

ПОЛТАВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

КАФЕДРА ХІРУРГІЇ № 2
д.мед.н., професор Л.П.САРИЧЕВ

ПИТАННЯ ОНКОУРОЛОГІЇ

Лекція 2

2023

ПЛАН ЛЕКЦІЇ

- **Пухлини нирок**
- **Пухлина Вільмса**
- **Пухлини сечового міхура**
- **Доброякісна гіперплазія передміхурової залози**
- **Рак передміхурової залози**
- **Пухлини яєчок**
- **Рак статевого члена**

ПУХЛИНИ НИРОК

I. Епітеліальні пухлини паренхіми нирок

- *Аденома*
- *Аденокарцинома (світлоклітинний рак)*

II. Епітеліальні пухлини ниркової миски

- *Переходно-клітинна папілома*
- *Переходно-клітинний рак*

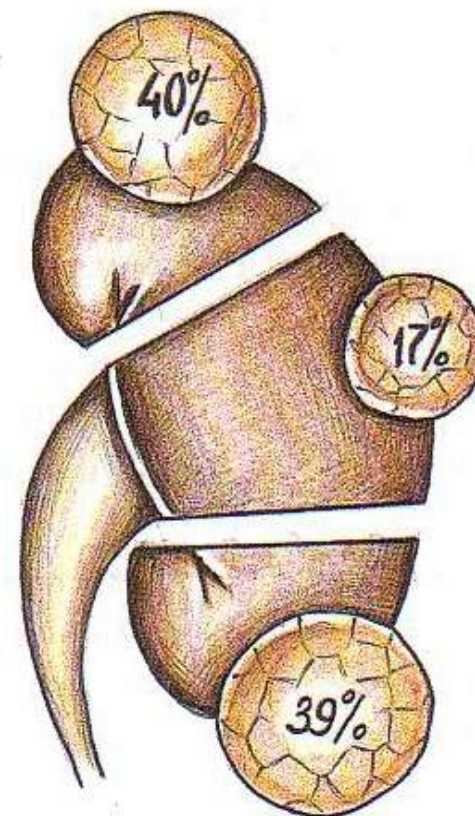
III. Нефробластичні пухлини

- *Нефробластома (пухлина Вільмса)*

IV. Неепітеліальні пухлини

- *Ліпома, гемангіома, ангіоміоліпома*

V. Інші



РАК НИРКИ

Аденокарцинома (гіпернефрома, світлоклітинний рак)

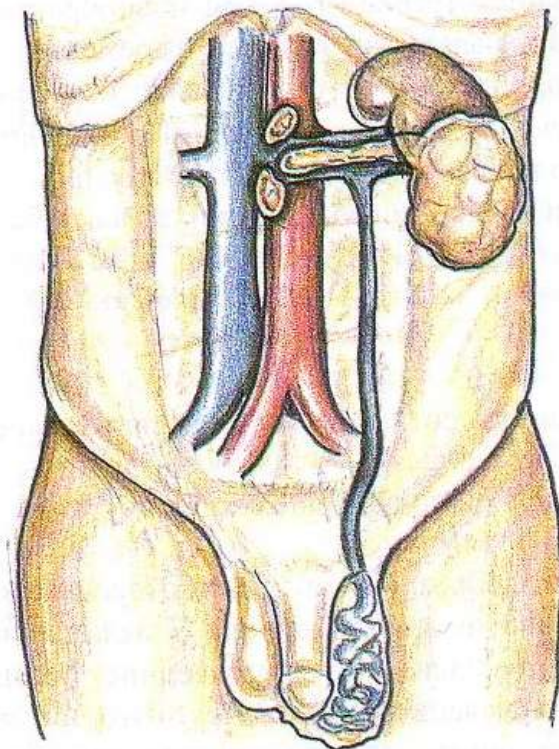
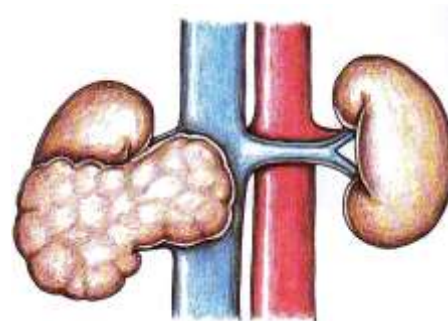
*Складає 3-5% всіх новоутворень та 80-90% від пухлин нирки.
Чоловіки хворіють у 2 рази частіше ніж жінки*

*На момент клінічної маніфестації метастази виявляють у
половини хворих*

*Поширюється на порожнисту вену, наднирник, ниркову
капсулу. Метастазує гематогенним шляхом у **легені,
печінку, головний мозок***

Рак ниркової миски та сечоводу

*Метастазує лімфатичними судинами підслизового
прошарку сечоводу донизу, у сечовий міхур, віддалені
метастази найчастіше у легені*



Екстраренальні симптоми

- *Анорексія, загальна слабкість, анемія*
- *Зменшення ваги **(30%)***
- *Підвищення температури тіла **(11-50%)***
- *Підвищення ШОЕ*
- *Підвищення рівня фібриногену сироватки крові*
- *Еритроцитоз **(2,5%)***
- *Артеріальна гіпертензія **(15-20%)***

Місцеві симптоми

- *Безбольова гематурія у вигляді продовгуватих згортків крові **(70%)***
- *Біль **(60-70%)***
- *Пальпується пухлина **(11-40%)***

ДІАГНОСТИЧНИЙ АЛГОРИТМ

УЗД



ОГЛЯДОВА ТА ЕКСКРЕТОРНА УРОГРАФІЯ



КТ



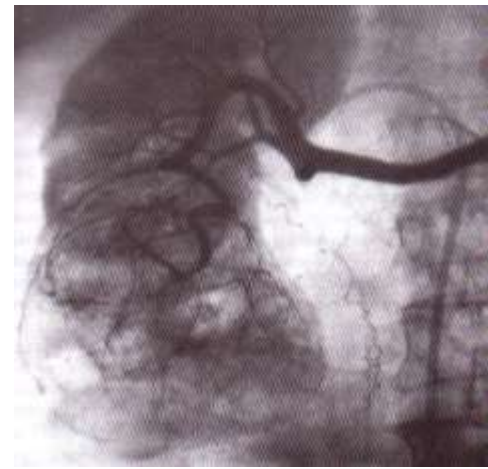
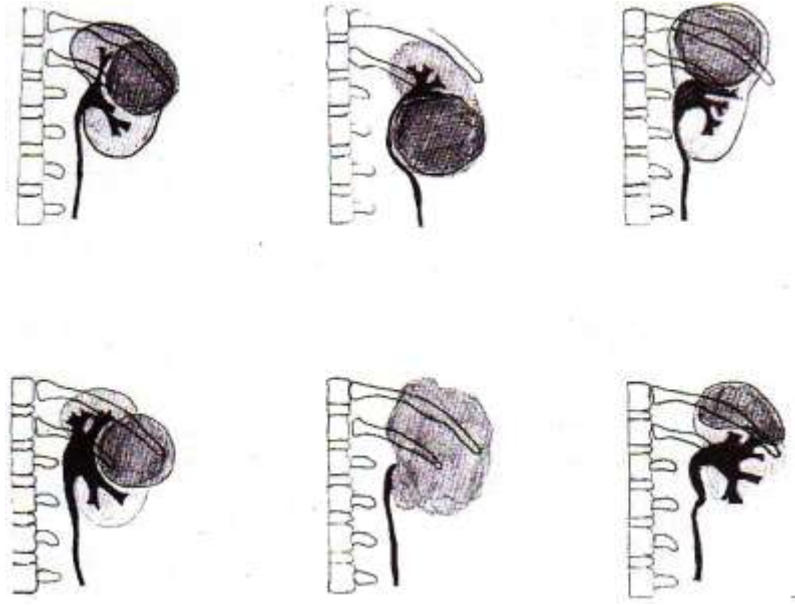
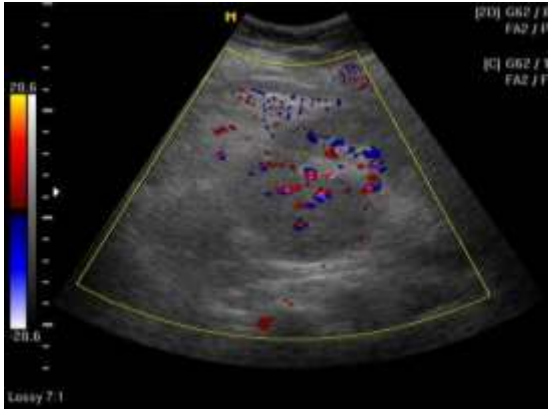
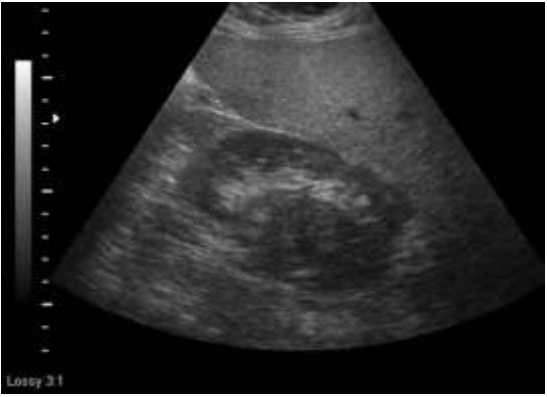
МРТ



