіологія та класифікація нейрогенних дисфункцій нижніх сечових шляхів

Читайте на сторінці **12**

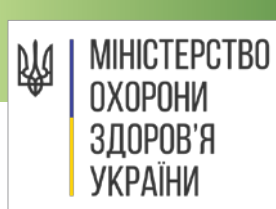


Кандидат медичних наук

Каміль Нуріманов

Хронічний калькульозний простатит: як вплинути на патологічні ланки виникнення болю?

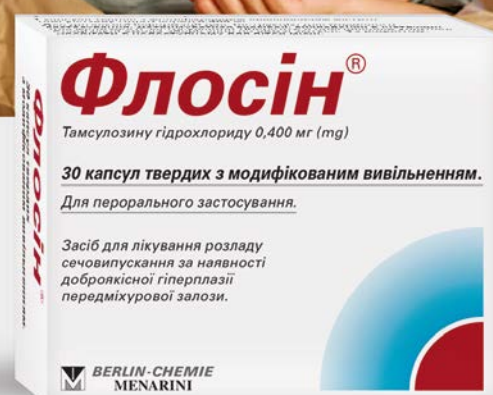
Читайте на сторінці **28**



МОЗ України

Стандарт медичної допомоги «Рак передміхурової залози»

Читайте на сторінці **20**



Флосін®

тамсулозину гідрохлориду 0,4 мг

Лікування функціональних розладів з боку нижніх сечовивідних шляхів при доброякісній гіперплазії передміхурової залози (ДГПЗ). **ПРОТИПОКАЗАННЯ.** Підвищена чутливість до діючої речовини, включаючи медикаментозно-індукований ангіонарх, або до будь-якої з допоміжних речовин лікарського засобу; наявність в анамнезі ортостатичної гіпотензії; тяжка печінкова недостатність. **СПОСІБ ЗАСТОСУВАННЯ ТА ДОЗИ.** Одна капсула щодня, яку приймають після сніданку або першого вживання їжі за день. **ПОБІЧНІ РЕАКЦІЇ:** запаморочення, головний біль, непритомність, відчуття серцебиття, ортостатична гіпотензія; риніт; запор, діарея, нудота, блювання; висипання, свербіж, кропив'янка, ангіонарх; розлади еякуляції, включаючи ретроградну еякуляцію і недостатність еякуляції, приапізмі; астенія та інші. **КАТЕГОРІЯ ВІДПУСКУ.** За рецептом.

- Швидкий початок дії²
- Уроселективний³: не викликає клінічно значущого зниження АТ¹
- Діє цілодобово¹

СКОРОЧЕНА ІНСТРУКЦІЯ для медичного застосування лікарського засобу ФЛОСІН® (FLOSIN®)¹

ЛІКАРСЬКА ФОРМА. Капсули тверді з модифікованим вивільненням. **ПОКАЗАННЯ.** Лікування функціональних розладів з боку нижніх сечовивідних шляхів при доброякісній гіперплазії передміхурової залози (ДГПЗ). **ПРОТИПОКАЗАННЯ.** Підвищена чутливість до діючої речовини, включаючи медикаментозно-індукований ангіонарх, або до будь-якої з допоміжних речовин лікарського засобу; наявність в анамнезі ортостатичної гіпотензії; тяжка печінкова недостатність. **СПОСІБ ЗАСТОСУВАННЯ ТА ДОЗИ.** Одна капсула щодня, яку приймають після сніданку або першого вживання їжі за день. **ПОБІЧНІ РЕАКЦІЇ:** запаморочення, головний біль, непритомність, відчуття серцебиття, ортостатична гіпотензія; риніт; запор, діарея, нудота, блювання; висипання, свербіж, кропив'янка, ангіонарх; розлади еякуляції, включаючи ретроградну еякуляцію і недостатність еякуляції, приапізмі; астенія та інші. **КАТЕГОРІЯ ВІДПУСКУ.** За рецептом.

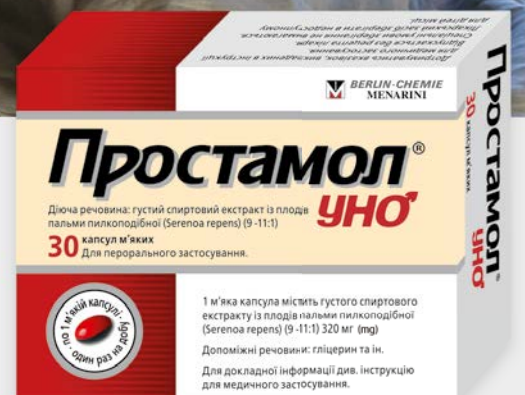
ВИРОБНИК. Менаріні-Фон Хейден ГмБХ. **МІСЦЕЗНАХОДЖЕННЯ.** Лейпцігер штрассе 7-13, 01097 Дрезден, Німеччина.

¹Обов'язково уважно ознайомтеся з повною інструкцією для медичного застосування лікарського засобу ФЛОСІН®, затвердженою наказом МОЗ України № 1787 від 03.10.2022, а саме з повним переліком побічних ефектів, особливостей застосування, способом застосування та дозами.

1. Інструкція для медичного застосування лікарського засобу ФЛОСІН®, затверджена наказом МОЗ України № 1787 від 03.10.2022, Р.П. № UA/8350/01/01. **2.** Lepor H. Phase III multicenter placebo-controlled study of tamsulosin in benign prostatic hyperplasia. Tamsulosin Investigator Group//Urology. 1998. Jun; 51(6):892-900. **3.** Lowe FC. Summary of Clinical Experiences With Tamsulosin for the Treatment of Benign Prostatic Hyperplasia. Reviews in Urology. 2005;7(Suppl 4):S13-S21. **4.** Інструкція для медичного застосування лікарського засобу ПРОСТАМОЛ® УНО, затверджена наказом МОЗ України № 2374 від 28.10.2021, Р.П. № UA/10417/01/01.

*Фармакологічні властивості.

За додатковою інформацією щодо лікарських засобів звертайтеся до Представництва «Берлін-Хемі / А. Менаріні Україна ГмБХ», м. Київ, 02098, вул. Березняківська, 29. Тел.: +38 (044) 494 33 88. Інформація про лікарські засоби. Інформація для професійної діяльності медичних і фармацевтичних працівників. UA-Pro-21-2022-V1-Press. Останній перегляд 28.10.2022.



Простамол® УНО

густого спиртового екстракту із плодів пальми пілоподібної (Serenoa repens) 320 мг

Лікування дорослих чоловіків із утрудненим сечовипусканням при доброякісній гіперплазії передміхурової залози I та II стадії за класифікацією Alken⁴

- Гальмування росту тканин передміхурової залози^{4*}
- Зменшення розладів сечовипускання⁴
- Протизапальна і протинабрякова дія^{4*}
- Не впливає на статеву функцію⁴

СКОРОЧЕНА ІНСТРУКЦІЯ для медичного застосування лікарського засобу ПРОСТАМОЛ® УНО (PROSTAMOL® UNO)⁴

ЛІКАРСЬКА ФОРМА. Капсули м'які. **ПОКАЗАННЯ.** Простамол® Уно застосовується для лікування дорослих чоловіків із утрудненим сечовипусканням при доброякісній гіперплазії передміхурової залози I та II стадії за класифікацією Alken. **ПРОТИПОКАЗАННЯ.** Підвищена чутливість до діючої речовини або до інших допоміжних речовин. **СПОСІБ ЗАСТОСУВАННЯ ТА ДОЗИ.** Дозування. Простамол® Уно приймають по 1 м'якій капсулі 1 раз на добу в один і той же час. **ПОБІЧНІ РЕАКЦІЇ:** нечасто – нудота, блювання, діарея, біль у животі (особливо при прийомі препарату натще); частота невідома – алергічні реакції або реакції гіперчутливості, головний біль. **КАТЕГОРІЯ ВІДПУСКУ.** Без рецепта.

ВИРОБНИК. БЕРЛІН-ХЕМІ АГ. **МІСЦЕЗНАХОДЖЕННЯ.** Глінікер Бер 125, 12489 Берлін, Німеччина.

⁴Обов'язково уважно ознайомтеся з повною інструкцією для медичного застосування лікарського засобу ПРОСТАМОЛ® УНО, затвердженою наказом МОЗ України № 2374 від 28.10.2021, а саме з повним переліком побічних ефектів, особливостей застосування, способом застосування та дозами.



**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**

ВІСНИК online

щомісячний дайджест
для лікарів



Щомісяця ми збираємо найкращі (за читацьким рейтингом) матеріали з усіх наших друкованих видань — газет і журналів. Тепер ви можете швидко та легко знімати інформаційні «вершки».

Як? - Просто підпишіться на щомісячну розсилку «Вісник online» та читайте без обмежень!



**Медична газета «Здоров'я України»
Тематичний номер «Урологія. Нефрологія. Андрологія»**

Редакційна колегія

- К.М. Амосова**, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, Заслужений діяч науки і техніки України
- І.В. Багдасарова**, д. мед. н., професор, президент Асоціації нефрологів України, завідувач відділення дитячої нефрології ДУ «Інститут нефрології НАМН України»
- М.І. Бойко**, д. мед. н., професор, президент Української асоціації андрології і сексуальної медицини
- Б.М. Венцківський**, д. мед. н., професор кафедри акушерства і гінекології № 1 НМУ ім. О.О. Богомольця, член-кореспондент НАМН України, Заслужений діяч науки і техніки, президент-засновник Асоціації акушерів-гінекологів України
- С.О. Возіанов**, д. мед. н., професор, академік НАМН України, завідувач кафедри урології НУОЗУ ім. П.Л. Шупика МОЗ України, завідувач відділу рентген-ендоурології та літотрипсії, директор ДУ «Інститут урології НАМН України»
- Ю.В. Вороненко**, д. мед. н., професор, академік НАМН України, Заслужений діяч науки і техніки України, ректор НУОЗУ ім. П.Л. Шупика
- С.І. Герасименко**, д. мед. н., професор, Заслужений лікар України, керівник відділу захворювань суглобів у дорослих, заступник директора з науково-лікувальної роботи ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України»
- І.І. Горпинченко**, д. мед. н., професор, Заслужений лікар України, головний сексопатолог МОЗ України, президент Асоціації сексологів і андрологів України, директор Українського інституту сексології та андрології
- Д.Д. Іванов**, д. мед. н., професор, Заслужений лікар України, завідувач кафедри нефрології та нирковозамісної терапії НУОЗУ ім. П.Л. Шупика
- В.М. Коваленко**, д. мед. н., професор, академік НАМН України, Заслужений діяч науки і техніки, віце-президент НАМН України, директор ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України
- М.О. Колесник**, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, Заслужений діяч науки і техніки України, директор ДУ «Інститут нефрології НАМН України», головний нефролог МОЗ України
- Б.М. Маньковський**, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, Заслужений діяч науки і техніки України, голова Правління Української діабетологічної асоціації, завідувач кафедри діабетології НУОЗУ ім. П.Л. Шупика
- І.С. Миролюк**, д. мед. н., доцент Ужгородського національного університету, головний лікар Закарпатського обласного центру з профілактики та боротьби зі СНІДом
- Ю.М. Мостовой**, д. мед. н., професор, Заслужений лікар України, завідувач кафедри пропедевтики внутрішньої медицини Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова
- С.П. Пасечніков**, д. мед. н., професор кафедри урології НМУ ім. О.О. Богомольця, завідувач відділу запальних захворювань ДУ «Інститут урології НАМН України»
- Е.О. Стаховський**, д. мед. н., професор, Заслужений діяч науки і техніки України, завідувач науково-дослідного відділення пластичної та реконструктивної онкоурології ДУ «Національний інститут раку» МОЗ України
- І.М. Трахтенберг**, д. мед. н., професор, академік НАМН України, член-кореспондент НАН України, Заслужений діяч науки і техніки, завідувач лабораторії промислової токсикології та гігієни праці при використанні хімічних речовин ДУ «Інститут медицини праці ім. Ю.І. Кундієва НАМН України»
- М.Д. Тронько**, д. мед. н., професор, академік НАМН України, член-кореспондент НАН України, віце-президент НАМН України, Заслужений діяч науки і техніки України, директор ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України»
- В.І. Цимбалюк**, д. мед. н., професор, академік НАМН України, член-кореспондент НАН України по відділенню біохімії, фізіології та молекулярної біології, президент НАМН України, Заслужений діяч науки і техніки, завідувач кафедри нейрохірургії НМУ ім. О.О. Богомольця, науковий керівник відділу відновлювальної нейрохірургії ДУ «Інститут нейрохірургії ім. А.П. Ромоданова НАМН України»
- В.П. Черних**, д. ф. н., д. х. н., професор, академік НАН України, почесний ректор Національного фармацевтичного університету МОЗ України

Засновник – Іванченко Ігор Дмитрович
Видавець: ТОВ «Медичні аспекти здоров'я людини»
Медична газета «Здоров'я України»

Тематичний номер «Урологія. Нефрологія. Андрологія»

Свідоцтво КВ № 21156-10956Р від 16.12.2014 р.
Передплатний індекс: 86683

Генеральний директор **Сергій Черкасов**
Шеф-редактор **Марія Ареф'єва**

Редакція **mariya.arefyeva@gmail.com**
Відділ маркетингу **+38 (063) 167 11 61**
Відділ передплати та розповсюдження **+38 (050) 410 72 62;**
podpiska@health-ua.com.

Адреса для листів:
вул. Світлицького, 35, м. Київ, 04123
E-mail: zu@health-ua.com

Газету віддруковано в ТОВ «ПРИНТ-ІНК»,
офіс 1, вул. Зодчих, 50а,
м. Київ, 03162

Підписано до друку – жовтень 2023 р.
Замовлення № 0383. Наклад **10 200** прим.

Редакція має право публікувати матеріали,
не поділяючи точки зору авторів.

За достовірність фактів, цитат, імен, географічних назв
та інших відомостей відповідають автори.
Відповідальність за зміст рекламних матеріалів
несе рекламодавець.

Передрук матеріалів допускається тільки з дозволу
редакції. Рукописи не повертаються і не рецензуються.

Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер
«Урологія. Нефрологія. Андрологія» є спеціалізованим
виданням для медичних установ та лікарів.

Health-ua.com
СПЕЦІАЛІЗОВАНИЙ МЕДИЧНИЙ ПОРТАЛ



**Електронні версії усіх
друкованих видань
Видавничого дому «Здоров'я України»
на одному сайті!**



ЗМІСТ

УРОЛОГІЯ

Переваги спиртового екстракту *Serenoa repens* як компонента терапії доброякісної гіперплазії передміхурової залози

Сьогодні використання терапевтичного потенціалу рослин – це ефективний і раціональний підхід до лікування доброякісної гіперплазії передміхурової залози, обґрунтований багаторічним досвідом учених і клініцистів у всьому світі. Однією з найбільш вивчених фітотерапевтичних сполук із широкою доказовою базою є екстракт плодів пальми пілкоподібної – *Serenoa repens*. 3

Конгрес урологів України – 2023: новітні розробки в онкоурології та лікуванні нефролітіазу**За матеріалами конференції**

15-17 червня відбулася одна з наймасштабніших подій у науково-медичній галузі, присвячена 30-річчю заснування Національної академії медичних наук України – конгрес Асоціації урологів України. Упродовж декількох насичених днів експерти й спеціалісти презентували новітні досягнення в урології, зокрема ділилися досвідом виконання радикальної простатектомії, надавали рекомендації з медикаментозного лікування доброякісної гіперплазії передміхурової залози та еректильної дисфункції. Цілий ряд доповідей було присвячено проблемі онкологічних захворювань сечостатевої системи, у тому числі пухлин нирки, сечового міхура та раку передміхурової залози. Також були розглянуті вкрай актуальні питання ведення хворих із нефролітіазом, представлені результати клінічної ефективності різноманітних методик інтрауретеральної хірургії.

Нова шкала оцінки складності венакаватромбектомії у пацієнтів із пухлинами нирок

О.О. Маковозов 8

Нові дослідження в урології

О.В. Шуляк 8

Аналіз видів та рівня хірургічних ускладнень у пацієнтів, хворих на рак передміхурової залози, залежно від методики виконання радикальної простатектомії

А.П. Кондратенко 9

Простат-специфічний антиген у прогнозуванні розвитку біохімічного рецидиву у хворих після радикальної простатектомії

Є.І. Афанас'єв 10

Адаптація оцінки ускладнень ендоскопічної хірургії нефролітіазу за класифікацією Clavien – Dindo

В.В. Черненко 11

Ендоскопічна комбінована інтрауретеральна хірургія в лікуванні хворих на складні форми нефролітіазу

В.В. Когут 11

Патофізіологія та класифікація нейрогенних дисфункцій нижніх сечових шляхів

В.І. Горовий

У статті представлено фізіологічні основи акту сечовипускання; розглянуто причини іннервації нижніх сечових шляхів, включно із класифікацією та патофізіологією нейрогенних дисфункцій нижніх сечових шляхів; описано основні урологічні синдроми в нейроурології та неврологічні захворювання, які проявляються урологічними симптомами. 12-18

Хронічний калькульозний простатит: як вплинути на патологічні ланки виникнення болю?**За матеріалами конференції**

К.Р. Нуріманов

15-17 червня відбулася одна з наймасштабніших подій у галузі урології – щорічний конгрес Асоціації урологів України. Учасники конгресу розглянули актуальні питання діагностики та лікування багатьох захворювань сечовивідної системи. Однією з найбільш частих проблем, із якою пацієнти звертаються до урологів, є простатит. Особливості клінічної картини, діагностики, механізми розвитку больових відчуттів та ефективні шляхи їх подолання при хронічному калькульозному простатиті були детально висвітлені в доповіді старшого наукового співробітника відділу сексопатології та андрології ДУ «Інститут урології ім. акад. О.Ф. Возіанова НАМН України», кандидата медичних наук Каміля Раїсовича Нуріманова. 28-29

**Канефрон® Н**

Інвестиція в ефективність лікування

**Канефрон® Н покращує результати комплексної терапії запальних процесів сечових шляхів та СКХ**

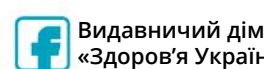
Для розміщення в спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів, а також для поширення на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики. Матеріал призначений виключно для фахівців у галузі охорони здоров'я.
Канефрон® Н таблетки в/ос: Р.П. №UA/4708/02/01 від 20.10.2021.
Канефрон® Н краплі оральні: Р.П. №UA/4708/01/01 від 20.10.2021.
Канефрон® Н. Таблетки, вкриті оболонкою: 1 таблетка містить порошок висушених лікарських рослин: трави золототисячника 18 мг, кореня любистку 18 мг, листя розмарину 18 мг. Краплі оральні: 100 г крапель містять 29 г водно-спиртового екстракту (1:16) з лікарських рослин: трави золототисячника 0,6 г, кореня любистку 0,6 г, листя розмарину 0,6 г.
Показання. Для комплексного лікування запальних захворювань сечовивідних шляхів. Профілактика утворення сечових каменів, у тому числі і після їх видалення. Протипоказання. Підвищена індивідуальна чутливість до компонентів препарату. Пептична виразка у стадії загострення. Краплі не слід застосовувати як монотерапію у випадках порушень функції нирок. Не слід застосовувати Канефрон® Н для діуретичної терапії набряків, спричинених серцевою або нирковою недостатністю.
Умови відпуску. Без рецепту.
Виробник: ТОВ «Біонорика», 02095, Київ, вул. Княжий Затон, 9.
Тел.: (044) 594-66-88; e-mail: info@bionorica.com

**ВІСНИК
online**

Щомісячний дайджест
для лікарів

Щомісяця ми збираємо найкращі (за читацьким рейтингом) матеріали з усіх наших друкованих видань – газет і журналів. Тепер ви можете швидко та легко знімати інформаційні «вершки».

Як? - Просто підпишіться на щомісячну розсилку «Вісник online» та читайте без обмежень!



Видавничий дім
«Здоров'я України»



Health-ua.com

Рекомендації Європейської комісії, що «змінять життя» чоловіків, які страждають від раку простати

Клініцисти та дослідники спільно із хворими на рак передміхурової залози підтримали рішення Європейської комісії включити це захворювання до розширених рекомендацій програми скринінгу раку.

Напередодні 2023 року Комісія оновила Рекомендації ЄС, згідно з якими рак передміхурової залози, легень та шлунка додають до списку рекомендацій програми скринінгу (на додачу до раку грудної залози, шийки матки та колоректального раку). У цьому оновленні зазначається, що належні до програми онкологічні захворювання, у тому числі рак передміхурової залози, матимуть переваги від європейських гайдлайнів та заходів із контролю якості. Комісія пропонує запровадити тестування на простат-специфічний антиген (ПСА) (як аналіз крові) у чоловіків до 70 років у поєднанні з додатковою подальшою магнітно-резонансною томографією (МРТ).

Комісія також зобов'язується підтримувати дослідження скринінгу на рак, зміцнювати співпрацю між державами-членами ЄС і подолати юридичні та технічні перешкоди для обміну даними задля впровадження скринінгу.

Тепер державам-членам ЄС належить прийняти ці рекомендації та якомога швидше впровадити їх серед свого населення, щоб врятувати життя. Це знаменує великий успіх адвокаційної кампанії Європейської асоціації урології (EAU) Policy Office, націлену на співпрацю з пацієнтами, дослідниками та національними товариствами щодо підвищення обізнаності для раннього виявлення раку передміхурової залози.



Карл Гюнтер, голова Europa Uomo:

— Рекомендація додати скринінг раку передміхурової залози до списку видів раку, які висвітлюються в загальноєвропейських гайдлайнах, змінить життя чоловіків, яке було уражене раком простати. Багато з нас сьогодні живі та активні лише тому, що наш рак був виявлений вчасно через підвищений рівень ПСА. Рак передміхурової залози тривалий час був мовчазним вбивцею. Він

також негативно впливає на якість життя багатьох чоловіків та їхніх сімей. Наші опитування пацієнтів показали, що найвищу якість життя мають чоловіки, у яких вчасно виявили рак та яких можна лікувати за допомогою активного спостереження або, якщо їхній рак більш високого ризику, у поєднанні з лікуванням. Пацієнти ж з агресивними формами раку, що виявляють надто пізно, страждатимуть від значно більшої кількості побічних ефектів. Тому ми раді бачити, що до списку рекомендацій програми скринінгу додано рак простати.



Професор Хендрік ван Поппель,
голова Policy Office EAU:

— Ми щиро вітаємо пропозицію Європейської комісії включити скринінг раку передміхурової залози на основі ПСА з подальшим спостереженням з урахуванням ризику в оновлення скринінгових рекомендацій ЄС. Рак простати є найпоширенішою формою чоловічого раку та серйозним захворюванням, яке вбиває понад 100 тис. чоловіків щороку у Європі. Ми дуже раді бачити, що Європейська комісія ухвалила такий підхід.

Тепер ми будемо тісно співпрацювати з національними урологічними товариствами, щоб підтримати їхні національні органи влади у швидкому виконанні цієї рекомендації, і сподіваємося, що «поетапний» підхід до впровадження не призведе до непотрібних затримок. Це означає, що ми можемо вчасно виявити агресивні види раку,



що допоможе нам гарантувати відсутність страждань у чоловіків та смертей від цього захворювання. Крім того, подальше спостереження з урахуванням ризику допоможе усунути занепокоєння щодо гіпердіагностики та надмірного лікування. Ми впевнені, що цей підхід дозволить нам як клініцистам забезпечити кращі наслідки для чоловіків із раком простати.



Професор Монік Рубол, головний дослідник
Європейського рандомізованого дослідження
скринінгу раку передміхурової залози (ERSPC),
Медичний центр Університету Еразма (Роттердам,
Нідерланди):

— Докази, отримані на основі більш ніж 20-річних даних за результатами ERSPC, показують, що, коли скринінг на основі ПСА добре організований, спостерігається значне зниження смертності. Нові інструменти, які ми маємо під рукою, такі як калькулятори ризику та МРТ, допомагають запобігти надмірному лікуванню та гіпердіагностиці, що раніше було аргументом проти скринінгу раку простати. Ця рекомендація, прийнята на основі думки головних наукових консультантів Комісії, є справжньою віхою — це означає, що ми можемо рухатися вперед із впровадженням якісних програм скринінгу у Європі, що сприятиме зменшенню смертності від раку простати та підвищить якість життя тих, кого торкнувся цей стан.

Підготувала Єлизавета Лисицька

За матеріалами: <https://uroweb.org/news/life-changing-recommendations-by-european-commission-for-men-impacted-by-prostate-cancer>.



ЗМІСТ

НЕФРОЛОГІЯ

Рабдоміоліз-асоційоване гостре пошкодження нирок: тактика, що рятує життя

За матеріалами конференції

О.С. Колісник

8 червня відбулася науково-практична конференція «Військова медицина в умовах сьогодення», присвячена актуальним питанням надання невідкладної та спеціалізованої допомоги хворим і постраждалим в умовах бойових дій. У рамках заходу начальник клініки нефрології Національного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь» (м. Київ), полковник медичної служби Олег Сергійович Колісник доповів про важливі діагностичні аспекти та ефективні лікувальні підходи при рабдоміоліз-асоційованому гострому пошкодженні нирок. 19

ОНКОУРОЛОГІЯ

Рекомендації Європейської комісії, що «змінять життя» чоловіків, які страждають від раку простати

Клініцисти та дослідники спільно із хворими на рак передміхурової залози підтримали рішення Європейської комісії включити це захворювання до розширених рекомендацій програми скринінгу раку. 6

Стандарт медичної допомоги «Рак передміхурової залози»

Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 22.06.2023 № 1141

Медична допомога пацієнтам із раком передміхурової залози потребує міждисциплінарної співпраці та інтегрованого їх ведення мультидисциплінарною командою фахівців, до якої мають бути включені лікарі загальної практики – сімейної медицини, урологи, онкологи, хірурги-онкологи, радіологи, лікарі з променевої терапії та інші фахівці. 20-26

ВІЙСЬКОВА МЕДИЦИНА

Вогнепальні поранення статевого члена та калитки

Огляд сучасних підходів до лікування у цивільних та військових умовах

Ш. Голдман, Н. Шоу, Д. дю Плессі, Дж.Б. Майерс, А. ван дер Мерве, К. Венкатесан

Вогнепальні поранення зовнішніх статевих органів становлять 50-90% усіх проникаючих поранень сечостатевої системи. Крім того, у військових конфліктах ушкодження зовнішніх геніталій відмічені у 60% випадків поранень уrogenітального тракту, спричинених вогнепальною зброєю та уламками вибухових пристроїв, що є основним механізмом проникаючого поранення. Автори публікації проаналізували та систематизували наявні дані стосовно особливостей ведення пацієнтів із вогнепальними пораненнями зовнішніх статевих органів у мирний час та в умовах воєнних дій. 30

ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я

Нові дані: емпагліфлозин при ХХН – користь для ще більшої когорти пацієнтів

Європейська комісія схвалила емпагліфлозин (торгова марка – джардіс), інгібітор натрій-залежного котранспортера глюкози 2-го типу (ІНЗКТГ-2), для лікування дорослих із хронічною хворобою нирок. Це рішення має вкрай важливе значення для покращення стандартів лікування і допоможе зменшити навантаження на систему охорони здоров'я внаслідок зниження ризику госпіталізації пацієнтів із ХХН з усіх причин. 27

Анкета
читачаЗдоров'я України®
МЕДИЧНА ГАЗЕТА

Заповніть анкету та надішліть за адресою:

ТОВ «МЕДИЧНІ АСПЕКТИ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ»,
04123, м. Київ, вул. Світлицького, 35.**Вкажіть відомості, необхідні для отримання тематичного номера «Урологія. Нефрологія. Андрологія»**

Прізвище, ім'я, по батькові

Спеціальність, місце роботи

Індекс

місто

село

район

область

вулиця

будинок

корпус

квартира

Телефон: дом.

роб.

моб.

E-mail:

* Я добровільно надаю вказані в анкеті персональні дані ТОВ «Видавничий дім «Здоров'я України. Медичні видання», даю згоду на їх використання для отримання від компанії (її пов'язаних осіб, комерційних партнерів) видань, інформаційних матеріалів, рекламних пропозицій, а також на включення моїх персональних даних у базу даних компанії, необмежене в часі зберігання даних.



Підпис

Для нас важливо знати вашу думку!**Чи сподобався вам тематичний номер «Урологія. Нефрологія. Андрологія»?**

Назвіть три найкращі матеріали номера.

1.

2.

3.

Які теми, на ваш погляд, варто розглянути у наступних номерах?

Публікації яких авторів вас цікавлять?

Чи маєте ви бажання стати автором статті для тематичного номера «Урологія. Нефрологія. Андрологія»?

На яку тему?

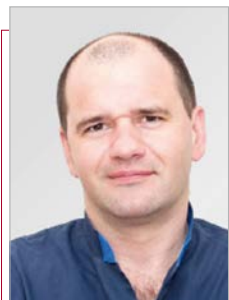
Чи є наше видання корисним для підвищення вашої кваліфікації?

О.О. Маковозов, завідувач відділення онкоурології КП «Дніпровський обласний клінічний онкологічний диспансер Дніпропетровської обласної ради»
О.В. Шуляк, д. мед. н., професор, завідувач відділу реконструктивної та геріатричної урології ДУ «Інститут урології ім. акад. О.Ф. Возіанова НАМН України»
А.П. Кондратенко, відділ реконструктивної та геріатричної урології ДУ «Інститут урології ім. акад. О.Ф. Возіанова НАМН України»
Є.І. Афанас'єв, відділ відновної урології та новітніх технологій ДУ «Інститут урології ім. акад. О.Ф. Возіанова НАМН України»
В.В. Черненко, д. мед. н., професор, завідувач відділу сечокам'яної хвороби ДУ «Інститут урології ім. акад. О.Ф. Возіанова НАМН України»
В.В. Когут, к. мед. н., доцент кафедри урології Національного університету охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика

Конгрес урологів України – 2023: новітні розробки в онкоурології та лікуванні нефролітіазу

За матеріалами конференції

15-17 червня відбулася одна з наймасштабніших подій у науково-медичній галузі, присвячена 30-річчю заснування Національної академії медичних наук України – конгрес Асоціації урологів України. Упродовж декількох насичених днів експерти й спеціалісти презентували новітні досягнення в урології, зокрема ділилися досвідом виконання радикальної простатектомії, надавали рекомендації з медикаментозного лікування доброякісної гіперплазії передміхурової залози та еректильної дисфункції. Цілий ряд доповідей було присвячено проблемі онкологічних захворювань сечостатевої системи, у тому числі пухлин нирки, сечового міхура та раку передміхурової залози. Також були розглянуті вкрай актуальні питання ведення хворих із нефролітіазом, представлені результати клінічної ефективності різноманітних методик інтрауретральної хірургії. **Ключові слова:** пухлина нирки, рак передміхурової залози, скринінг, простат-специфічний антиген, радикальна простатектомія, сечокам'яна хвороба, черезшкірна нефролітотомія, ендоскопічна комбінована інтрауретральна хірургія.



