

# Неметастатичний кастраційно-резистентний рак передміхурової залози у практиці українських лікарів

**Рак передміхурової залози (РПЗ) є одним із найпоширеніших у світі типів раку у чоловіків. За даними GLOBOCAN 2020, на РПЗ припадає 14,1% усіх нововиявлених випадків раку у чоловіків, що за частотою менше лише від раку легені (14,3%). Статистика в Україні відповідає світовим тенденціям. Згідно з Бюлетенем Національного канцер-реєстру України № 22, у структурі захворюваності на злоякісні новоутворення у чоловіків РПЗ посідає друге місце після раку трахеї, бронхів і легені – 12,4 та 15,3% відповідно. Однак істотно відрізняються дані по Україні та світу, які стосуються смертності від онкопатології. Так, за даними GLOBOCAN 2020, у структурі смертності від злоякісних новоутворень РПЗ посідає 6-те місце (6,8%) у світі, а за даними Національного канцер-реєстру України – 2-ге місце (9,7%) так само після раку трахеї, бронхів та легені – 22,1% (H. Sung et al., 2021; З.П. Федоренко і співавт., 2021). Виникає питання: чому така відмінність у рівні смертності від РПЗ у світі та в Україні? Причинами такої ситуації може бути виявлення хвороби на пізніх стадіях, а також невідповідність терапевтичної тактики групі прогностичного ризику.**

РПЗ у своєму розвитку проходить кілька послідовних стадій – від локалізованого процесу до формування метастазів. Більшість пацієнтів з РПЗ помирають на стадії метастатичного раку. Однією із проміжних стадій РПЗ, яка потребує особливої уваги спеціалістів, є неметастатичний кастраційно-резистентний РПЗ (нмКРРПЗ). На жаль, в Україні лікарі часто пропускають стадію нмКРРПЗ, коли зміна тактики лікування може істотно подовжити виживаність хворого.

Встановлення діагнозу нмКРРПЗ має відповідати таким критеріям: **кастраційний рівень тестостерону** (<50 нг/дл, або <1,7 нмоль/л); **біохімічне прогресування** (рівень простатичного специфічного антигену – ПСА – >2 нг/мл, збільшення 3 рази поспіль з різницею в 1 тиждень або 2 рази на 50% від надіру); **відсутність даних про наявність метастазів** при стандартній променевій діагностиці.

За даними М.Р. Smith та співавт. (2011), протягом 2 років спостереження у 46% хворих на кастраційно-резистентний РПЗ розвинулися метастази у кістках, 20% померли.

Мультиваріантний аналіз показав, що хворі на нмКРРПЗ з початковим рівнем ПСА  $\geq 13,1$  нг/мл мали гірші показники загальної виживаності (ЗВ), часу до появи перших метастазів і виживаності без метастазів (ВБМ) у кістках. У цьому дослідженні було виявлено, що саме швидкість підвищення рівня ПСА у пацієнтів з нмКРРПЗ була асоційована із ЗВ та ВБМ.

Пацієнти з РПЗ є неоднорідною групою, для якої застосовується різна тактика лікування. Важливою умовою вибору ефективної тактики терапії при РПЗ є стратифікація ризику. Помічним інструментом для стратифікації ризику у пацієнтів з нмКРРПЗ є визначення часу подвоєння рівня ПСА (ЧППСА). Цей метод дослідження входить до рекомендацій Національної онкологічної мережі США щодо комплексу первинної діагностичної програми при клінічно локалізованому РПЗ (будь-який Т, N0, M0 або будь-який Т, NX, MX), місцево-поширеному (будь-який Т, N1, M0) та метастатичному РПЗ (будь-який Т, будь-який N, M1), а також в інші

європейські клінічні настанови (Європейської асоціації урологів – EAU, Європейського товариства медичної онкології – ESMO).