АНГІОГРАФІЯ



Рентгенограма легенів, УЗД печінки, МРТ головного мозку



ЛІКУВАННЯ

- **Радикальна нефректомія**
- **Показання до органозберігаючої тактики – пухлини**
до 4-7 см або за об'ємом менше 45% паренхіми нирки
- **Обґрунтування органосберегаючої тактики**
базується на можливо мультицентричному, білатеральному ураженні нирок – 5-12%
- **Лікування папілярної пухлини ниркової миски**
включає нефруретеректомію з резекцією сечового міхура з метою видалення лімфатичного колектора

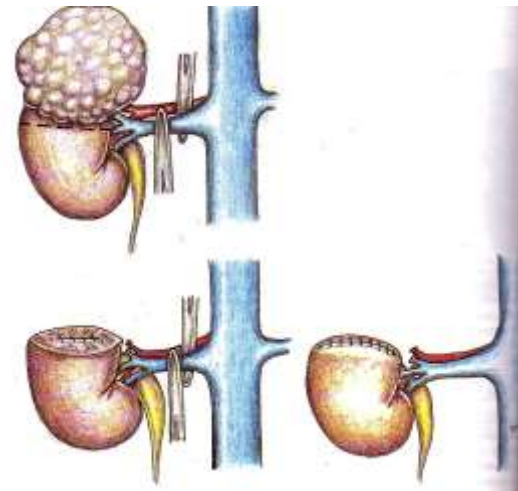
ЛІКУВАННЯ

Метастатичний рак нирки – видалення метастазів, хіміотерапія

У більшості випадків захворювання прогресує впродовж найближчих 3 років

Виживаність до 1 року складає 36%
5-річна виживаність не перевищує 12%

Таргентна терапія (сунітініб, сорафеніб, аксітініб) збільшує виживаність на 24-36 міс



НЕФРОБЛАСТОМА (ПУХЛИНА ВІЛЬМСА)

- В дитячій онкології складає 92%, частіше у віці 2-5 років, метастазує в легені
- *Розвивається з ембріональних зачатків*
- *Перший симптомом, що викликає увагу батьків, “об’ємне утворення черевної порожнини”*
- *У 75% випадків супроводжується підвищенням артеріального тиску*
- **Лікування – радикальна нефректомія**
- *Прооперовані у віці до 6 місяців виживають майже у 100% випадків*
- *Виживаність у дітей до 1 року 80%*

ПУХЛИНИ СЕЧОВОГО МІХУРА

Папілярний рак – 85%, солідний рак – 15%

Складають 4% від усіх новоутворень

Чоловіки хворіють у 3-4 рази частіше

Етіологічні чинники:

- робота з аніліновими фарбами*
- тютюнопаління*
- хронічні запальні процеси у сечовому міхурі*
- більгарціоз*
- загущення сечі*

Найчастіші симптоми:

- інтермітуюча безболісна гематурія*
- дизурія*

ПУХЛИНИ СЕЧОВОГО МІХУРА

Доброякісна папілома –

*етап розвитку **раку сечового міхура (15%)***

Діагностика папіломи сечового міхура включає ТУР стінки сечового міхура з біопсією пухлини

Прооперовані хворі підлягають диспансерному спостереженню з контрольною цистоскопією впродовж першого року - раз у 3 місяці; другого року – раз у 6 місяців, впродовж наступних 3 років - раз на рік

ДІАГНОСТИЧНИЙ АЛГОРИТМ

УЗД

органів сечової системи



ЦИСТОСКОПІЯ З БІОПСІЄЮ ПУХЛИНИ



ФОТОДИНАМІЧНА ЦИСТОСКОПІЯ

(спеціальна оптика, розчин 5-амінофлавулинової кислоти)

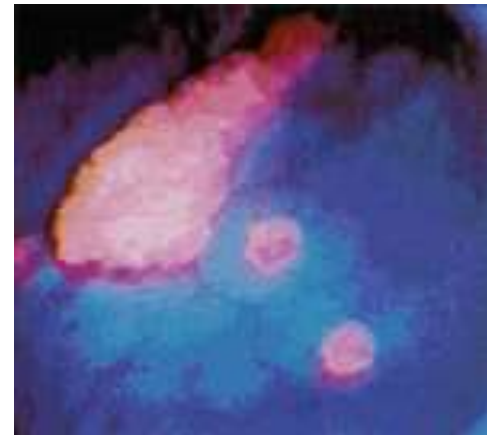
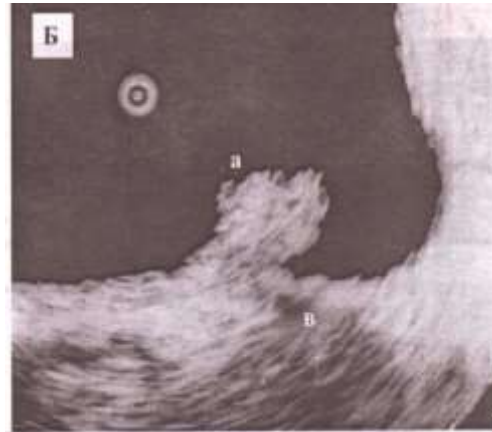
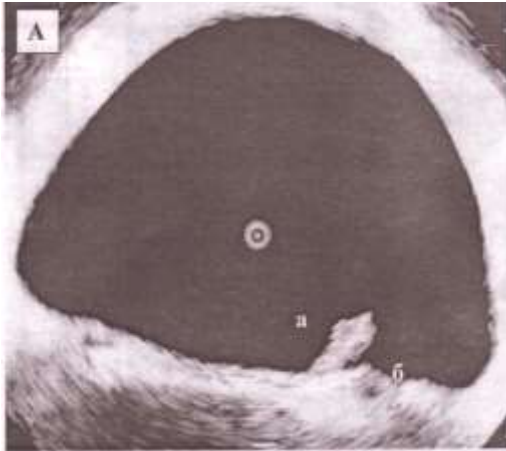