Із доповіддю «**Нова шкала оцінки складності венакаватромбектомії у пацієнтів із пухлинами нирок**» виступив завідувач відділення онкоурології КП «Дніпровський обласний клінічний онкологічний диспансер ДОР» **Олексій Олександрович Маковозов**. Він представив спільну з колегами (Щукін Д.В., Хареба Г.Г., Лісова А.В.) розробку,

яка може використовуватися практикуючими лікарями у хірургічному лікуванні пухлин нирок.

У хірургічній практиці складні ситуації, пов'язані з пухлинними тромбами нижньої порожнистої вени (НПВ), є доволі частими, оскільки виконання оперативного втручання із цього приводу потребує вирішення значних технічних проблем, запобігання або усунення тяжких інтраопераційних ускладнень. Що ж визначає складність тромбектомії у пацієнтів із пухлинами нирок, які поширюються у НПВ? Спікер зазначив, що на даний час не існує універсальної та загальноприйнятої шкали оцінки складності таких хірургічних втручань.

Доповідач із колегами провели аналіз відомих факторів, які можуть впливати на складність хірургічного видалення пухлини нирки, яка поширюється у НПВ, і на підставі цих даних створили концепцію оцінки складності операції венакаватромбектомії у пацієнтів із пухлинами нирок.

Фактори ризику складності операції були розподілені на три основні групи:

- фактори основної ниркової пухлини;
- фактори пухлинного тромбу;
- анатомічні фактори.

Фактори основної ниркової пухлини

Великі розміри пухлини

Є суттєві труднощі виконання маніпуляцій на НПВ при великих розмірах пухлин нирок. Це більшою мірою стосується правобічних пухлин. При великих розмірах пухлини відзначаються проблеми з її зміщенням та відокремленням від неї НПВ, а також труднощі з доступом до поперекових вен у зоні каваренального з'єднання.

Регіонарна лімфаденопатія

При регіонарній лімфаденопатії виникають значні труднощі з виділенням НПВ, пошуком та перев'язуванням ниркової артерії. Зміщення НПВ при лімфаденектомії може призвести до фрагментації інтрауретральної пухлини та емболії легеневої артерії.

Пухлини лівої нирки

Пухлини лівої нирки є фактором ризику, адже існує проблема доступу до лівої ниркової артерії. Крім того, у лівій нирці наявна розвинена система колатералей ниркової вени. Виконання лівобічної нефректомії пов'язане з необхідністю реконструкції НПВ та сегментарної резекції її супраренального відділу, оскільки ліву ниркову вену не можна просто перев'язати.

Фактори пухлинного тромбу

Інвазія пухлини у стінку НПВ

Інвазія пухлини у стінку НПВ є одним із найбільш значущих факторів складності, адже істотно збільшує

тривалість етапу тромбектомії, може збільшувати об'єм крововтрати, найбільш часто є показанням до виконання судинної реконструкції. Крім того, це ускладнення важко діагностувати до операції. Інвазія пухлини у стінку НПВ найчастіше зустрічається при тромбах діаметром >4 см, при ретроградному поширенні пухлинного тромбу, а також при повній обструкції НПВ із формуванням кров'яного тромбу нижче пухлинного.

Повна обструкція НПВ

Повна обструкція НПВ призводить до розвитку потужних венозних колатералей між системами нижньої та верхньої порожнистої вен. Тонка стінка колатералей і високий венозний тиск у них є важливими факторами ризику масивних кровотеч на етапах виділення НПВ та мобілізації нирки.

Висота розповсюдження тромбу

Високі пухлинні тромби вимагають використання специфічних прийомів та методик васкулярної та печінкової хірургії, таких як класична або piggy-back мобілізація печінки, доступ до правого передсердя з боку черевної порожнини, використання апарата штучного кровообігу й/або зупинки циркуляції.

З цієї точки зору всі тромби можна розділити на три групи:

I – каваренальні підпечінкові, а також ретропечінкові тромби, які можуть бути видалені без мобілізації печінки;

II – ретропечінкові та супрадіафрагмальні тромби, що проникають не більше ніж на 1,5 см у праве передсердя, видалення яких потребує мобілізації печінки, а також трансдіафрагмального доступу до супрадіафрагмальної НПВ та правого передсердя;

III – тромби у простві правого передсердя, видалення яких у більшості випадків потребує використання апарата штучного кровообігу або гіпотермічної зупинки циркуляції.

М'яка, або ніжна, консистенція тромбу

Така ситуація вимагає від хірурга дуже обережної техніки виділення НПВ із мінімальним зміщенням усіх венозних структур. М'яка консистенція може стати причиною фрагментації тромбу і фатальної емболії легеневої артерії.

Анатомічні фактори

Поперекові вени, що дренируються в НПВ у ділянці її каваренального сегмента або в супраренальному відділі
 Такі вени можуть спричинити кровотечу з ізольованого сегмента НПВ після каватомії.

Отже, спираючись на вищеописані фактори, фахівці створили шкалу складності венакаватромбектомії – Tumor Thrombus Anatomy (TTA) (таблиця).

Доповідач навів приклади найменш складної тромбектомії (0 балів):

- правобічна пухлина >10 см без лімфаденопатії;
- тромб шириною >2 см вільно флотує у простві НПВ, має підпечінкову локалізацію, у ньому чітко візуалізуються судини >3 мм у діаметрі;
- відсутні виражені венозні колатералі;
- поперекові вени не дрениуються в «зоні ризику».

Отже, шкала TTA є концептуальною системою оцінки складності венакаватромбектомії у пацієнтів із пухлинами нирок, проте її інформативність потребує подальшого проспективного вивчення.



Доповідь «**Нові дослідження в урології**» представив заступник директора з наукової роботи ДУ «Інститут урології ім. акад. О.Ф. Возіанова НАМН України», завідувач відділу реконструктивної та геріатричної урології, доктор медичних наук, професор **Олександр Владиславович Шуляк**.

За останні роки в галузі урології було проведено багато цікавих досліджень. Деякі з них, на думку спікера, заслуговують особливої уваги професійної спільноти.

Замісна гормональна терапія у період менопаузи та інфекція сечових шляхів

У першому подібному дослідженні американські вчені (De Nisco N. et al., 2020) показали, що жінки, які приймають менопаузальну гормональну терапію (МГТ), мають у сечі більшу кількість так званих корисних бактерій, що може створити умови для перешкоджання розвитку інфекцій сечових шляхів (ІСШ).

Дослідницька група Техаського університету включила у дослідження 75 жінок, яких було розподілено на три групи: перша (n=25) – без ІСШ в анамнезі; друга (n=25) – із рецидивними ІСШ в анамнезі, але без поточної ІСШ на момент дослідження; третя (n=25) – із рецидивними ІСШ в анамнезі та поточною ІСШ на момент дослідження. Усім учасницям було проведено аналіз ДНК різноманітності бактерій у сечі. Результати показали, що у жінок третьої групи у сечі менше бактерій, ніж у жінок другої групи, а учасниці першої групи мали у сечі в 10 разів більшу різноманітність бактерій порівняно з іншими досліджуваними. Крім того, 34 жінки приймали МГТ, і саме в них було виявлено більше *Lactobacillus*, що може означати, що естрогени підтримують ріст цих бактерій в урогенітальному тракті, таким чином запобігаючи ІСШ.

Дослідники дійшли висновку, що необхідно більш уважно розглянути питання щодо впливу бактеріальної флори сечостатевої системи на сприйнятливості до інфекції. Необхідні додаткові дослідження, щоб визначити причинно-наслідковий зв'язок між терапією естрогенами, колонізацією *Lactobacillus* і профілактикою ІСШ.

Спікер зауважив, що, можливо, майбутні схеми лікування зможуть включати пробіотичні вагінальні препарати у жінок із ризиком ІСШ у комплексі з терапією естрогенами. Проте ще занадто рано впроваджувати їх у широку клінічну практику. Крім того, слід пам'ятати, що МГТ не рекомендована всім жінкам у період менопаузи.

Антибактеріальна терапія хронічного бактеріального простатиту

Результати ще одного цікавого дослідження, представленого спікером, продемонстрували нові можливості антибактеріального лікування хронічного бактеріального простатиту (Magni V. et al., 2021).

Було проведено аналіз історій хвороби >2500 пацієнтів із цим діагнозом, які отримували 500 мг левофлоксацину на день протягом 4 тижнів. Дослідники виявили, що у хворих на хронічний бактеріальний простатит, які отримували левофлоксацин, ерадикація збудника інфекції була досягнута у 79% випадків. В осіб, які отримували комбінацію левофлоксацину та азитроміцину, ерадикація сягала 87,8%.

Скринінг раку передміхурової залози на основі ризику

Дані найбільшого у світі скринінгового дослідження раку передміхурової залози (РПЗ) надають додаткові докази на підтримку запровадження цільової програми скринінгу цього захворювання.

У 2009 році Європейське рандомізоване дослідження скринінгу РПЗ (ERSPC) показало, що скринінг може знизити смертність від РЗП на 20-35%. Однак проведення більш ранньої та частішої діагностики, яка дає можливість скринінгу, також означає, що чоловіки довше житимуть зі знанням про наявність у них онкологічного захворювання, тому зберігається занепокоєння щодо впливу цього фактора на якість життя.

Новий аналіз, представлений на щорічному конгресі Європейської асоціації урології (EAU), показав, що чоловіки, які проходили скринінг, довше перебували на ранній стадії захворювання без ознак прогресування, коли, як відомо, якість життя погіршується найменше.

У 90-х роках минулого сторіччя у ERSPC було залучено понад 180 тис. чоловіків із восьми країн, половину із яких рандомізували для участі у програмі скринінгу РПЗ із регулярним визначенням рівня

простат-специфічного антигена (ПСА). У новому дослідженні вивчали, скільки часу пройшло, перш ніж чоловіки помітили прогресування РПЗ до різних стадій захворювання після діагностики.

Дослідження включало наступні етапи:

- біохімічний рецидив: коли у чоловіків, які отримували променеву терапію для лікування РПЗ або їм було виконано оперативне втручання, виявлявся високий рівень ПСА, що вказувало на рецидив захворювання;
- метастатична хвороба: коли РПЗ поширився за межі передміхурової залози на інші органи і тому не піддається лікуванню.

Результати показали, що чоловіки, у яких захворювання було виявлено за допомогою програми скринінгу, у середньому на один рік довше не мали біохімічного рецидиву. Крім того, метастатична хвороба розвивалася на 2,5 року пізніше у чоловіків, які проходили скринінг, порівняно з тими, у яких РЗП було виявлено поза програмою скринінгу.

Очільник дослідницької групи з Інституту раку Erasmus University Medical Center (Нідерланди) зазначає: «Ніхто не хоче зіткнутися з діагнозом «рак», а скринінг означає, що більше чоловіків дізнаються, що вони мають рак простати, і будуть жити довше із цим знанням. Хоча скринінг може призвести до гіпердіагностики, наше дослідження показує, що він також може відтермінувати або навіть дати змогу уникнути шкоди, яку може завдати РПЗ. Це схиляє баланс на користь подальшого розвитку організованих індивідуальних програм скринінгу».

Доповідач зауважив, що скринінг на РПЗ є стандартним лише в кількох європейських країнах, включаючи Литву та частину Швеції. Більшість інших країн, зокрема Великобританія, не проводять систематичний скринінг чоловіків на РПЗ через побоювання щодо надмірної діагностики та лікування. Тести на ПСА, як правило, проводяться випадково, коли пацієнти звертаються до лікарів зі скаргами.

Професор Інституту раку Erasmus MC M.J. Roobol зауважує: «Прогрес у діагностиці та лікуванні РПЗ змінив баланс ризиків і переваг, пов'язаних зі скринінгом цього захворювання. Ми можемо значно зменшити виявлення раку низького ризику за допомогою адекватної стратифікації ризику. Крім того, раніше діагноз автоматично означав радикальне лікування, наприклад хірургічне втручання або опромінення, які мають побічні ефекти. Тепер у нас є інші варіанти лікування раку з низьким ризиком, наприклад активне спостереження, які мають менший вплив на якість життя чоловіків. Зважаючи на те що скринінг знижує смертність та прогресування захворювання і, як показує наше дослідження, дає чоловікам більше років життя на тих стадіях захворювання, які мають менший вплив на його якість, аргументи проти скринінгу стають застарілими».

EAU, провідний авторитет у європейській урологічній практиці, дослідженнях і освіті, закликає зробити скринінг РПЗ частиною нового плану Європейського Союзу «Подолати рак». EAU рекомендує орієнтований на ризик підхід до скринінгу РПЗ, який розраховував би відповідну частоту скринінгу та спостерігав за кожним пацієнтом на основі таких факторів, як рівень ПСА, сімейний анамнез, етнічна приналежність, генна мутація та розмір передміхурової залози.

Професор van Roppel Левенського католицького університету (Бельгія) зазначає: «Рак передміхурової залози є однією з головних причин смерті чоловіків у Європі: номер один – у Швеції, номер два – у Німеччині та номер п'ять – у багатьох інших країнах. Щороку у Великобританії від РПЗ помирає більше чоловіків, ніж від раку грудної залози у жінок. Незважаючи на це ми все ще не маємо загальноєвропейської програми скринінгу на РПЗ. Систематичний та персоналізований підхід до скринінгу, який підтримує EAU, значно зменшить імовірність надмірної діагностики або надмірного лікування онкологічних захворювань, які становлять мінімальну загрозу. Але найголовніше – це збереже найкращу можливість якість життя хворих на РПЗ і врятує життя».

Асоціація урологів України та ДУ «Інститут урології НАМН ім. акад. О.Ф. Возіанова» активно підтримують стратегію EAU і закликають зробити скринінг РПЗ частиною нового плану Європейського Союзу «Подолати рак».

Таблиця. Шкала складності венакаватромбектомії – Tumor Thrombus Anatomy (TTA)

Фактори пухлинного тромбу	Бали
Розмір пухлини нирки	
• <10 см	0
• >10 см	1
Лімфаденопатія	
• є	0
• немає	1
Сторона ураження	
• права	0
• ліва	1
Інвазія тромбу в стінку НПВ	
• тромб шириною <2 см, повністю омивається кров'ю та вільно флотує у просвіті НПВ при УЗД	0
• тромб шириною >2 см, між ним та стінкою НПВ візуалізується кровотік на окремих ділянках	1
• тромб >2 см, кровотік між тромбом і стінкою НПВ не візуалізується, або є ретроградне поширення тромбу, або кров'яний тромб локалізується нижче за пухлинний	2
Обструкція НПВ	
• немає виражених венозних колатералей	0
• є виражені венозні колатералі	1
Висота розповсюдження тромбу	
• група I	0
• група II	1
• група III	2
Консистенція тромбу	
• є одиничні або множинні судини діаметром >3 мм, що добре візуалізуються, тромб демонструє підвищене контрастне посилення	0
• судини <3 мм в діаметрі, погано візуалізуються, знижене контрастне посилення	1
Анатомічні фактори	
Поперекові вени	
• не дрениються у зоні васкулярної ізоляції тромбу	0
• дрениються у зоні васкулярної ізоляції тромбу	1
Сумарний бал: 0 балів – низька складність 0-6 балів – середня складність 7-10 балів – висока складність	



Результати цікавого дослідження «Аналіз видів та рівня хірургічних ускладнень у пацієнтів, хворих на рак передміхурової залози, залежно від методики виконання радикальної простатектомії», проведеного на базі ДУ «Інститут урології ім. акад. О.Ф. Возіанова НАМН України» колективом авторів (Возіанов С.О., Шамраєв С.М., Шамраєва Д.М. Рідченко М.А.)

представив лікар-уролог відділу реконструктивної та геріатричної урології ДУ «Інститут урології ім. акад. О.Ф. Возіанова НАМН України» Андрій Петрович Кондратенко.

Серед усіх онкологічних захворювань у чоловіків РПЗ посідає друге місце за частотою, на нього припадає 12,4%. Частіше зустрічається лише рак трахеї, бронхів та легень (15,3%). Питома вага РПЗ у структурі онкоурологічної патології за 2019-2021 рр. складала 45%, тоді як онкологічні захворювання нирки та сечового міхура діагностувалися у 27 та 25% хворих відповідно, і ще 3% припадали на пухлини інших локалізацій (Бюлетень Національного канцер-реєстру № 22 «Рак в Україні, 2021»).

Радикальна простатектомія (РПЕ) є методом вибору лікування як локалізованого РПЗ (забезпечує 10-річну виживаність у 99% випадків), так і місцево-розповсюдженого (92%, а при нервозберігаючих операціях – 87%) (Guidelines of European Association of Urology, 2021).

У зв'язку з постійним збільшенням кількості пацієнтів, хворих на РПЗ, і все частішим виявленням захворювання у чоловіків працездатного віку дедалі більшої актуальності набуває попередження таких ускладнень РПЕ, як нетримання сечі та порушення ерекційної функції (Walsh P.C., 1994), із метою покращення якості життя в післяопераційному періоді.

Продовження на стор. 10.

Патофізіологія та класифікація нейрогенних дисфункцій нижніх сечових шляхів

У статті представлено фізіологічні основи акту сечовипускання; розглянуто причини іннервації нижніх сечових шляхів, включно із класифікацією та патофізіологією нейрогенних дисфункцій нижніх сечових шляхів; описано основні урологічні синдроми в нейроурології та неврологічні захворювання, які проявляються урологічними симптомами.

Ключові слова: нижні сечові шляхи; іннервація; класифікація та патофізіологія нейрогенних дисфункцій нижніх сечових шляхів; урологічні синдроми в нейроурології.

Основними функціями нижніх сечових шляхів (НСШ), а саме сечового міхура (СМ) й уретри, які забезпечують акт сечовипускання, є накопичення та виділення сечі. Ці функції регулюються нервовою системою (центральною й периферичною), яка координує активність СМ (детрузора) та сфінктерного апарату сечівника (уретри). СМ – унікальний орган, непосмуговані волокна якого у процесі еволюції потрапили під вольовий контроль (набули здатності контролюватися ЦНС). Тому будь-яке порушення іннервації міхура на різних рівнях призводить до порушення акту сечовипускання, функцій наповнення та спорожнення із відповідною симптоматикою.

Фізіологічні основи акту сечовипускання

При поступовому заповненні СМ сечою внутрішньоміхуровий тиск залишається низьким і становить 5-10 см вод. ст. у горизонтальному положенні людини. Збереження сталого низького внутрішньоміхурового тиску у фазу наповнення забезпечується за рахунок еластичності та розтяжності стінок міхура (у зарубіжній літературі – «compliance»), а також одночасної активізації невральних механізмів, які стримують скорочення детрузора. Нейроанатомія СМ була представлена у попередніх роботах [1, 2, 8].

Еластичність та розтяжність стінок СМ пов'язана з наявністю в ній постійного рівня колагену, еластину та ретикулярних волокон, що дозволяє збільшувати об'єм міхура у 2-3 рази без підвищення внутрішньоміхурового тиску. Умовами фази наповнення є акомодация (приспосовування) СМ до збільшення об'єму сечі при низькому внутрішньоміхуровому тиску із відповідними суб'єктивними відчуттями, закритий внутрішній отвір уретри (шийка міхура) у спокої та у період підвищення внутрішньочеревного тиску, а також відсутність мимовільних скорочень детрузора [7, 11, 14]. Симпатична нервова система забезпечує фазу наповнення СМ за рахунок збудження β -адренорецепторів тіла міхура (виникає розслаблення детрузора) та збудження α -адренорецепторів дна СМ та проксимального відділу уретри (зростає опір шийки СМ та проксимального відділу уретри). Під час переміщення тіла із горизонтального положення у вертикальне тиск у СМ підвищується до 50-60 см вод. ст. за рахунок ваги органів черевної порожнини та трансмісії (передачі) внутрішньочеревного тиску на міхур. Сміх, кашель, фізичні навантаження сприяють підвищенню внутрішньоміхурового тиску до 100-200 см вод. ст.

Механізм утримання сечі у СМ складний і включає центральну та периферичну нервові системи, а також скелетну (посмуговану) та гладеньку (непосмуговану) мускулатуру уретри. У нормі внутрішньоуретральний тиск постійно перевищує тиск у СМ, тому нетримання сечі не

спостерігають. Різниця між тиском в уретрі (P_{ur}) та СМ (P_{ves}) називається затульним тиском (P_{clos}). З віком P_{clos} знижується (особливо у жінок у постклімактеричному періоді) і його можна визначити за формулою $P_{clos} = 100 - \text{вік хворого (хворої)}$ у роках [30]. Згідно з даними уродинаміки, при цистометрії наповнення перше відчуття наповнення СМ (FS) виникає, коли міхур наповнений до 40% його ємності, перший позив до сечовипускання (FD) – коли міхур наповнений до 60%, сильний позив до сечовипускання (SD) – коли міхур наповнений до 90% (рис. 1) [20]. Сильний позив до сечовипускання (SD) у здорових людей відрізняється від ургентних позивів

(скарга на раптове бажання до спорожнення СМ, яке важко стримати) при гіперактивному СМ [2, 25]. Сильний позив до сечовипускання (SD) можливо відкласти до зручного гальмівного впливу кори головного мозку на рефлекс сечовипускання), і цей позив характеризується відсутністю страху нетримання сечі та підвищення детрузорного тиску. Натомість ургентність при гіперактивному СМ характеризується невідкладністю, страхом нетримання сечі та підвищенням детрузорного тиску.

Акт сечовипускання здійснюється наступним чином. Перший позив до сечовипускання виникає при заповненні СМ 150-250 мл сечі за рахунок надходження аферентних імпульсів від баро- та механорецепторів у спінальні центри сечовипускання (симпатичний – T10-L2, парасимпатичний – S2-4), а потім послідовно у супраспінальні відділи центральної нервової системи. По мірі наповнення СМ частота аферентних імпульсів збільшується, що викликає позив та рефлекс сечови-



В.І. Горовий

пускання. Рефлекс може бути подавлений імпульсами з кори головного мозку. Якщо цього не відбувається – еферентні парасимпатичні моторні імпульси, що надходять до детрузора, призводять до його скорочення. Нормальний акт сечовипускання починається раптовим та повним розслабленням поперечно-смугастого сфінктера уретри з відсутністю скорочень його за даними електроміографії [1, 2, 7, 14, 15, 22] (рис. 2, 3). Після цього майже одразу підвищується внутрішньоміхуровий тиск та знижується внутрішньоуретральний. Тиск у СМ та у проксимальному відділі уретри стають однаковими (ізобаричними). Початок сечовипускання залежить як від подачі сенсорних (аферентних) сигналів, так і від зворотного зв'язку, який включає механізми зниження внутрішньоуретрального тиску й активності мускулатури тазового дна. Виникає значна парасимпатична стимуляція скорочення детрузора та вольове здійснення акту сечовипускання. Потрапляння сечі у проксимальний відділ уретри призводить до скорочення детрузора (уретро-міхуровий рефлекс). Умовами спорожнення СМ є скоординовані скорочення гладенької мускулатури детрузора одночасно зі зниженням опору на рівні внутрішнього та зовнішнього сфінктерів уретри (відсутність детрузорно-сфінктерної дисинергії [ДСД]), а також відсутність анатомічної обструкції уретри. Внутрішньоміхуровий тиск у фазу скорочення СМ залежить від внутрішньоуретрального тиску, останній у нормі складає від 30 до 50 см вод. ст. Вольове переривання акту сечовипускання пов'язане з раптовим скороченням поперечно-смугастого сфінктера уретри та мускулатури тазового дна, що через рефлекторний механізм перериває скорочення детрузора та виділення сечі. Рефлекс сечовипускання знаходиться під вольовим контролем і центр його розташований у стовбурі головного мозку (понтинний мікційний центр Barrington). Існують чотири нервові структури, які відповідають за активацію та координацію рефлексу сечовипускання: кора головного мозку (передлобна кора, поясна кора, острівцеві), стовбурова частина мозку (навколотоводопровідна сіра речовина середнього мозку, понтинний мікційний центр), сакральний центр сечовипускання та периферичні ганглії СМ (рис. 4-6). У фазу наповнення СМ виникає збудження рецепторів розтягнення, що, з одного боку, веде до низькочастотної стимуляції аферентних нервів, а з іншого – активує центри сечовипускання у центральній нервовій системі. Від них еферентні імпульси передаються на β -адренорецептори стінки СМ, які викликають розслаблення детрузора, а також на α -адренорецептори, які призводять до скорочення шийки міхура та уретри (рис. 7). СМ та уретра отримують різнобічну, але достатньо

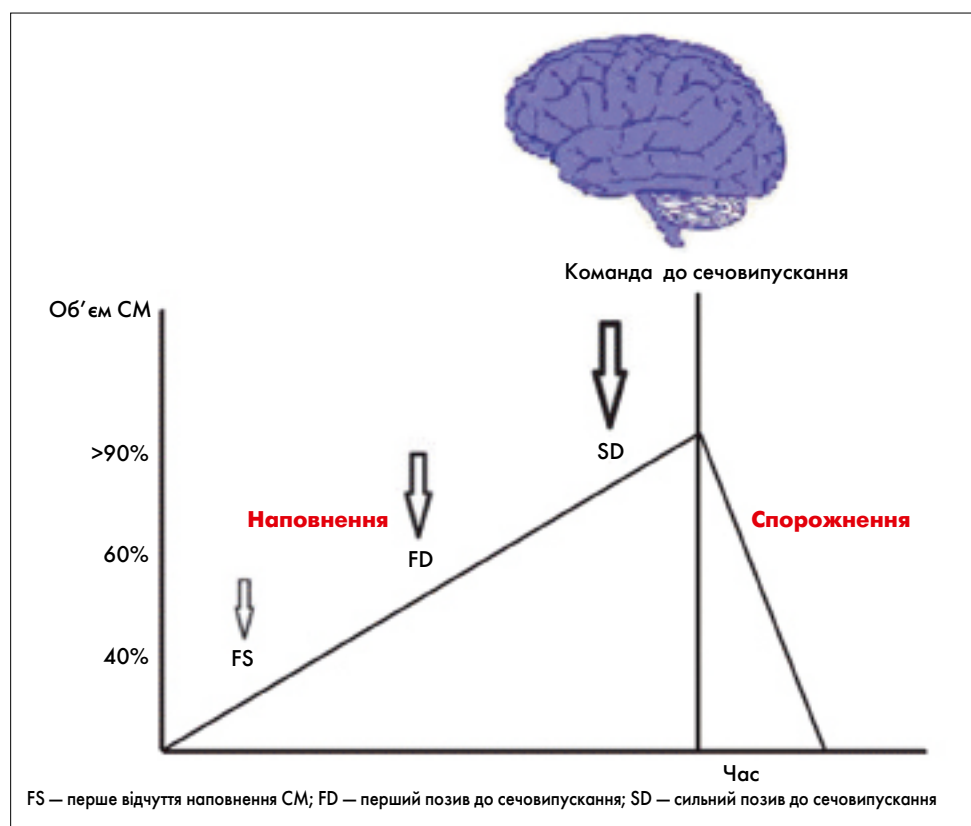


Рис. 1. Схематичне зображення фаз наповнення та спорожнення СМ [7]

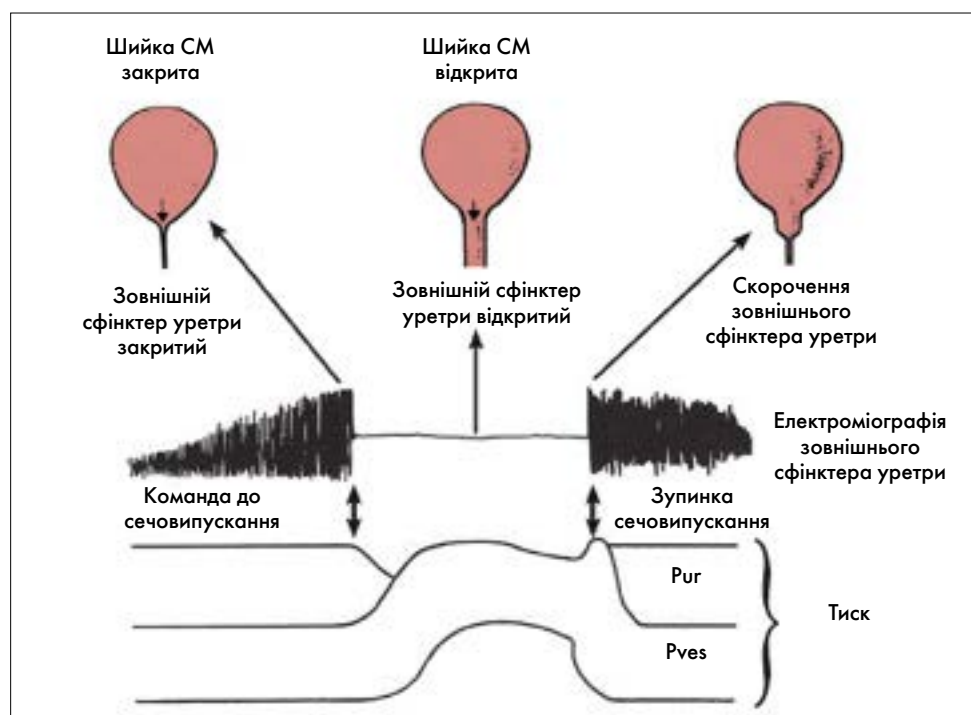


Рис. 2. Фізіологія акту сечовипускання за даними відеоуродинаміки [7, 15]

