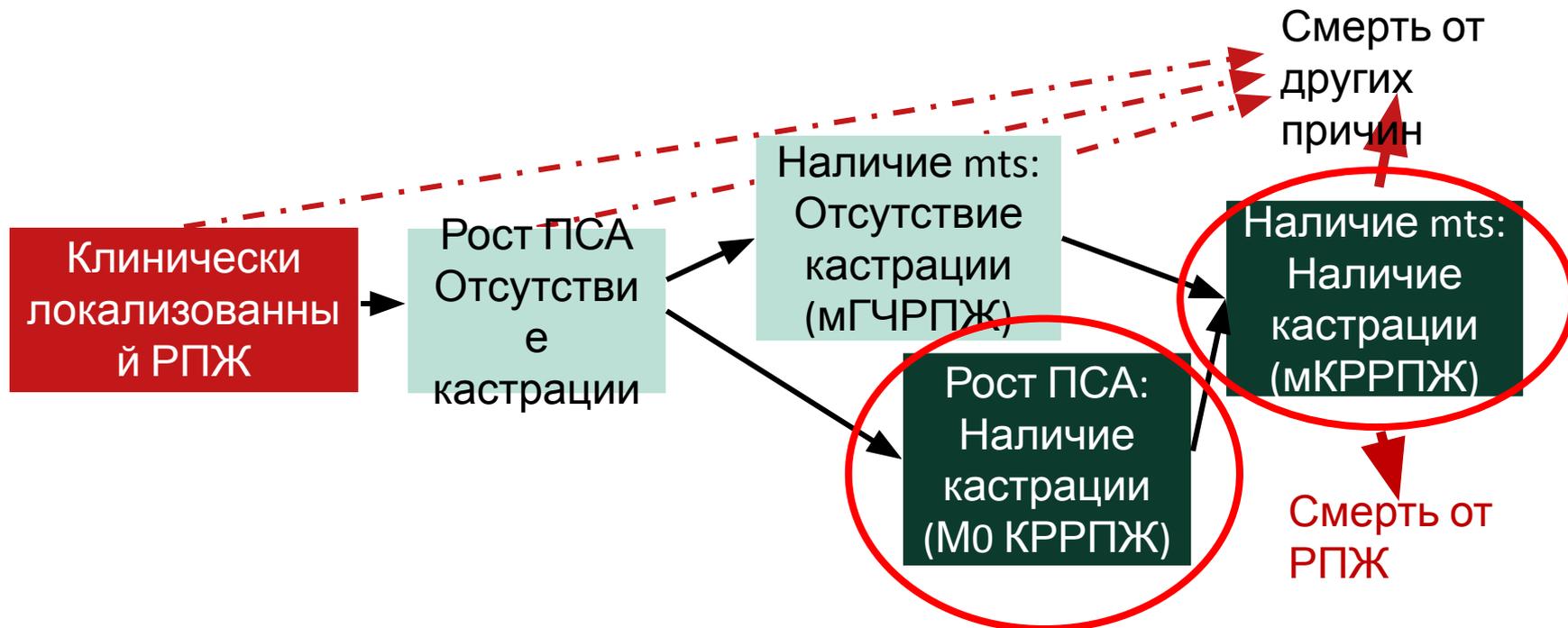




# Кастрационно рефрактерный рак предстательной железы

# Стадии развития рака предстательной железы



# Кастрационно-резистентный РПЖ (КРРПЖ) в РФ



## Критерии диагноза кастрационно-резистентного рака предстательной железы - 2019

Биохимическое ИЛИ/И радиологическое прогрессирование на фоне кастрационного уровня тестостерона (< 50 нг/дл или < 1,7 нмоль/л)