ОГЛЯДОВА ТА ЕКСКРЕТОРНА УРОГРАФІЯ



Рентгенограма легенів, УЗД печінки, КТ, МРТ

ДІАГНОСТИКА

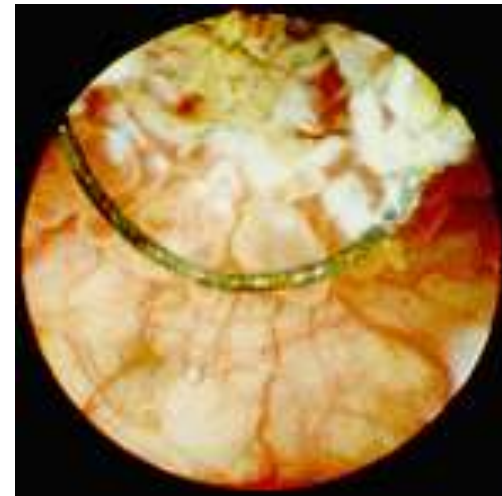
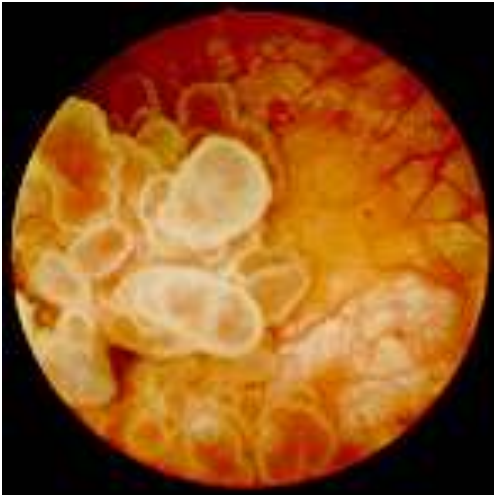


УЗТ та фотодинамічна цистоскопія

ЛІКУВАННЯ

- Поверхневий рак сечового міхура - ТУР біопсія
- Поверхневий рак сечового міхура з частковою інвазією у м'язовий шар - ТУР до жирової клітковини
- Рак сечового міхура з інвазією у м'язовий шар - ТУР до жирової клітковини чи відкрита резекція сечового міхура
- Поширений інвазивний рак сечового міхура – радикальна цистектомія з уретерокутанеостомією чи створенням штучного сечового міхура із сегменту тонкого чи товстого кишечника

ЛІКУВАННЯ



ТУР біопсія папілярної пухлини сечового міхура

ЛІКУВАННЯ

- Поверхневий рак сечового міхура - ТУР
- Поверхневий рак сечового міхура з частковою інвазією у м'язовий шар - ТУР до жирової клітковини
- Рак сечового міхура з інвазією у м'язовий шар - ТУР до жирової клітковини чи відкрита резекція сечового міхура
- Поширений інвазивний рак сечового міхура – радикальна цистектомія з уретерокутанеостомією чи створенням штучного сечового міхура із сегменту тонкого кишечника

ЛІКУВАННЯ

- **Внутрішньоміхурова післяопераційна (ад'ювантна) хіміотерапія** для профілактики рецидивів після ТУР (мітоміцин С, епірубін, доксорубін) 1 раз на тиждень №6 через 1-2 тижня після операції
- **Внутрішньоміхурова БЦЖ-імунотерапія** для лікування поверхневих форм раку сечового міхура та профілактики рецидивів після ТУР 1 раз на тиждень №6 через 2-3 тижня після операції, потім по 3 інстиляції щотижня раз у квартал впродовж 3 років
- **Мультимодальна терапія** – комбінування ТУР, хіміотерапії та променевої терапії для профілактики рецидивів та з метою ерадикації мікрометастазів

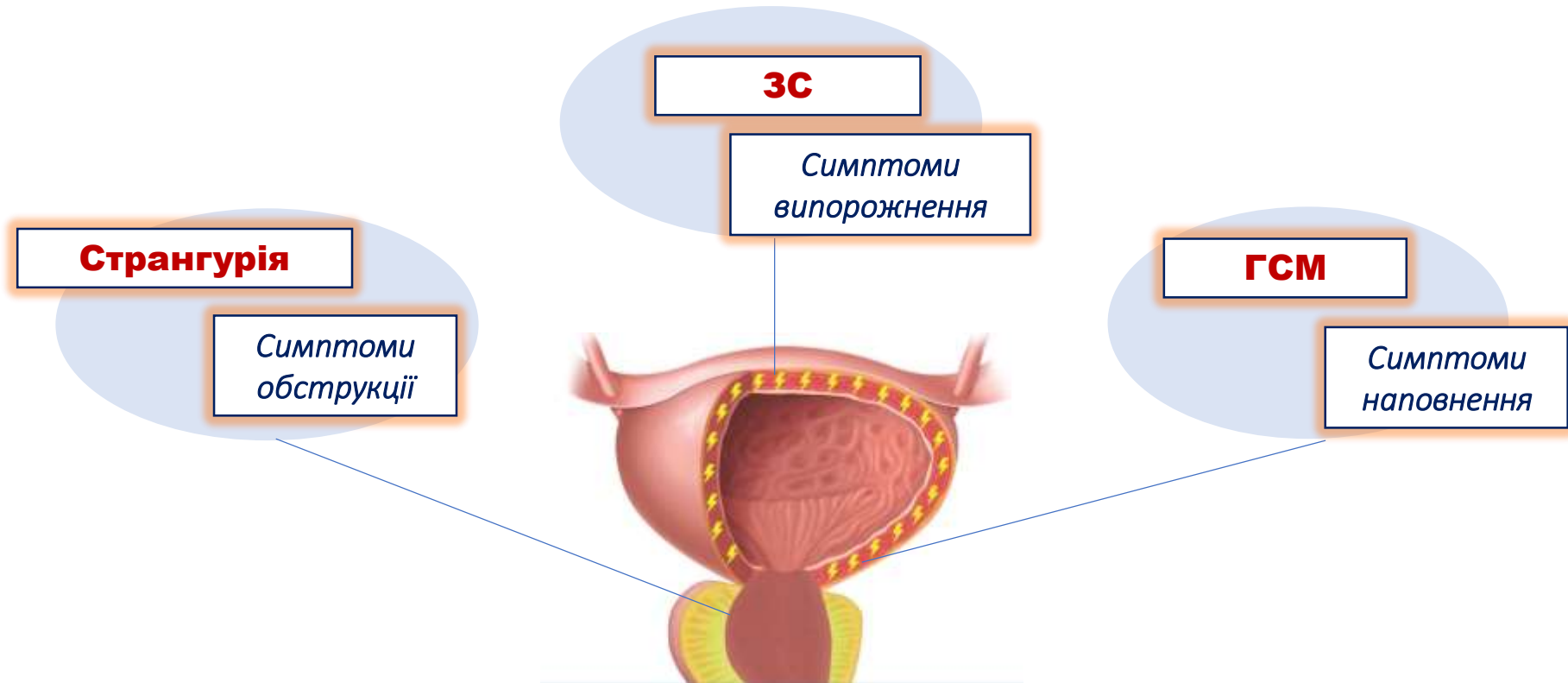
ДОБРОЯКІСНА ГІПЕРПЛАЗІЯ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ (ДГПЗ)

До 60-90% чоловіків старше 60 років мають гістологічні ознаки ДГПЗ, а 25-50% - розлади сечовипускання

Головні чинники патогенезу ДГПЗ:

- Порушення метаболізму вільного тестостерону (складає 2-3% від циркулюючого тестостерону), що перетворюється у дегідротестостерон, який у 2,5 рази активніший за тестостерон
- Порушення співвідношення андрогенів і естрогенів в організмі під час так званого «чоловічого клімаксу»
- Накопичення дегідротестостерону та активуючий вплив на епітеліальні та стромальні клітини передміхурової залози