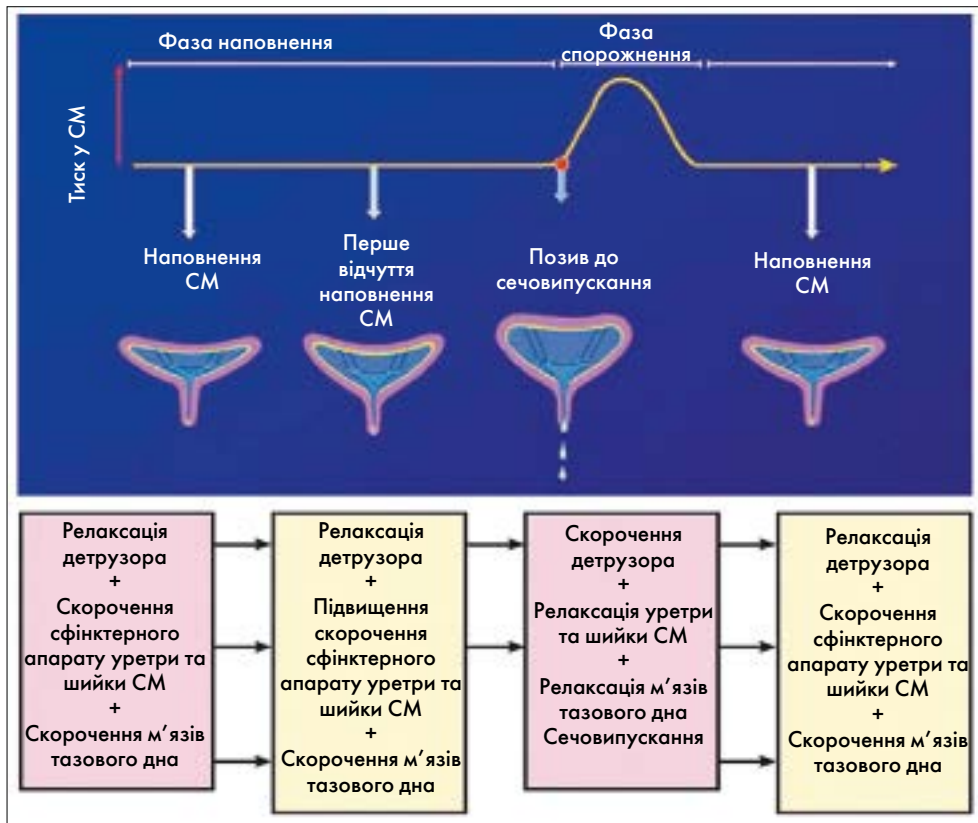


Рис. 3. Схематичне зображення фаз наповнення та спорожнення СМ [7]

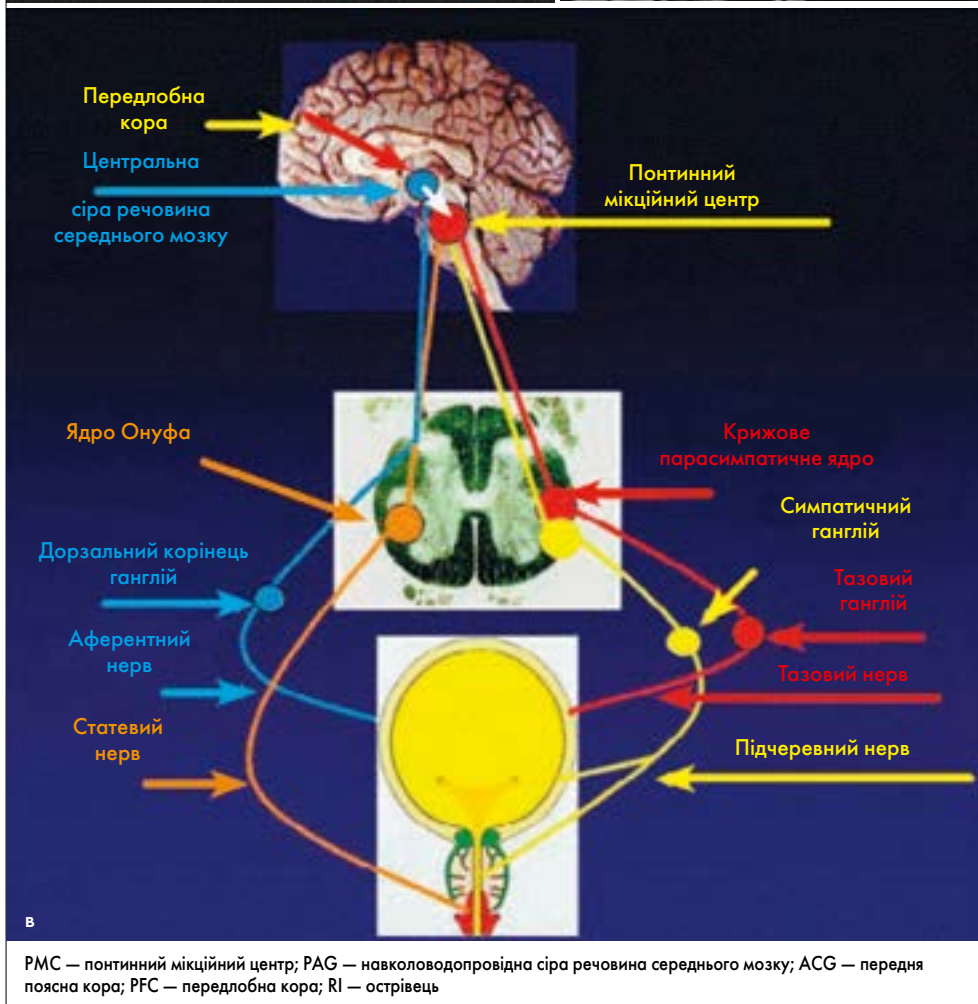
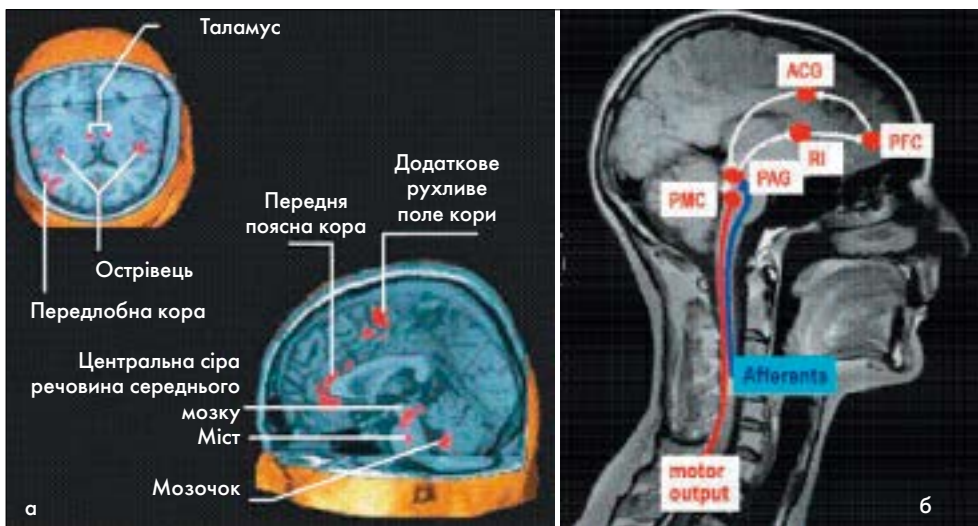


Рис. 4. Іннервація НСШ та вищі центри контролю акту сечовипускання: а – структури головного мозку, відповідальні за утримання сечі (позитронно-емісійна томографія у поєднанні із функціональною МРТ); б – спрощена модель структур супраспінального контролю рефлексу сечовипускання; в – структури головного та спинного мозку, відповідальні за рефлекс сечовипускання (схематичне зображення) [7, 21]

збалансовану й скоординовану іннервацію із парасимпатичної, симпатичної та соматичної нервових систем. Симпатична нервова система (медіатор – норадреналін, рецептори – адренергічні) гальмує

скорочення детрузора й сприяє утриманню сечі у СМ, парасимпатична (медіатор – ацетилхолін, рецептори – мускаринові) сприяє скороченню детрузора та виведенню сечі з міхура. Соматична

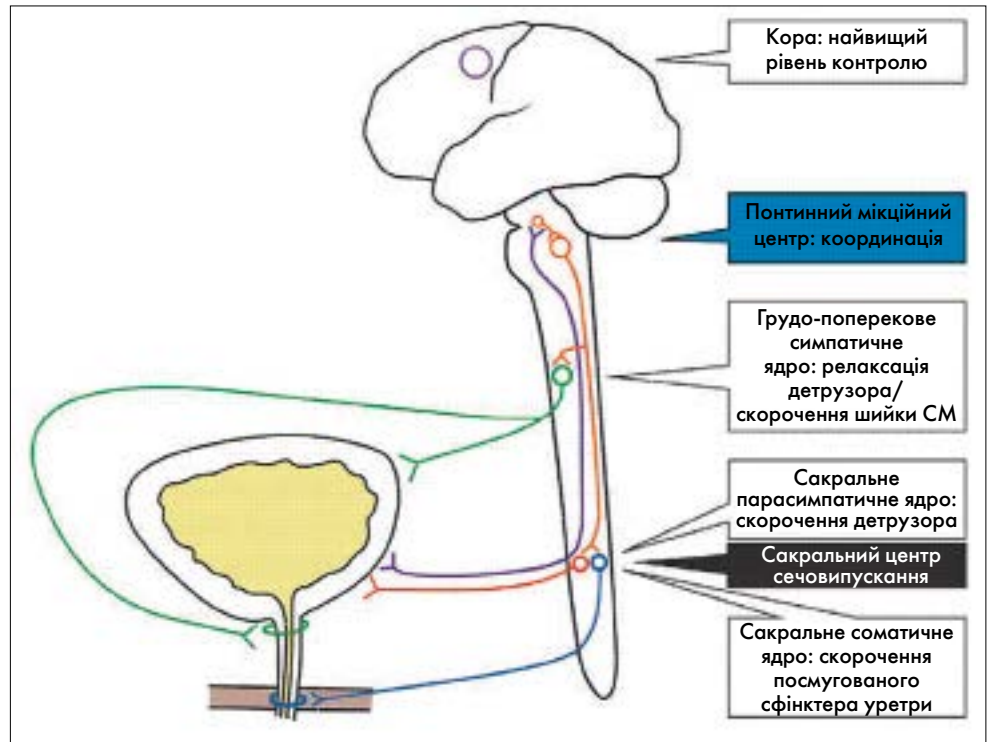


Рис. 5. Структури головного та спинного мозку, відповідальні за функції наповнення та спорожнення СМ (схематичне зображення) [7, 22]

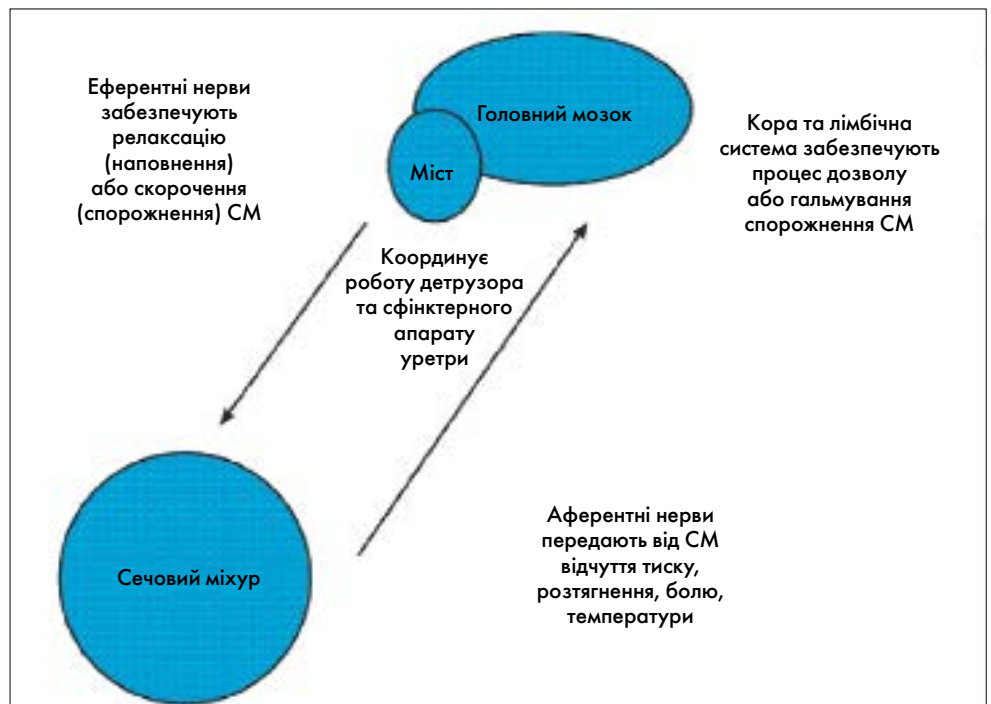


Рис. 6. Аферентна й еферентна іннервація НСШ, співвідношення структур головного й спинного мозку, відповідальних за функції наповнення та спорожнення СМ (схематичне зображення) [7, 29]

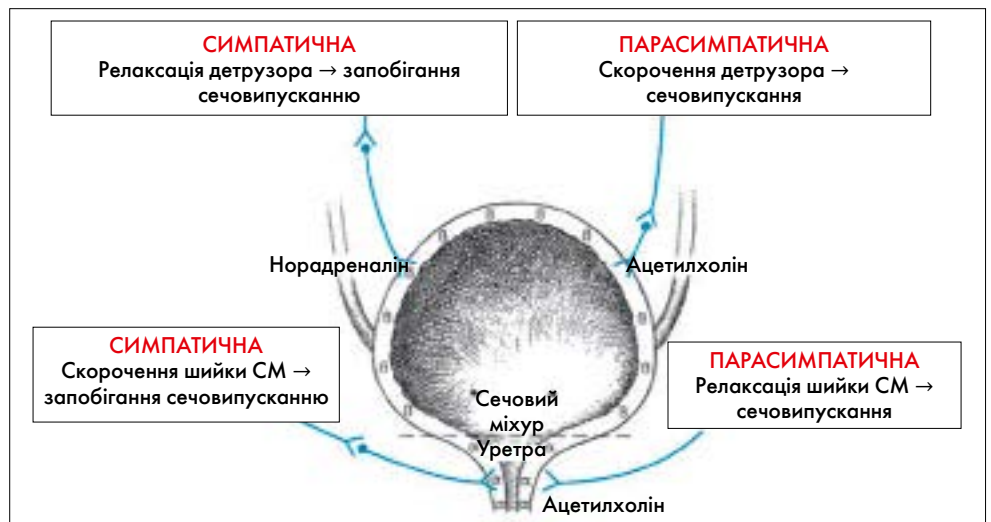


Рис. 7. Локалізація рецепторів у СМ та уретрі, вплив симпатичної й парасимпатичної нервових систем на функцію СМ та уретри [8]

нервова система за рахунок скорочення зовнішнього поспругованого сфінктера уретри (медіатор – ацетилхолін, рецептори – нікотиніві) сприяє утриманню сечі у СМ (рис. 8, 9). Скоординоване синергічне скорочення детрузора та розслаблення поспругованого сфінктера уретри характеризує нормальний акт сечовипускання (табл. 1). Після закінчення виділення сечі (акту сечовипускання) виникає закриття шийки СМ за рахунок скорочення мускулатури тазового дна та сфінктерного апарату уретри, підвищується внутрішньоуретральний тиск і знижується

внутрішньоміхуровий, і фаза наповнення міхура починається знову.

Класифікація нейрогенних дисфункцій нижніх сечових шляхів

Умовно виділяють наступні рівні регуляції СМ: кірково-підкірковий (лобні частки кори, гіпоталамус, таламус), стовбуровий або понтинний, спінальний (крижовий парасимпатичний та грудно-поперековий симпатичний вегетативні центри) та периферичний (інтрамуральні нервові структури, тазове сплетення,

Продовження на стор. 14.

Патофізіологія та класифікація нейрогенних дисфункцій нижніх сечових шляхів

Продовження. Початок на стор. 12.

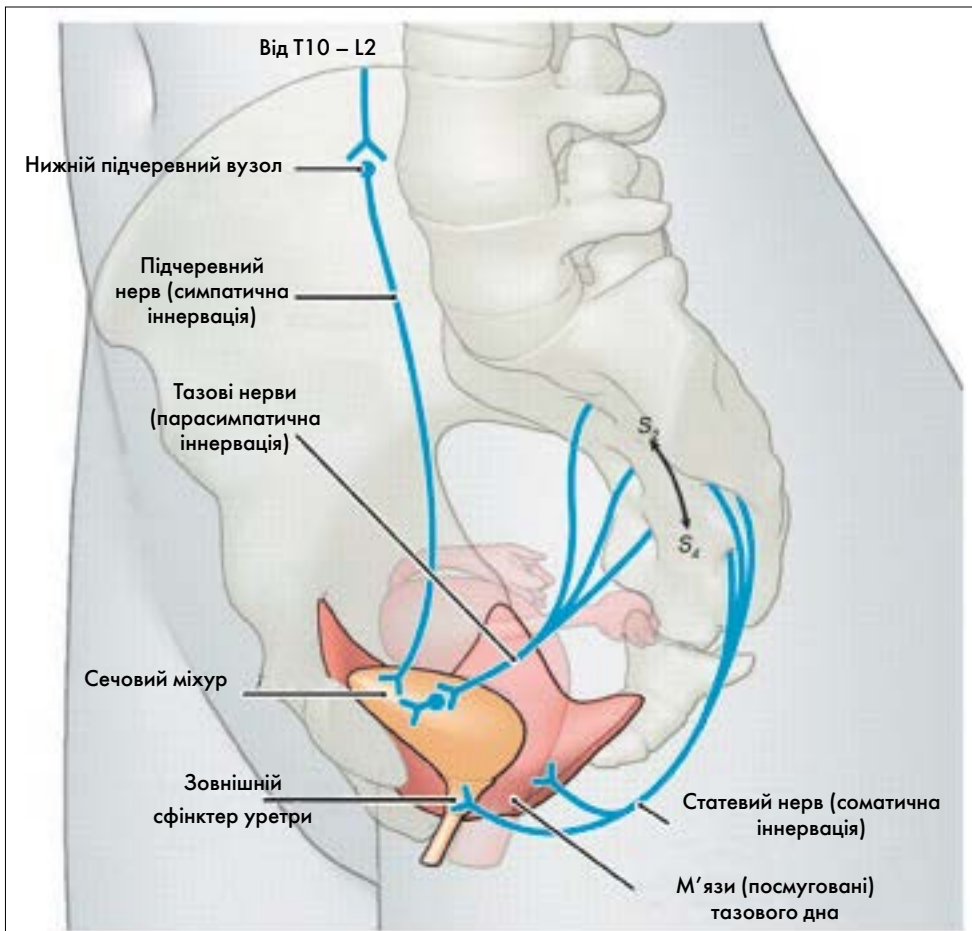


Рис. 8. Симпатична, парасимпатична та соматична іннервація НСШ [2, 7]

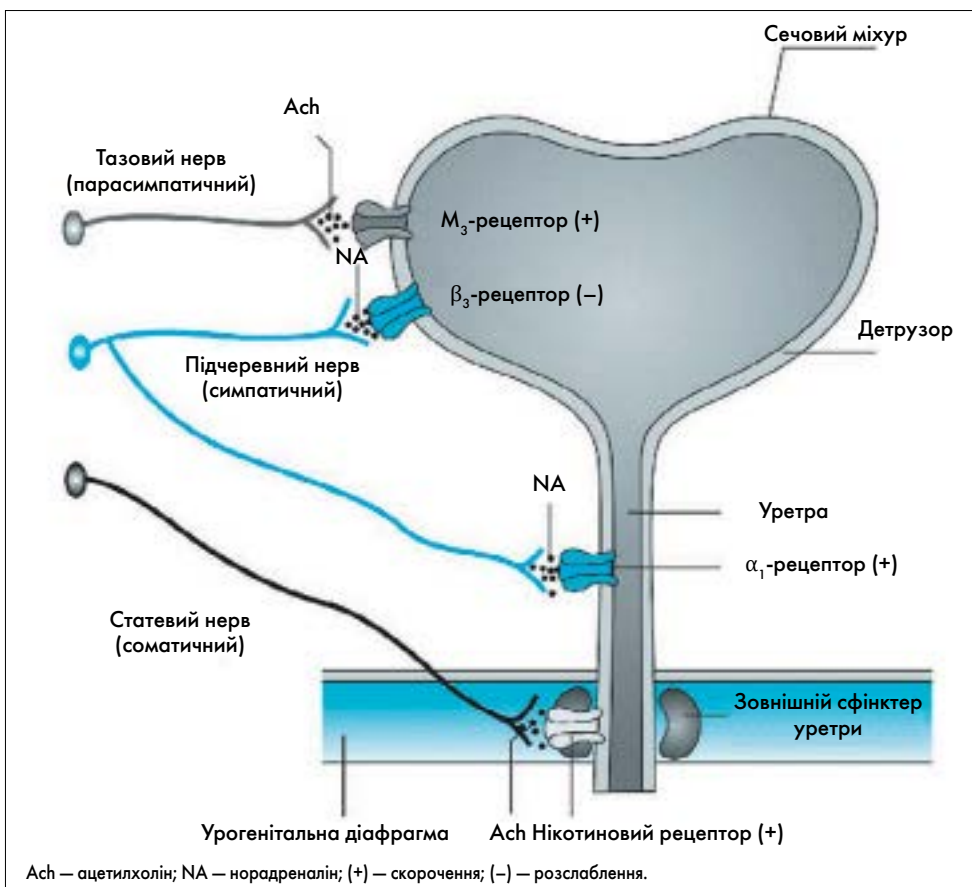


Рис. 9. Іннервація НСШ, їх рецептори та медіатори [7, 24]

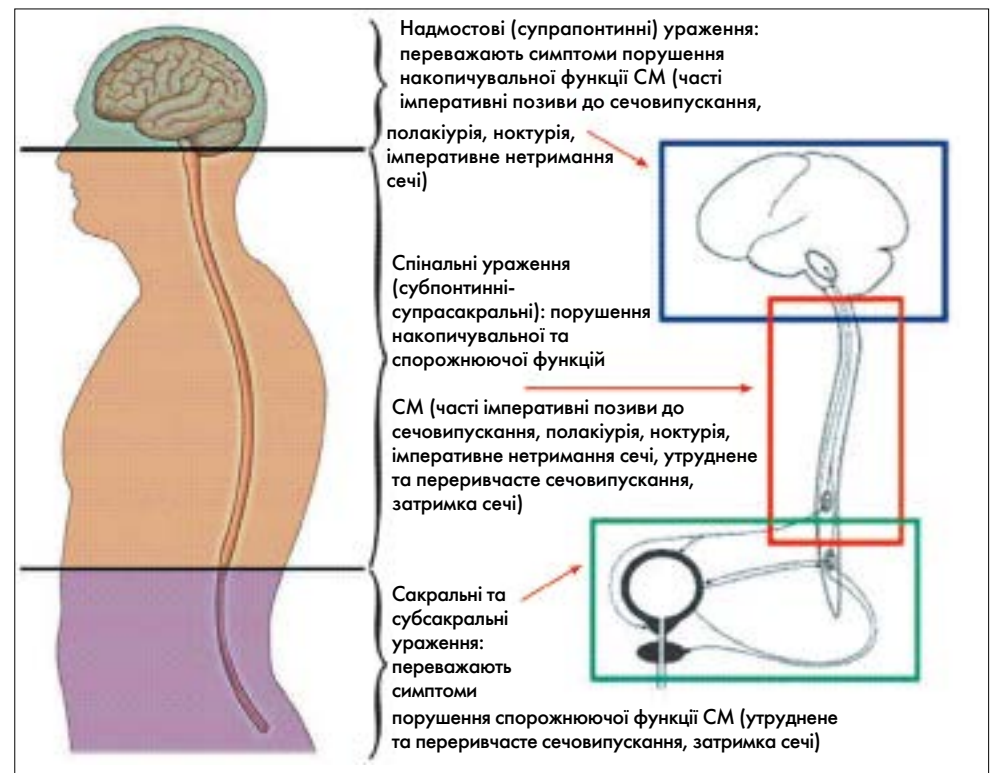


Рис. 10. Характер дисфункцій НСШ та їх симптоматика при неврологічних захворюваннях і травмах залежно від локалізації патології [7]

іннервації СМ має місце і порушення іннервації та функції сфінктерного апарату уретри. НДНСШ включає стани, зумовлені вродженими або набутими ураженнями різних рівнів нервових шляхів, що забезпечують функцію довільного сечовипускання та утримання сечі. НДНСШ супроводжується порушенням функції детрузора (гіперактивність, гі-

при неврологічних захворюваннях ви- значається локалізацією та характером патології. На рис. 10-12 представлено класифікацію НДНСШ Європейської асоціації урологів (EAU, 2022), що базується на класифікації Н. Madersbacher (1990) [18, 23], яка дозволяє орієнтовно, без виконання уродинамічних досліджень встановити вид НДНСШ та вибра-



Рис. 11. Характер дисфункцій НСШ (детрузор, сфінктер) при неврологічних захворюваннях і травмах залежно від локалізації патології [7, 18]

Таблиця 1. Іннервація НСШ, рецептори, нейротрансмітери та механізм їх дії на стінку СМ і уретри [7, 29]						
Іннервація	Локалізація	Нерв	Нейротрансмітер	Рецептор	Механізм дії	Результат
Парасимпатична	S2-S4	Тазовий	Ацетилхолін	Мускариновий	Скорочення детрузора	Спожнення СМ
					Релаксація шийки СМ	Спожнення СМ
Симпатична	T10-T12	Підчеревний	Норадреналін	β	Релаксація детрузора	Затримка (утримання) сечі
				α	Скорочення шийки СМ	Затримка (утримання) сечі
Соматична	Аферентні та еферентні S2-S4	Статевий	Ацетилхолін	Нікотинний	Скорочення зовнішнього сфінктера уретри	Затримка (утримання) сечі

паравертебральні симпатичні ганглії) [4, 5, 7, 16-18]. Нейрогенний сечовий міхур – це дисфункція СМ внаслідок порушення його іннервації. Сьогодні замість

терміну «нейрогенний сечовий міхур» використовують термін «нейрогенна дисфункція нижніх сечових шляхів (НДНСШ)» з огляду на те, що при порушенні

поактивність, відсутність активності – аконтрактильність), сфінктерного апарату уретри (гіперактивність, гіпоактивність), а також ДСД. Вид НДНСШ

ти відповідне початкове лікування. Класифікація є універсальною (застосовна до будь-якого неврологічного захворювання та травми), хоча й не на 100% дозволяє визначити дисфункцію системи «детрузор – сфінктерний апарат уретри». Це пов'язано з політопністю ураження нервових структур при деяких захворюваннях (наприклад, при розсіяному склерозі) та нейропластичністю нейронів із відновленням функції (частковою або повною) детрузора і сфінктерного апарату уретри (наприклад, при спинномозковій травмі).

При НДНСШ нейроурологи виділяють: нейрогенну гіперактивність детрузора, нейрогенну гіпо- та аконтрактильність детрузора, ДСД та нейрогенну



Рис. 12. Характер дисфункцій НСШ при неврологічних захворюваннях та травмах залежно від локалізації патології. Справа схематично представлено очікуваний стан НСШ (детрузор – сфінктер) [2, 7, 8, 18, 22]

сфінктерну недостатність [5, 7, 22, 24, 29]. Характер та локалізація неврологічного ураження, симптоматика НДНСШ, дані цистометрії представлені у табл. 2.

Анатомічна класифікація нейрогенних дисфункцій НСШ виділяє наступні нейроанатомічні ураження: супрапонтинні, інфрапонтинні-супрасакральні, сакральні, «кінський хвіст» та тазові нерви (рис. 13). При супрапонтинних ураженнях має місце втрата гальмівного контролю вищих центрів сечовипускання над понтинним мікційним центром та крижовим центром сечовипускання.