Ще у дослідженні С.Р. Round та співавт. (1999) було показано, що при ЧППСА <10 міс виживаність пацієнтів з нмКРРПЗ є значно нижчою, ніж хворих із ЧППСА  $\geq 10$  міс. У подальших дослідженнях було підтверджено, що низький ЧППСА асоціюється з підвищеним ризиком метастазування в кістки та смерті (М.Р. Smith et al., 2013; М. Hussain et al., 2018). **Таким чином, ЧППСА <10 міс свідчить про нмКРРПЗ високого ризику, що характеризується агресивним перебігом і потребує зміни тактики лікування.**

Для визначення ЧППСА використовують спеціальні онлайн-калькулятори (PSADT-calculator). Посилання на онлайн-калькулятор: [https://www.msccc.org/nomograms/prostate/psa\\_doubling\\_time](https://www.msccc.org/nomograms/prostate/psa_doubling_time).

Терапевтичні опції для лікування нмКРРПЗ високого ризику детально прописані в оновлених клінічних настановах EAU (2021):

пацієнтам з нмКРРПЗ високого ризику (ЧППСА <10 міс) слід запропонувати апалутамід, даролутамід або ензалутамід для подовження часу до розвитку метастазів і виживаності.

Результати досліджень SPARTAN, PROSPER, ARAMIS показали істотну перевагу за ЗВ і ВБМ застосування антиандрогенів разом з андроген-деприваційною терапією (АДТ) у пацієнтів з нмКРРПЗ високого ризику.

Незважаючи на доступність інструментів для визначення категорії пацієнтів з нмКРРПЗ високого ризику (онлайн-калькулятори, формули), значний успіх у лікуванні таких пацієнтів за допомогою нових терапевтичних агентів, в Україні нові тенденції у лікуванні нмКРРПЗ часто залишаються лише на сторінках європейських та американських міжнародних настанов і не використовуються у клінічній практиці. Щоб з'ясувати реалії ведення пацієнтів з нмКРРПЗ в Україні, ми поспілкувалися з провідними фахівцями галузі з різних куточків країни.



**Експерт МОЗ України за спеціальністю «Онкологія», завідувач кафедри онкології ДУ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», доктор медичних наук, професор Олексій Олексійович Ковальов.**

– РПЗ вважається індолентним онкологічним захворюванням (із млявим перебігом), яке добре контролюється за допомогою ендокринної терапії навіть на запущеній стадії. Безперечно, на ранній стадії РПЗ можливе радикальне лікування (простатектомія, прецизійна променева терапія). Однак у практиці трапляються хворі на РПЗ без метастазів, у яких неможливе радикальне видалення пухлини. Для таких пацієнтів базисною є ендокринна терапія, яка детально описана у міжнародних клінічних настановах. Однак біологія росту пухлини є такою, що з часом у пацієнтів з РПЗ, які отримують ендокринну терапію, розвивається кастраційна резистентність. Цей стан пухлини може швидко трансформуватися у метастатичну хворобу. Зміна тактики терапії та вибір правильного препарату у стані кастраційної резистентності РПЗ за відсутності метастазів може відтермінувати їх появу. Для цього важливо виявляти категорію пацієнтів з нмКРРПЗ високого ризику прогресування, незалежно від кастраційного рівня тестостерону. Про високий ризик прогресування свідчать 3 підвищення

рівня ПСА з інтервалом 1 тиждень, початковий рівень ПСА  $\geq 2$  нг/мл або ЧППСА <10 міс. У таких пацієнтів слід розглянути можливість застосування ензалутаміду. У клінічному дослідженні PROSPER, яке включало велику вибірку пацієнтів, було показано, що поєднання ензалутаміду з АДТ дозволило істотно пролонгувати ВБМ у пацієнтів з нмКРРПЗ порівняно з плацебо + АДТ.