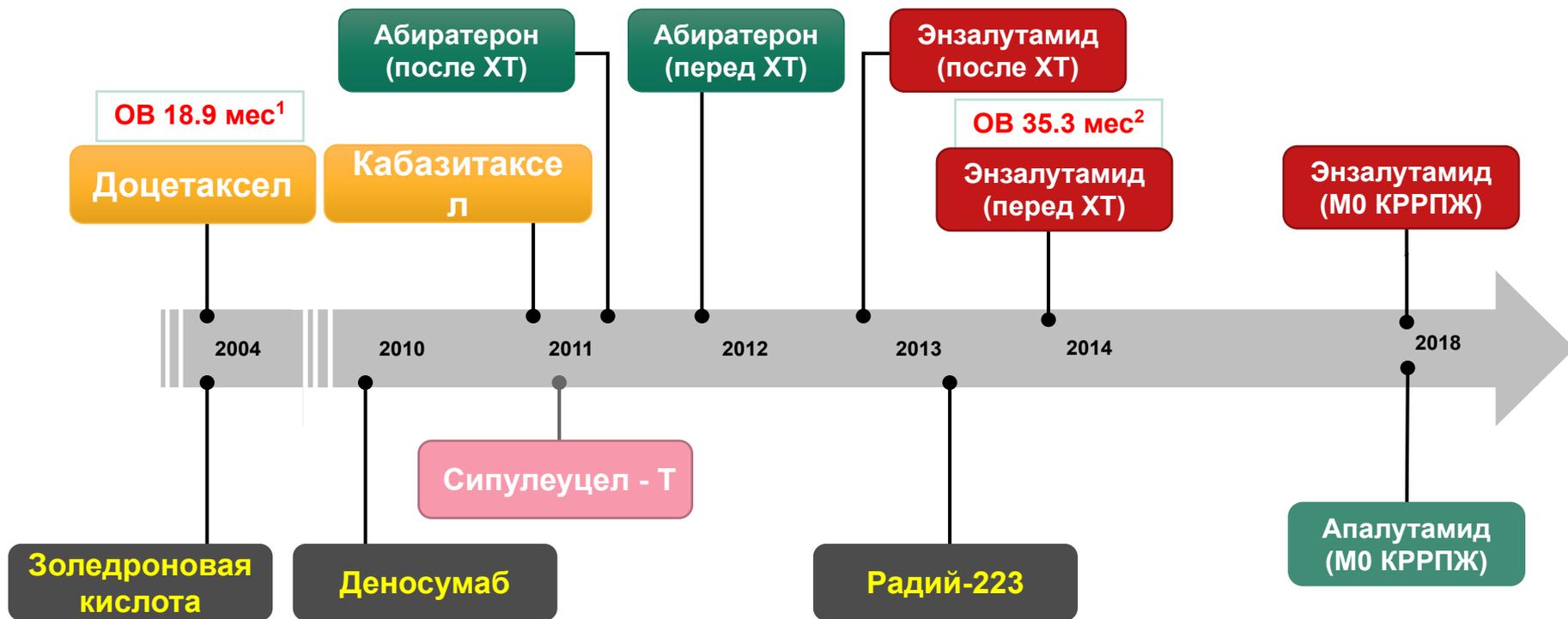
нМКРРПЖ

Биохимическое прогрессирование:  
повышение уровня ПСА сыворотки крови в трёх последовательных измерениях, проведенных с интервалом не менее 1 недели, приводящее к 50% увеличению минимального значения ПСА

МКРРПЖ

Радиологическое прогрессирование:  
появление двух и более новых очагов при скинтиграфии или увеличение (появление новых) мягкотканых метастазов по критериям RECIST

# Лекарственные опции при КРРПЖ



• 1. Tannock IA et al. *N Engl J Med.* 2004;351:1502-12; 2. Tombal B et al. *EAU.* 2015 (podium presentation)

# Для лечения мКРРПЖ должны применяться препараты, увеличивающие общую выживаемость

## Руководство EAU 2019<sup>1</sup>

- Необходимо лечить пациентов с мКРРПЖ препаратами, увеличивающими выживаемость<sup>1</sup>
- Выбор терапии первой линии должен быть основан на соматическом статусе, выраженности симптомов, сопутствующих заболеваниях, локализации и распространенности заболевания

## Клинические рекомендации Министерства здравоохранения РФ по раку предстательной железы 2018<sup>2</sup>

- При метастатическом КРРПЖ рекомендованы к применению следующие препараты: доцетаксел, кабазитаксел, абиратерон, энзалутамид, радий 223.
- Каждый из агентов, кроме кабазитаксела, может применяться как до, так и после терапии доцетакселом.
- **Уровень убедительности рекомендаций А** (уровень достоверности доказательств – 1b)

ААТ=антиандрогенная терапия; АР=андрогенный рецептор; мКРРПЖ=метастатический кастрационно-резистентный рак предстательной железы.

1. Mottet N, et al. EAU Guidelines on Prostate Cancer 2019. Доступно по адресу [https://uroweb.org/wp-content/uploads/09-Prostate-Cancer\\_2019\\_web.pdf](https://uroweb.org/wp-content/uploads/09-Prostate-Cancer_2019_web.pdf)

2. Каприн А.Д. и соавт. 2018, доступны по адресу <http://cr.rosminzdrav.ru/#/>.