При супрапонтинних ураженнях у хворих виникає часте денне (полакіурія) та нічне (ноктурія) сечовипускання, імперативні позиви до сечовипускання (ургентність) із можливим імперативним нетриманням сечі. При інфрапонтинних-супрасакральних ураженнях має місце активація рефлексу сечовипускання через втрату над ним контролю понтинного мікційного центру. Виникає нейрогенна гіперактивність детрузора та ДСД. При сакральних ураженнях спостерігають різну картину: гіпер- та гіпоактивність детрузора (аж до

Локалізація ураження	Симптоми	Захворювання	Дані цистометрії
Супрапонтинні	Часті імперативні позиви, полакіурія, ноктурія, імперативне нетримання сечі	Інсульт Паркінсонізм Деменція Гідроцефалія Церебральний параліч Пухлини та травматичні ушкодження головного мозку Розсіяний склероз	Детрузорна гіперактивність
Спинальні (субпонтинні-супрасакральні)	Часті імперативні позивки, полакіурія, ноктурія, імперативне нетримання сечі, утруднене та переривчасте сечовипускання, затримка сечі	Розсіяний склероз Травми та пухлини спинного мозку Спинномозкова грижа (spina bifida) Мієлодисплазія Патологія міжхребцевих дисків Поперечний мієліт	Детрузорна гіперактивність, детрузорно-сфінктерна дисинергія
Субсакральні	Утруднене та переривчасте сечовипускання, затримка сечі	Синдром «кінського хвоста» (cauda equine) Ятрогенне ушкодження тазових нервів (при хірургічних та акушерсько-гінекологічних операціях на тазових органах, променевої терапії) Периферична нейропатія (цукровий діабет, зловживання алкоголем, генітальний герпес)	Детрузорна гіпоактивність, сфінктерна недостатність

	Фаза наповнення СМ	Фаза спорожнення СМ
Сечовий міхур Норма Патологія	Релаксація детрузора Гіперактивність детрузора: • ідіопатична • нейрогенна	Скорочення детрузора Гіпо-/аконтрактильність детрузора
Уретра Норма Патологія	Скорочення сфінктерного апарату уретри Сфінктерна недостатність уретри (через гіпермобільність уретри у жінок або ураження її нерво-м'язових структур у чоловіків та жінок)	Релаксація сфінктерного апарату уретри Обструкція уретри, дисфункціональне сечовипускання, детрузорно-сфінктерна дисинергія

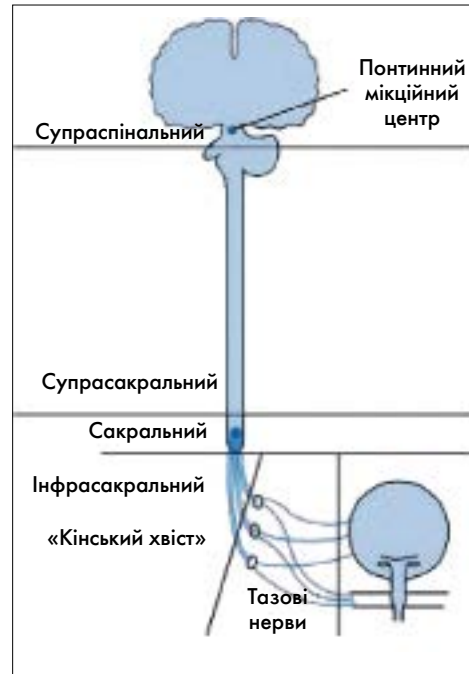


Рис. 13. Нейроанатомічна класифікація нейрогенних дисфункцій НСШ [7, 29]

арефлексії), зниження контрактильності сфінктерного апарату уретри, може мати місце і ДСД [22]. При ураженні типу «кінського хвоста» та тазових периферичних нервів (інфрасакральні ураження) виникає гіпо- та арефлексія детрузора; денервація (зниження активності) зовнішнього сфінктера уретри, хоча можлива і його спастичність (гіперактивність).

Уродинамічна класифікація функцій та дисфункцій НСШ Міжнародного товариства з утримання сечі (ICS) [21]

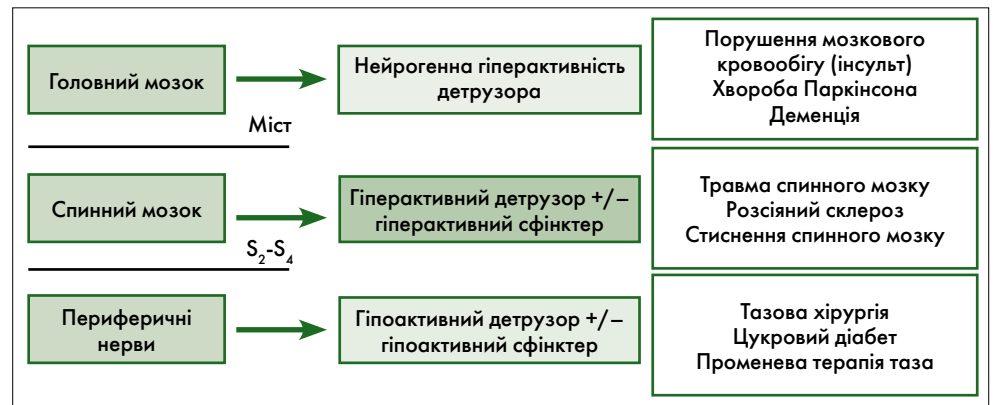


Рис. 14. Характер дисфункцій НСШ (детрузор, сфінктер уретри) при неврологічних захворюваннях та травмах залежно від локалізації патології [7]

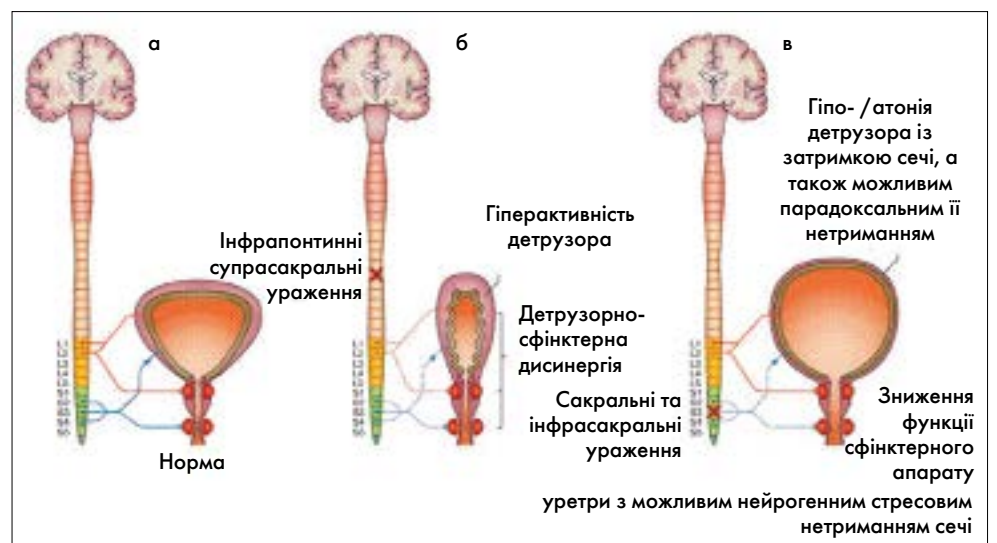


Рис. 15. Функція детрузора та сфінктерного апарату уретри при неврологічних захворюваннях та травмах залежно від локалізації ураження (а-в) [15]

представлена у табл. 3, характер дисфункцій НСШ (детрузор, уретральний сфінктер) при неврологічних захворюваннях та травмах залежно від локалізації патології – на рис. 14, 15, а етіологія НДНСШ залежно від рівня ураження – у табл. 4.

ДСД – спорожнення СМ (детрузора) виникає одночасно із мимовільними скороченнями сфінктерного апарату уретри. Термін «детрузорно-сфінктерна дисинергія» використовують, коли

виявляють у пацієнта неврологічну патологію. У разі відсутності неврологічної патології говорять про дисфункціональне сечовипускання.

Патофізіологія основних урологічних синдромів у нейроурології

Урологічні прояви нейрогенної дисфункції НСШ характеризуються затримкою сечі, гіперактивністю детрузора (із/без імперативного нетримання сечі), нетриманням сечі та ДСД. До неврологічних проявів спинномозкової травми відносять вегетативну дисрефлексію.

Нейрогенна затримка сечі. Затримку поділяють на гостру та хронічну, остання може бути повною та неповною. Гостра затримка сечі (ішурія) характеризується повним раптовим припиненням виділення сечі із переповненого СМ за наявності болісних позивів до сечовипускання. У неврологічних хворих гостра затримка сечі може не проявлятися больовим синдромом. Гостра затримка сечі є порушенням спорожнюючої (евакуаторної) функції СМ. Повна затримка сечі – неможливість спорожнити СМ (виділити будь-яку кількість сечі із СМ). Неповна затримка сечі – порушення спорожнення СМ, при якому об'єм виділеної сечі не перевищує об'єм залишкової. Зумовлена анатомічною (функціональною) обструкцією СМ, детрузорною гіпоактивністю або обома цими факторами. Залишкова сеча – об'єм сечі у СМ після сечовипускання. Хронічна повна затримка сечі може проявлятися парадоксальною ішурією, коли пацієнт відмічає немож-

ливості спорожнити СМ, при цьому у нього одночасно має місце мимовільне виділення декількох крапель сечі. Парадоксальна ішурія (парадоксальне нетримання сечі) – нетримання сечі одночасно із її затримкою (нетримання через переповнення СМ).

Нейрогенна затримка сечі виникає зазвичай при ураженні попереково-крижового відділу хребта, де знаходиться

Продовження на стор. 16.

Патофізіологія та класифікація нейрогенних дисфункцій нижніх сечових шляхів

Продовження. Початок на стор. 12.

Таблиця 4. Етіологія нейрогенних дисфункцій НСШ залежно від рівня ураження [7, 29]

Рівень ураження	Медичні	Хірургічні	Дегенеративні	Вроджені
Супрапонтинні	Порушення мозкового кровообігу (інсульт) Розсіяний склероз	Пухлини Травма	Хвороба Паркінсона	Церебральний параліч Гідроцефалія
Інфрапонтинні – супрасакральні	Розсіяний склероз Інфекція Інсульт	Травма	Пролапс дисків Стеноз хребтового каналу Спина сухотка	Спинномозкова грижа
Інфрасакральні	Оперізуючий лишай	Пухлини Травма	Спина сухотка	Агенезія крижової кістки
Периферичні	Цукровий діабет Медикаментозна нейропатія	Операції на товстому кишечнику, прямій кишці та внутрішніх статевих органах		Менінгомієлоцеле

Таблиця 5. Нейрогенні причини затримки сечі [29]

Локалізація ураження	Причини
Головний мозок	Захворювання судин головного мозку, струс мозку, розсіяний склероз, пухлина, паркінсонізм, гідроцефалія
Спинний мозок	Розсіяний склероз, менінгомієлоцеле, патологія міжхребцевих дисків, гематома або абсцес спинного мозку, патологія судин спинного мозку, поперечний мієліт, пухлини conus medullaris або cauda equine, spina bifida
Автономний або периферичний нерв	Нейропатія автономної нервової системи, цукровий діабет, вірус оперізуючого герпесу, поліомієліт, радикальні хірургічні втручання на органах таза, сакральна (перидуральна) анестезія, травма спинного мозку, злаякісна анемія, спинна сухотка

крижовий центр сечовипускання з парасимпатичною моторною іннервацією СМ (рис. 16). При цьому виникає гіпоактивність детрузора з нормо- або гіперактивністю сфінктерного апарату уретри. Нейрогенну затримку сечі спостерігають і при гіперактивності сфінктерного апарату уретри за наявності нормальної активності детрузора. Механічна обструкція НСШ у 80-90% випадків є

причиною виникнення гострої затримки сечі, переважно (99%) у чоловіків – через наявність у них доброякісної гіперплазії простати, раку простати, стриктури уретри та іншої інфравезикальної обструкції (рис. 17). Нейрогенна затримка сечі складає всього 2-3% серед усіх випадків гострої затримки сечі і, як правило, зумовлена гіпоактивністю детрузора [6, 13, 26]. Нейрогенна затримка сечі може бути виявлена і у хворих із доброякісною гіперплазією простати. Необхідно пам'ятати про медикаментозну гіпоактивність детрузора через вживання протипаркінсонічних препаратів. Нейрогенні причини затримки сечі представлені у табл. 5. При ішемічному інсульті нейрогенна затримка сечі (частота – 20%) зумовлена ураженням центрів сечовипускання, розташованих у лобних частках кори, гіпоталамусі та середньому мозку [24].

Нейрогенне нетримання сечі. Фізіологія утримання сечі у СМ та патофізіологія

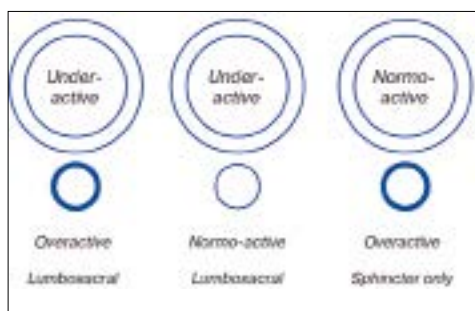


Рис. 16. Патофізіологія нейрогенної затримки сечі [29]

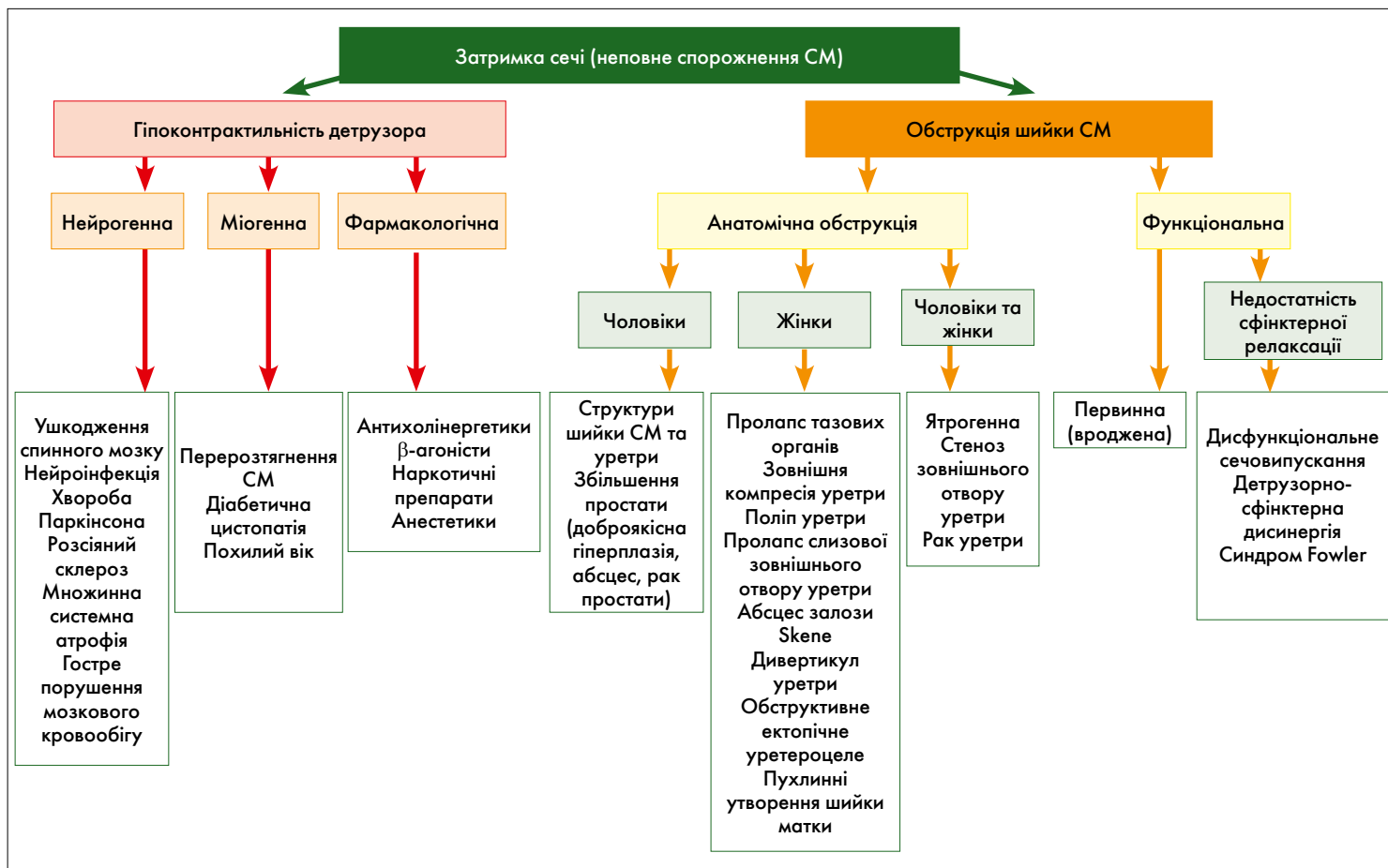


Рис. 17. Причини затримки сечі [7, 24]

нетримання сечі представлена на рис. 18. У чоловіків та жінок основними видами нетримання сечі є стресове, імперативне та змішане (90-95% всіх видів нетримання сечі) (рис. 19). У хворих із нейрогенною дисфункцією сечових шляхів нетримання сечі зумовлене гіперактивністю детрузора (нейрогенне імперативне нетримання сечі), ДСД, гіпо- та аконтрактільністю детрузора з переповненням СМ (парадоксальне нетримання сечі), недостатністю функції сфінктерного апарату уретри (нейрогенне стресове нетримання сечі) (рис. 20). Функціональний стан детрузора та сфінктерного апарату уретри при нейрогенній дисфункції сечових шляхів встановлюють за допомогою уродинамічних та відеоуродинамічних досліджень. При супрапонтинних ураженнях імперативне нетримання сечі спричинене нейрогенною гіперактивністю детрузора через втрату контролю кортикальних центрів над рефлексом сечовипускання. При спінальних ураженнях нетримання сечі зумовлене нейрогенною гіперактивністю детрузора, а також ДСД. При субсакральних ураженнях нетримання сечі зумовлене підвищенням

тиску у переповненому СМ із розтягненням шийки міхура, виникненням парадоксальної ішурії (парадоксального нетримання сечі); також мають місце випадки нейрогенного стресового нетримання сечі через гіпоактивність сфінктерного апарату уретри.

Детрузорно-сфінктерна дисинергія – скорочення детрузора одночасно із мимовільним скороченням сфінктерного апарату уретри. Саме гіперактивність детрузора та ДСД сприяють підвищенню внутрішньоміхурового тиску, виникненню міхурово-сечовідного рефлюксу, уретерогідронефрозу, висхідного рецидивуючого пієлонефриту та ниркової недостатності (рис. 21, 22). Мимовільне сечовипускання характерне для немовлят та дітей раннього віку до досягнення 3-5 років, у яких цей процес контролює лише автономна частина нервової системи, а далі, із віком, акт сечовипускання стає контрольованим [27]. У нормі внутрішньоміхуровий тиск становить 10-15 см вод. ст. СМ вважають «небезпечним», коли внутрішньоміхуровий тиск становить більше 40 см вод. ст. або коли виявляють ДСД. ДСД спостерігають при спінальних (супрасакральних-інфрапонтинних) ураженнях (травмах та неврологічних захворюваннях).

J. G. Blaivas та співавт. (1981) [14, 29] при уродинамічних дослідженнях у хворих із ДСД запровадили три типи цього стану (рис. 23):

І тип – підвищення детрузорного тиску супроводжується підвищенням активності зовнішнього сфінктера уретри, на піку детрузорного тиску відмічають різке

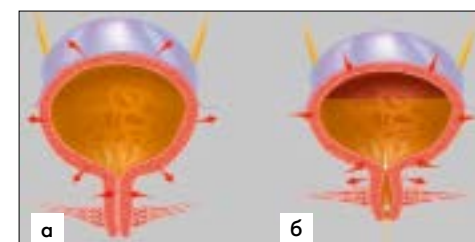


Рис. 18. У нормі утримання сечі в наповненому СМ відбувається за рахунок збереженої сфінктерної функції уретри та відсутності спонтанних або спровокованих скорочень детрузора (а); при гіперактивності детрузора (ідіопатичній чи нейрогенній) імперативне (ургентне) нетримання сечі відбувається за рахунок спонтанних або спровокованих скорочень детрузора (б), при цьому внутрішньоміхуровий тиск перевищує нормальний внутрішньоуретральний тиск або знижений (при поєднаному порушенні й сфінктерної функції уретри – так зване змішане нетримання сечі)

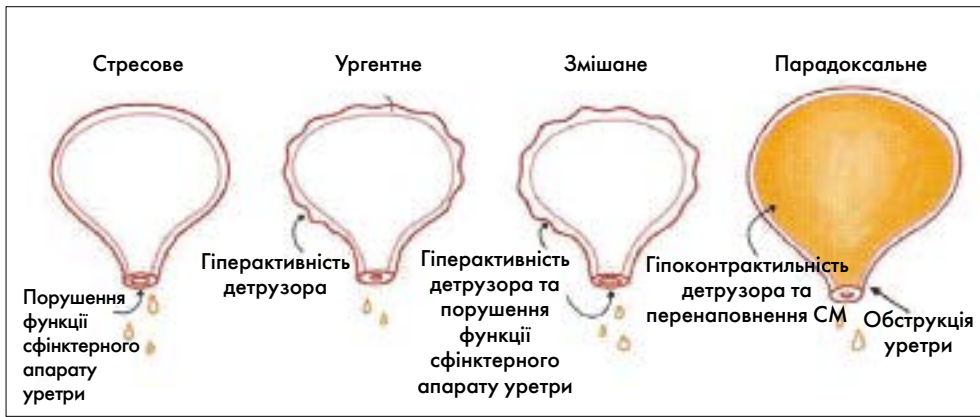


Рис. 19. Етіологія основних видів нетримання сечі [8, 28]

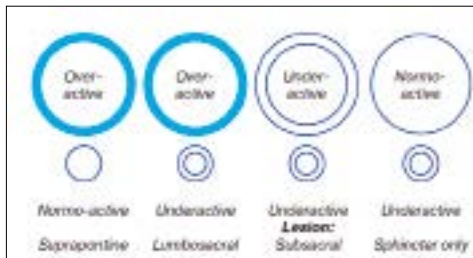


Рис. 20. Патолофізіологія нейрогенного нетримання сечі [29]

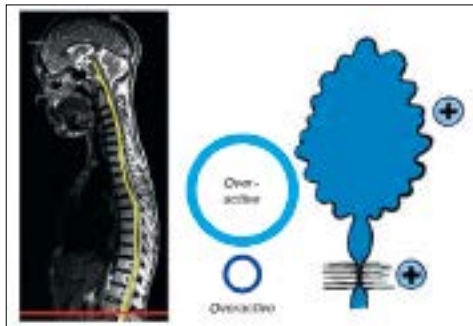


Рис. 21. Детрузорно-сфінктерна дисинергія при спінальних (супрасакральних-інфрапонтинних) ураженнях (травмах та неврологічних захворюваннях) [29]

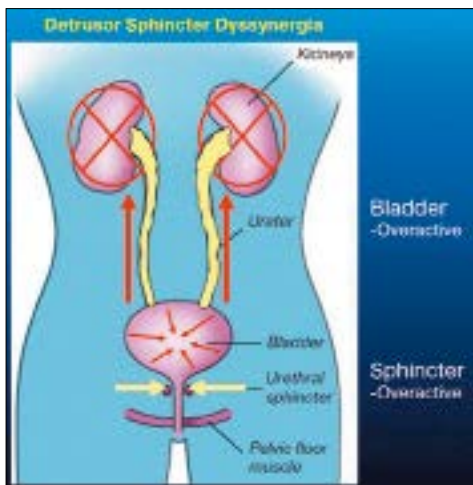


Рис. 22. Детрузорно-сфінктерна дисинергія при нейрогенних дисфункціях НСШ із виникненням міхурово-сечовідного рефлюксу сечі, розширенням верхніх сечових шляхів, розвитком пієлонефриту та ниркової недостатності [27]

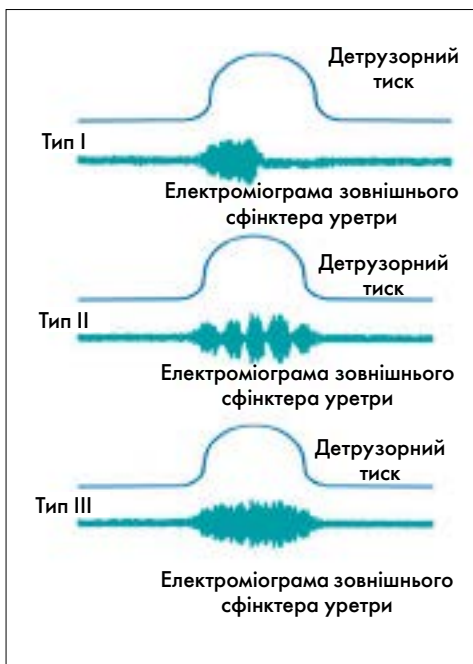


Рис. 23. Типи ДСД за J. G. Blaivas та співавт. (1981) [14, 29]



Рис. 24. Висхідна цистограма у хворі із НДНСШ: відмічається двобічний міхурово-сечовідний рефлюкс V ст. [7]

зниження активності зовнішнього сфінктера уретри, що клінічно проявляється нейрогенним імперативним нетриманням сечі;

II тип – підвищення детрузорного тиску супроводжується переривчастим підвищенням активності зовнішнього сфінктера уретри, що клінічно проявляється переривчастим струменем сечі;

III тип – підвищення детрузорного тиску супроводжується постійним підвищенням активності зовнішнього сфінктера уретри, що клінічно проявляється обструкцією уретри та затримкою сечі, а також неможливістю розпочати акт сечовипускання.

ДСД I типу має місце при неповному ураженні спинного мозку, ДСД II та III типу спостерігається при повному ураженні спинного мозку. ДСД поділяють на постійну та періодичну [29]. При постійній ДСД частіше виникають урологічні ускладнення у зв'язку із підвищеним внутрішньоміхуровим тиском, що супроводжується міхурово-сечовідним рефлюксом сечі, двобічним уретерогідронефрозом, нирковою недостатністю, а також інфекціями сечових шляхів.

Міхурово-сечовідний рефлюкс зустрічається у 10-30% хворих із НДНСШ, особливо в дітей. Причиною їх є втрата затульної функції міхурово-сечовідного сегмента через підвищений внутрішньоміхуровий (детрузорний) тиск у результаті нейрогенної гіперактивності детрузора, гіперактивності сфінктерного апарату уретри, ДСД. Це призводить до розширення верхніх сечових шляхів, їх інфікування та втрати функції нирок при двобічному ураженні. Діагностика міхурово-сечовідного рефлюксу базується на виконанні висхідної та мікційної цистографії, а також відеоуродинамічних досліджень (рис. 24). Класифікація міхурово-сечовідного рефлюксу представлена на рис. 25.

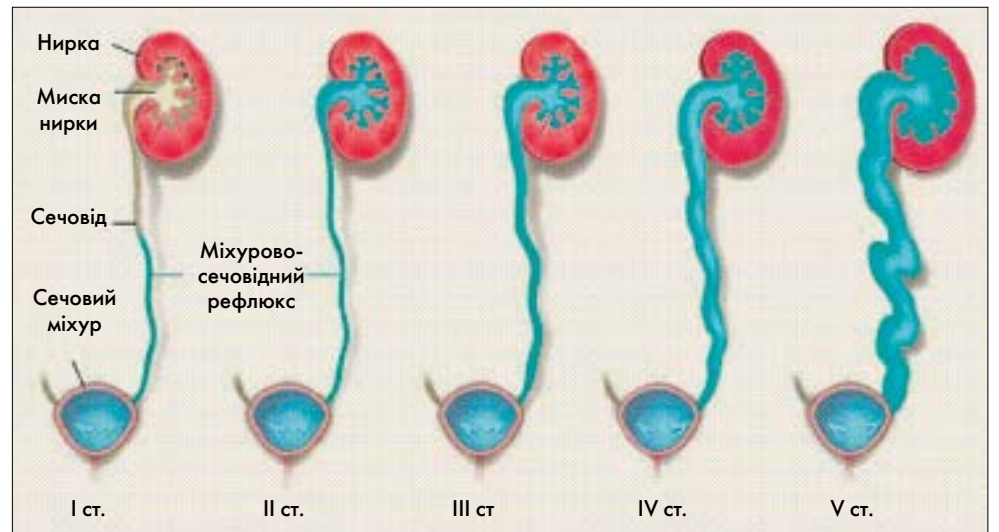


Рис. 25. Класифікація міхурово-сечовідного рефлюксу [7, 22]

Таблиця 6. Причини автономної дисрефлексії у хворих із спинномозковою травмою [7, 16]

Сечостатеві	Перерозтягнення СМ Інфекції сечових шляхів, епідидимоорхіт Детрузорно-сфінктерна дисинергія Статевий акт Каміні нирок Перекрут яєчка
Гастроінтестинальні	Перерозтягнення кишечника, каловий завал Анальні стриктури Гастродуоденальні виразки Каміні жовчних шляхів, холецистит Гастроєзофагеальний рефлюкс
Шкірні	Пролежні Опіки (у т.ч. сонячні) Укуси комах Врослі нігті
М'язово-скелетні	Стискаючий одяг Зміна положення тіла Спастичність м'язів Травми та переломи кісток Тромбоз глибоких вен Фізичні вправи
Діагностичні процедури	Цистоскопія Уродинамічні (відеоуродинамічні) дослідження із цистометрією Екстракорпоральна дистанційна літотрипсія Хірургія, анестезія
Інші	Введення препаратів Стиснення калитки Вагітність, пологи, менструальні спазми Холод Зловживання алкоголем

I ступінь – потрапляння сечі у нерозширений сечовід; II ступінь – потрапляння сечі у нерозширений сечовід, миску та чашечки; III ступінь – незначне розширення сечоводу, миски та чашечок; IV ступінь – покрупнення сечоводу та значне розширення чашково-мискової системи; V ступінь – виражене покрупнення сечоводу та значне розширення чашково-мискової системи із відсутністю сосочків нирки.

Автономна дисрефлексія – раптова та посилена реакція вегетативної нервової системи на різні стимули у хворих із ураженням спинного мозку або порушенням функції спинного мозку на рівні сегмента T6 та вище. Вона визначається як підвищення систолічного артеріального тиску (АТ) >20 мм рт. ст. від початкового рівня. Автономна дисрефлексія є потенційно небезпечним станом у таких хворих і характеризується гіперактивацією симпатичної нервової системи у відповідь на аферентний сигнал із різким підвищенням АТ та високим ризиком виникнення геморагічного інсульту. Можливе підвищення АТ при автономній дисрефлексії до 200-300 мм рт. ст. Підняття АТ супроводжується симптомами (головний біль, нечіткий зір, закладеність носа, гіперемія обличчя, підвищена пітливість, бліда та холодна шкіра), можливий безсимптомний перебіг гіпертензії (у 35-50% хворих) [12, 16, 22]. Автономна дисрефлексія у 90% хворих зумовлена uszkodженням

шийного відділу спинного мозку і може виникати до 40 разів на день. Травма спинного мозку вище шостого грудного хребця проявляється автономною дисрефлексією у 48-80% хворих. У хворих із повним uszkodженням спинного мозку автономна дисрефлексія виникає у 3 рази частіше, ніж у хворих із неповним. Автономна дисрефлексія, як правило, не виникає у період спінального шоку, а лише після його закінчення; у перший рік після спинномозкової травми її відмічають у 92% хворих. Аферентні стимули, які викликають автономну дисрефлексію, представлені у табл. 6. До 85% всіх аферентних стимулів мають урологічну причину. Патогенез та клініка автономної дисрефлексії у хворих із спинномозковою травмою представлені на рис. 26. Підвищення АТ та церебральна вазодилатація є причиною виникнення геморагічного інсульту. У першу чергу необхідно перевірити й виключити перетиснення та закупорку катетера Фолі слизово-солевими масами із перерозтягненням СМ. При закупорці катетера виконують його заміну на новий, при цьому в уретру необхідно ввести лубрикант із лідокаїном та антисептиком (катеджель). При нормальній роботі уретрального катетера необхідно перевірити кишечник на предмет калового завалу та після місцевого знеболення прямої кишки лідокаїном (катеджель)

Продовження на стор. 18.