В Україні наявна тенденція швидкого переходу РПЗ від стадії нмКРРПЗ до метастатичної хвороби. Річ у тім, що в клінічній практиці онкологів й онкоурологів не приділяють належної уваги нмКРРПЗ, коли зміна терапії може відтермінувати появу метастазів, і продовжують застосовувати АДТ 1-ї лінії, не зважаючи на фактори високого ризику. Хоча у пацієнтів з РПЗ постійно визначають рівень ПСА і розраховують ЧППСА не складно, лікарі часто нехтують цим інструментом зміни тактики лікування.

У клінічній практиці для лікування хворих на нмКРРПЗ високого ризику ми найчастіше застосовуємо аналог лютеїнізуючого гормону – рилізінг-гормону (ЛГРГ) гозерелін (90%), інколи – аналог ЛГРГ + бікалутамід (10%). При прогресуванні нмКРРПЗ у метастатичний, якщо пацієнту вже проводиться кастраційна терапія (хірургічна чи гормональна) або комбіноване лікування (кастрація + антиандроген першого покоління), ми зазвичай продовжуємо лікування аналогами ЛГРГ (80%), рідше призначаємо доцетаксел (20%). У разі прогресування захворювання у пацієнтів з нмКРРПЗ, котрі вже отримують кастраційну терапію, ми застосовуємо аналоги ЛГРГ + доцетаксел.

Цікавою дискусійною темою є скринінг раку. Метою скринінгу раку є виявлення не ранньої стадії раку, а передракових станів. При плануванні заходів щодо скринінгу раку необхідно враховувати 10 критеріїв користі Вільсона – Джаннера. Якщо хвороба не відповідає хоча б одному з цих критеріїв, вона уже не підлягає скринінгу. Таким чином, серед 150 типів раку скринінгу підлягають рак шийки матки та колоректальний рак. При цих типах раку можна візуально оцінити стан органа на наявність/відсутність передракових змін і спрямувати зусилля на запобігання розвитку раку. Уже в багатьох країнах активно обговорюється доцільність мамографічного скринінгу.

Виникає багато питань щодо доцільності популяційного скринінгу РПЗ. Так, дослідження рівня ПСА є чутливим, але не специфічним. Досвід довів, що скринінг РПЗ шляхом вимірювання рівня ПСА у всіх чоловіків старших 50-55 років асоціюється з гіпердіагностикою РПЗ, необґрунтованим призначенням лікування. Як результат – скринінг РПЗ призвів не до зниження рівня захворюваності, а до його значного підвищення. У багатьох розвинутих країнах давно відмовилися від масового скринінгу РПЗ. Натомість в Україні з 2018 р. відповідно до наказу МОЗ України «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» № 504 від 19.03.2018 р. сімейні лікарі мають проводити скринінг раку молочної залози, колоректального раку і РПЗ. Така практика є спірною.

**Завідувач кафедри урології Дніпровського державного медичного університету, доктор медичних наук, професор Віктор Петрович Стусь.**

– До пацієнтів з кастраційно-резистентним РПЗ належать особи, котрі отримували гормональну терапію, на фоні якої виникли ознаки кастраційної резистентності. У таких випадках при низькому рівні тестостерону визначають підвищення рівня ПСА. Щоб своєчасно виявляти кастраційно-резистентний РПЗ, ми рекомендуємо 1 раз на місяць проводити моніторинг рівня тестостерону та ПСА. У разі підвищення рівня ПСА надалі слід перевіряти його частіше (1 раз на тиждень). Слід зазначити, що перед початком гормональної терапії пацієнти з РПЗ мають високий рівень ПСА, однак на тлі лікування він нормалізується (надир <2 нг/мл). Подальші показники контролю ПСА порівнюються з найменшим рівнем ПСА, який був досягнутий завдяки лікуванню (надир). Так, збільшення рівня ПСА свідчить про біохімічне прогресування кастраційно-резистентного РПЗ. Таким чином, рівень ПСА у пацієнтів без метастазів є основним маркером діагностики кастраційно-резистентного РПЗ. У хворих на РПЗ з метастазами значущим елементом діагностики є визначення радіологічного прогресування.