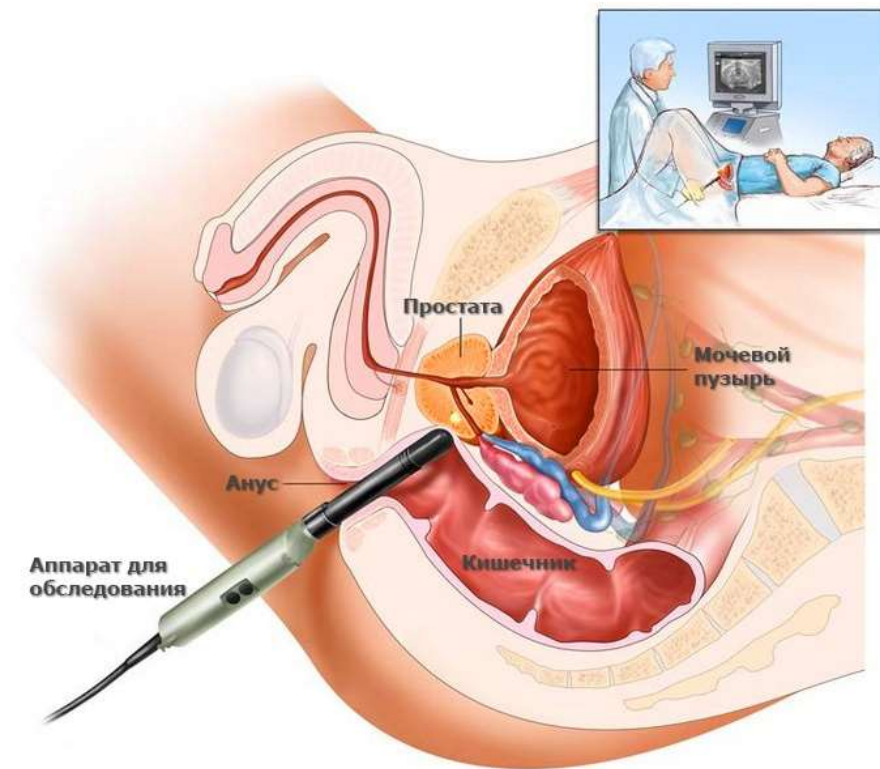
СИМПТОМАТИКА ДГПЗ



КЛАСИФІКАЦІЯ

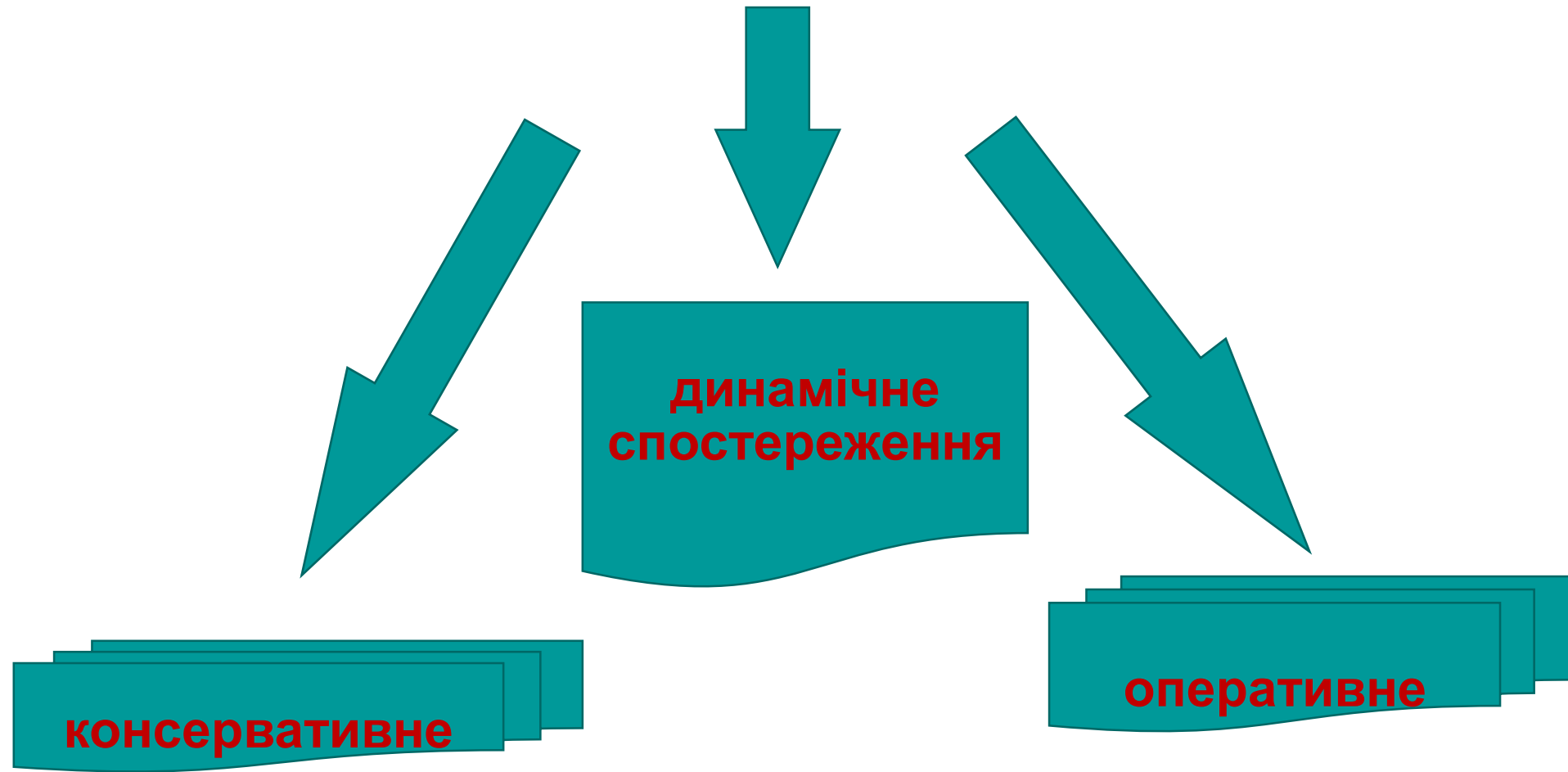
- **Стадія I – Легка ступінь** - *шкала IPSS 0-7 балів* (об'єм передміхурової залози до 30 см³, $Q_{\max} > 15$ мл/сек, залишкова сеча відсутня)
- **Стадія II – Середня ступінь** - *шкала IPSS 8-19 балів* (об'єм передміхурової залози 30-80 см³, $Q_{\max} > 10$ мл/сек, об'єм залишкової сечі < 200 см³)
- **Стадія III – Важка ступінь** - *шкала IPSS 20-35 балів* (об'єм передміхурової залози > 80 см³, $Q_{\max} < 10$ мл/сек, об'єм залишкової сечі > 200 см³, декомпенсований сечовий міхур, уретерогідронефроз, інтермітуюча сечова інфекція)

ДІАГНОСТИКА



Пальцеве ректальне дослідження. ТрУЗД.

ЛІКУВАННЯ



ЛІКУВАННЯ

Легка ступінь - *шкала IPSS 0-7 балів* - слабо виражені симптоми, які суттєво не впливають на якість життя, - активне спостереження, корекція стилю життя (EAU, 2017; AUA, 2018)

Середня ступінь - *шкала IPSS 8-19 балів* – помірно виражені симптоми - показання до медикаментозного лікування (EAU, 2017; AUA, 2018)

Важка ступінь - *шкала IPSS 20-35 балів* - сильно виражені симптоми - показання до хірургічного лікування (EAU, 2017; AUA, 2018)

ЛІКУВАННЯ

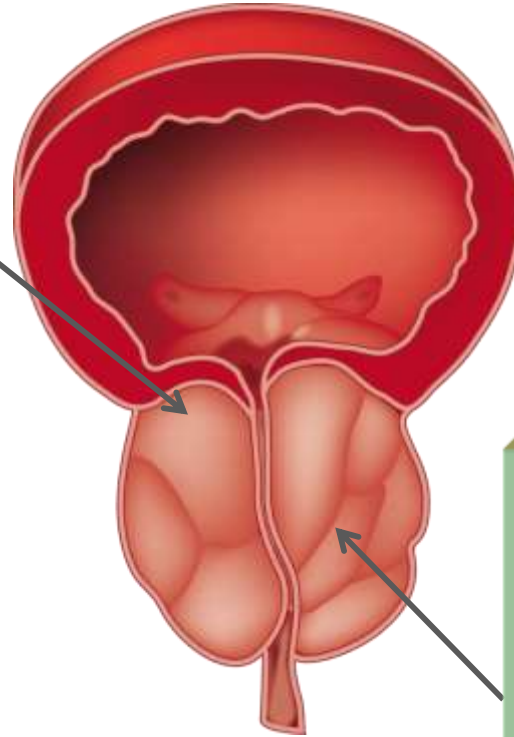
У 2018 р. АUA розширила показання до хірургічного лікування ДГПЗ за наявності будь-яких із симптомів:

- **ниркова недостатність**
- **неефективність терапії при об'ємі ЗС >300 мл**
- **рецидивуючі ІСШ**
- **рецидивуючі конкременти сечового міхура**
- **рецидивуюча макрогематурія**
- **I-PSS >20 балів**
- **$Q_{max} < 10 \text{ mL/s}$**
- **пацієнт вибирає оперативне лікування!**

ЛІКУВАННЯ

α -адреноблокатори –
(доксазозін, тамсулозін,
силодозин)

*розслабляють рецептори
гладких м'язів шийки
сечового міхура та
передміхурової залози*



інгібітори 5 α - редуктази –
(фенастерід, дутастерід)

*зменшують розмір
передміхурової залози за
рахунок гальмування
клітинного росту*

ЛІКУВАННЯ

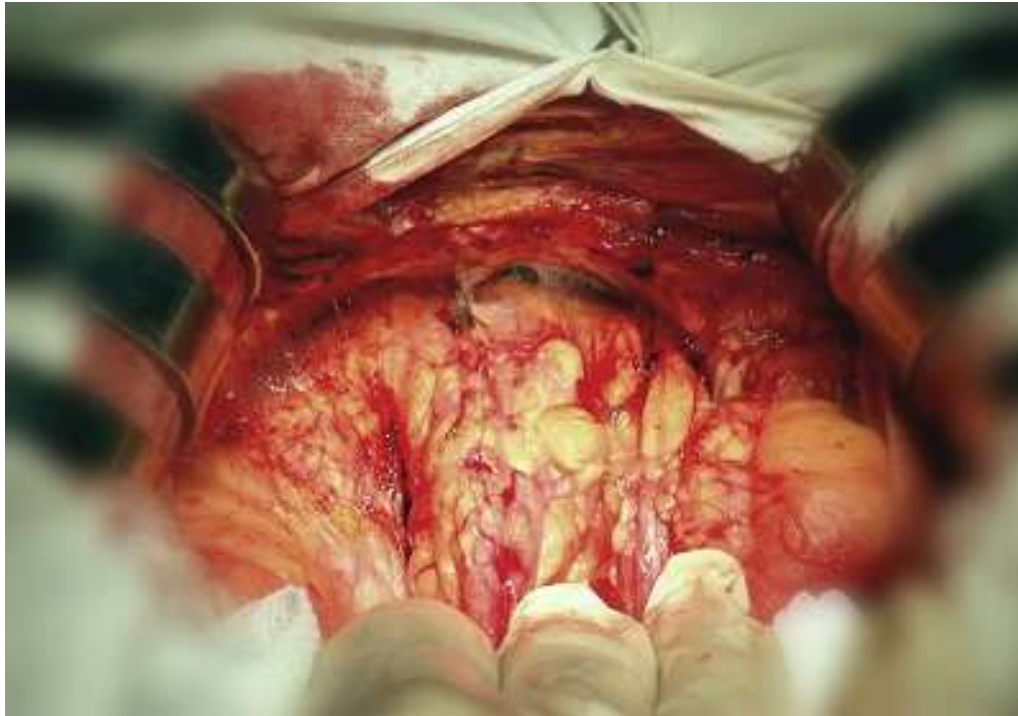
З 2010 р. при гіперактивності сечового міхура до складу терапевтичних засобів включені М-холінолітики (**дріптан, уротол, везікар**), з 2017 р. - агоністи $\beta 3$ адренорецепторів (**мірабегрон**)

ТУРП - «золотий стандарт» при об'ємі ПЗ до 60-80 см³

При об'ємі ПЗ >60-80 см³ перевага віддається альтернативним методам (енуклеорезекція, лапароскопічна простатектомія, фотоселективна, лазерна вапоризація, ін.) чи відкритим хірургічним операціям