Патофізіологія та класифікація нейрогенних дисфункцій нижніх сечових шляхів

Продовження. Початок на стор. 12.

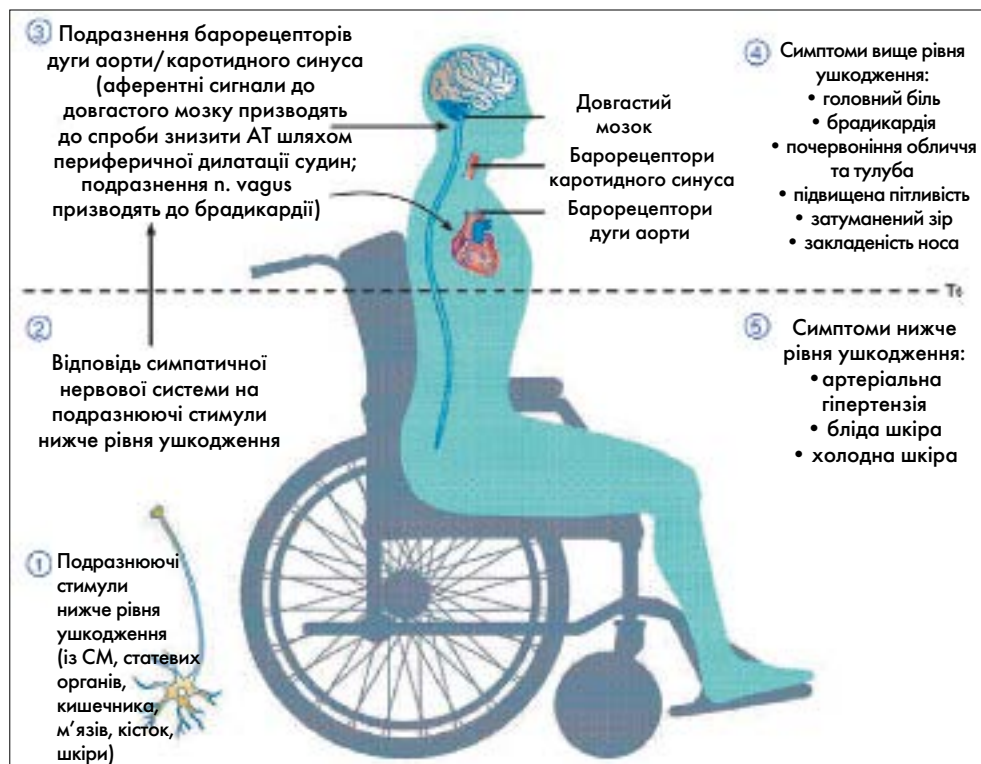


Рис. 26. Етапи (1-5) патогенезу та симптомів автономної дисрефлексії у хворих із спинномозковою травмою [7, 16]

видалити калові маси. При підвищенні АТ >150 мм рт. ст. використовують антигіпертензивні препарати з короткою дією

(каптоприл – 25 мг, ніфедипін – 10 мг). АТ контролюють протягом 2 год після усунення причини автономної дисрефлексії.

Лікування основних урологічних синдромів у нейроурології буде представлено в наступних публікаціях.

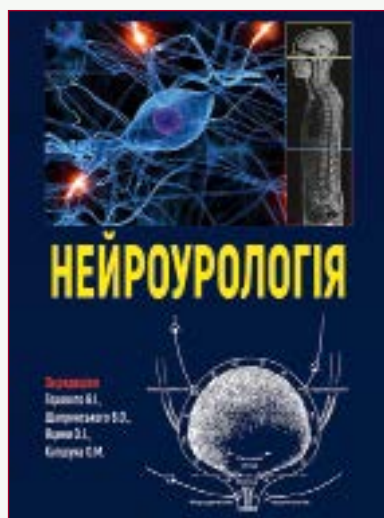
Література

1. Горовий В. І. Анатомія синдрому гіперактивного сечового міхура у жінок // Медичні аспекти здоров'я жінки. – 2022. – № 1 (142). – С. 1-19.
2. Гіперактивний сечовий міхур у жінок / За ред. В. І. Горового та ін. – Вінниця: «Твори», 2022. – 368 с.
3. Дубенко Е. Г. Нарушения мочеиспускания при заболеваниях нервной системы и методы их патогенетического лечения // Журнал неврологии им. Б. М. Маньковского. – 2015. – Т. 3, № 1. – С. 86-89.
4. Клиническая нейроанатомия и неврология по Фицджеральду / Э. Мгуи и др.; пер. с англ. – М.; Изд-во Панфилова, 2018. – 400 с.
5. Крупин В. Н., Белова А. Н. Нейроурология: руководство для врачей. – М.: Антидор, 2005. – 464 с.
6. Невідкладна урологія в практиці лікарів хірургічного профілю / Горовий В. І. та ін. – Вінниця: «Твори», 2018. – 824 с.
7. Нейроурологія / За ред. Горового В. І. та ін. – Вінниця: «Твори», 2023. – 520 с.
8. Нетримання сечі у жінок: навчальний посібник / За ред. Горового В. І., Яцини О. І. – Вінниця: ТОВ «Твори», 2020. – 472 с.
9. Переверзев А. С., Козлюк В. А. Симптомы нижних мочевых путей. – Харьков: Факт, 2009. – 431 с.
10. Пушкарь Д. Ю., Касян Г. Р. Функциональная урология и уродинамика. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2013. – 376 с.
11. Синдром гиперактивного мочевого пузыря в клинической практике врача-уролога / Касян Г. Р. и др. // Метод. рекомендации № 2. – М., 2016. – 36 с.
12. Стандартизація в нейрохірургії / За ред. Є. Г. Педаченка. – К., 2019. – 152 с.
13. Шварц П. Г., Попов С. В. Нейрогенная задержка мочи. – М.: Изд-во «Прес-Бюро», 2011. – 224 с.

14. Abrams P. Urodynamics. – 3rd ed. – Springer – Verlag London Limited, 2006. – 340 p.
15. Campbell-Walsh Urology / Wein A. J. et al. – 11th ed. – Philadelphia: Elsevier, 2016. – 4904 p.
16. Consultation in neurourology / Corcos J., Przydacz M. – Springer, 2018. – 310 p.
17. De Groat W., Graffiths D., Yoshimura N. Neural control of the Lower urinary tract // Compr. Physiol. – 2015. – Vol. 5. – P. 327-396.
18. EAU Guidelines on neuro-urology / Blok B. et al. – EAU, 2022. – 44 p.
19. Female urology / Raz S., Rodriguez L. V. – 3rd ed. – Elsevier Saunders, 2008. – 1038 p.
20. Fowler C., Griffiths D., de Groat W. C. The neural control of micturition // Nat. Rev. Neurosci. – 2008. – Vol. 9. – P. 433-466.
21. Incontinence / Abrams P. et al. – 6th ed. – ICS – ICUD, 2017. – 2336 p.
22. Liao L., Madersbacher H. Neurourology. Theory and practice. – Springer, 2019. – 548 p.
23. Madersbacher H. Intravesical electrical stimulation for the rehabilitation of the neuropathic bladder // Paraplegia. – 1990. – Vol. 28. – P. 349-352.
24. Neuro-Urology / Dmochowski R., Heesakkers J. – Springer, 2018. – 454 p.
25. Overactive bladder syndrome and urinary incontinence // Hashim H., Abrams P. – Oxford University Press, 2012. – 84 p.
26. Serlin D. C., Heideebaugh J. J., Stoffet J. T. Urinary retention in adults: evaluation and initial management // Am. Fam. Physician. 2018. – Vol. 98. – P. 494-503.
27. Staffel J. T. Detrusor sphincter dyssynergia: a review of physiology, diagnosis, and treatment strategies // Trans. Androl. Urol. – 2016. – Vol. 5. – P. 127-135.
28. Textbook of female urology and urogynaecology / Cardozo L., Staskin D. – 2nd ed. – Informa Healthcare, 2006. – 1384 p.
29. Textbook of the neurogenic bladder // Corcos J. et al. – 3rd ed. – CRC Press, 2016. – 800 p.
30. Urogynecology and reconstructive pelvic surgery / Walters M. D., Karram M. M. – 3rd ed. – Philadelphia: Mosby Elsevier, 2015. – 600 p.

37

КНИЖКОВА ПОЛИЦЯ



Нейроурологія / За ред. В.І. Горового, В.О. Шапринського, О.І. Яцини, О.М. Капшук. — Вінниця: ТОВ «Твори», 2023. — 520 с., іл.

Навчальний посібник висвітлює питання діагностики та лікування дисфункцій нижніх сечових шляхів при захворюваннях та травмах центральної і периферичної нервових систем. Описана історія становлення нейроурології; анатомія, нейрофізіологія та

патофізіологія нижніх сечових шляхів; термінологія та класифікація дисфункцій нижніх сечових шляхів; основні урологічні синдроми в нейроурології; початкове та спеціалізоване обстеження і лікування хворих із нейрогенними дисфункціями нижніх сечових шляхів. Наведені ускладнення нейрогенних дисфункцій нижніх сечових шляхів та методи їх лікування. Висвітлена еректильна дисфункція при захворюваннях та травмах нервової системи.

Пропонується для практичного використання урологам, неврологам, нейрохірургам, хірургам, акушер-гінекологам, лікарям відділень реабілітації та фізіотерапії, лікарям-слухачам факультетів післядипломної освіти, інтернам, а також студентам вищих медичних закладів III-IV рівня акредитації.

Навчальний посібник рекомендований до друку Вченою радою Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова (протокол № 4 від 24.11.2022 р.)

Стосовно придбання посібника звертатися за тел.: (097) 751 81 53 з 21.00 до 22.00 щоденно.



Залобкова простатектомія в хірургічному лікуванні доброякісної гіперплазії простати / За ред. В.І. Горового, В.О. Шапринського, І.В. Барало, О.М. Капшук. — Вінниця: «Твори», 2021. — 336 с.

Навчальний посібник висвітлює хірургічне лікування доброякісної гіперплазії простати відкритим залобковим (транскапсулярним) та малоінвазивними (лапароскопічна й роботизована залобкові простатектомії) доступами. Описані історичні аспекти становлення залобкової простатектомії, хірургічна анатомія простати, діагностика доброякісної гіперплазії простати та відбір хворих для залобкової простатектомії. Наведені методики гемостазу ложа простати при відкритій залобковій простатектомії та власні оригінальні способи. Висвітлена методика симультанної герніопластики та залобкової простатектомії у хворих на доброякісну гіперплазію простати та пахвинну грижу. Представлено ведення хворих на стаціонарному та амбулаторному етапах, можливі ускладнення та способи їх усунення. Вісвітлені етапи підготовки хворих та методики лапароскопічної і роботизованої залобкової простатектомії.

Пропонується для практичного використання урологам, хірургам, лікарям-слухачам факультетів післядипломної освіти, інтернам, а також студентам вищих медичних закладів III-IV рівнів акредитації.

Навчальний посібник рекомендований до друку Вченою радою Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова (протокол № 7 від 26.11.2020 р.)

Стосовно придбання посібника звертатися за тел.: (097) 751 81 53 з 21.00 до 22.00 щоденно.

О.С. Колісник, начальник клініки нефрології Національного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь», м. Київ

Рабдоміоліз-асоційоване гостре пошкодження нирок: тактика, що рятує життя

За матеріалами конференції

8 червня відбулася науково-практична конференція «Військова медицина в умовах сьогодення», присвячена актуальним питанням надання невідкладної та спеціалізованої допомоги хворим і постраждалим в умовах бойових дій. У рамках заходу начальник клініки нефрології Національного військово-медичного клінічного центру (НВМКЦ) «Головний військовий клінічний госпіталь» (м. Київ), полковник медичної служби Олег Сергійович Колісник доповів про важливі діагностичні аспекти та ефективні лікувальні підходи при рабдоміоліз-асоційованому гострому пошкодженні нирок (РМ-ГПН).

Ключові слова: гостре пошкодження нирок, рабдоміоліз, креатинфосфокіназа, міоглобін, crush-синдром, хронічна хвороба нирок, замісна ниркова терапія.

Гостре пошкодження нирок (ГПН) у критично тяжких пацієнтів є незалежним фактором ризику летальності, показник якої сягає 40-55% і значно вищий, ніж при сепсисі або інфаркті міокарда. Crush-синдром – це системний прояв травматичного рабдоміолізу внаслідок руйнування поперечно-смугастої мускулатури, що спричиняє порушення клітинної цілісності та вивільнення у системний кровотік продуктів її розпаду, насамперед міоглобіну, із можливим розвитком РМ-ГПН (Rajagopalan S., 2010; Genthon A. et al., 2014). Сьогодні, під час повномасштабної війни, ця проблема актуальна як ніколи у зв'язку з великою кількістю постраждалих. Crush-синдром переважно уражає нирки, що призводить до розвитку ниркової недостатності, але клінічна картина може також включати гострий респіраторний дистрес-синдром, диселектролітемію, синдром дисемінованого внутрішньосудинного згортання крові, гіповолемічний шок та аритмію. Частота РМ-ГПН у хворих із crush-синдромом становить від 17-35 до 50%, при цьому рівень смертності серед пацієнтів, які потребують проведення інтенсивної терапії, сягає 59%.

У більшості випадків повне відновлення функції нирок відбувається впродовж декількох місяців, однак, за результатами довгострокових спостережень, розвиток РМ-ГПН додатково призводить до структурних змін у нирках, зокрема гломерулосклерозу, що підвищує ризик хронічної хвороби нирок (ХХН) (Wen X. et al., 2011). Серед пацієнтів, у яких розвивається РМ-ГПН, частка осіб, які потребують замісної ниркової терапії (ЗНТ), становить 80-90% (Petejova N. et al., 2014).

N. Petejova et al. (2014) оцінювали частоту розвитку ГПН у когорті пацієнтів із рабдоміолізом. Результати дослідження продемонстрували, що даний синдром ускладнюється ГПН у 70-92% випадків, водночас 80-90% пацієнтів із ГПН потребують проведення ЗНТ.

Серед причин рабдоміолізу виділяють:

- травматичні (прямий рабдоміоліз):
- синдром тривалого стиснення;
- синдром позиційного стиснення;
- посттурнікетний синдром;
- компартмент-синдром;
- масивні травми різного генезу;
- ішемічні ураження в результаті оклюзії або uszkodження магістральних судин;
- електротравми, відмороження;
- значні фізичні навантаження (марафонський біг);

- нетравматичні (непрямий рабдоміоліз):
- м'язові дистрофії, запальні захворювання м'язів;
- електролітні порушення;
- системні інфекції;
- фармакологічні чинники (статици, барбітурати, галоперидол, ізоніазид, парацетамол);
- токсичні речовини (кокаїн, екстазі).

Спікер зазначив, що від початку повномасштабної війни в Україні в лютому 2022 року у НВМКЦ близько 100 постраждалих потребували проведення гемодіалізу, із них – 95%

пацієнтів із ГПН 3 ст. та 5% із ХХН. Переважна більшість хворих (92%) надійшли з попередніх етапів надання медичної допомоги вже з розгорнутою клінічною картиною ГПН 3 ст. і лише 8% постраждалих – із ГПН 1-2 ст. Серед поранених із ГПН 3 ст. рабдоміоліз-асоційована форма спостерігалася у 95% пацієнтів. Основною причиною розвитку РМ-ГПН (44%) були масивні мінно-вибухові травми, інші причини включали компартмент-синдром (17,8%), синдром тривалого стиснення (10,7%), посттурнікетний синдром (9,5%), синдром позиційного стиснення (7,1%) та ішемічні ураження в результаті ушкодження магістральних судин.

Глобальна ініціатива з покращення результатів лікування захворювань нирок (KDIGO) визначає ГПН як клінічний синдром, що характеризується підвищенням концентрації креатиніну в сироватці крові на $\geq 0,3$ мг/дл (26,5 мкмоль/л) протягом 48 год, або $\geq 1,5$ -кратним підвищенням протягом останніх 7 діб, або зниженням діурезу до рівня $< 0,5$ мл/кг/год упродовж 6 год.

Лабораторна діагностика рабдоміолізу ґрунтується на визначенні міоглобінемії та активності креатинфосфокінази (КФК) (Bosch X. et al., 2009). У нормі вміст міоглобіну у крові коливається в межах 7-85 нг/мл, а гіперміоглобінемія вважається раннім і специфічним маркером руйнування м'язових клітин. Вміст міоглобіну у крові не визначають рутинно, але концентрація цього білка дозволяє оцінити ступінь і поширеність деструкції м'язової тканини, динаміку процесу та ефективність лікувальних заходів.

Ферментом, що у значній кількості міститься у скелетних м'язах та міокарді і має велике діагностичне значення при рабдоміолізі, є КФК. Після пошкодження міоцитів у перші 12 год відбувається підвищення активності КФК у крові із піком на 3-5-ту добу й наступним поверненням до вихідного рівня впродовж 6-10 діб. Підвищення рівня КФК супроводжується супутнім підвищенням вмісту міоглобіну. У цілому рівень КФК корелює із вмістом міоглобіну, але його піковий показник спостерігається через 24 год, коли рівень останнього вже починає знижуватися. Це можна пояснити низькою швидкістю елімінації КФК із кровотоку. Згідно з висновками X. Bosch et al. (2009), рівень КФК > 5000 Од/л асоційований із розвитком ГПН у 50% пацієнтів.

Лікувальна тактика при РМ-ГПН передбачає проведення хірургічних втручань, інтенсивної терапії та ЗНТ.

- Хірургічне втручання виконується з метою видалення та висічення нежиттєздатних тканин або своєчасної ампутації нежиттєздатних кінцівок за потреби.

- Інтенсивна терапія ГПН 1-2 ст. (згідно з рекомендаціями Renal Association Clinical Practice Guideline Acute Kidney Injury, 2019) включає внутрішньовенну регідратацію під контролем центрального венозного тиску у перші 6 год після ушкодження м'язів

в об'ємі, що забезпечує діурез 200-300 мл/год, а також зміщення рН сечі в лужний бік до досягнення показника $> 6,5$ із метою запобігання інтратубулярній преципітації міоглобіну та розвитку гіперкаліємії.

- ЗНТ у хворих із ГПН 3 ст. рекомендована за наявності гіперкаліємії ($> 6,5$ ммоль/л), метаболічного ацидозу (рН крові $< 7,1$), анурії з розвитком гіпергідратації та загрозою набряку мозку й легень.

Доповідач повідомив, що з лютого 2022 року у НВМКЦ 85% пацієнтів із РМ-ГПН потребували проведення інтермітуючого гемодіалізу. Загалом було виконано 604 сеанси середньою тривалістю 5 год. У результаті проведеної ЗНТ відновлення функції нирок вдалося досягти у 61,25% пацієнтів. Майже у половини осіб, які перенесли ГПН, розвивається тривале порушення функції нирок, що призводить до гломерулосклерозу, атрофії ниркових каналців і розвитку ХХН. Із прогресуванням ХХН у крові накопичуються побічні продукти метаболізму білкових

сполук, так звані уремичні токсини, до яких відносяться креатинін, сечовина, гуанідин, індоли та сечова кислота. Комплекс біологічно активних речовин із пагонів і листя леспедези головчатої (Лібера®, ООО «Біхелс») сприяє збільшенню діурезу, зменшенню азотемії, підвищенню виділення натрію й меншою мірою калію, а також позитивно впливає на швидкість ниркової фільтрації та виведення азотистих шлаків із сечею. Доведено, що флавоноїди, які містяться у леспедезі, мають протективні властивості, покращують нирковий кровотік і видільну функцію нирок.

Отже, ГПН у пацієнтів у критичному стані є незалежним предиктором летальності. Ефективним підходом до попередження розвитку багатьох ускладнень ГПН та зниження ризику летальних наслідків вважається призначення ЗНТ. Рациональний вибір лікувальної тактики сприяє кращим результатам після перенесеного ГПН, запобігаючи хронізації захворювання та розвитку ХХН.

Підготувала Дарина Чернікова

ЛІБЕРА® LIBERA

БІХЕЛС

ЕКСТРАКТ ЛЕСПЕДЕЗИ ГОЛОВЧАТОЇ

- ПОКРАЩУЄ клубочкову фільтрацію
- БЛОКУЄ активність АПФ

Сприяє ЗБІЛЬШЕННЮ ниркової фільтрації

ЗМЕНШУЄ рівень креатиніну і сечовини

ЗБІЛЬШУЄ діурез

НЕ МІСТИТЬ ЕТАНОЛУ

ДЛЯ нормалізації функціонального стану нирок

По 1 капсулі

3 рази на добу

Протягом 3 місяців

МОЖЕ ВИКОРИСТОВУВАТИСЬ У ПАЦІЄНТІВ З ДІАБЕТОМ⁴

1. Wazem, Hildebran, Abd. Gabalid. EBI. ACE-inhibitory properties from Lеспедеза саргата. "Результати науки" 5:6.03 (1992): 297-297.
 2. Билочков, М.М. "Міоглобінемія: основні ознаки швидкої клубочкової фільтрації в урологічній практиці". "Вісник урологів" 1 (2017).
 3. Умрич, Б.В. "Вплив міоглобіну на фізичну працездатність". "Український журнал нефрології" 2019 (2020): 265-292.
 4. Sharma, Bleski, Raj, et al. "Anterolateral and anterolateral aspects of Lеспедеза саргата stem extract". "Journal of Medical Plants Research" 8:27 (2014): 935-941.
 Висновок, державний санітарно-епідеміологічний наглядовий державний служби України: біохімічний склад, безпека харчових продуктів та змісту стійкості №6.02-123-20-2/47.6.4 від 16.12.2016 року на з'яву №1 до IV. Не є лікарським засобом. Призначено для розповсюдження на конференції, симпозіумах та семінарах з медичної тематики.

Стандарт медичної допомоги «Рак передміхурової залози»

Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 22.06.2023 № 1141

Загальна частина

Назва діагнозу: Рак передміхурової залози

Коди стану або захворювання. НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»:

C.61 Злоякісне новоутворення передміхурової залози

Розробники:

Дубров Сергій Олександрович – перший заступник Міністра охорони здоров'я України, голова робочої групи;

Машкевич Олександра Григорівна – директор Департаменту медичних послуг Міністерства охорони здоров'я України, заступник голови робочої групи;

Стаховський Едуард Олександрович – керівник науково-дослідного відділення пластичної та реконструктивної онкоурології державного некомерційного підприємства «Національний інститут раку», заступник голови робочої групи з клінічних питань;

Войленко Олег Анатолійович – провідний науковий співробітник науково-дослідного відділення пластичної та реконструктивної онкоурології державного некомерційного підприємства «Національний інститут раку»;

Вітрук Юрій Васильович – старший науковий співробітник науково-дослідного відділення пластичної та реконструктивної онкоурології державного некомерційного підприємства «Національний інститут раку»;

Стаховський Олександр Едуардович – старший науковий співробітник науково-дослідного відділення пластичної та реконструктивної онкоурології державного некомерційного підприємства «Національний інститут раку»;

Кононенко Олексій Анатолійович – завідувач відділення пластичної та реконструктивної онкоурології державного некомерційного підприємства «Національний інститут раку»;

Балака Святослав Миколайович – завідувач відділення інтервенційної онкології державної установи «Інститут медичної радіології та онкології ім. С.П. Григор'єва Національної академії медичних наук України» (за згодою);

Буйвол Олег Васильович – лікар-уролог поліклінічного відділення державного некомерційного підприємства «Національний інститут раку»;

Пікуль Максим Валентинович – лікар-уролог відділення пластичної та реконструктивної онкоурології державного некомерційного підприємства «Національний інститут раку»;

Гречко Богдан Олегович – лікар-уролог відділення пластичної та реконструктивної онкоурології державного некомерційного підприємства «Національний інститут раку»;

Кошель Денис Олександрович – лікар-уролог відділення пластичної та реконструктивної онкоурології державного некомерційного підприємства «Національний інститут раку»;

Тимошенко Андрій В'ячеславович – лікар-уролог відділення пластичної та реконструктивної онкоурології державного некомерційного підприємства «Національний інститут раку»;

Головко Тетяна Сергіївна – керівник науково-дослідного відділення променевої діагностики державного некомерційного підприємства «Національний інститут раку»;

Гаврилюк Оксана Миколаївна – завідувач відділення променевої діагностики з рентгенівськими кабінетами державного некомерційного підприємства «Національний інститут раку»;

Іванкова Валентина Степанівна – керівник науково-дослідного відділення променевої терапії державного некомерційного підприємства «Національний інститут раку»;

Палій Максим Ігоревич – лікар-радіолог відділення дистанційної променевої терапії державного некомерційного підприємства «Національний інститут раку»;

Сакало Анатолій Валерійович – старший науковий співробітник відділу онкоурології державної установи «Інститут урології ім. акад. О. Ф. Возіанова НАМН України» (за згодою);

Сивак Любов Андріївна – керівник науково-дослідного відділення хіміотерапії солідних пухлин державного некомерційного підприємства «Національний інститут раку»;

Касап Наталя Вікторівна – лікар-онколог відділення хіміотерапії солідних пухлин державного некомерційного підприємства «Національний інститут раку»;

Соляникова Оксана Іванівна – керівник науково-дослідного відділення ядерної медицини державного некомерційного підприємства «Національний інститут раку»;

Даниленко Вікторія Вікторівна – науковий співробітник науково-дослідного відділення ядерної медицини державного некомерційного підприємства «Національний інститут раку».

Методичний супровід та інформаційне забезпечення

Гуленко Оксана Іванівна – начальник відділу стандартизації медичної допомоги державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», заступник голови робочої групи з методологічного супроводу

Рецензенти:

Молчанов Роберт Миколайович – д.м.н., професор кафедри хірургії № 1 та урології Дніпровського державного медичного університету,

Сакало Валерій Севастянович – д.м.н., професор, завідувач відділу онкоурології державної установи «Інститут урології ім. акад. О. Ф. Возіанова НАМН України».

Дата оновлення стандартів – 2028 рік.

Перелік скорочень

АДТ – андроген-деприваційна терапія

АС – активне спостереження

ДЛВ – дисекція лімфатичних вузлів

ЗОЗ – заклад охорони здоров'я

КМП – клінічний маршрут пацієнта

кзРПЗ – клінічно значущий РПЗ

МКХ-10 – Міжнародна статистична класифікація захворювань та пов'язаних порушень стану здоров'я (10-те видання)

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я України

ПО – пильне очікування

ПРД – пальцеве ректальне дослідження

ПТ – променева терапія

ПСА – простат-специфічний антиген

РПЗ – рак передміхурової залози

РП – радикальна простатектомія

СМД – стандарт медичної допомоги

СРПЗ – спадковий РПЗ

PI-RADS Prostate Imaging Reporting & Data System – Система звітності та даних про зображення простати

Форма № 025/о – форма первинної облікової документації № 025/о «Медична карта амбулаторного хворого № ___», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974

Форма № 003/о – форма первинної облікової документації № 003/о «Медична карта стаціонарного хворого № ___», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 21 січня 2016 року № 29,

зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 12 лютого 2016 року за № 230/28360

Форма № 030-6/о – форма первинної облікової документації № 030-6/о «Реєстраційна карта хворого на злоякісне новоутворення № ___», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28 липня 2014 року № 527, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 13 серпня 2014 року за № 959/25736

Розділ I. Організація надання медичної допомоги пацієнтам з раком передміхурової залози

1. Положення стандарту медичної допомоги

Медична допомога пацієнтам з раком передміхурової залози (далі – РПЗ), надається у закладах охорони здоров'я (далі – ЗОЗ), що надають спеціалізовану медичну допомогу.

Медична допомога пацієнтам з РПЗ потребує міждисциплінарної співпраці та інтегрованого їх ведення мультидисциплінарною командою фахівців, до якої мають бути включені лікарі загальної практики – сімейної медицини, урологи, онкологи, хірурги-онкологи, радіологи, лікарі з променевої терапії та інші фахівці.

Лікарі загальної практики – сімейні лікарі, лікарі інших спеціальностей повинні бути обізнані щодо основних факторів ризику та початкових клінічних проявів РПЗ з метою їх раннього виявлення та направлення пацієнта до ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу, а також сприяють виконанню усіх рекомендацій фахівців онкологічного профілю під час протипухлинного лікування та організації належної паліативної допомоги пацієнтам, які виявляють бажання знаходитися вдома на термінальних стадіях захворювання.

Усі можливі варіанти лікування повинні обговорюватися з пацієнтом у такий спосіб, який буде зрозумілим йому і буде враховувати його індивідуальний культурний та освітній рівень. Особливо важливим є обговорення мети, яка буде поставлена при виборі схеми лікування.

2. Обґрунтування

РПЗ є серйозною проблемою для здоров'я чоловіків та є другим найбільш часто діагностованим раком у чоловіків, причому захворюваність в основному залежить від віку.

Сімейний анамнез та етнічне походження пов'язані з підвищеною захворюваністю на РПЗ, що свідчить про генетичну схильність. Генетичні фактори асоціюються з ризиком (агресивного) РПЗ.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) Існують локально узгоджені письмові документи, що координують та інтегрують медичну допомогу для забезпечення діагностики та лікування пацієнтів з РПЗ.