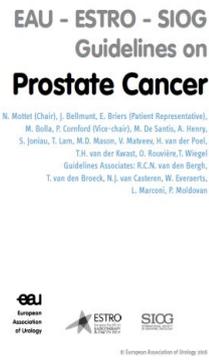
# Показания к применению препаратов при КРРПЖ в РФ

Линия терапии КРРПЖ	Метастазы	Зарегистрированные препараты
Первая	Нет	<b>Энзалутамид</b> Апалутамид
Первая	Да	<b>Энзалутамид</b> Абиратерон Доцетаксел
Вторая (в зависимости от предшествующего лечения)	Да	<b>Энзалутамид</b> Абиратерон Доцетаксел Кабазитаксел Радий-223



**Терапия неметастатического кастрационно-резистентного РПЖ (M0 КРРПЖ)**

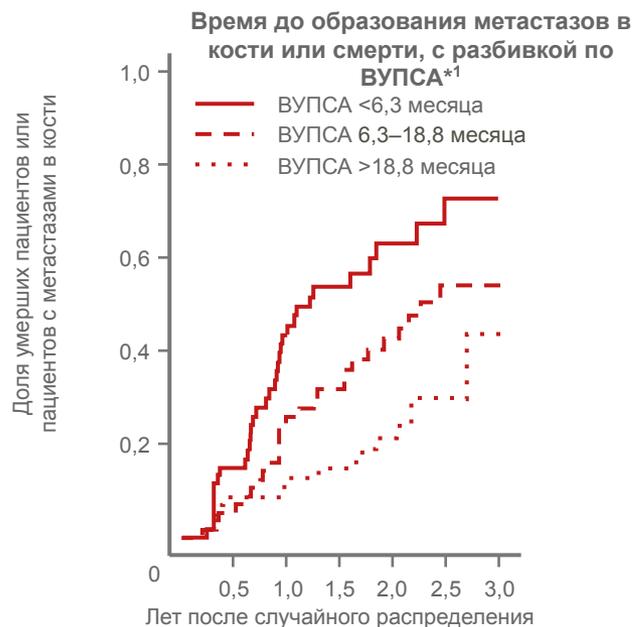
# Рекомендации EAU 2019 по неметастатическому КРРПЖ



- Существует группа пациентов, у которых **быстро повышается уровень ПСА** на фоне кастрационной терапии без выявления метастазов
- Важное значение имеет **исходный уровень ПСА и время удвоения ПСА (ВУПСА)**, т.к. эти параметры влияют на время до появления первых метастазов, безметастатическую выживаемость и общую выживаемость
- Пациенты с **коротким временем удвоения ПСА < 10 месяцев** имеют в 4 раза больший риск смерти по сравнению с пациентами с ВУПСА  $\geq$  10 месяцев

# Прогностическое значение времени удвоения уровня ПСА (ВУПСА)

- У пациентов с М0 КРРПЖ с коротким ВУПСА отмечается повышенный риск образования метастазов в кости или смерти



Графики подготовлены по материалам соответствующих источников.

Популяция пациентов с нмКРРПЖ: \*Три повышения уровня ПСА в сыворотке крови подряд (с интервалом измерений  $\geq 2$  недели), первое повышение уровня ПСА в течение 10 месяцев после включения в исследование, и последнее повышение уровня ПСА на  $\geq 150\%$  относительно наименьшего значения;