ЛІКУВАННЯ

ДГПЗ. Оперативне лікування
*Позадулонна або черезміхурова
простатектомія*



ЛІКУВАННЯ

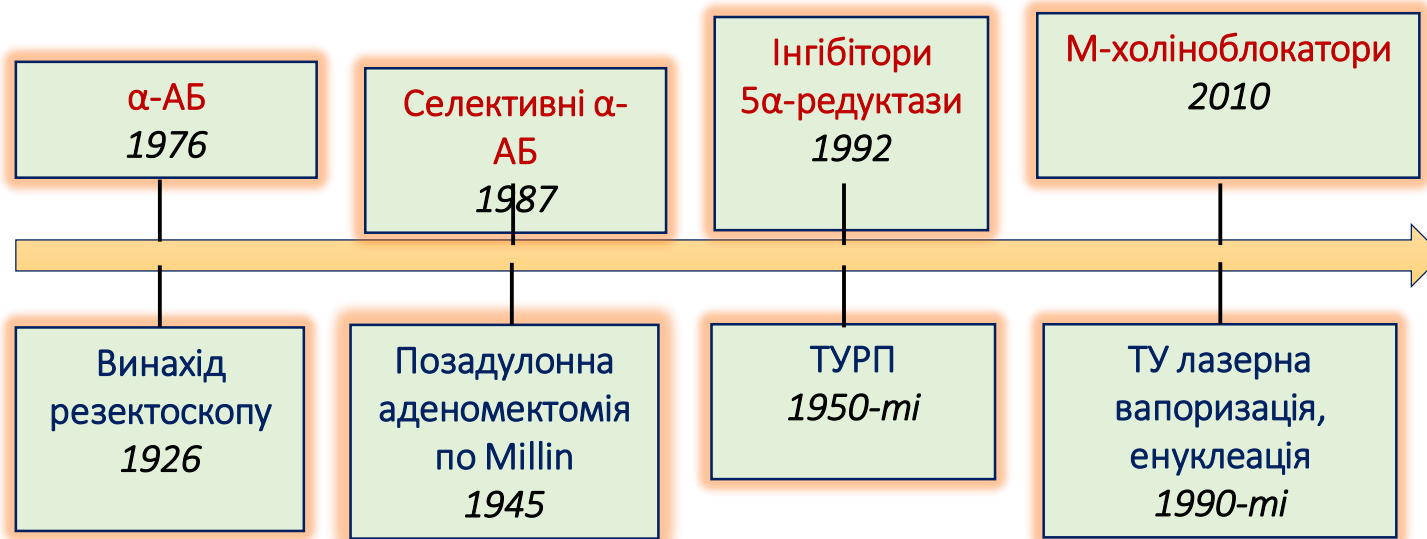
**ДГПЗ. Оперативне лікування
ТУРП**

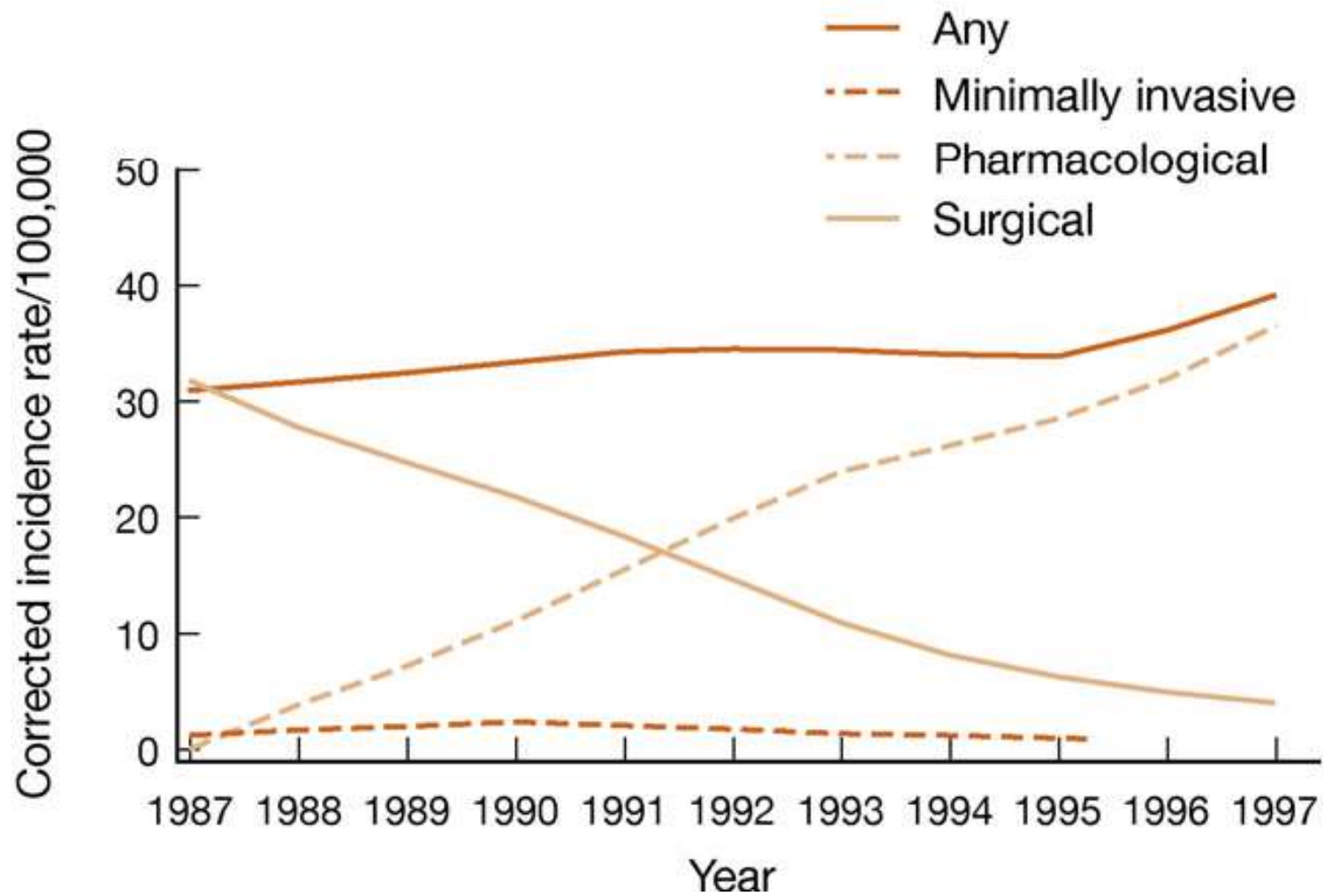




ДГПЗ

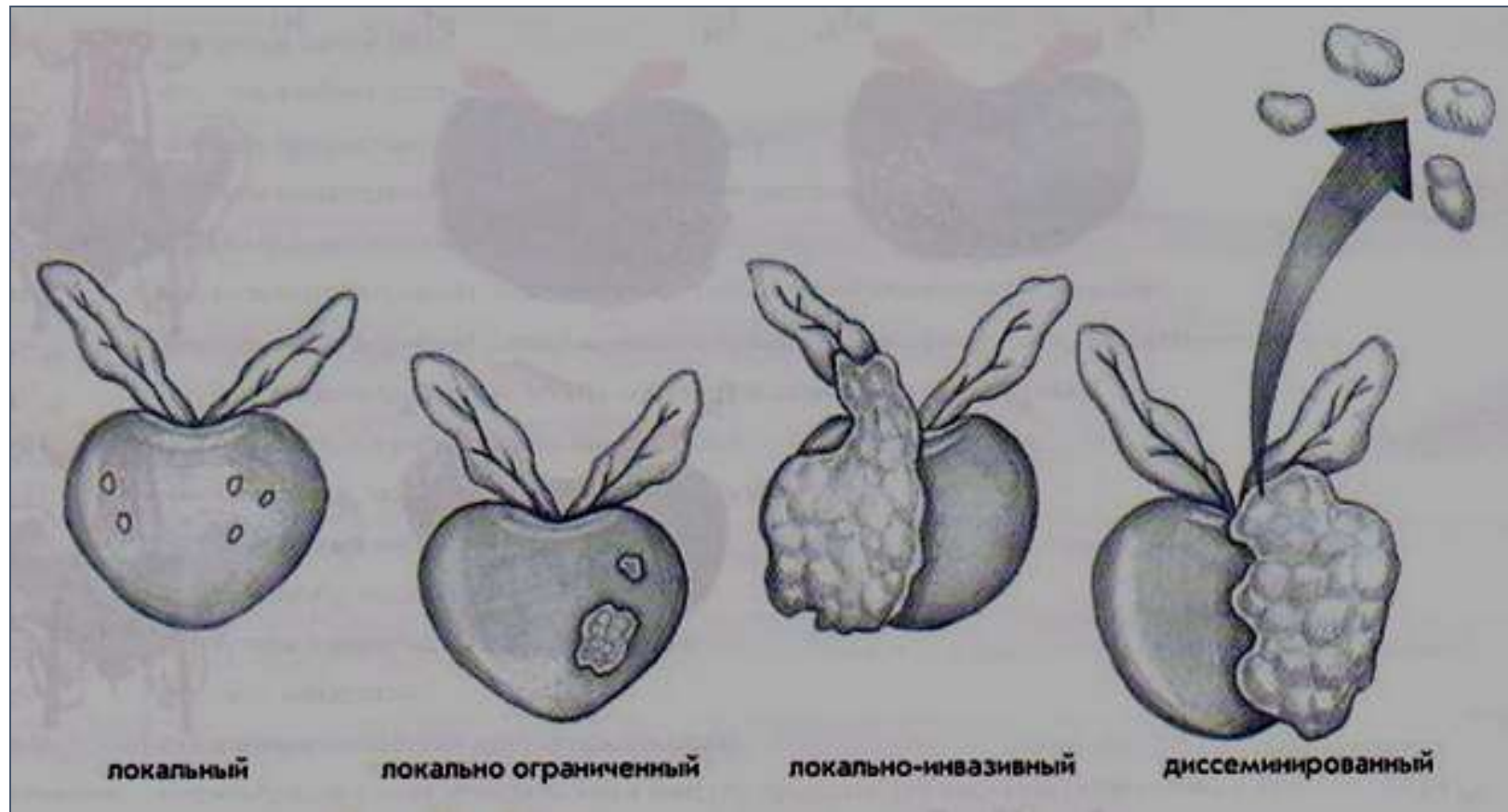
Еволюція лікувальної тактики





V. ARUNA et al., POPULATION BASED STUDY OF INCIDENCE AND TREATMENT OF BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA AMONG RESIDENTS OF OLMSTED COUNTY, MINNESOTA: 1987 TO 1997, The Journal of Urology, 2005, P. 2048-2053