Важливим етапом ведення пацієнтів з РПЗ є стратифікація ризику при первинній діагностиці. Так, у хворих із високим ризиком очікується швидкий розвиток кастраційної резистентності та раннє метастазування. Що стосується категорії пацієнтів з нмКРРПЗ, то тут використовується параметр ЧППСА, який визначається за допомогою онлайн-калькуляторів. Швидке подвоєння рівня ПСА свідчить про високий ризик прогресування та потребує перегляду тактики лікування з метою запобігання поширенню ракового процесу та зниження ризику метастазування. Для цього, окрім аналогів ЛГРГ, застосовуємо ензалутамід (5%), абіратерон (10%), доцетаксел (85%). Вибір препарату залежить від його доступності (за кошти державного бюджету) або фінансової спроможності пацієнта. Серед аналогів ЛГРГ у нашій клініці найчастіше застосовується лейпрорелін (80%), рідше – гозерелін (10%) і трипторелін (10%).



Серед усіх хворих на РПЗ 1-2% становлять пацієнти з нмКРРПЗ і високим ризиком прогресування. Середній вік хворих на нмКРРПЗ становить приблизно 60 років. Однією з причин невеликої кількості пацієнтів з нмКРРПЗ є пізня діагностика хвороби (РПЗ частіше виявляють на пізніх стадіях, коли уже наявні метастази). З одного боку, чоловіки не звертаються за медичною допомогою при появі симптомів, які можуть свідчити про наявність РПЗ, з іншого боку – у регіонах значно скоротилася кількість урологів, а сімейні лікарі не мають достатніх навиків для діагностики патології передміхурової залози. Крім того, серед усіх хворих на РПЗ гормональну терапію здебільшого призначають чоловікам віком старше 70 років, яким неможливе виконання радикальної простатектомії, що також обмежує кількість пацієнтів з діагнозом нмКРРПЗ.

КП «Дніпровський обласний клінічний онкологічний диспансер» отримує певну кількість аналогів ЛГРГ за кошти державного бюджету для лікування хворих на РПЗ, проте цих препаратів не вистачає для того, щоб покрити усю потребу. Що стосується нмКРРПЗ, то для лікування таких пацієнтів окрім аналогів ЛГРГ застосовують інші дорогі препарати, які не забезпечуються за кошти державного бюджету. Виходом з цієї ситуації може бути участь хворого у клінічних дослідженнях, які у Дніпровській області проводяться на базі кафедри урології Дніпровського державного медичного університету, КП «Дніпровський обласний клінічний онкологічний диспансер», КНП «Міська клінічна лікарня № 4» ДМР. Кількість пацієнтів з РПЗ, які можуть самостійно придбати необхідні препарати, дуже мала, а ті, котрі змогли їх оплатити на початку терапії, часто не мають фінансової спроможності продовжувати лікування, що призводить до його переривання. Тому існує потреба у централізованій закупівлі препаратів для хворих на нмКРРПЗ.

У разі прогресування нмКРРПЗ у метастатичний на тлі кастраційної терапії (хірургічної чи гормональної) або комбінованого лікування (кастрація + антиандроген першого покоління) у нашій клініці пацієнтам найчастіше призначають доцетаксел (90%), рідше – ензалутамід (5%) та абіратерону ацетат (5%). Пацієнтам з нмКРРПЗ, котрі вже отримують кастраційну терапію, при прогресуванні хвороби ми найчастіше рекомендуємо схему аналог ЛГРГ + доцетаксел (70%), рідше – аналог ЛГРГ + абіратерону ацетат (10%), аналог ЛГРГ + ензалутамід (10%), аналоги ЛГРГ + кабазитаксел (5%).

Головний уролог Міністерства оборони України, професор кафедри урології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, доктор медичних наук **Сергій Вікторович Головко**.