2) Існує задокументований індивідуальний план обстеження та лікування РПЗ, узгоджений із пацієнтом, членами сім'ї/особами, які здійснюють догляд.

3) Пацієнти і, за згодою, члени сім'ї/особи, які здійснюють догляд, забезпечуються у доступній формі інформацією щодо стану пацієнта, плану обстеження, лікування і подальшого спостереження.

Бажані:

1) Надання інформації щодо факторів ризику захворювання на РПЗ, пов'язаних з віком та спадковістю, а саме чоловіки з підвищеним ризиком розвитку РПЗ – це чоловіки старше 50 років або старше 45 років із сімейним анамнезом РПЗ (по лінії батька чи матері).

2) Надання інформації пацієнтам, які перенесли спеціальне лікування, щодо можливих віддалених побічних ефектів лікування, необхідності проведення періодичних обстежень у зв'язку з високим ризиком виникнення рецидиву або іншої пухлини, а також рекомендацій

щодо способу життя, режиму харчування та фізичних навантажень.

Розділ II. Діагностика раку передміхурової залози

1. Положення стандарту медичної допомоги

РПЗ може бути запідозрений на підставі скарг пацієнта, пальцевого ректального дослідження (ПРД) і/або визначення рівня простат-специфічного антигена (ПСА). Перед проведенням тесту на ПСА необхідне консультування пацієнта щодо потенційних ризиків і користі.

Діагноз РПЗ встановлюється в ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу, на основі гістологічного (цитологічного) висновку та матеріалів морфологічного дослідження біопсії (дослідження післяопераційного матеріалу). З метою визначення стратегії лікування проводиться всебічне обстеження пацієнта для правильного встановлення ознак злоякісного пухлинного росту, стадії захворювання, огляд онколога/уролога, хіміотерапевта, лікаря з променевої терапії, інших фахівців за необхідності.

Для визначення стадії РПЗ використовується класифікація пухлин, вузлів, метастазів (TNM), що наведена у додатку 1 до цього Стандарту, для класифікації РПЗ – систему Міжнародного товариства урологічної патології (ISUP) 2014 року, що наведена у додатку 2 до цього Стандарту.

2. Обґрунтування

Чоловіки з підвищеним ризиком розвитку РПЗ – це чоловіки старше 50 років або старше 45 років з сімейним анамнезом РПЗ. Скринінг на РПЗ, який базується на визначенні рівня ПСА, сприяє доклінічному виявленню патології передміхурової залози. Існують дані щодо наявності у пацієнтів з РПЗ скарг на біль внизу живота чи у промежині, проблем із сечовипусканням, гематурії, гемоспермії, за наявності болю в кістках – при запущених стадіях.

Мутації зародкової лінії можуть стимулювати розвиток агресивного РПЗ, тому чоловіки з особистим РПЗ, або з РПЗ в сімейному анамнезі, або іншими типами раку, що виникають внаслідок мутацій гена репарації ДНК, повинні розглядатися на тестування зародкової лінії.

Калькулятори ризику, що об'єднують клінічні дані (вік, результати ПРД, рівень ПСА тощо), можуть бути корисними для визначення (на індивідуальній основі), яким може бути потенційний ризик раку, тим самим зменшуючи кількість непотрібних біопсій.

Рішення про те, чи продовжувати діагностику або визначення стадії, залежить від того, які варіанти лікування доступні для пацієнта, беручи до уваги очікувану тривалість життя пацієнта. Зазвичай можна уникнути діагностичних процедур, які не вплинуть на рішення щодо лікування.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) Тестування на ПСА з метою раннього виявлення РПЗ може бути рекомендовано чоловікам із підвищеним ризиком РПЗ (чоловіки віком від 50 років; чоловіки віком від 45 років з наявністю в родині РПЗ; чоловіки з мутаціями BRCA2 віком від 40 років).

2) Визначення початкового рівня ПСА може бути рекомендовано проводити кожні 2 роки у тих, хто спочатку входить до групи ризику, або відкласти до 8 років у тих, хто не входить до групи ризику з початковим ПСА <1 нг/мл у віці 40 років і ПСА <2 нг/мл у віці 60 років та має негативний сімейний анамнез.

3) Діагностичні заходи із встановлення діагнозу РПЗ включають: збір анамнезу, у тому числі наявність скарг на біль, дизурію, гематурію; визначення рівня ПСА, особливо у чоловіків старших за 50 років; ПРД – тільки після отримання аналізу крові на ПСА; інші лабораторні, інструментальні дослідження; біопсію.

4) Перед біопсією передміхурової залози необхідно провести МРТ. Інтерпретація та оцінка результатів МРТ здійснюється відповідно до рекомендацій PI-RADS.

5) За відсутності доступності МРТ систематична біопсія є прийнятним підходом.

6) У пацієнтів, яким біопсію не виконували, якщо результат МРТ позитивний (тобто PI-RADS ≥ 3), комбінуйте прицільну та систематичну біопсію. Якщо результат МРТ негативний (тобто PI-RADS ≤ 2), а клінічна

підозра на РПЗ низька, не проводьте біопсію на основі спільного прийняття рішення з пацієнтом.

7) У пацієнтів із попередньою негативною біопсією, якщо результат МРТ позитивний (тобто PI-RADS ≥ 3), виконайте лише прицільну біопсію. Якщо результат МРТ негативний (тобто PI-RADS ≤ 2), а клінічна підозра на РПЗ висока, виконайте систематичну біопсію на основі спільного прийняття рішень із пацієнтом.

8) При РПЗ ≥ 3 групи ISUP необхідно виконати онкологічний скринінг із метою стадіювання за допомогою поперечно-зрізових зображень органів черевної порожнини та малого таза і остеосцинтиграфію.

9) Проведення біопсії передміхурової залози трансперинеальним доступом є більш переважним через менший ризик інфекційних ускладнень.

10) Перед проведенням біопсії передміхурової залози трансперинеальним доступом виконується ректальне очищення повідон-йодом та хірургічна дезінфекція шкіри промежини через менший ризик інфекційних ускладнень.

11) З метою антибіотикопрофілактики при проведенні трансректальної біопсії може бути застосована: цільова профілактика на основі ректального мазка або посіву калу; розширена профілактика (два або більше антибактеріальних препарати різних класів); альтернативні антибактеріальні препарати (наприклад, фосфоміцин, цефалоспорини, аміноглікозиди).

12) З метою антибіотикопрофілактики при проведенні трансперинеальної біопсії може бути призначена одноразова пероральна доза цефуросиму, цефалексину або цефазоліну.

13) Зразки біопсії передміхурової залози з різних ділянок подаються окремо для обробки та формулювання висновку щодо патології, для кожного зразка радикальної простатектомії та містять інформацію щодо прогностичних характеристик, які мають значення для визначення стратегії лікування.

Бажани:

1) Запропонувати провести тестування зародкової лінії для таких груп пацієнтів: чоловікам із метастатичним РПЗ; чоловікам із РПЗ високого ризику та членом сім'ї з діагнозом РПЗ віком <60 років; чоловікам із кількома членами сім'ї з діагнозом клінічно значущого РПЗ (кзРПЗ) віком <60 років або із членом сім'ї, який помер від РПЗ; чоловікам із сімейним анамнезом мутацій зародкової лінії високого ризику або сімейним анамнезом кількох видів раку у членів однієї сім'ї.

Розділ III. Лікування пацієнтів з раком передміхурової залози

1. Положення стандарту медичної допомоги

Призначення лікування пацієнтам із РПЗ здійснюється на підставі визначення стадії захворювання, наявності супутньої патології, віку пацієнта, з урахуванням оцінки очікуваної тривалості життя та стану здоров'я, наведеної у додатку 3 до цього Стандарту.

Лікування РПЗ передбачає застосування хірургічного лікування, променевої терапії, медикаментозного лікування в різних комбінаціях.

Максимальне виявлення ранніх стадій РПЗ сприяє покращенню розпізнавання неактивних форм (із повільним ростом) та агресивних варіантів (швидко прогресуючих) із метою зведення до мінімуму практики призначення негайного лікування (гіперлікування) РПЗ із повільним перебігом.

2. Обґрунтування

РПЗ має достатньо широкий спектр різних форм захворювання, і це означає, що не всі чоловіки із РПЗ потребують лікування. Спрямування на максимальне виявлення ранніх стадій РПЗ допоможе покращити розпізнавання як неактивних його форм (з повільним ростом), так і агресивних варіантів (швидко прогресуючих) шляхом надання точної біологічної характеристики виявленого захворювання.

Ідентифікація та вибіркове лікування агресивних видів раку сприятиме значному зниженню захворюваності та смертності, обмежуючи при цьому несприятливі шкідливі впливи на якість життя.

Активний нагляд, спрямований на уникнення недоцільного лікування у чоловіків із клінічно локалізованим РПЗ, які не потребують негайного лікування, але

в той же час на досягнення правильного моменту для отримання лікування у тих, хто із часом його потребує. Пацієнти знаходяться під ретельним наглядом за допомогою регулярного спостереження, яке включає тестування на ПСА, клінічне обстеження, МРТ та повторні біопсії передміхурової залози.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) При відкладеному лікуванні (активне спостереження [АС]/пильне очікування [ПО]) у безсимптомних пацієнтів із клінічно локалізованим захворюванням і очікуваною тривалістю життя <10 років (на основі супутніх захворювань і віку) використовують тактику спостережливого очікування; пацієнту має бути надана інформація щодо побічних ефектів активних місцевих методів лікування.

2) Під час хірургічного лікування для оптимальної постановки діагнозу виконується розширена дисекція лімфатичних вузлів (ДЛВ).

3) Якщо існує ризик іпсилатерального екстракапсулярного поширення (на основі стадії сТ, групи ISUP, результатів МРТ або при об'єднанні цієї інформації в номограму), нервозберігаюча операція не проводиться.

4) При радикальному лікуванні РПЗ методом променевої терапії необхідно провести променевою терапію з модульованою інтенсивністю або об'ємно-дугову променевою терапію та променевою терапію з візуалізаційним контролем.

5) Пацієнтам із локалізованим захворюванням передміхурової залози проводять помірне гіпофракціонування за допомогою інтенсивно-модулятивної променевої терапії (ІМПТ)/об'ємно-дугової променевої терапії та променевою терапію з візуалізаційним контролем простати.

6) Пацієнтам із належною функцією сечовипускання та захворюванням із низьким або проміжним ризиком ступеня 2 за ISUP та <33% залучених зразків для біопсії призначають низькодозову монотерапію за допомогою брахітерапії.

7) Пацієнтам із хорошою функцією сечовипускання із захворюванням середнього ризику (ISUP G3 та/або ПСА 10-20 нг/мл), високого ризику та/або місцевопоширеним захворюванням призначають підсилення низько- або високодозової брахітерапії в комбінації з ІМПТ/об'ємно-дуговою променевою терапією та променевою терапією з візуалізаційним контролем.

8) Лікування РПЗ залежно від стадії захворювання, локалізації, наявності метастазів, лікування другої лінії, паліативне лікування здійснюється згідно з рекомендаціями, наведеними у додатку 4 до цього Стандарту.

Розділ IV. Подальше спостереження

1. Положення стандарту медичної допомоги

У зв'язку з ризиком виникнення рецидиву та/або метастазів пацієнти з РПЗ підлягають спостереженню з плановими оглядами в ЗОЗ, що надає спеціалізовану медичну допомогу, у якому вони отримували лікування, або за місцем реєстрації. Подальше спостереження включає оцінку негайних і віддалених результатів лікування, дотримання плану лікування, моніторинг побічних ефектів або ускладнень терапії, функціональних результатів, психологічну підтримку пацієнтів із РПЗ та, за необхідності, початок подальшої терапії.

Увага до психосоціальних проблем пацієнтів із РПЗ є невід'ємною частиною якісної клінічної допомоги та включає потреби доглядальників і партнерів, залучення мультидисциплінарної команди фахівців. Врахування якості життя передбачає розуміння цінностей і вподобань пацієнта для визначення та обговорення оптимальних пропозицій щодо лікування.

2. Обґрунтування

Обстеження відповідно до плану спостереження сприяє ранньому виявленню рецидиву захворювання та/або метастазів. Процедури, показані під час контрольних візитів, проводяться залежно від клінічної ситуації. Історія хвороби обов'язково враховується під час кожного наступного візиту та включає психологічні аспекти, ознаки прогресування захворювання та ускладнення, пов'язані з лікуванням.

Продовження на стор. 22.

Стандарт медичної допомоги «Рак передміхурової залози»

Продовження. Початок на стор. 20.

Перше відвідування після лікування зосереджене на виявленні ускладнень, пов'язаних із лікуванням, і наданні допомоги пацієнтам, щоб вони могли впоратися з новою ситуацією, окрім інформування про патологічний аналіз. Чоловіки з РПЗ піддаються підвищеному ризику депресії та потребують уваги до стану психічного здоров'я. Спостереження чоловіків із діагнозом РПЗ може дозволити проведення раннього лікування захворювання та вирішення проблем, пов'язаних із лікуванням.

Лікування РПЗ може вплинути на людину як фізично, так і психічно, а також на близькі стосунки та роботу чи професію, що має відношення до індивідуального сприйняття якості життя.

Лікування РПЗ не повинно зводитися до зосередження уваги лише на цьому органі: побічні ефекти лікування можуть проявлятися системно та мати великий вплив на якість життя пацієнта. Психологічний дистрес може бути викликаний самим діагнозом раку, симптомами раку та/або побічними ефектами лікування.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) Пацієнтам, які перенесли спеціальне лікування, надається інформація щодо можливих віддалених побічних ефектів лікування, необхідності проведення періодичних обстежень у зв'язку з високою небезпекою виникнення рецидиву або іншої пухлини, а також рекомендації щодо способу життя, режиму харчування та фізичних навантажень.

2) Пацієнти обстежуються через 3 і 6 міс після початку лікування. Мінімальне обстеження включає дослідження ПСА, ПРД, оцінку інтенсивності симптомів захворювання та побічних ефектів лікування.

3) Період спостереження є індивідуально адаптованим до кожного пацієнта з урахуванням симптомів захворювання, прогностичних факторів і лікування, що проводиться.

4) У пацієнтів, які отримують інтермітуючу гормональну терапію, аналізи крові на рівень ПСА та тестостерону виконуються кожні 3 міс протягом усього періоду лікування.

5) У пацієнтів зі стадією M0 та хорошою відповіддю на лікування обстеження проводиться кожні 6 міс і мінімально включає: заповнення історії хвороби, ПРД, визначення ПСА в сироватці крові.

6) Пацієнтам зі стадією M1 і хорошою відповіддю на лікування обстеження проводиться через 3-6 міс після початку лікування. Мінімальне обстеження включає збір анамнезу, зокрема скарг та симптомів, ПРД, визначення ПСА в сироватці крові, визначення рівня гемоглобіну, креатиніну та лужної фосфатази в сироватці крові.

7) У пацієнтів (особливо зі стадією M1b) оцінюються клінічні ознаки, які можуть свідчити про компресію спинного мозку.

8) При прогресуванні захворювання або якщо у пацієнта відсутня відповідь на проведене лікування, частота відвідувань лікаря і план діагностичних досліджень розробляються індивідуально.

9) У пацієнтів із підозрою на прогресування захворювання визначається рівень тестостерону з метою виключення гормон-резистентності (тестостерон <0,5 нг/мл).

10) Рутинне обстеження у стабільних пацієнтів не рекомендоване.

11) Пацієнтам, які підлягають активному спостереженню, надається інформація, що загальна якість життя еквівалентна 5 рокам порівняно з радикальною простатектомією або зовнішньою променевою терапією (ПТ).

12) Пацієнтам надається інформація щодо негативного впливу хірургічного втручання на сечовидільну та статеву функцію, а також негативний вплив ПТ на функцію кишечника у пацієнтів.

13) Пацієнтам, які пройшли брахітерапію, надається інформація щодо негативного впливу на

подразнювальну сечовипускальну симптоматику через рік, але не після 5 років.

14) Пацієнтам, які приймають андроген-деприваційну терапію (АДТ), рекомендовано 12 тижнів комбінованих аеробних і силових вправ під наглядом (підготовленого спеціаліста з фізичних вправ); необхідно підтримувати здорову масу тіла та дієту, відмовитися від куріння, зменшити вживання алкоголю до <2 одиниць на день і проходити щорічний скринінг на діабет та гіперхолестеринемію, підтримувати рекомендований рівень кальцію і вітаміну D.

15) Пацієнтам із захворюванням на стадіях T1-T3 надаються рекомендації щодо багатопрофільної реабілітації під керівництвом медсестри на основі особистих цілей пацієнтів щодо нетримання сечі, статевої функції, депресії та страху рецидиву, соціальної підтримки та позитивних змін способу життя після будь-якого радикального лікування.

16) Пацієнтам, які починають довгострокову АДТ, рекомендоване сканування за допомогою подвійної рентгенівської абсорбціометрії для оцінки мінеральної щільності кісткової тканини.

17) Пацієнтам, які довгостроково приймають АДТ, рекомендована антирезорбційна терапія, якщо T-показник мінеральної щільності кісткової тканини <-2,5, або наявний додатковий клінічний фактор ризику переломів, або підтверджено, що щорічна втрата кісткової маси при АДТ перевищує 5%.

Індикатори якості медичної допомоги

Перелік індикаторів якості медичної допомоги

1. Наявність у ЗОЗ клінічного маршруту пацієнта з РПЗ.
2. Відсоток випадків РПЗ, виявлених протягом звітного періоду, для яких діагноз підтверджено.
3. Вживаність пацієнтів із РПЗ.

Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

1. Наявність у ЗОЗ клінічного маршруту пацієнта із РПЗ

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги

Індикатор ґрунтується на положеннях Стандарту медичної допомоги «Рак передміхурової залози».

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів у регіоні. Якість надання медичної допомоги пацієнтам, відповідність надання медичної допомоги вимогам КМП, відповідність КМП Стандарту медичної допомоги даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження КМП у ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора:

2023 рік – 90%;

2024 рік та подальший період – 100%.

Інструкція з обчислення індикатора

ЗОЗ, що має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються лікарями ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам, розташованих на території обслуговування, до структурних підрозділів із питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, у тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки.

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від лікарів ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу

пацієнтам, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість лікарів ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам, зареєстрованих в районі обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про лікарів ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам, зареєстрованих на території обслуговування.

Чисельник індикатора складає загальна кількість лікарів ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності КМП із РПЗ (наданий екземпляр КМП). Джерелом інформації є КМП із РПЗ, наданий лікарями ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

2. Відсоток випадків РПЗ, виявлених протягом звітного періоду, для яких діагноз підтверджено

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги

Індикатор ґрунтується на положеннях Стандарту медичної допомоги «Рак передміхурової залози».

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження Стандарту медичної допомоги не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Інструкція з обчислення індикатора

ЗОЗ, який має обчислювати індикатор: Канцер-реєстри, інформаційно-аналітичні відділи онкологічних закладів, розташованих на території обслуговування. Національний канцер-реєстр України.

ЗОЗ, який надає дані: Онкологічний заклад. Канцер-реєстри, інформаційно-аналітичні відділи онкологічних закладів, розташованих на території обслуговування. Національний канцер-реєстр України.

Дані надаються відповідно до вимог технології ведення канцер-реєстру.

Метод обчислення індикатора: автоматизована обробка даних популяційного канцер-реєстру.

Індикатор обчислюється онкологічним закладом за даними Національного канцер-реєстру України.

Знаменник індикатора складає загальна кількість випадків РПЗ, зареєстрованих протягом звітного періоду на території обслуговування.

Джерелом інформації є: форма 030-6/о; база даних Національного канцер-реєстру України.

Чисельник індикатора складає загальна кількість випадків пацієнтів із діагнозом РПЗ, зареєстрованих протягом звітного періоду на території обслуговування, для яких задокументований факт підтвердження діагнозу.

Джерелом інформації є: форма № 030-6/о; база даних Національного канцер-реєстру України.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

3. Вживаність пацієнтів з раком передміхурової залози

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги

Індикатор ґрунтується на положеннях Стандарту медичної допомоги «Рак передміхурової залози».

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора

Показник відносної виживаності має розраховуватися за допомогою уніфікованого програмного забезпечення Національним канцер-реєстром України, у якому реалізована відповідна методологія. Доцільне обчислення показника 1-річної, 2-річної, 3-річної, 4-річної, 5-річної відносної виживаності в розрізах за статтю та стадією хвороби. Неприпустимі прямі порівняння показника відносної виживаності з аналогічними показниками, обчисленими за іншою методологією (1-річна летальність; відсоток хворих, які не прожили року з моменту встановлення діагнозу; відсоток хворих, які перебувають на онкологічному обліку 5 років і більше, тощо).

На валідність показника відносної виживаності впливає повнота даних про життєвий стан хворих, які перебувають на онкологічному обліку. При значній (>5%) кількості випадків, цензурованих через відсутність достовірної інформації про життєвий

стан хворих, можлива систематична помилка у порівняннях. Міжрегіональні порівняння показника відносної виживаності мають проводитися з урахуванням статистичної похибки, слід зважати на загальною недостатню кількість пацієнтів для проведення щорічних міжрегіональних порівнянь. Дані відносної виживаності пацієнтів із РПЗ, встановлені в 2015-2019 роках, наведені в Бюлетені Національного канцер-реєстру України № 22 «Рак в Україні», 2019-2020.

Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби (інтернет-посилання на сайті Національного канцер-реєстру). Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження стандартів медичної допомоги не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Інструкція з обчислення індикатора

ЗОЗ, який має обчислювати індикатор: Національний канцер-реєстр України.

ЗОЗ, який надає дані: Онкологічні заклади. Канцер-реєстри, інформаційно-аналітичні відділи онкологічних закладів, розташовані на території обслуговування. Національний канцер-реєстр України.

Дані надаються відповідно до вимог технології ведення канцер-реєстру.

Метод обчислення індикатора: автоматизована обробка даних популяційного канцер-реєстру.

Показник відносної виживаності обчислюються автоматизованою системою ведення популяційного канцер-реєстру. При обчисленні враховуються вікові показники очікуваної смертності загальної популяції. Пацієнти, які вибули з-під диспансерного нагляду (відсутні відомості про життєвий стан хворого менш ніж через 5 років після встановлення діагнозу), цензуються.

Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів із РПЗ, зареєстрованих протягом звітного періоду на території обслуговування.

Зі знаменника виключаються хворі, які мають більше одного злоякісного діагнозу (множинний рак).

Джерелом інформації є: форма № 030-6/о; база даних Національного канцер-реєстру України.

Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів із РПЗ, зареєстрованих протягом звітного періоду на території обслуговування, які прожили 5 років і більше з моменту встановлення діагнозу.

Джерелом інформації є: форма № 030-6/о; база даних Національного канцер-реєстру України.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

Перелік літературних джерел, використаних при розробці стандартів медичної допомоги

1. Електронний документ «Клінічна настанова, заснована на доказах «Рак передміхурової залози», 2023.
2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974.
3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований у Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313.
4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 липня 2014 року № 527 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу населенню, незалежно від підпорядкування та форми власності», зареєстрований у Міністерстві юстиції України 13 серпня 2014 року за № 959/25736.
5. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13 червня 2022 року № 1011 «Про затвердження чотирнадцятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».

В.о. директора Департаменту медичних послуг
Тетяна ОРАБІНА

Додаток 1 до Стандарту медичної допомоги «Рак передміхурової залози» (пункт 1 розділу II)

Загальноприйнятою системою стадіювання РПЗ служить Міжнародна класифікація TNM 2017 року, рекомендована для клінічної та наукової роботи, яка чітко висвітлює ступінь розповсюдження пухлинного процесу з метою вирішення лікувальної тактики.

T	Первинна пухлина (стадія заснована лише на пальцевому ректальному дослідженні (ПРД))
TX	Первинна пухлина не може бути оцінена
T0	Немає ознак первинної пухлини
T1	Клінічно незрозуміла пухлина, яка не пальпується T1a Випадкове гістологічне виявлення пухлини в 5% або менше тканини, яку було видалено T1b Випадкове гістологічне виявлення пухлини в більш ніж 5% тканини, яку було видалено T1c Пухлина, виявлена за допомогою пункційної біопсії (наприклад, через підвищений ПСА)
T2	Пухлина, яка пальпується та обмежена передміхуровою залозою T2a Пухлина уражає половину однієї частки або менше T2b Пухлина уражає більше половини однієї частки, але не обидві частки T2c Пухлина уражає обидві частки
T3	Пухлина поширюється через простатичну капсулу T3a Екстракапсулярне поширення (одностороннє або двостороннє) T3b Пухлина проростає у сім'яний міхурець
T4	Пухлина зростається з або поширюється на сусідні структури, крім сім'яних міхурців: зовнішній сфінктер, пряму кишку, м'язи-підймачі та/або стінку таза
N	Регіонарні (тазові) лімфатичні вузли*
NX	Регіонарні лімфатичні вузли оцінити неможливо
N0	Відсутність метастазів у регіонарні лімфатичні вузли
N1	Метастази в регіонарні лімфатичні вузли
M	Віддалені метастази**
M0	Віддалених метастазів немає
M1	Віддалені метастази M1a Нерегіонарний лімфатичний вузол(и) M1b Кістка(и) M1c Інші локалізації

* Метастаз розміром не більше 0,2 см можна позначити pNmi.

** Якщо наявна більш ніж одна локалізація метастазування, використовується найпоширеніша категорія (p)M1.

Додаток 2 до Стандарту медичної допомоги «Рак передміхурової залози» (пункт 1 розділу II)

Міжнародне товариство урологічної патології (ISUP) та Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) 2014 року ухвалили групи ступенів, які дозволяють лікарям і пацієнтам краще зрозуміти поведінку їх діагностованої карциноми передміхурової залози, поділивши аденокарциному GS 7 на дві прогностично дуже різні категорії: група 2 для GS 7 (3+4) і група 3 для GS 7 (4+3).

Групи ступенів за ISUP за 2014 рік		Групи ризику за Європейською асоціацією урології (EAU) щодо біохімічного рецидиву локалізованого та місцево-поширеного РПЗ		
Оцінка за шкалою Глісона	Оцінка за ISUP	Визначення		
		Низький ризик	Проміжний ризик	Високий ризик
2-6	1			
7 (3+4)	2	ПСА <10 нг/мл і оцінка за ШГ <7 (ступінь 1 за ISUP) та cT1-2a	ПСА <10-20 нг/мл або оцінка за ШГ 7 (ступінь 2-3 за ISUP) або cT2b	ПСА >20 нг/мл Будь-який рівень ПСА або оцінка за ШГ >7 (ступінь 4-5 за ISUP) або cT2c
7 (4+3)	3			Будь-який рівень ПСА Будь-яка оцінка за ШГ (будь-який ступінь за ISUP) cT3-4 або cN+
8 (4+4, або 3+5, або 5+3)	4			
9-10	5			
		Локалізований		Місцево-поширений
		Примітки: ШГ – шкала Глісона; ISUP – Міжнародне товариство урологічної патології; ПСА – простат-специфічний антиген.		

Продовження на стор. 24.

Стандарт медичної допомоги «Рак передміхурової залози»

Продовження. Початок на стор. 20.

Додаток 3 до Стандарту медичної допомоги «Рак передміхурової залози» (пункті розділу III)

Оцінка очікуваної тривалості життя та стану здоров'я пацієнтів із РПЗ

Важливою для прийняття клінічних рішень щодо скринінгу, діагностики та лікування РПЗ є оцінка очікуваної тривалості життя та стану здоров'я. РПЗ часто зустрічається у літніх чоловіків (середній вік – 68 років).

Активне лікування здебільшого приносить користь пацієнтам із РПЗ середнього або високого ризику та великою очікуваною тривалістю життя. При локалізованому захворюванні очікувана тривалість життя понад 10 років вважається обов'язковою, щоб місцеве лікування для локалізованого РПЗ було ефективним. При похилому віці та поганому вихідному стані здоров'я перевага в канцер-специфічній смертності та загальній виживаності після хірургічного втручання порівняно з активним спостереженням виражена меншою мірою.

Виживаність може бути різною, тому оцінки виживаності мають бути індивідуалізованими. Швидкість ходи є єдиним хорошим методом прогнозування очікуваної тривалості життя (зі старту стоячи у звичайному темпі, як правило, понад 6 метрів).

Оскільки з віком збільшується різниця між пацієнтами щодо тактики лікування, важливо використовувати інші критерії, крім хронологічного віку чи загального стану. Міжнародна робоча група SIOG із РПЗ рекомендує, щоб лікування дорослих старше 70 років ґрунтувалося на систематичній оцінці стану здоров'я за допомогою інструменту скринінгу G8 (Geriatric 8). Цей інструмент допомагає

розрізнити тих, хто у формі, від тих, хто має слабкість, синдром зниженої здатності реагувати на подразники. Пацієнти зі слабкістю мають вищий ризик смертності та негативних побічних ефектів лікування раку. Пацієнти зі станом здоров'я з балом G8 >14 або вразливі пацієнти зі зворотними порушеннями після вирішення їхніх геріатричних проблем повинні отримувати те саме лікування, що й молодші пацієнти. Ослаблені пацієнти з незворотним порушенням функції повинні отримувати адаптоване лікування. Тяжко хворі пацієнти повинні отримувати лише паліативне лікування (схема). Пацієнти з оцінкою G8 <14 повинні пройти комплексне геріатричне обстеження (CGA), оскільки ця оцінка пов'язана із 3-річною смертністю. CGA – це мультидоменне оцінювання, яке включає супутні захворювання, стан харчування, когнітивні та фізичні функції та соціальну підтримку, щоб визначити, чи є порушення зворотними.

Тактика лікування при скринінгу, діагностиці та ліванні РПЗ має залежати не тільки від віку, а й від очікуваної тривалості життя, стану здоров'я та супутніх захворювань. Очікувана тривалість життя 10 років найчастіше використовується як поріг для отримання користі від місцевого лікування. Чоловіки похилого віку можуть отримати недостатнє лікування. «Слабким» пацієнтам віком ≥70 років показано повне геріатричне обстеження. Після усунення порушень уразливим хворим можна проводити таке ж лікування, як і здоровим чоловікам.