РАК ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ



РАК ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

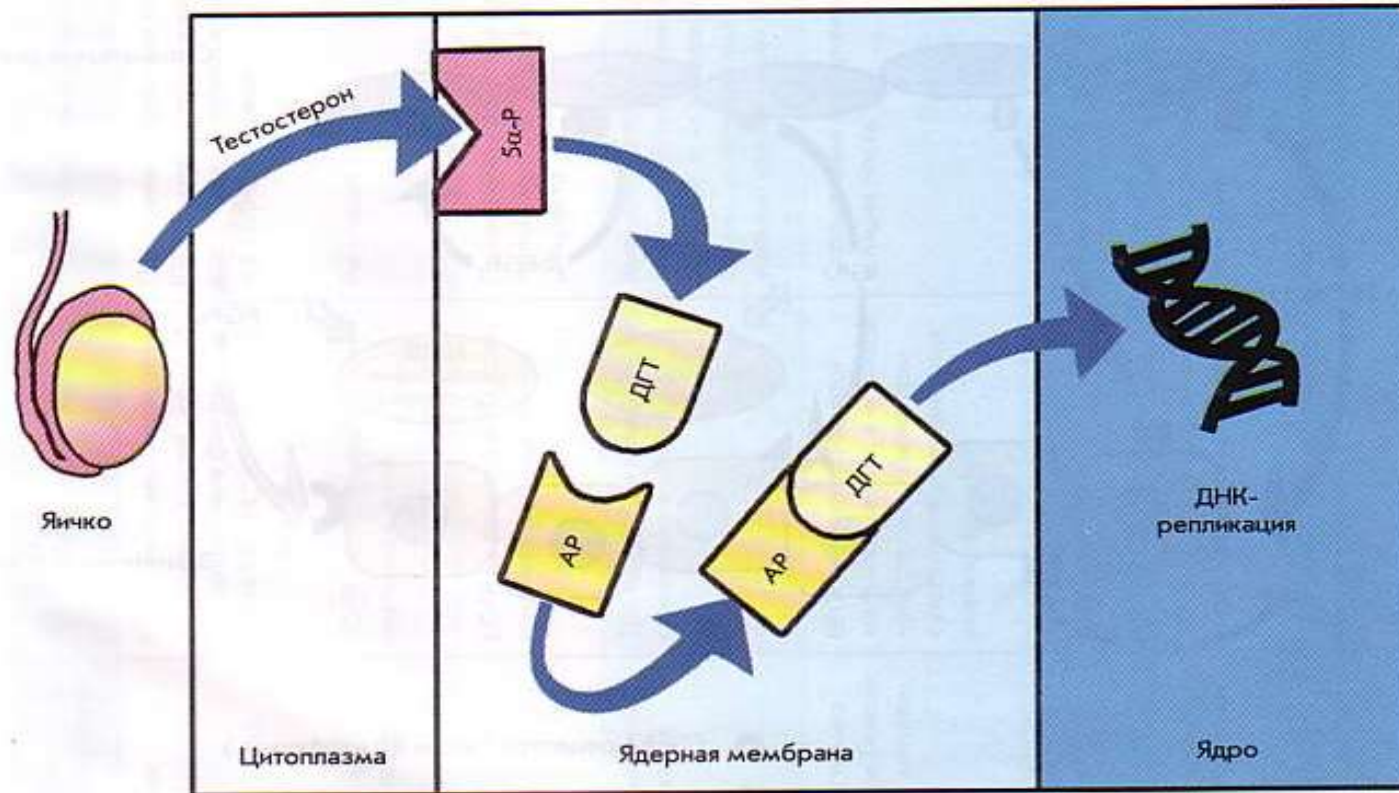
Найбільш поширена онкологічна патологія у чоловіків

Мікроскопічні вогнища атипії епітелію чи поодинокі ракові клітини у ПЗ без клінічних проявів захворювання знаходять у 30-40% чоловіків після 60 років. Проте, вірогідність померти від раку ПЗ впродовж 20-30 років у таких пацієнтів не перевищує 3-5%

Метастазує у кістки тазу, хребет, легені, печінку

На момент діагностики місцево обмежені форми раку ПЗ виявляють у 30-70% випадків

РАК ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ



Механізм андрогенної стимуляції ракового росту

РАК ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

PSA відкритий у 1971 р. Виробляється епітелієм передміхурової залози і вважається найефективнішим маркером для ранньої діагностики раку передміхурової залози

*Визначення проводять щорічно після 50 років
Після 45 років – афроамериканцям, чоловікам з обтяженим анамнезом -
рак передміхурової залози у батька, рак молочної залози у матері*

Вірогідність раку, %, в залежності від рівня PSA (W.J.Catalona, 1998):

- 0-2 нг/мл - 1%
- 2-4 нг/мл – 10-15%
- 4-10 нг/мл – 20-35%
- >10 нг/мл - >70-85%

РАК ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

*Гістологічні критерії градації за ступенем диференціації пухлини,
D.F.Gleason, 1966*

При малому збільшенні мікроскопа виділяють окремі типи залізистої конфігурації пухлини

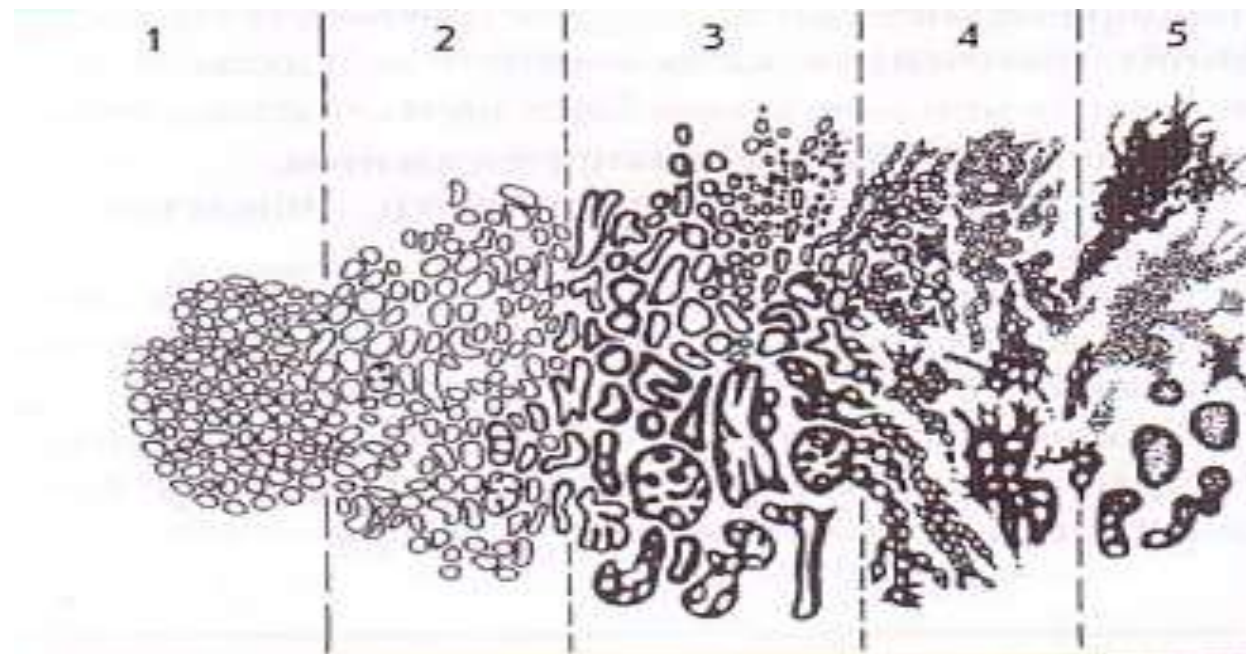
1 ступінь градації характеризуються наявністю практично нормальних залозами

По мірі збільшення показника Глісона залози стають неоднорідними , їх розміри та конфігурація - неправильними, межі пухлини – нечіткими

При 5 ступені градації залози практично відсутні, пухлина має солідну будову

РАК ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

*Гістологічні критерії градації за ступенем диференціації пухлини,
D.F.Gleason, 1966*



РАК ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

*Гістологічні критерії градації за ступенем диференціації
пухлини, D.F.Gleason, 1966*