— Необхідність виявлення пацієнтів з нмКРРПЗ високого ризику зумовлена тим, що на цій стадії зміна тактики терапії дозволяє збільшити тривалість ВБМ. Своєчасна діагностика та призначення коректного лікування дозволяє відтермінувати розвиток метастатичних вогнищ у кістках, які супроводжуються симптомами, що істотно знижують якість життя пацієнтів (інтенсивний біль, спонтанні переломи, компресія спинного мозку тощо).

Слід зазначити, що пацієнти з нмКРРПЗ виділені в окрему категорію відносно недавно, тому досвід виявлення та лікування таких хворих в Україні та світі обмежений. Проте останнім часом хворим на нмКРРПЗ приділяється більша увага, й уже наявні результати, коли зміна тактики лікування дозволяє

відтермінувати перехід нмКРРПЗ в метастатичний. Для підвищення виявлення хворих на нмКРРПЗ високого ризику онкологи мають активно вчитися, ознайомлюватися з новими публікаціями, клінічними настановами, брати участь у вітчизняних і міжнародних конференціях, конгресах тощо.

Із власного досвіду, з усіх хворих на РПЗ близько 7% мають нмКРРПЗ (середній вік — 70 років). У таких пацієнтів ми визначаємо ЧППСА (прямий час подвоєння або з використанням формул).

У світі для лікування нмКРРПЗ високого ризику застосовують три основні препарати — ензалутамід, даролутамід, апалутамід. В Україні для лікування таких хворих доступний ензалутамід (у 50% випадків), який ми призначаємо нашим пацієнтам разом з аналогами ЛГРГ і бачимо реальний ефект. Цей препарат частково закуповується деякими медичними установами, проте велика частина хворих мають купувати ензалутамід за власні кошти. Також у своїй практиці використовуємо схему аналог ЛГРГ + доцетаксел. Серед аналогів ЛГРГ найчастіше призначаємо гозерелін (50%), рідше — трипторелін (20%) і лейпрорелін (30%). При прогресуванні нмКРРПЗ у метастатичний, якщо пацієнту

вже проводиться кастраційна терапія (хірургічна чи гормональна) або комбіноване лікування (кастрація + антиандроген першого покоління), ми застосовуємо схему на основі аналогів ЛГРГ + доцетаксел (60%), або абіратерону ацетат (20%), або ензалутамід (20%). При прогресуванні захворювання у пацієнтів з нмКРРПЗ, котрі вже отримують кастраційну терапію, ми використовуємо різні терапевтичні опції: аналоги ЛГРГ + доцетаксел (60%), або абіратерону ацетат (20%), або ензалутамід (10%), або продовження терапії ЛГРГ (10%).

Якість життя пацієнтів з РПЗ прямо залежить від стадії хвороби та коректності лікування. Так, при локальному раку, коли можливе радикальне лікування (простатектомія, променева терапія), якість життя хворих є доброю. Однак у ситуаціях, коли пацієнт отримує некоректне лікування (наприклад, гормональна терапія при локалізованому процесі), віддалені наслідки можуть обернутися зниженням якості життя. Тому своєчасна діагностика та коректне лікування є ключовими умовами збереження якості життя у хворих на РПЗ. Якість життя пацієнтів, у яких РПЗ діагностують на стадії поширеного процесу, що потребує системного лікування, є гіршою.



Завідувач урологічного відділення КНП ЛОР «Львівський онкологічний регіональний лікувально-діагностичний центр» **Юрій Петрович Дійчук**.

— Онкологія — це та галузь медицини, яка швидко розвивається. Щороку з'являються нові лікарські засоби

для лікування злоякісних новоутворень, проте вони дуже дорогі. Чим більш запущеною є стадія раку, тим дорожчим буде лікування. В Україні доступність препаратів для лікування РПЗ, особливо сучасних, є обмеженою. Сьогодні за кошти державного бюджету закуповується лише

частина препаратів, необхідних таким пацієнтам, тому здебільшого фінансовий тягар лежить на плечах хворих та їхніх сімей. Покращення доступності лікарських засобів для лікування хворих зі злоякісними новоутвореннями є питанням розподілу коштів державного бюджету у медичній галузі. Водночас у пацієнтів з РПЗ можна використовувати недорогі та перевірені терапевтичні опції, які застосовувалися раніше. Хоча вони можуть поступатися за ефективністю новітнім препаратам, ці ліки є альтернативою для хворих на РПЗ.

