

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:  
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00248&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.  
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

# Настанова 00248. Рак сечового міхура

Автор: Mika Raitanen

Редактори оригінального тексту: Jukka Pekka Jousimaa, Hanna Pelttari

Дата останнього оновлення: 2017-05-24

## Основні положення

- Макроскопічна гематурія є найбільш поширеним першим симптомом раку сечового міхура.
- Поява макроскопічної гематурії є показанням до невідкладного обстеження у відділенні урології. Потрібно провести наступні діагностичні процедури: цистоскопію, цитологічне дослідження сечі і УЗД або КТ верхніх сечових шляхів.
- При безсимптомній мікроскопічній гематурії зазвичай не потрібно проходити подальшого обстеження, але це рішення варто приймати з урахуванням всіх можливих факторів ризику даного пацієнта.
- Рак сечового міхура характеризується високим ризиком рецидивів, тому необхідно проходити регулярні обстеження. Незважаючи на частоту рецидивів, прогноз при вперше виявленому раку сечового міхура сприятливий.

## Епідеміологія

- Рак сечового міхура виникає у чоловіків в чотири рази частіше, ніж у жінок.
- Найважливішим фактором ризику є куріння, яке є причиною більш ніж половини випадків захворювання. Куріння підвищує ризик виникнення раку сечового міхура у чотири рази. Іншими факторами ризику є хімічні речовини, що використовуються у хімічній, гумовій, лакофарбовій та нафтовій промисловостях.

- Вперше виявлений рак сечового міхура вчасно діагностується у близько 75% випадків.

## Ознаки та симптоми [доказ 01838] [C]

- Макроскопічна гематурія [настанова 00237] [Гематурія] є найбільш поширеним першим симптомом раку сечового міхура. Близько 90% пацієнтів звертаються за допомогою через виникнення гематурії. Зазвичай гематурія безболісна.
- Симптоми подразнення сечового міхура — дизурія, часте та імперативне сечовипускання — виникають у близько 20% пацієнтів.

## Діагностика

- Цистоскопія — найважливіший метод діагностики.
- Цитологічне дослідження сечі може визначити рак сечового міхура лише в одному випадку з трьох. Нормальний цитологічний аналіз не виключає ні раку сечового міхура, ні необхідності в наступному обстеженні, але позитивний результат (4 і 5 балів) є майже достовірною ознакою раку. Одного цитологічного аналізу достатньо. Додатково можна провести загальний аналіз сечі та тест на виявлення простат-специфічного антигену у чоловіків.
- Обстеження верхніх сечових шляхів за допомогою КТ-урографії повинно проводитись у всіх пацієнтів.

## Лікування

- Лікування поверхневого раку сечового міхура складається з трансуретральної електрорезекції (ТУР). Одноразове внутрішньосудинне введення хіміотерапії під час резекції може зменшити ризик рецидиву пухлини.
- Потреба у наступному лікуванні повинна визначатись на основі групи ризику пацієнта. Пацієнти з низької групи ризику не потребують наступного лікування. Ризик рецидивів можна зменшити у пацієнтів з середньої чи високої групи ризику за допомогою внутрішньосудинної терапії [доказ 01371] [A] [доказ 06960] [D] [доказ 06310] [B], найбільш поширеними препаратами є БЦЖ (бацила Кальмета-Жерена), епірубіцин і мітоміцин С.

- Під час резекції можна провести флуоресцентну цистоскопію (фотодинамічна діагностика). Хоча цей метод вважається більш чутливим, ніж цистоскопія в режимі “білого світла” при виявленні маленьких пухлин та пухлин “in situ”, його використання під час кожної процедури резекції не виправдано.
- Найбільш поширеним лікуванням інвазивного раку сечового міхура є цистектомія [доказ 02973]В]. На момент операції у більш ніж половини пацієнтів виявляють метастази. Проведення хірургічних маніпуляцій, які дозволяють зберегти нормальне сечовипускання, покращили якість життя таких пацієнтів.
- Пацієнтів потрібно мотивувати кинути курити, бо це може зменшити ризик виникнення рецидивів.

## Критерії оцінювання

- Макроскопічна гематурія є найбільш поширеним першим симптомом раку сечового міхура. Її виявлення є показанням до наступних обстежень. Проте, у пацієнтів-жінок віком до 40 років, які звертаються з макроскопічною гематурією, пов’язаною з бактеріологічно підтвердженою інфекцією верхніх сечових шляхів, ризик малігнізації дуже низький, і після проведення антибіотикотерапії, загальний аналіз сечі зазвичай стає нормальним і пацієнта нічого більше не турбує. У таких випадках наступні обстеження не показані.
- Гематурія може виникати з певною періодичністю, тому нормальний загальний аналіз сечі отриманий в певний час, не виключає потреби в проведенні наступних обстежень. Кровотеча не повинна бути пов’язана з наприклад антикоагулянтною терапією або заняттями спортом.
- Наступні обстеження показані при мікроскопічній гематурії, що супроводжується іншими симптомами — підвищена частота сечовипускання, імперативні позиви або дизурія.
- Як правило, безсимптомна мікроскопічна гематурія не потребує наступного обстеження, але рішення повинно прийматись на основі індивідуальних факторів ризику, включно з курінням, впливом хімічних речовин і віком. Ніякого додаткового обстеження не потрібно пацієнтам з мікроскопічною гематурією віком до 40 років.