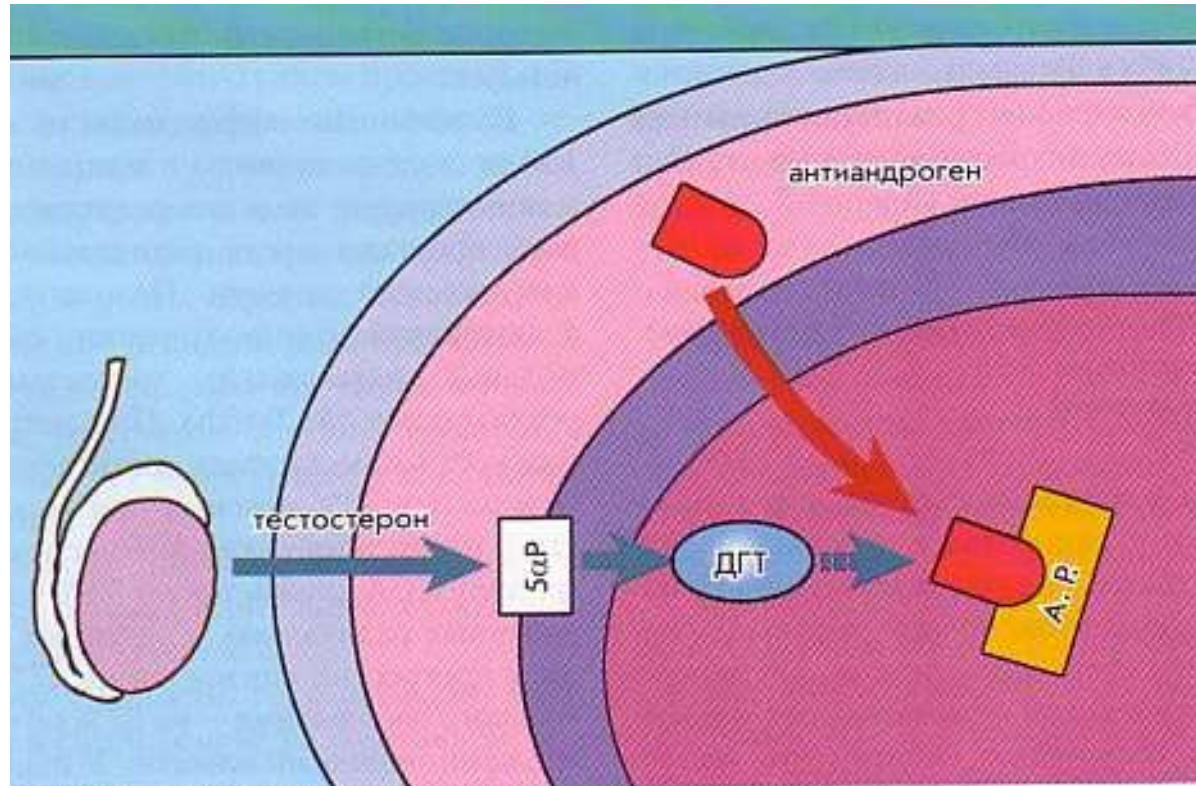
- **G1** – *пухлина добре диференційована* - **індекс Глісона 2-4**
- **G2** – *пухлина помірно диференційована* - **індекс Глісона 5-6**
- **G3** – *пухлина гірше диференційована* - **індекс Глісона 7-8**
- **G4** – *пухлина низько диференційована* - **індекс Глісона 9-10**

Сума балів за шкалою Глісона сумується з домінуючого та наступного за частотою типа диференціації пухлини і складає індекс Глісона від 2 до 10

ЛІКУВАННЯ

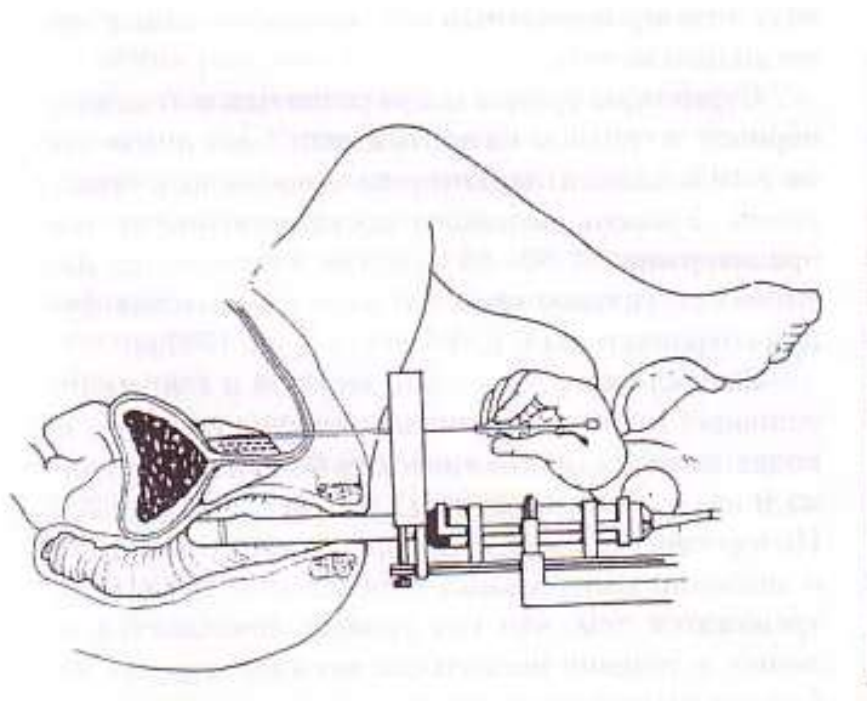
- **Локально обмежена форма** - *радикальна простатектомія*
- **Локально поширена форма** – *повна андрогенна блокада (медикаментозна – **золадекс** - чи хірургічна кастрація у поєднанні з гормональною, антиандрогенною терапією – **андрокур, бікалутамід, касодекс**), брахіотерапія*
- **Дисемінована форма** - *повна андрогенна блокада, хіміотерапія (**доцетаксел**), променева терапія, симптоматична терапія*

ЛІКУВАННЯ



Механізм дії антиандрогенів - виключення стимулюючої дії дигідротестостерону за рахунок блокування андрогенних рецепторів

ЛІКУВАННЯ



Брахіотерапія



ПУХЛИНИ ЯЄЧКА

Складають 1-2% від загальної онкологічності захворюваності чоловіків

***Фактори ризику** – негативний вплив на герміногенні клітини яєчка прийому вагітною естрогенів, крипторхізму, пестицидів, гербіцидів*

Близько 90% пухлин розвиваються із герміногенних клітин (клітини Серторі), що виробляють сперматозоїди

- 60% - **семіномні пухлини (семінома)**, рост повільний, у 25% хворих на момент діагностики уражені лімфовузли, у 5% - віддалені метастази

- 40% - **несіменомні пухлини, частіше – ембріональний рак**, при якому більше ніж 50% хворих на момент діагностики мають віддалені метастази

ПУХЛИНИ ЯЄЧКА

Пік захворюваності при **семіномі** припадає на вік 35-40 років, на **ембріональний рак** – 20-25 років, близько 50% випадків виявляють у віці до 35 років

***Діагностика:** УЗД, МРТ, рентгенографію органів грудної клітки КТ органів грудної клітки, черевної порожнини та заочеревинного простору з метою виявлення метастазів, біопсія яєчка з наступним гістологічним дослідженням*

***Лікування:** орхіфунікулектомія, заочеревинна лімфодисекція, при наявності метастазів – хіміотерапія або променева терапія*

РАК СТАТЕВОГО ЧЛЕНА

Рідкісне захворювання, становлять 1-2% від новоутворень сечостатевої системи

***Фактори ризику** – у необрізаних чоловіків, при фімозі внаслідок негативного впливу смегми, баланопостит, облітеруючий ксеротичний баланопостит, гострокінечні конділоми, папіломовірус*

До 95% - плоскоклітинний рак

При поверхневих формах – органозберігаюча тактика

При поширенні на губчасте чи кавернозне тіло – ампутація голівки або часткова ампутація статевого члена з подальшою реконструкцією, променева терапія



ДЯКУЮ ЗА УВАГУ!