Скринінговий метод оцінки стану пацієнтів похилого віку Geriatric 8		
	Питання	Можливі відповіді (бал)
A	Чи зменшилося споживання їжі за останні 3 місяці через втрату апетиту, проблеми з травленням, труднощі із жуванням або ковтанням?	0 = різке зниження споживання їжі
		1 = помірне зниження споживання їжі
		2 = відсутність зменшення споживання їжі
B	Втрата ваги за останні 3 місяці?	0 = втрата ваги >3 кг
		1 = невідомо
		2 = втрата ваги від 1 до 3 кг
		3 = немає втрати ваги
C	Рухомість?	0 = прив'язаний до ліжка або стільця
		1 = здатний встати з ліжка, але не виходить
		2 = виходить
D	Нейропсихологічні проблеми?	0 = тяжка деменція або депресія
		1 = помірна депресія
		2 = психологічні проблеми відсутні
E	ІМТ? (вага у кг)/(зріст у м ²)	0 = ІМТ <19
		1 = ІМТ 19 до <21
		2 = ІМТ 21 до <23
		3 = ІМТ ≥23
F	Приймає більше трьох призначених ліків на день?	0 = так
		1 = ні
G	Як пацієнт оцінює стан свого здоров'я порівняно з іншими людьми того ж віку?	0.0 = не так добре
		0.5 = не знаю
		1.0 = так само добре
		2.0 = краще
H	Вік	0 = ≥85
		1 = 80-85
		2 = <80
Загальний бал		0-7

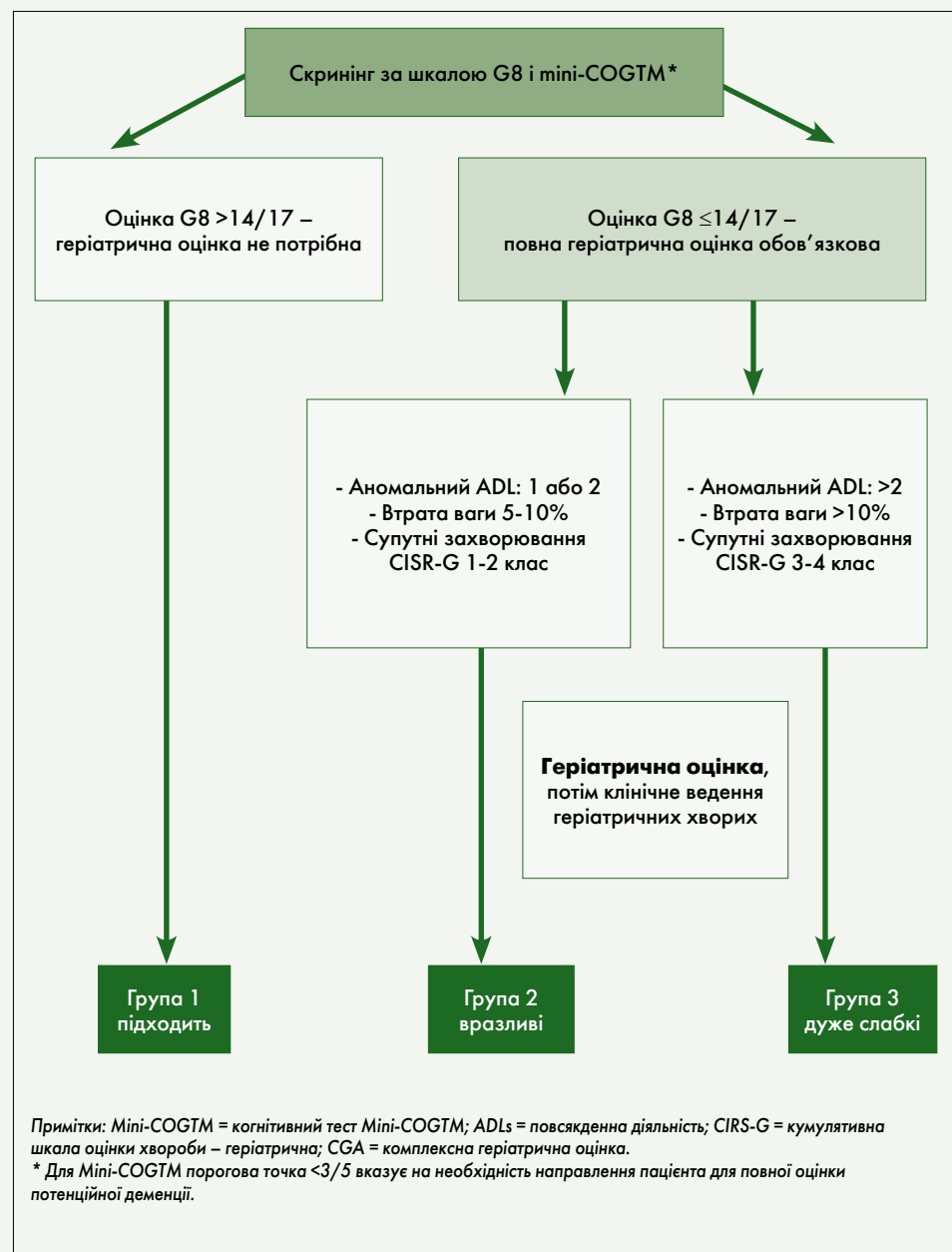


Схема прийняття рішень щодо перевірки стану здоров'я (чоловіки віком >70 років)

Додаток 4 до Стандарту медичної допомоги «Рак передміхурової залози» (підпункт 8 пункту 3 розділу III) Лікування РПЗ відповідно до стадії захворювання, наявності метастазів, паліативне лікування

Рекомендації	
ЗАХВОРЮВАННЯ НИЗЬКОГО РИЗИКУ	
Активне спостереження (АС)	Вибір пацієнтів
	Надати рекомендації щодо АС пацієнтам з очікуваною тривалістю життя >10 років і з низьким ризиком захворювання
	Пацієнтів із внутрішньопотоковою та крибриформною гістологією при біопсії слід виключити з АС
	Проведіть МРТ перед підтверджувальною біопсією, якщо МРТ не проводилося до первинної біопсії
	Зробіть прицільну біопсію (будь-якого ураження за системою збору даних і повідомлення результатів візуалізації простати [PI-RADS] >3) та систематичну біопсію, якщо проводиться підтверджувальна біопсія
	Якщо пацієнту було попередньо проведено МРТ, а потім систематичну та прицільну біопсію, немає потреби в підтверджувальних біопсіях
	Подальша стратегія
	Повторні біопсії слід проводити не рідше одного разу на 3 роки протягом 10 років
У разі прогресування рівня ПСА або зміни результатів ПРД або МРТ не переходьте до активного лікування без повторної біопсії	

Активне лікування	Надати рекомендації щодо операції або ПТ як альтернативи АС пацієнтам, для яких прийнятне таке лікування й які погоджуються на компроміс між токсичністю і запобіганням прогресуванню захворювання.
Дисекція тазового лімфатичного вузла	Не проводьте дисекцію тазового лімфатичного вузла.
Радіотерапевтичне лікування	Надати рекомендації щодо брахітерапії низької потужності пацієнтам із низьким ризиком РПЗ і належною функцією сечовипускання.
	Використовуйте променевою терапію модульованої інтенсивності/об'ємно-модульовану дугову терапію та ПТ під візуальним контролем із загальною дозою 74-80 Гр або помірним гіпофракціонуванням (60 Гр/20 фракцій за 4 тижні або 70 Гр/28 фракцій за 6 тижнів), без АДТ.
ЗАХВОРЮВАННЯ СЕРЕДЬНОГО РИЗИКУ	
Активне спостереження	Надати рекомендації щодо АС ретельно відібраним пацієнтам із групи захворювання зі ступенем ISUP 2 (тобто зразок типу 4 <10%, ПСА <10 нг/мл, ≤cT2a, низький ступінь захворювання при візуалізації та малому об'ємі біопсії [визначається як <3 позитивних зразка і включення раку <50% відібраного зразка/на зразок], або іншим окремим елементом захворювання середнього ризику з незначним поширенням захворювання при візуалізації та малим об'ємом біопсії), допускаючи потенційно підвищений ризик метастатичного прогресування.
	Пацієнтів із групи захворювання зі ступенем ISUP 3 слід виключити із протоколів АС.
	Перекласифікуйте пацієнтів із групи захворювання малого об'єму зі ступенем ISUP 2, включених у протоколи АС, якщо повторні систематичні біопсії, не основані на МРТ, проведені під час моніторингу, виявляють >3 позитивних зразків або захворювання ISUP 2 з максимальним відібраним зразком >50%/зразок.
Радикальна простатектомія (РП)	Надати рекомендації щодо РП пацієнтам із захворюванням середнього ризику та очікуваною тривалістю життя >10 років.
	Надати рекомендації щодо нервозберігаючої операції пацієнтам із низьким ризиком екстракапсулярного захворювання.
Розширена дисекція тазового лімфатичного вузла	Провести розширену дисекцію тазового лімфатичного вузла при захворюванні середнього ризику на основі прогнозованого ризику інвазії в лімфатичний вузол.
Радіотерапевтичне лікування	Надати рекомендації щодо брахітерапії пацієнтам із належною функцією сечовипускання та сприятливим розвитком захворювання середнього ризику.
	Для ПТ із модуляцією інтенсивності (ІМПТ)/об'ємно-дугової променевої терапії та променевої терапії під візуальним контролем використовуйте загальну дозу 76-78 Гр або помірне гіпофракціонування (60 Гр/20 фракцій за 4 тижні або 70 Гр/28 фракцій за 6 тижнів), у поєднанні з короткочасною АДТ (4-6 місяців).
	Надати рекомендації щодо підсиленої брахітерапії у поєднанні з ІМПТ/об'ємно-дуговою променевою терапією та променевою терапією під візуальним контролем пацієнтам із належною функцією сечовипускання та несприятливим середнім ризиком захворювання в поєднанні з короткотривалою АДТ (4-6 місяців).
	Для пацієнтів, які не бажають проходити АДТ, використовуйте загальну дозу ІМПТ/об'ємно-дугової променевої терапії та променевої терапії під візуальним контролем (76-78 Гр) або помірне гіпофракціонування (60 Гр/20 фракцій за 4 тижні або 70 Гр/28 фракцій за 6 тижнів) або у поєднанні з посиленою низько- або високодозовою брахітерапією.
Інші терапевтичні варіанти	Надати рекомендації щодо абляційної терапії всієї залози (наприклад, кріотерапія, високоінтенсивний сфокусований ультразвук тощо).
	Не пропонуйте монотерапію АДТ безсимптомним чоловікам із середнім ступенем ризику, які не можуть отримати місцеве лікування.
ЛОКАЛІЗОВАНА ХВОРОБА ВИСОКОГО РИЗИКУ	
Радикальна простатектомія	Надати рекомендації щодо РП відібраним пацієнтам із локалізованим РПЗ високого ризику як частини потенційної мультимодальної терапії.
Розширена дисекція тазового лімфатичного вузла	Проведіть розширену дисекцію тазового лімфатичного вузла при РПЗ високого ризику.
	Не проводьте заморожений зріз вузлів під час РП, щоб вирішити, чи потрібно продовжити або припинити процедуру.
Радіотерапевтичне лікування	У пацієнтів із локалізованим захворюванням високого ризику використовуйте ІМПТ/об'ємно-дугову променевою терапією та променевою терапією під візуальним контролем із 76-78 Гр у поєднанні з довгостроковою АДТ (2-3 роки).
	У пацієнтів із локалізованим захворюванням високого ризику та належною функцією сечовипускання використовуйте ІМПТ/об'ємно-дугову променевою терапією та променевою терапією під візуальним контролем із посиленою брахітерапією (низько- або високодозовою) у поєднанні з довгостроковою АДТ (2-3 роки).
Терапевтичні варіанти, крім хірургічного втручання або адіотерапії	Не пропонуйте пацієнтам із локалізованим захворюванням високого ризику терапію всієї залози або фокальну терапію.
	Пропонуйте монотерапію АДТ лише тим пацієнтам, які не хочуть або не можуть отримати будь-яку форму місцевого лікування, якщо у них спостерігається час подвоєння ПСА <12 місяців і ПСА >50 нг/мл або низькодиференційована пухлина.
МІСЦЕВО-ПОШИРЕНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ	
Радикальна простатектомія	Надати рекомендації щодо РП вибраним пацієнтам із місцево-поширеним ПСА як частини мультимодальної терапії.
Розширена дисекція тазового лімфатичного вузла	Проведіть розширену дисекцію тазового лімфатичного вузла до РП при місцево-поширеному РПЗ.
Радіотерапевтичне лікування	Надати рекомендації пацієнтам із місцево-поширеним захворюванням ІМПТ/об'ємно-дугову променевою терапією та променевою терапією під візуальним контролем у поєднанні з довготривалою АДТ.
	Надати рекомендації пацієнтам із місцево-поширеним захворюванням та належною функцією сечовипускання щодо ІМПТ/об'ємно-дугової променевої терапії та променевої терапії під візуальним контролем із посиленою брахітерапією (низько- або високодозовою), у поєднанні з довготривалою АДТ.
	Надати рекомендації щодо довгострокової АДТ щонайменше на 2 роки.
	Призначити абіратерон протягом 2 років, пропонуючи ІМПТ/об'ємно-дугову променевою терапією та променевою терапією під візуальним контролем передміхурової залози та малого таза (у випадку cN1) у поєднанні з тривалою АДТ, для пацієнтів M0 з cN1 або ≥2 факторами високого ризику (cT3-4, за шкалою Глісона ≥8 або ПСА ≥40 нг/мл).
Терапевтичні варіанти, крім хірургічного втручання або адіотерапії	Не пропонуйте лікування всієї залози або фокальне лікування пацієнтам із місцево-поширеним РПЗ.
	Надати рекомендації щодо монотерапії АДТ лише тим пацієнтам, які не хочуть або не можуть отримати будь-яку форму місцевого лікування, якщо у них спостерігається час подвоєння ПСА <12 місяців, або ПСА >50 нг/мл, або низькодиференційована пухлина або неприємні місцеві симптоми, пов'язані з хворобою.
	Надати рекомендації пацієнтам із захворюванням cN1 щодо місцевого лікування (або РП, або ІМПТ/об'ємно-дугова променевою терапією та променевою терапією під візуальним контролем) та довгострокової АДТ.
АД'ЮВАНТНЕ ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯ РАДИКАЛЬНОЇ ПРОСТАТЕКТОМІЇ	
pN0 і pN1 захворювання	Не призначайте ад'ювантну АДТ пацієнтам із pN0.
	Надати рекомендації щодо ад'ювантної ІМПТ/об'ємно-дугової променевої терапії та променевої терапії під візуальним контролем пацієнтам із високим ризиком (pN0) із побічною патологією (група ступеня ISUP 4-5 і pT3 з/без позитивних полів).
	Надати рекомендації щодо трьох варіантів лікування пацієнтів із захворюванням pN1 після розширеної дисекції тазового лімфатичного вузла, на основі характеристик ураження вузлів: ад'ювантна АДТ; ад'ювантна АДТ з додатковими ІМПТ/об'ємно-дуговою променевою терапією та променевою терапією під візуальним контролем; спостереження (очікуване ведення) пацієнту після розширеної дисекції лімфатичного вузла і ≤2 вузлів і ПСА <0,1 нг/мл.
НЕЛІКУВАЛЬНІ АБО ПАЛІАТИВНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ В УМОВАХ ПЕРШОЇ ЛІНІЇ	
<i>Локалізована хвороба</i>	
Пильне очікування (ПО)	Надати рекомендації щодо ПО безсимптомним пацієнтам, яким не підходить місцеве лікування, та пацієнтам із короткою тривалістю життя.
<i>Місцево-поширене захворювання</i>	
Пильне очікування	Надати рекомендації щодо політики відстроченого лікування з використанням монотерапії АДТ M0 безсимптомним пацієнтам із часом подвоєння рівня ПСА (ПСА-DT) >12 місяців, ПСА <50 нг/мл і добре диференційованою пухлиною, які не бажають або не можуть отримати будь-який вид місцевого лікування.

Продовження на стор. 26.

Стандарт медичної допомоги «Рак передміхурової залози»

Продовження. Початок на стор. 20.

СТІЙКИЙ ПСА ПІСЛЯ РАДИКАЛЬНОЇ ПРОСТАТЕКТОМІЇ	
	Надати рекомендації щодо позитронно-емісійної томографії з простат-специфічним мембранним антигеном (ПСАМА ПЕТ) чоловікам із стійким ПСА >0,2 нг/мл, якщо результати впливатимуть на рішення щодо подальшого лікування.
	Призначити лікування чоловікам без ознак метастатичного захворювання за допомогою рятівної ПТ та додаткової гормональної терапії.
Рекомендації щодо лікування метастатичного захворювання, лікування другого ряду та паліативного лікування	
Рекомендації	
МЕТАСТАТИЧНА ХВОРОБА В УМОВАХ ПЕРШОЇ ЛІНІЇ	
Пацієнти M1	Надати рекомендації щодо негайного системного лікування АДТ для полегшення симптомів і зменшення ризику потенційно серйозних наслідків прогресуючого захворювання (компресія спинного мозку, патологічні переломи, обструкція сечоводів) пацієнтам із симптомами M1.
	Надати рекомендації щодо антагоністів гонадотропін-рилізінг-гормона, або орхієктомії до початку АДТ, особливо у пацієнтів із загрозою клінічних ускладнень, таких як компресія спинного мозку або обструкція вихідного отвору сечового міхура.
	Надати рекомендації щодо раннього системного лікування пацієнтам M1 із безсимптомною пухлиною.
	Надати рекомендації щодо короточасного введення антагоніста андрогенних рецепторів попередніх поколінь пацієнтам M1, які починають приймати агоніст гонадотропін-рилізінг-гормона для зменшення ризику явища «спалаху».
	Не пропонуйте пацієнтам із захворюванням M1 монотерапію антагоністами андрогенних рецепторів.
	Надати рекомендації щодо комбінованої терапії, включаючи АДТ та системну терапію, усім пацієнтам із захворюванням M1.
	Не пропонуйте АДТ як монотерапію пацієнтам, які вперше звернулися із захворюванням M1, якщо у них відсутні протипоказання до комбінованої терапії, вони мають достатню очікувану тривалість життя, щоб отримати користь від комбінованої терапії (>1 року), і готові прийняти підвищений ризик побічних ефектів.
	Надати рекомендації щодо АДТ у комбінації з хіміотерапією (доцетаксел) пацієнтам, у яких першим проявом є захворювання M1 і для яких прийнятний прийом доцетакселу.
Надати рекомендації щодо АДТ у поєднанні з абіратероном або ензалутамідом пацієнтам, у яких першим проявом є захворювання M1 і які достатньо прийнятні для схеми їх прийому.	
БІОХІМІЧНИЙ РЕЦИДИВ ПІСЛЯ ЗАХОДІВ, ПРИЗНАЧЕНИХ ІЗ ЛІКУВАЛЬНОЮ МЕТОЮ	
Біохімічний рецидив (БХР) після радикальної простатектомії (РП)	Надати рекомендації щодо моніторингу, включаючи ПСА, пацієнтам із низьким ризиком БХР.
	Надати рекомендації щодо рятівної ІМПТ/об'ємно-дугової променевої терапії та променевої терапії під візуальним контролем на ранній стадії у чоловіків із двома послідовними підвищеннями ПСА.
	При негативному результаті ПЕТ/КТ-сканування проведення рятівної променевої терапії (РПТ) не відкладається.
	Не чекайте досягнення порогового рівня ПСА до початку лікування. Якщо прийнято рішення про РПТ, необхідно його провести (≥64 Гр) якнайшвидше.
	Надати рекомендації щодо гормональної терапії додатково до РПТ чоловікам із БХР.
БХР після РП	Надати рекомендації щодо моніторингу, включаючи ПСА, пацієнтам із низьким ризиком БХР.
	Надати рекомендації щодо рятівної РП, брахітерапії, фокусованого ультразвуку високої інтенсивності або кріохірургічної абляції ретельно відібраним пацієнтам із підтвердженням біопсією місцевим рецидивом.
Системне рятівне лікування	Не пропонуйте АДТ пацієнтам M0 із ПСА-DT >12 місяців.
ЛІКУВАННЯ, ЩО ПРОДОВЖУЄ ЖИТТЯ, У ВИПАДКУ КАСТРАЦІЙНО-РЕЗИСТЕНТНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ	
	Перед проведенням діагностики кастраційно-резистентного РПЗ (КРРПЗ) переконайтеся, що рівень тестостерону становить <50 нг/дл.
	Проводьте консультації, спостереження та лікування пацієнтів із метастатичним КРРПЗ (мКРРПЗ) у мультидисциплінарній команді препаратами, що продовжують життя.
	Надати рекомендації пацієнтам із мКРРПЗ щодо соматичного та/або термінального молекулярного тестування, а також тестування на дефіцит системи репарації неспарених основ ДНК або високу мікросателітну нестабільність.
СИСТЕМНЕ ЛІКУВАННЯ КАСТРАЦІЙНО-РЕЗИСТЕНТНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ	
	Здійснюйте вибір лікування з урахуванням статусу дієздатності, симптомів, супутніх захворювань, локалізації та ступеня захворювання, геномного профілю, уподобання пацієнта та попереднього лікування гормоналочутливого метастатичного РПЗ (мРПЗ): абіратерон, кабазитаксел, доцетаксел, ензалутамід, олапариб.
	Надати рекомендації пацієнтам із мКРРПЗ, які є кандидатами на цитотоксичну терапію і які раніше не проходили хіміотерапію, – доцетаксел у дозі 75 мг/м ² кожні 3 тижні.
	Надати рекомендації пацієнтам із мКРРПЗ і прогресуванням після хіміотерапії доцетакселом – додаткові варіанти лікування, які продовжують життя, зокрема абіратерон, кабазитаксел, ензалутамід і олапариб у випадку змін репарації ДНК шляхом гомологічної рекомбінації.
	Приймайте подальші рішення щодо лікування мКРРПЗ на підставі статусу дієздатності, попереднього лікування, симптомів, супутніх захворювань, геномного профілю, ступеня захворювання та переваг для пацієнта.
	Надати рекомендації щодо абіратерону або ензалутаміду пацієнтам, які раніше отримували лікування однією або двома лініями хіміотерапії.
	Надати рекомендації щодо хіміотерапії пацієнтам, яких раніше лікували абіратероном або ензалутамідом.
	Надати рекомендації щодо кабазитакселу пацієнтам, яких раніше лікували доцетакселом.
Надати рекомендації щодо кабазитакселу пацієнтам, яких раніше лікували доцетакселом і які мали прогресування протягом 12 місяців лікування абіратероном або ензалутамідом.	
ПІДТРИМУЮЧИЙ ДОГЛЯД ЗА КАСТРАЦІЙНО-РЕЗИСТЕНТНОЮ ХВОРОБОЮ	
	Надати рекомендації щодо засобів для захисту кісток пацієнтам із мКРРПЗ та метастазами у скелет для запобігання кістковим ускладненням.
	Контролюйте рівень кальцію в сироватці крові та застосовуйте додатково кальцій і вітамін D при призначенні деносумабу або бісфосфонатів.
	Лікуйте болючі кісткові метастази на ранній стадії за допомогою таких паліативних заходів, як ІМПТ/об'ємно-дугова променева терапія та променева терапія під візуальним контролем та адекватного застосування анальгетиків.
	У пацієнтів із компресією спинного мозку почати негайне застосування високих доз кортикостероїдів та оцінити необхідність операції на хребті з подальшим опроміненням. Запропонувати променеву терапію, якщо операція не прийнятна.
НЕМЕТАСТАТИЧНА КАСТРАЦІЙНО-РЕЗИСТЕНТНА ХВОРОБА	
	Надати рекомендації щодо ензалутаміду пацієнтам із M0 КРРПЗ і високим ризиком розвитку метастазів (ПСА-DT <10 місяців) для продовження часу до метастазування та загальної виживаності.

ДАЙДЖЕСТ

НОВИНИ МЕДИЦИНИ

Нові дані: емплагліфлозин при ХХН – користь для ще більшої когорти пацієнтів

Другого серпня 2023 року у Відні (Австрія) відбулася знакова подія – Європейська комісія схвалила емплагліфлозин (торгова марка – джардінс), інгібітор натрій-залежного котранспортера глюкози 2-го типу (іНЗКТГ-2), для лікування дорослих із хронічною хворобою нирок (ХХН) [1], повідомила компанія Boehringer Ingelheim. Це рішення має вкрай важливе значення для покращення стандартів лікування для понад 47 млн людей у Європейському Союзі, які живуть із ХХН [2], і допоможе зменшити навантаження на систему охорони здоров'я внаслідок зниження ризику госпіталізації пацієнтів із ХХН з усіх причин [3-5].

Схвалення базується на результатах EMPA-KIDNEY, найбільшого і найширшого за показаннями дослідження іНЗКТГ-2 при ХХН [3]. EMPA-KIDNEY (NCT03594110) є багатонаціональним рандомізованим подвійним сліпим плацебо-контрольованим клінічним дослідженням, призначеним для оцінки впливу емплагліфлозину на прогресування захворювання нирок та ризик серцево-судинної смертності. У ньому взяли участь 6 609 пацієнтів із ХХН різного генезу, із цукровим діабетом (ЦД) і без нього, а також з альбумінурією і без неї, багато з яких мали супутню патологію, таку як серцево-судинні, ниркові захворювання або хвороби обміну речовин. Учасники дослідження отримували або емплагліфлозин у дозі 10 мг/добу, або плацебо додатково до існуючого стандарту медичної допомоги. Дослідження оцінювало ниркові та серцево-судинні результати у групах із різним ступенем тяжкості ХХН.

Первинний результат фіксувався як час до першої події серцево-судинної смерті або прогресування ХХН, що визначався як термінальна стадія (потреба у замісній нирковій терапії, такий як діаліз або трансплантація нирки), стійке зниження розрахункової швидкості клубочкової фільтрації (рШКФ) до <10 мл/хв/1,73 м², смерть нирок або стійке зниження рШКФ на ≥40% із моменту рандомізації. Ключові вторинні результати включали серцево-судинну смерть або госпіталізацію із приводу серцевої недостатності, госпіталізацію з усіх причин та смертність від усіх причин.

Результати дослідження EMPA-KIDNEY показали значну перевагу емплагліфлозину у зниженні відносного ризику прогресування захворювання нирок або серцево-судинної смерті на 28% порівняно із плацебо у пацієнтів із ХХН (відносний ризик [ВР] 0,72; 95% довірчий інтервал [ДІ] від 0,64 до 0,82; p<0,000001 [абсолютне зниження ризику 3,8%]). Дослідження також продемонструвало статистично значуще відносне зниження ризику госпіталізації з будь-якої причини на 14% порівняно із плацебо (ВР 0,86; 95% ДІ від 0,78 до 0,95; p=0,0025 [абсолютне зниження ризику 4,4%]) [3, 6]. Загальні дані щодо безпечності в цілому відповідали попереднім результатам, підтверджуючи добре встановлений профіль безпеки емплагліфлозину при ХХН.

Настанови KDIGO (Ініціативи щодо покращення глобальних результатів захворювань нирок) рекомендують іНЗКТГ-2, зокрема емплагліфлозин, як терапію першої лінії у пацієнтів із ЦД 2-го типу та ХХН [7]. Терапію слід розпочинати незалежно від ступеня альбумінурії та рШКФ (≥20 мл/хв/1,73 м²) і продовжувати до початку діалізу.

Доведено, що такі захворювання, як ЦД 2-го типу, серцева недостатність (СН) і ХХН, пов'язані між собою, прискорюють розвиток одне одного та збільшують ризик ускладнень і навіть смерті від серцево-судинного захворювання (ССЗ) (рисунок) [8-16].

За результатами комплексної програми досліджень у довгостроковій перспективі прийом емплагліфлозину знижував відповідні ризики у пацієнтів із цими захворюваннями [17-20]. Це зумовило внесення змін до настанов у галузі діабетології, кардіології та нефрології [21-23].

Цукровий діабет 2-го типу: значне зниження смертності від ССЗ

У пацієнтів із ЦД 2-го типу застосування емплагліфлозину сприяє зниженню ризику смерті від ССЗ на 38% порівняно із плацебо (дослідження EMPA REG OUTCOME) [17]. Таким чином, емплагліфлозин може значно подовжувати життя пацієнтів із ЦД 2-го типу [24]. Цей висновок призвів до негайного внесення змін до настанов у галузі діабетології. В останньому консенсусному звіті Американської асоціації діабетологів/Європейської асоціації з вивчення діабету (ADA/EASD) [21] застосування іНЗКТГ-2, таких як емплагліфлозин, рекомендовано незалежно від застосування метформіну та вихідного рівня глікозильованого гемоглобіну (HbA_{1c}) у пацієнтів із ССЗ, СН чи ХХН або в осіб, які мають високий ризик розвитку таких захворювань.