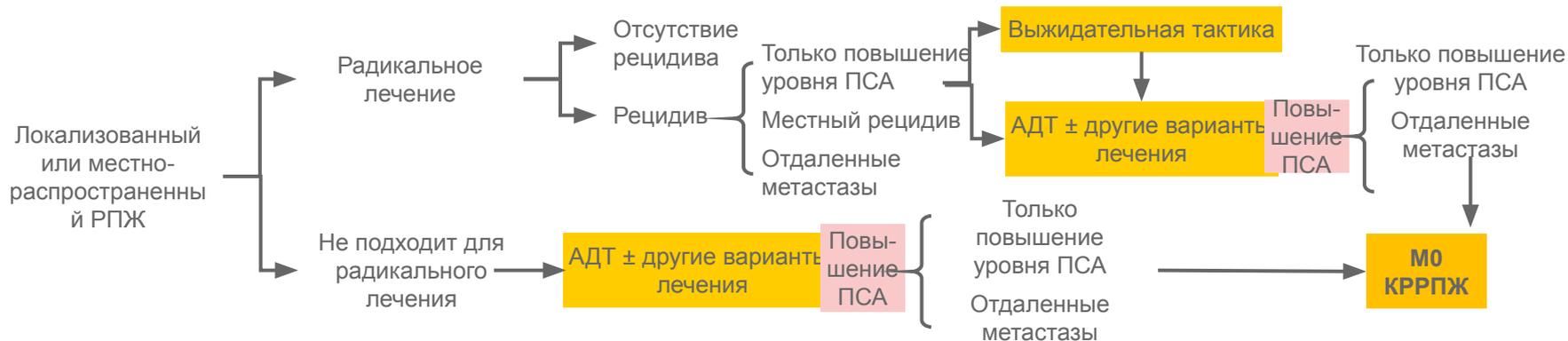
\*\*Уровень ПСА  $\geq 8,0$  нг/мл в течение 3 месяцев до случайного распределения; ВУПСА  $\leq 10$  месяцев исходно, или оба критерия.

нмКРРПЖ — неметастатический кастрационно-резистентный рак предстательной железы; ВУПСА — время до удвоения уровня простатического специфического антигена.

1. Smith MR et al. *J Clin Oncol* 2005;23:2918–2925; 2. Smith MR et al. *J Clin Oncol* 2013;31:3800–3806.

# Варианты прогрессирования заболевания до М0 КРРПЖ

- Наиболее распространенная ситуация:
  - Отсутствие рецидива заболевания в первичном очаге
  - Отсутствие поражения лимфатических узлов (по данным КТ/ОСГ/МРТ\*)
  - Отсутствие метастазов в кости или внутренние органы



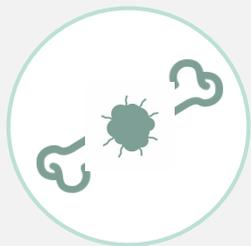
Изображения подготовлены по материалам источника.

\*МРТ; лимфатические узлы  $\leq 1,5$  см по короткой оси в области таза не учитывают.

АДТ — андрогендепривационная терапия; ОСГ — скинтиграфия скелета; КТ — компьютерная томография; мКРРПЖ — метастатический кастрационно-резистентный рак предстательной железы; мГЧРПЖ — метастатический гормоночувствительный рак предстательной железы; МРТ — магнитно-резонансная томография; нмКРРПЖ — неметастатический КРРПЖ; РПЖ — рак предстательной железы; ПСА — простатический специфический антиген.

Mateo J et al. *Eur Urol* 2018;pii: S0302-2838(18)30557-8. doi: 10.1016/j.eururo.2018.07.035. [Предварительная электронная публикация].

# Почему важно лечить больных М0 КРРПЖ?



Медиана ВБМ в кости у больных М0 КРРПЖ варьирует от **25 до 30** месяцев<sup>1,2</sup>

мКРРПЖ это смертельное заболевание...



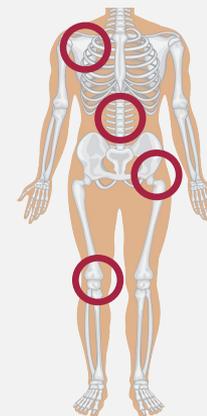
...с медианой выживаемости около

**3** лет<sup>3</sup>



Увеличение времени до образования метастазов имеет клиническое значение и может замедлить развитие связанных со злокачественным новообразованием осложнений и увеличить общую

**Профилактика образования метастазов в кости по-прежнему остаётся значимой потребностью у больных КРРПЖ<sup>4</sup>**



Метастазы в кости **влияют на качество жизни**, часто сопровождаются **болевым синдромом** и сопряжены с развитием **прогрессирующих заболеваний**, в частности явлениями **со стороны костной системы** (например, патологическими переломами, хирургическим вмешательством на костях или облучением и сдавлением спинного мозга) и **неэффективным гемопоэзом<sup>5</sup>**

КРРПЖ — кастрационно-резистентный рак предстательной железы; ВБМ — выживаемость без метастазирования; мКРРПЖ — метастатический КРРПЖ; нмКРРПЖ — неметастатический КРРПЖ.