Якість життя пацієнтів з РПЗ залежить від стадії хвороби. На ранній стадії хвороби за можливості виконується радикальне оперативне втручання, опромінення передміхурової залози, що дозволяють повністю одужати та підтримувати якість життя, яка майже

не відрізняється від такої у людини без раку. У цьому контексті серед хворих на РПЗ виділяють окрему категорію пацієнтів дуже низького ризику, які не потребують лікування, адже доведено, що вони матимуть довше та більш якісне життя без терапії, ніж з нею. Хворі із запущеними стадіями РПЗ, особливо з високим ризиком прогресування, потребують такого лікування, яке окрім впливу на пухлину буде впливати на якість життя. Тому лікарю важливо обрати оптимальну стратегію терапії, яка дозволить досягти бажаного ефекту при збереженні прийнятної якості життя.

Серед усіх хворих на РПЗ близько 5% мають нмКРРПЗ високого ризику прогресування. Середній вік таких пацієнтів — 65-70 років. Для виявлення таких хворих ми визначаємо ЧППСА. У лікуванні пацієнтів нмКРРПЗ

високого ризику прогресування ми найчастіше використовуємо схеми аналог ЛГРГ + абіратерон (40%), аналог ЛГРГ + бікалутамід (30%), рідше аналог ЛГРГ + доцетаксел (17%), аналог ЛГРГ + кетоконазол (10%), аналог ЛГРГ + ензалутамід (3%). Серед аналогів ЛГРГ ми призначаємо гозерелін, трипторелін, дещо рідше — лейпрорелін.

При прогресуванні нмКРРПЗ у метастатичний, якщо пацієнту вже проводиться кастраційна терапія (хірургічна чи гормональна) або комбіноване лікування (кастрація + антиандроген першого покоління), ми продовжуємо терапію ЛГРГ та призначаємо абіратерону ацетат (45%) або доцетаксел (45%), у деяких випадках — ензалутамід (7%) та кабазитаксел (3%). Слід зазначити, що існує велика різниця між бажаним лікуванням і клінічним досвідом.

Завідувач кафедри урології та дитячої урології Харківської медичної академії післядипломної освіти, доктор медичних наук, професор **Ігор Михайлович Антоян**.



— При кастраційно-резистентному РПЗ час до появи метастазів є досить коротким, і часто лікарі та й самі пацієнти пропускають момент, коли зміна тактики терапії могла б покращити її результат. У таких ситуаціях метастази з'являються уже через 1-2 роки. Щоб цього не сталося, важливо збільшити частоту візитів хворого на РПЗ до лікаря та частоту визначення рівня ПСА.

Сьогодні для лікування хворих із підвищенням рівня ПСА призначають ензалутамід, який істотно подовжує ВБП і ЗВ. Ми маємо досвід, коли завдяки новітньому лікуванню в рамках клінічних досліджень хворі на РПЗ перебувають у стадії нмКРРПЗ протягом 5-7 років і при цьому підтримується задовільна якість їхнього життя. Таким чином, своєчасне виявлення пацієнтів з нмКРРПЗ високого ризику та призначення адекватного лікування дають можливість значно подовжити період без метастазів.