Серцева недостатність: покращення прогнозу при будь-якому значенні фракції викиду

Емплагліфлозин також набув поширення як препарат для лікування СН. Після того як у дослідженні EMPEROR Reduced було встановлено, що емплагліфлозин покращує прогноз у пацієнтів із фракцією викиду лівого шлуночка (ФВЛШ) на ≤40%, знижуючи частоту комбінованої кінцевої точки смерті від ССЗ або частоту госпіталізації із приводу СН на 25% [19], у дослідженні EMPEROR Preserved також було відзначено користь емплагліфлозину у пацієнтів зі збереженою фракцією викиду >40% (зниження ризику – 21% порівняно

Взаємозв'язок серцево-судинних, ниркових і метаболічних захворювань

СЕРЦЕВО-СУДИННІ, НИРКОВІ ТА МЕТАБОЛІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ, ТАКІ ЯК СЕРЦЕВА НЕДОСТАТНІСТЬ (СН), ХРОНІЧНА ХВОРОБА НИРОК (ХХН) І ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2-ГО ТИПУ (ЦД2Т) Є ГЛОБАЛЬНОЮ ПРОБЛЕМОЮ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

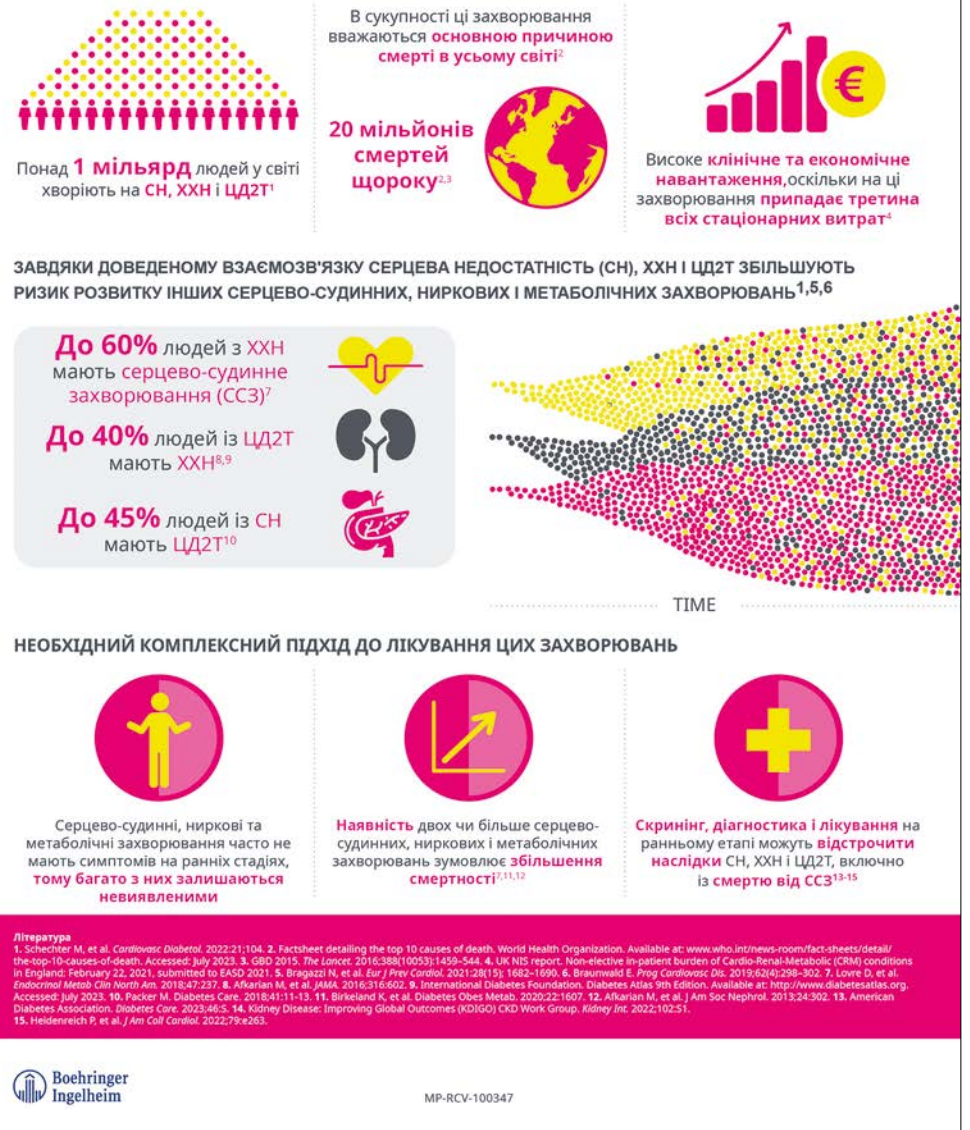


Рис. Взаємозв'язок між серцево-судинними, нирковими і метаболічними захворюваннями (незалежно від значення фракції викиду) у пацієнтів із СН зі скороченою, помірно скороченою та збереженою фракцією викиду.

Європейське товариство кардіологів (ESC) рекомендує іНЗКТГ-2, такі як емплагліфлозин, використовувати у якості терапії першої лінії у пацієнтів із СН незалежно від значення ФВЛШ [22].

Література

- https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/html/h930.htm.
- Bikbov B, et al. Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet. 2020;395(10225):709-733.
- Herrington W, Staplin N., Wanner C. et al. Empagliflozin in Patients with Chronic Kidney Disease. N Engl J Med. 2023; 388:117-127.
- Turchetti G., Bellelli S., Amato M. et al. The social cost of chronic kidney disease in Italy. Eur J Health Econ. 2017;18(7):847-858.
- Gandjour A., Arnsen W., Wehmeyer W., Multmeier J., and Tschulena U. Cost of patients with chronic kidney disease in Germany. 2020. PLOS ONE 15(4): e0231375.https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231375.
- EMPA-KIDNEY full data presentation, presented on 4 November 2022 at the American Society of Nephrology (ASN) Congress 2022 – Kidney Week.
- Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Diabetes Work Group. Kidney Int 2022; 102:S1-S127.
- Einarson TR et al. Cardiovasc Diabetol 2018;17:83.
- International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 9th ed. 2019. https://www.diabetesatlas.org/ (accessed August 2020).
- Murphy D. et al. Ann Intern Med 2016;165:473.
- Siemens Healthineers. Chronic kidney disease: a global crisis. 2018. www.siemens-healthineers.com/en-uk/news/chronic-kidneydisease.
- html (accessed Aug 2020).
- US Renal Data System. Am J Kidney Dis 2019;S0272-6386(19)31008-X.
- Morrish N.J. et al. Diabetologia 2001;44(Suppl. 2):S14.
- American Diabetes Association. Diabetes Care 2020;43:S1.
- Thomas M.C. et al. Curr Cardiol Rev 2016;12:249.
- Sarraf M. et al. Clin J Am Soc Nephrol 2009;4:2013.
- Zinman B. et al. N Engl J Med 2015; 373:2117-2128.
- Herrington H.G. et al. N Engl J Med. 2023 Jan 12; 388(2): 117-127.
- Packer M. et al. N Engl J Med 2020; 383:1413-1424.
- Anker S.D. et al. N Engl J Med. 2021 Oct 14;385(16):1451-1461.
- Davies M.J. et al. Diabetes Care 1 November 2022; 45 (11): 2753-2786.
- McDonagh T.A. et al. Eur Heart J 2021; 42:3599-726.
- Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Diabetes Work Group. Kidney Int 2022; 102:S1-S127.
- Claggett B. et al. Circulation 2018;138:1599-1601.

Хронічний калькульозний простатит: як вплинути на патологічні ланки виникнення болю?

За матеріалами конференції

15-17 червня відбулася одна з наймасштабніших подій у галузі урології — щорічний конгрес Асоціації урологів України. Захід було проведено під головуванням віце-президента Асоціації урологів України, директора ДУ «Інститут урології ім. акад. О.Ф. Возіанова НАМН України», академіка НАМН України, професора С.О. Возіанова у комбінованому форматі з онлайн-трансляцією. Учасники конгресу розглянули актуальні питання діагностики та лікування багатьох захворювань сечовивідної системи. Однією з найбільш частих проблем, із якою пацієнти звертаються до урологів, є простатит. Особливості клінічної картини, діагностики, механізми розвитку больових відчуттів та ефективні шляхи їх подолання при хронічному калькульозному простатиті були детально висвітлені в доповіді старшого наукового співробітника відділу сексопатології та андрології ДУ «Інститут урології ім. акад. О.Ф. Возіанова НАМН України», кандидата медичних наук Каміля Раїсовича Нуріманова.

Ключові слова: передміхурова залоза, хронічний простатит, синдром хронічного тазового болю, центральна сенситизація, нестероїдні протизапальні препарати, диклофенак.



К.Р. Нуріманов

Сьогодні в урології використовують класифікацію простатиту J.N. Krieger et al. (1999), відповідно до якої виділяють чотири категорії захворювання:

- I — гострий бактеріальний простатит;
- II — хронічний бактеріальний простатит (ХБП);
- III — хронічний абактеріальний простатит (ХАП)/ синдром хронічного тазового болю (СХТБ), що включає запальний (ІІА) і незапальний (ІІВ) простатит;
- IV — симптоматичний запальний простатит.

Спікер зазначив, що 90% випадків простатиту відносяться саме до III категорії, що вказує на специфічну структуру цього захворювання на сьогоднішній день.

Важливі аспекти діагностики хронічного абактеріального простатиту

При проведенні трансректальної ультрасонографії нерідко виявляють кальцинати, що морфологічно являють собою результат запалення у тканині передміхурової залози (ПЗ) у вигляді фіброзу зі скупченням солей кальцію. За хімічним складом петрифікатів ПЗ переважають фосфат кальцію (гідроксиапатит), значно рідше зустрічається комбінований склад (гідроксиапатит із моногідратом оксалату кальцію), фосфат карбонату кальцію (карбонат апатиту) та моногідрат оксалату кальцію (вевеліт).

За даними W.B. Kim et al. (2011), поширеність кальцинатів серед «здорових чоловіків», тобто тих, які відвідали Центр здоров'я із профілактичною метою, складає 51,1%. При цьому у 39,4% чоловіків кальцинати мали дрібний розмір (тип А), натомість як у 11,7% випадків у ПЗ були наявні грубі кальцинати (тип В). D.A. Shoskes et al. (2007) зазначають, що серед пацієнтів із ХАП/СХТБ кальцинати були виявлені у 46,8% випадків. Ці дані вказують на схожість поширеності серед «здорових» і хворих на простатит чоловіків. Серед молодих чоловіків віком від 21 до 50 років кальцинати у ПЗ відзначаються значно рідше (7,4%) (Geramoutsos I. et al., 2004), ніж у чоловіків старше 50 років. У похилому віці негруба кальцинація розглядається як варіант норми.

Доведено, що на динаміку симптомів захворювання значною мірою впливає переохолодження. Так, 83% чоловіків повідомили, що застуда спричинила загострення симптомів і/або викликала рецидив. Водночас, зі слів 63% пацієнтів із СХТБ, зменшенню симптомів сприяла гаряча ванна, а інші 46% чоловіків зазначили, що під час перебування у спекотному кліматі їх стан значно полегшився (Hedelin H. et al., 2007). Однак дослідження впливу сезонних факторів на динаміку болю, функцію сечовипускання та якість життя при СХТБ не виявило суттєвих відмінностей у середніх показниках індексу шкали симптомів хронічного простатиту/СХТБ (NIH-Chronic Prostatitis Symptom Index) (Shin J.H. et al., 2014).

Природа болю та механізм сенситизації у пацієнтів із СХТБ

Одним із основних механізмів виникнення хронічного болю у нейронах дорсального ганглію є периферична сенситизація, тобто зниження порога

чутливості периферичних закінчень сенсорних нервових волокон у відповідь на пошкодження та вивільнення медіаторів запалення в місці ураження тканини. Іншим механізмом є спонтанне поширення іонних потоків через трансмембранні канали, які стимулюють електричні струми в аксонах (так звана ектопічна нейрональна активність) (таблиця).

Нервова сенситизація при СХТБ призводить до того, що звичайне наповнення сечового міхура сечею, передміхурової залози та сім'яних міхурців їх секретари викликає у хворих не відчуття наповнення, а біль. Ця сенситизація не визначається активацією одного молекулярного шляху, а, швидше, характеризується зміненим функціональним статусом ноцицептивних нейронів (Latremoliere A., Woolf C.J., 2009). При цьому нейрони демонструють розвиток або збільшення спонтанної активності, зниження порога для активації та розширення рецептивних полів.

Зазначені зміни зумовлені різними клітинними процесами, зокрема підвищенням мембранної збудливості, полегшенням синаптичної передачі та зниженням гальмівного впливу (розгальмування). Подібним чином ці механізми можуть керуватися різними молекулярними ефекторами, включаючи РКА (protein kinase A), РКС (protein kinase C), CaMKII (Ca²⁺-calmodulin kinase II) та ERK½ (extracellular signal-regulated kinase ½). Ці кінрази беруть участь у змінах порога й кінетики активації NMDA- та АМРА-рецепторів і транспортуванні їх до мембрани, спричиняють зміни в іонних каналах, збільшуючи вхідні струми та зменшуючи вихідні, а також зменшують вивільнення або активність γ-аміномасляної кислоти та гліцину (рисунок) (Latremoliere A., Woolf C.J., 2009).

Що означає комплексний підхід у терапії хронічного абактеріального простатиту?

Комплексний підхід до лікування ХАП включає дотримання відповідної дієти та певного способу життя, фізіотерапевтичні методи, фармакотерапію та інтервенційне лікування. Найбільш доказова база щодо ефективності медикаментозного лікування зібрана для нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП), α-адреноблокаторів та фітопрепаратів. Підвищення рівня запальних і зниження рівня протизапальних цитокінів, наявність реактивних форм кисню та простагландинів, нейропластичність, м'язово-тонічні зміни є невід'ємними патофізіологічними складовими захворювання, що впливають на його тяжкість. Саме тому Європейська асоціація урології (EAU) рекомендує мультимодальний підхід для корекції цих порушень у пацієнтів із ХАП/СХТБ.

Одним із найбільш широко застосовуваних НПЗП, у тому числі у хворих урологічного профілю, є диклофенак натрію (Диклоберл®). Висока ефективність препарату зумовлена механізмами його дії, які включають інгібування ізоферментів циклооксигенази, пригнічення субстанції Р та γ-рецепторів, що активуються проліфератором пероксисом (PPAR-γ), а також блокування кислоточутливих іонних каналів, порушення продукції інтерлейкіну 6 та пригнічення NMDA-рецепторів гіпералгезії (Gan T.J. et al., 2010). Позитивний результат від застосування диклофенаку при ХП зумовлений, зокрема, зменшенням ноцицептивного впливу на нервову систему.

Основними перевагами застосування диклофенаку у формі супозиторіїв є те, що свічка залишається

Таблиця. Механізми хронічного болю в нейронах дорсального ганглію

Периферична сенситизація	Зниження порога чутливості на периферичних закінченнях сенсорних нервових волокон у відповідь на запалення
Ектопічна нейрональна активність	Спонтанне, або ненормальне, поширення іонних потоків через трансмембранні канали, які стимулюють трансмембранні електричні струми в аксонах після ушкодження тканин і нервів
Генна регуляція	Транскрипційні зміни в нейронах дорсального ганглію сприяють виникненню та підтриманню хронічного болю після ушкодження тканин і нервів
Пресинаптична модуляція	Посилене вивільнення нейромедіаторів із ноцицепторів після ушкодження
Зміна сенсорної модальності	Наприклад, механорецептори починають передавати ноцицептивну інформацію (механічна алодинія) після ушкодження нерва

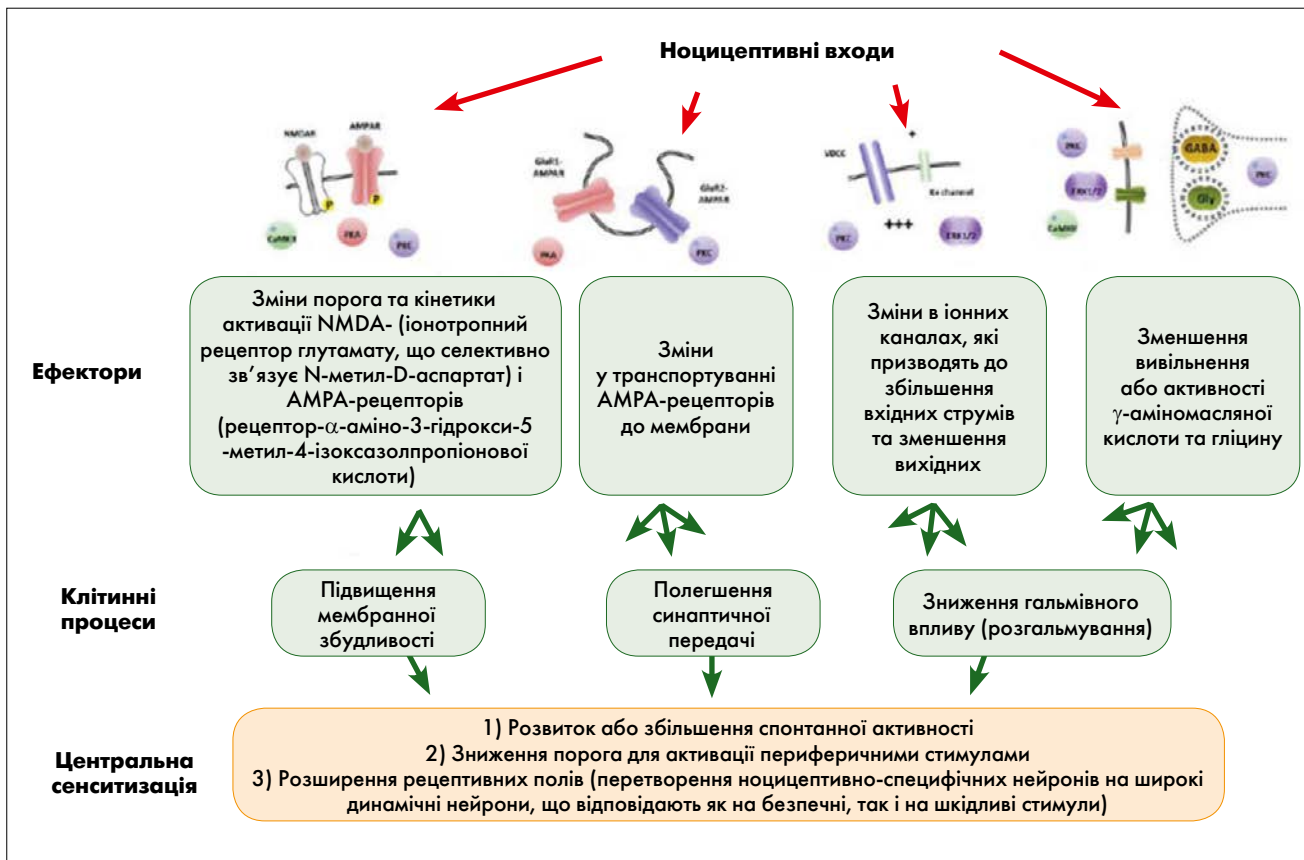


Рис. Зміни в молекулярних шляхах, які призводять до центральної сенситизації

твердою за кімнатної температури, зберігає форму при введенні й не прилипає, легко диспергується при температурі тіла та є нейтральною до середовища прямої кишки. Швидкий знеболювальний ефект досягається завдяки негайному вивільненню діючої речовини після введення, при цьому її максимальна концентрація

у крові реєструється через 60 хв і підтримується впродовж 5 годин.

Результати дослідження В.Г. Мігова (2013) продемонстрували ефективність Диклоберлу у зменшенні болювих відчуттів, купіруванні симптомів дизурії, а також у підвищенні якості життя пацієнтів.

К.Р. Нуріманов зазначив, що у власному дослідженні застосовував базову фармакотерапію ХАП/СХТБ (незалежно від ступеня болювих і дизуричних проявів), яка включала диклофенак (Диклоберл®) 100 мг/добу протягом 2 тиж, тамсулозин (Флосін®) 0,4 мг/добу протягом 1 міс та спиртовий екстракт *Senecio jacobina* (Простамол® Уно) у дозі 320 мг/добу протягом 6 міс. Дослідження показало добру безпечність та достатню ефективність базової фармакотерапії щодо симптомів простатиту, депресії та тривоги, а також корекції порушень вмісту цитокінів еякуляту.

Як фізіотерапевтична складова комплексного лікування ХАП/СХТБ успішно використовується екстракорпоральна ударно-хвильова терапія. Як правило, проводиться десять сеансів за курс із перервами 1-2 дні між сеансами. Цей метод сприяє зменшенню симптомів простатиту й проявів сексуальної дисфункції. Масаж ПЗ при хронічному калькульозному простатиті у більшості випадків не рекомендований, але інколи є єдиною методикою, яка допомагає пацієнту. Тому обережне безболісне його виконання може бути корисним у пацієнтів із ХАП/СХТБ. Інші методи фізіотерапії (електротерапія, ультрависокочастотна терапія та ультразвукова терапія) також показали свою ефективність і надійність, перевірені роками застосування.

Запалення та біль є основними патофізіологічними компонентами ХАП/СХТБ. Пацієнти із хронічним калькульозним простатитом потребують комплексного лікувального підходу для швидкого та ефективного полегшення болю. НПЗП, що рекомендовані ЕАУ для терапії ХАП/СХТБ, сприяють поліпшенню симптомів простатиту та підвищенню якості життя чоловіків.

Підготувала **Дарина Чернікова**






СПЕЦІАЛІЗОВАНИЙ МЕДИЧНИЙ ПОРТАЛ


Електронні версії усіх друкованих видань
Видавничого дому «Здоров'я України»
на одному сайті!


Наш сайт



Наша сторінка Facebook

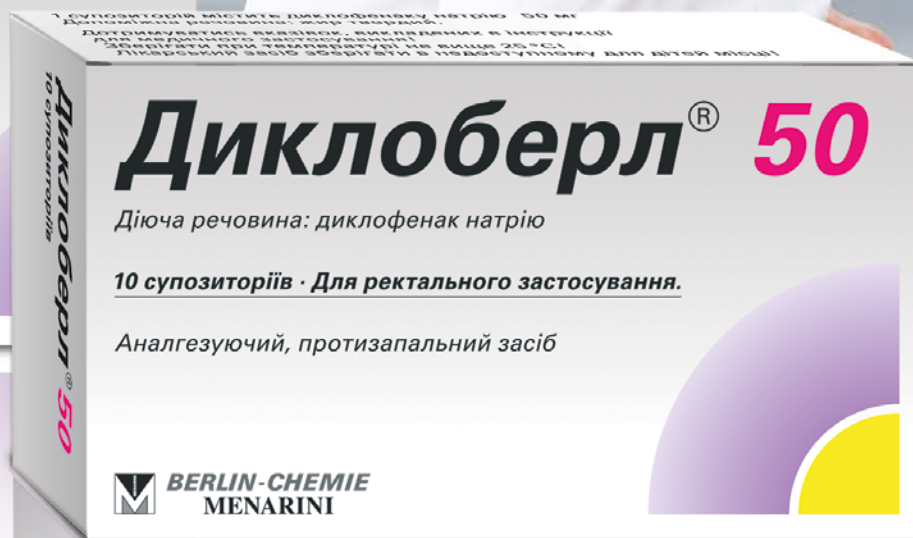
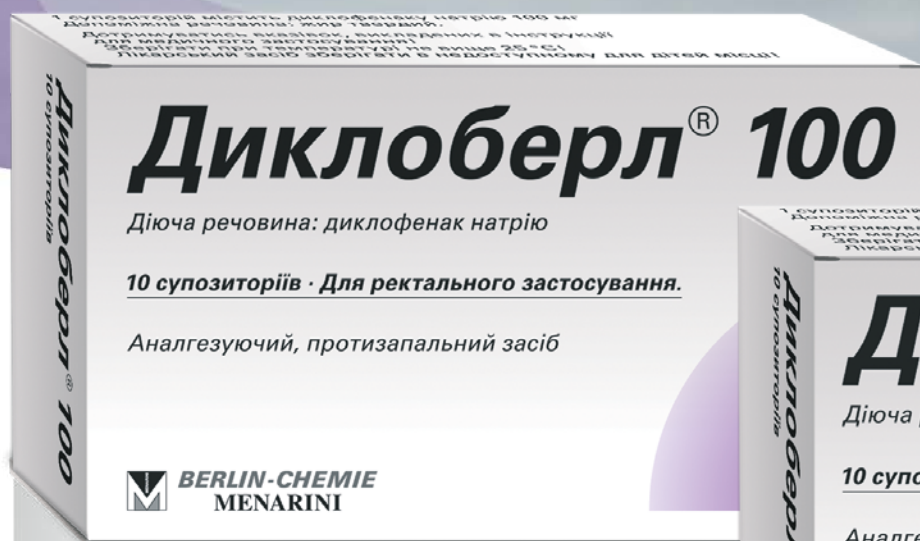






Диклоберл® diclofenac sodium

**ДИКЛОФЕНАК
№1 В УКРАЇНІ
ЗА РЕКОМЕНДАЦІЯМИ ЛІКАРІВ¹**



**✓ МАКСИМАЛЬНА КОНЦЕНТРАЦІЯ
У ПЛАЗМІ КРОВІ ДОСЯГАЄТЬСЯ
ПРИБЛИЗНО ЧЕРЕЗ 1 ГОДИНУ²**

**✓ ТОРПЕДОПОДІБНІ
СУПОЗИТОРІЇ²**

Інформація про рецептурний лікарський засіб для професійної діяльності спеціалістів в галузі охорони здоров'я.
Скорочена інструкція для медичного застосування лікарського засобу Диклоберл 50, 100.

Склад: Супозиторії: 1 супозиторій містить диклофенаку натрію 100 мг або 50 мг.

Фармакотерапевтична група. Скорочена інструкція для медичного застосування лікарського засобу Диклоберл 50, 100. Нестероїдні протизапальні та протиревматичні засоби. Код АТХ M01A B05.

Показання. Запальні і дегенеративні форми ревматизму: ревматоїдний артрит, анкілозуючий спондиліт, остеоартрит, включаючи спондилоартрит. Больові синдроми з боку хребта. Ревматичні захворювання позасуглобових м'яких тканин. Посттравматичні і післяопераційні больові синдроми, що супроводжуються запаленням і набряком, зокрема після стоматологічних та ортопедичних операцій. Гінекологічні захворювання, які супроводжуються больовим синдромом і запаленням, наприклад, первинна дисменорея та аднексит. Напади мігрені. Гострі напади подагри. Як допоміжний засіб при тяжких запальних захворюваннях ЛОР-органів, які супроводжуються болісним відчуттям, наприклад, при фарингиті, отиті.

Протипоказання. Гіперчутливість до діючої речовини або до будь-якої допоміжної речовини лікарського засобу, що перелічені у розділі «Склад». Активна форма виразкової хвороби/кровотечі або рецидивуюча виразкова хвороба/кровотеча в анамнезі (два або більше окремих епізоди діагностованої виразки або кровотечі). Кровотеча або перфорація шлунково-кишкового тракту в анамнезі, що пов'язані з попереднім лікуванням НПЗП. Гостра виразка шлунка або кишечника, кровотеча або перфорація. Тяжкі порушення функції печінки або нирок, печінкова недостатність, ниркова недостатність. Застійна серцева недостатність (NYHA II-IV); ішемічна хвороба серця у пацієнтів, які мають стенокардію, перенесли інфаркт міокарда; захворювання пери-

феричних артерій та/або цереброваскулярні захворювання у пацієнтів, які перенесли інсульт або мають епізоди транзиторних ішемічних атак. Проктит. **Спосіб застосування та дози.**

Диклоберл® супозиторії 50 та 100 мг. Небажані ефекти можна мінімізувати шляхом застосування найнижчої ефективної дози впродовж найкоротшого періоду часу, необхідної для контролю симптомів. Не застосовувати внутрішньо, тільки для ректального введення. Супозиторії потрібно вводити у пряму кишку якомога глибше, бажано після очищення кишечника. Початкова доза зазвичай становить 100-150 мг на добу. При невиражених симптомах, а також при тривалій терапії достатньо дози 75-100 мг/добу. Добову дозу розподілити на 2-3 прийоми. Для уникнення нічного болю або ранкової сухоті до застосування препарату вдень призначати Диклоберл® 100 у вигляді ректальних супозиторіїв перед сном (добова доза препарату не повинна перевищувати 150 мг). При первинній дисменорей добову дозу підбирати індивідуально, зазвичай вона становить 50-150 мг/добу. Початкова доза може бути 50-100 мг/добу, але у разі необхідності її можна збільшити впродовж кількох менструальних циклів до максимальної, що становить 150 мг/добу. Застосування препарату слід починати після виникнення перших больових симптомів та продовжувати декілька днів, залежно від динаміки регресії симптомів.

Побічні реакції. Біль у грудях, набряки, інфаркт міокарда, інсульт, порушення кровотворення (анемія, лейкопенія, тромбоцитопенія, панцитопенія, агранулоцитоз), головний біль, сонливість, розлад зору та диплопія, дзвін у вухах, нудота, блювання, діарея, диспепсія, виразки шлунка і кишечника, що супроводжуються або не супроводжуються кровотечею, гастрит, стоматит, запор, панкреатит, екзантема, екзема, еритема, реакції підвищеної чутливості, такі як висипання на шкірі та свербіж, алергічний васкуліт, астма, підвищення рівня трансаміназ у крові, психотичні розлади, депресія, відчуття тривоги, безсоння, нічні жахіття та інше.

За повною детальною інформацією звертайтеся до інструкції для медичного застосування лікарського засобу, затвердженою наказом МОЗ (Диклоберл® супозиторії 100 мг №657 від 07.04.2023 та 50 мг №498 від 16.03.2023). Перед призначенням обов'язково уважно прочитайте інструкцію для медичного застосування лікарського засобу.

Виробник. Диклоберл® супозиторії 50 мг та 100 мг: Берлін-Хемі АГ, Глінкер Вег 125, 12489 Берлін, Німеччина. № UA/9701/02/02, №UA/9701/02/01

Для особистого використання для професійної діяльності медичних та фармацевтичних працівників. Матеріал для ознайомлення спеціалістів у галузі охорони здоров'я під час проведення конференцій, семінарів.

За додатковою інформацією про лікарський засіб звертайтеся за адресою: Представництво «Берлін-Хемі/А.Менаріні Україна ГмбХ» в Україні, 02098, м. Київ, вул. Березняківська, 29, тел.: (044)494-33-88.

1. За результатами призначень лікарів лікарських засобів в АТС-групі M01A B05 «Диклофенак» за період квартал 1 2022 - 1 квартал 2023 рр., за даними аналітичної системи дослідження ринку «PharmXplorer»/«Фармстандарт» компанії «Proxima Research».

2. Інструкції для медичного застосування препарату (Диклоберл® супозиторії 100 мг №657 від 07.04.2023 та 50 мг №498 від 16.03.2023).

UA-DIC-03-2023-V1-Print. Затверджено 09/05/2023



**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**