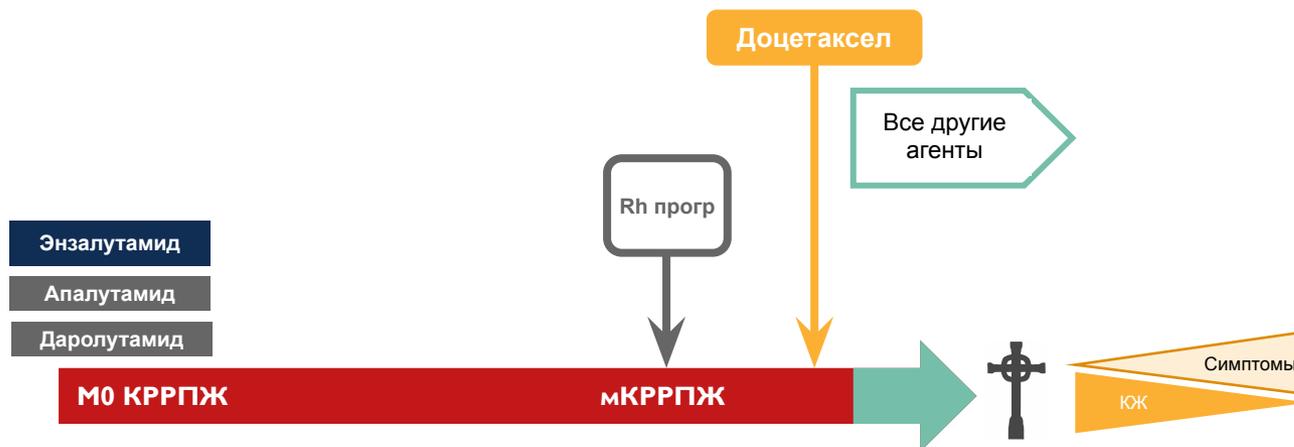
1. Smith MR et al. J Clin Oncol 2005;23:2918–2925; 2. Smith MR et al. Cancer 2011;117:2077–2085;

3. Hussain M et al. N Engl J Med 2018;378:2465–2474; 4. Coleman RE et al. Clin Cancer Res 2006;12:6243s–6249s;

5. Smith MR et al. J Clin Oncol 2013;31:3800–3806.

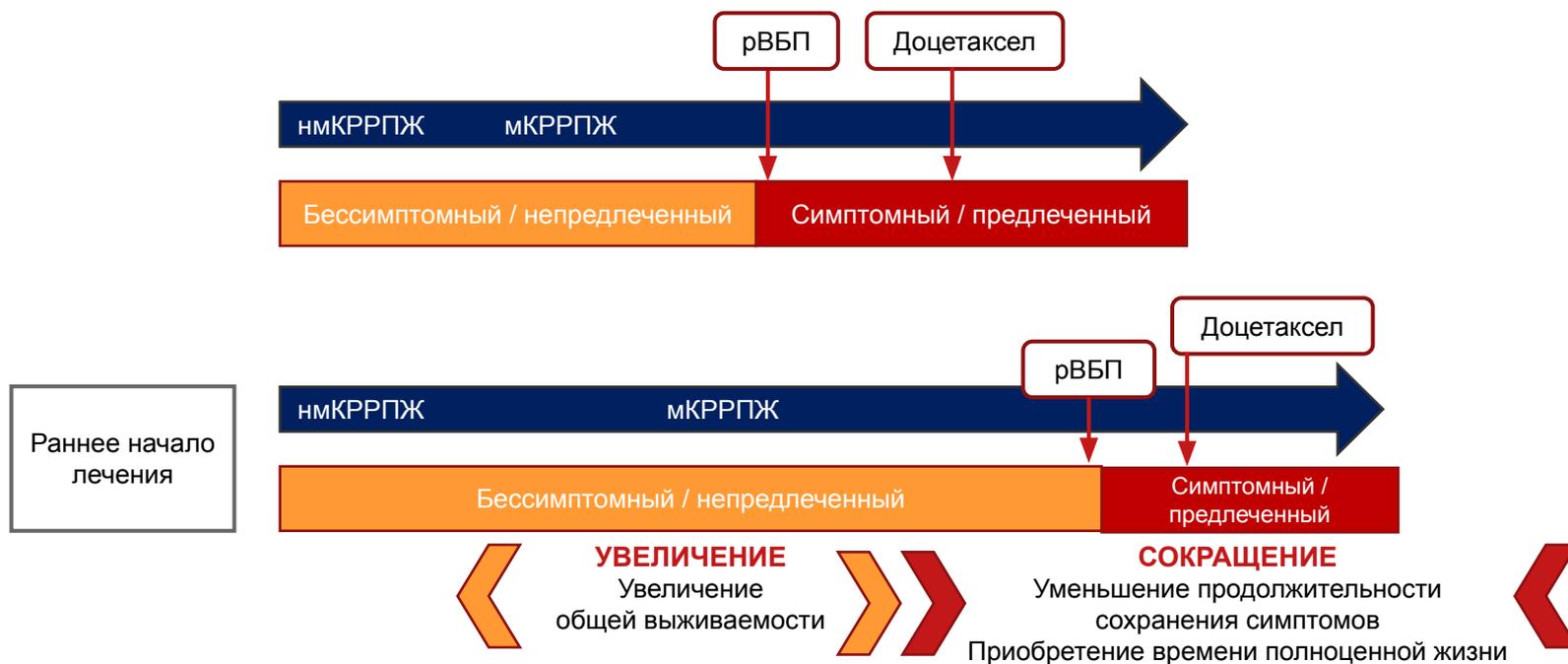
# Цель лечения – сохранить максимально возможное качество жизни в долгосрочной перспективе