Незважаючи на високу ефективність нових препаратів у цієї категорії пацієнтів, їх доступність дуже обмежена. Так, найбільш доступним лікарським засобом для лікування нмКРРПЗ є доцетаксел, оскільки він внесений до відповідного переліку Національної служби здоров'я України. Тому доцетаксел призначається найчастіше. Пацієнти можуть отримати нові препарати за власні кошти або в рамках клінічних досліджень. На щастя, в Україні все частіше пацієнти залучаються до клінічних досліджень, у ході яких вони можуть отримувати сучасну та дорогую терапію. Водночас завдяки роботі Національної служби здоров'я України доступність ліків для хворих онкологічного профілю покращилася (наприклад, доцетакселу, аналогів ЛГРГ). Тому медикаментозне забезпечення онкологічних пацієнтів в Україні є організаційною проблемою. Реалії є такими, що ми змушені переважно розглядати доступні методи лікування пацієнтів з нмКРРПЗ, а не найефективніші.

У нашій клінічній практиці частка пацієнтів з нмКРРПЗ не перевищує 10%. Середній вік таких хворих — 65±5 років. Для визначення групи ризику у таких пацієнтів ми розраховуємо ЧППСА за формулою відповідно до прийнятих рекомендацій Memorial Sloan-Kettering Cancer Center:

$$ЧППСА = \ln 2(t2t1) / \{ \ln[PSAt2] - \ln[PSAt1] \},$$

де  $t1$  і  $t2$  — два послідовні проміжки часу, у які визначали рівень ПСА;  $\ln$  та  $\ln 2$  — значення ПСА у ці проміжки часу.

Для лікування хворих на нмКРРПЗ із високим ризиком прогресування ми застосовуємо різні терапевтичні схеми: аналоги ЛГРГ + доцетаксел (40%), аналоги ЛГРГ + бікалутамід (25%), аналоги ЛГРГ + абіратерон (25%), аналоги ЛГРГ + ензалутамід (10%), у деяких випадках пацієнти беруть участь у клінічних дослідженнях новітніх препаратів. Серед аналогів ЛГРГ ми призначаємо гозерелін або лейпрорелін. При прогресуванні нмКРРПЗ у метастатичний, якщо пацієнту вже проводиться кастраційна терапія (хірургічна чи гормональна) або комбіноване лікування, можливе застосування доцетакселу, абіратерону ацетату (35%) або ензалутаміду (25%). У разі прогресування хвороби в осіб, які отримують кастраційну терапію, ми призначаємо схеми на основі аналогів ЛГРГ + доцетаксел (40%), або абіратерону ацетат (40%), або бікалутамід (10%). У таких випадках також застосовуємо даролутамід (10%).

Отже, основними завданнями ведення пацієнтів з РПЗ є комплексна діагностика раку, постійний контроль за активністю онкологічного процесу, а також своєчасне реагування та зміна тактики лікування.

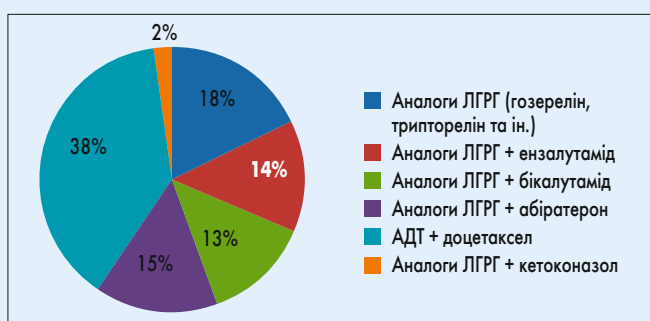


Рис. 1. Схеми терапії хворих на нмКРРПЗ із високим ризиком прогресування

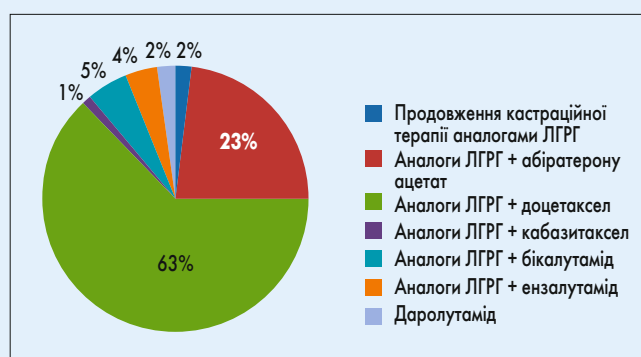


Рис. 3. Лікування при прогресуванні захворювання у пацієнтів з нмКРРПЗ на тлі кастраційної терапії