## Спостереження

- Для поверхневого раку сечового міхура виникнення рецидивів характерне у 70% випадків, а прогресування — у 15%, тому потреба у постійному спостереженні робить рак сечового міхура одним з найдорожчих онкологічних захворювань.
- Спостереження повинні проводитись у відділенні урології.
- Основним методом діагностики при профілактичних оглядах є цистоскопія. Цитологічний аналіз сечі проводиться у пацієнтів високої групи ризику. Експрес-тести, такі як BTA stat<sup>®</sup> (тест для якісного виявлення антигену, асоційованого з раком сечового міхура) не виправдали себе в даних умовах. Візуалізаційні методи діагностики за потребою.
- Розклад оглядів планується індивідуально, залежно від прогностичних факторів пацієнта (розмір пухлини, кількість пухлин, класифікація TNM, бал за гістологічним дослідженням і попередні рецидиви). Щорічне обстеження проводиться, якщо пацієнт належить до низької групи ризику і прогресування проходило повільно. Для пацієнтів групи високого ризику огляди проводять кожні 3 місяці. Оскільки рак сечового міхура може рецидивувати і після кількох років ремісії, обстеження повинні проводитись довгий час, щоб пересвідчитись у тому, що здоров'я пацієнта збережене. Як тільки хвороба рецидивує, план обстеження починають з початку

## Пов'язані ресурси

- Кокранівські огляди [\[пов'язані 01126 |Bladder cancer – Related...\]](#)
- Література [\[пов'язані 01126 |Bladder cancer – Related...\]](#)

## Настанови

- [Настанова 00237](#). Гематурія.

## Доказові огляди Duodecim

- [Доказовий огляд 01838](#). Macroscopic haematuria in the diagnosis of urological cancers.  
Дата оновлення: 2004-02-20  
Рівень доказовості: C

Резюме: On the basis of studies on referred patients the probability of urological cancer in patients with macroscopic haematuria may be so high that patients with macroscopic haematuria should undergo urological assessment.

- [Доказовий огляд 01371](#). Intravesical BCG and antineoplastic agents in Ta and T1 bladder cancer.  
Дата оновлення: 2003-03-20  
Рівень доказовості: A  
Резюме: In patients with medium/high risk Ta or T1 bladder cancer, immunotherapy with intravesical BCG following TUR and antineoplastic agents delay tumour recurrence.
- [Доказовий огляд 06960](#). Intravesical gemcitabine for non-muscle invasive bladder cancer.  
Дата оновлення: 2012-02-24  
Рівень доказовості: D  
Резюме: There is insufficient evidence of the superiority of gemcitabine compared to other intravesical immunotherapy or chemotherapy for patients with non-muscle invasive bladder cancer.
- [Доказовий огляд 06310](#). Intravesical bacillus Calmette-Guerin versus mitomycin C for bladder cancer..  
Дата оновлення: 2017-07-16  
Рівень доказовості: B  
Резюме: Intravesical bacillus Calmette-Guérin (BCG) and mitomycin C (MMC) appear to be equivocal in terms of disease progression and survival in medium to high risk bladder cancer patients combined, but the tumour recurrence is reduced with BCG compared to MMC in high risk patients. There are insufficient data on disease progression and survival in high-risk patients.
- [Доказовий огляд 02973](#). Surgery versus radiotherapy for muscle invasive bladder cancer.  
Дата оновлення: 2003-03-20  
Рівень доказовості: B  
Резюме: Surgery appears to be superior to radical radiotherapy for muscle invasive bladder cancer.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.

Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.

Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

---

Ідентифікатор: ebm00248    Ключ сортування: 011.043    Тип: EBM Guidelines

---

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2017-05-24

---

Автор(и): Mika Raitanen    Автор(и) попередніх версій статті: Olavi Lukkarinen    Редактор(и): Jukka Pekka Jousimaa Hanna Pelttari  
Лінгвіст(и)-консультант(и) англomовної версії: Kristian Lampe    Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd  
Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

---

Навігаційні категорії  
EBM Guidelines    Surgery    Urology    Neoplastic diseases

---

Ключові слова індексу  
speciality: Oncology    speciality: Neoplastic diseases    speciality: Surgery    speciality: Urology    bladder carcinoma  
bladder cancer    mesh: Hematuria    haematuria    mesh: intravesical treatment    mesh: Cystoscopy  
mesh: antineoplastic agent treatment    transurethral electroresection    TUR    mesh: Radiotherapy    icpc-2: U76