- Гипотеза исследований PROSPER, SPARTAN и ARAMIS состоит в том, что более раннее лечение (до появления метастазов), позволит сохранить пациента в бессимптомной стадии в течение длительного периода времени



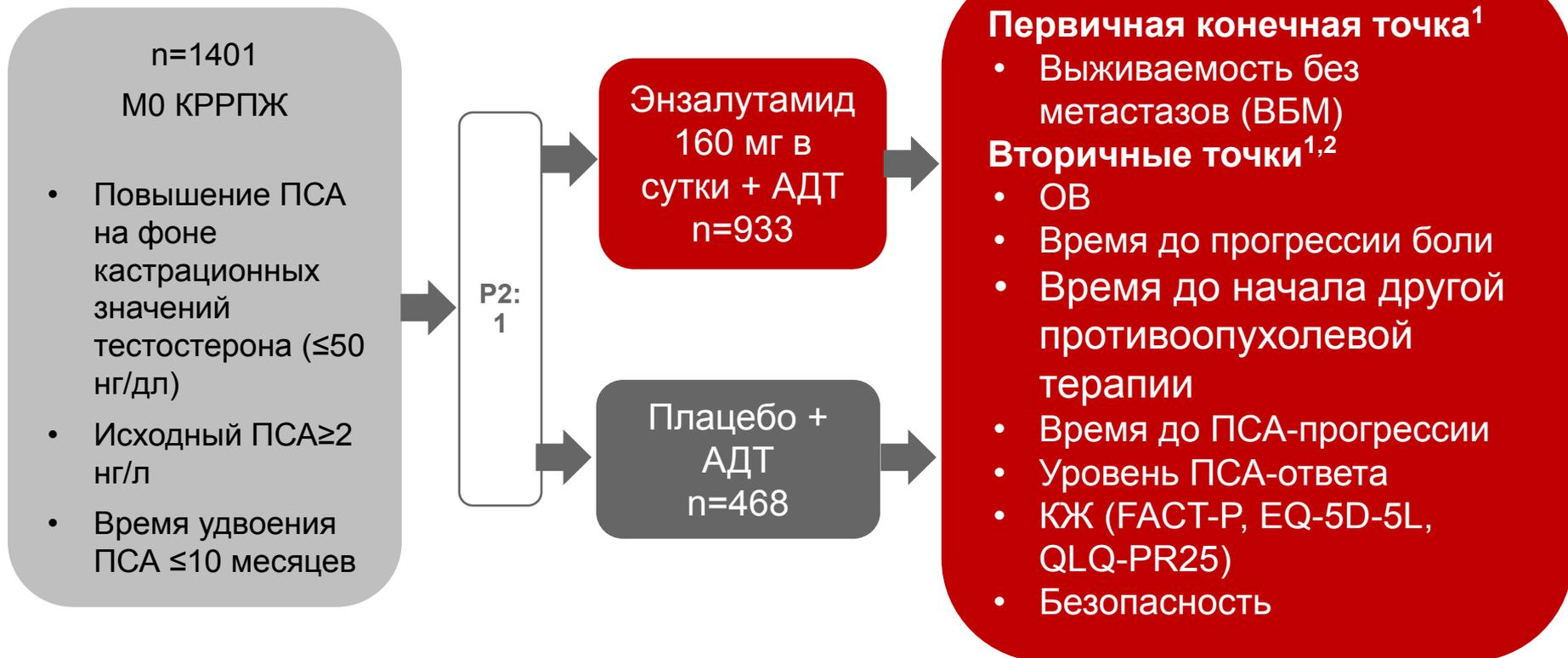
- Увеличение ОВ не является основной целью более раннего лечения, в отличие от увеличения времени до метастатической/симптомной стадии заболевания