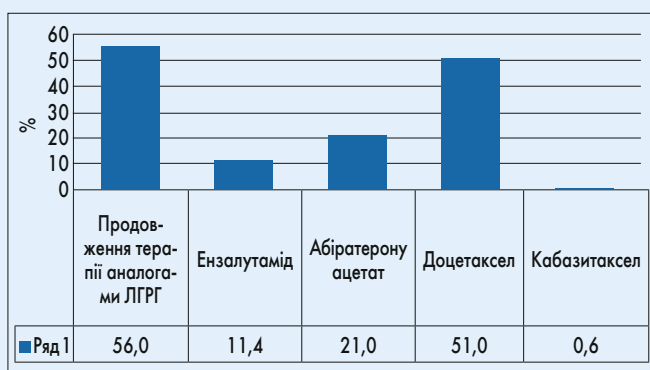


Рис. 2. Лікування при прогресуванні нмКРРПЗ у метастатичний на тлі хірургічної чи гормональної кастрації або комбінованого лікування (кастрація + антиандроген першого покоління)

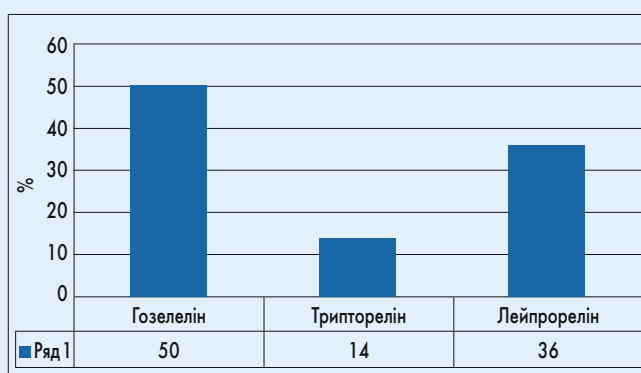


Рис. 4. Використання аналогів ЛГРГ у клінічній практиці

### Підсумки опитування експертів

- ✓ За даними експертів, серед усіх хворих на РПЗ середня частка пацієнтів з нмКРРПЗ становить приблизно 6%. Вік таких хворих коливається у межах 60-70 років.
- ✓ Експерти зазначили, що усім хворим на нмКРРПЗ визначають ЧППСА, який розраховують різними методами (формули, спеціальні онлайн-калькулятори). Незважаючи на доступність методу, українські лікарі користуються цим інструментом рідко. Це призводить до швидкого прогресування РПЗ та появи метастазів.
- ✓ Для лікування пацієнтів з нмКРРПЗ високого ризику прогресування українські експерти використовують різні схеми (рис. 1). Схеми, які застосовують експерти при прогресуванні нмКРРПЗ у метастатичний, якщо пацієнту вже проводиться кастраційна терапія (хірургічна чи гормональна) або комбіноване лікування (кастрація + антиандроген першого покоління), наведені на рисунку 2, при прогресуванні захворювання у пацієнтів з нмКРРПЗ на тлі кастраційної терапії, — на рисунку 3. Більшість опитаних зазначили, що доступність сучасних препаратів для хворих на нмКРРПЗ обмежена. На рисунку 4 представлені узагальнені дані щодо частоти застосування різних аналогів ЛГРГ.

Необхідно підвищувати обізнаність фахівців про пацієнтів з нмКРРПЗ, які мають високий ризик прогресування, поширювати актуальні клінічні настанови щодо лікування таких хворих.

Підготувала **Ілона Цюпа**

3