# Каким образом выживаемость без метастазирования соотносится с общей выживаемостью?

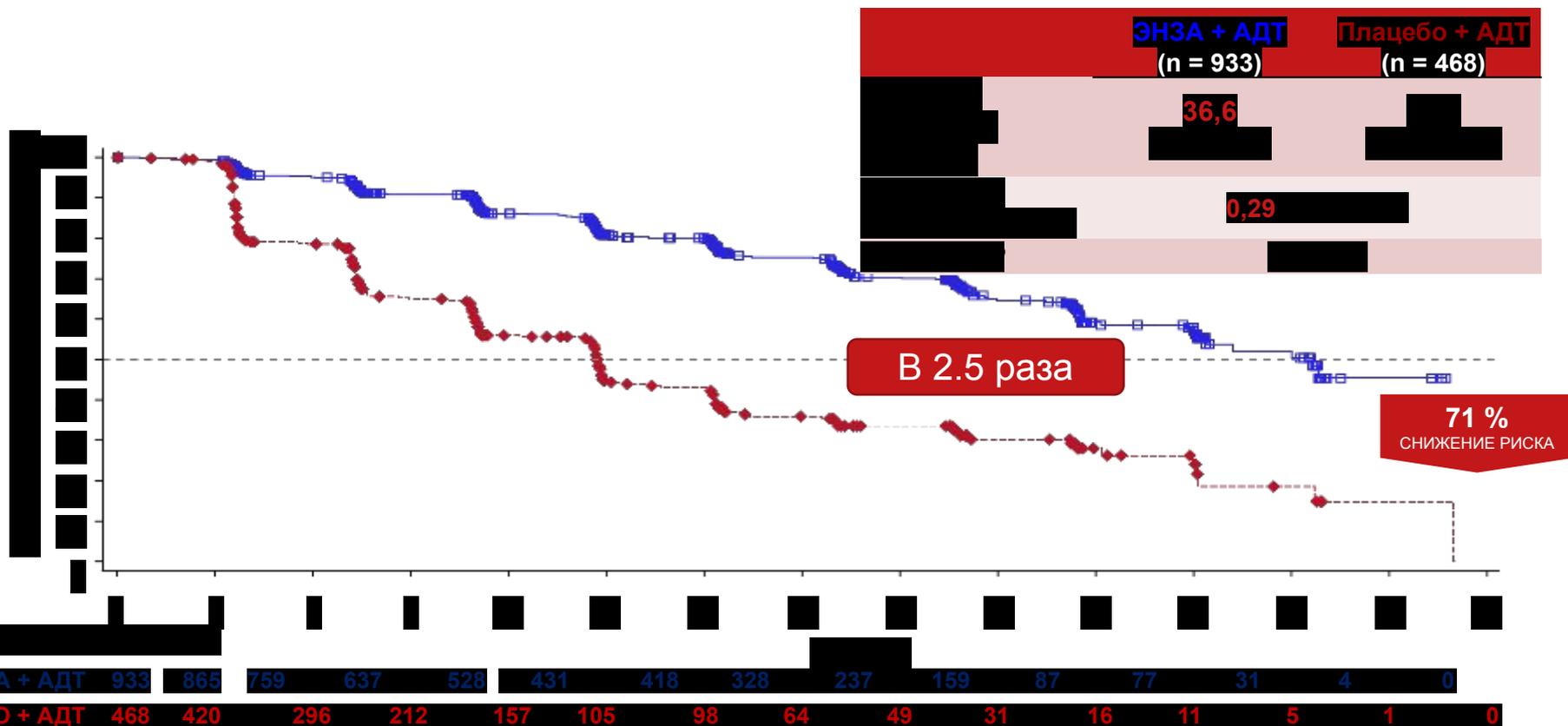


# PROSPER: эффективность и безопасность энзалутамида (Кстанди) у пациентов с M0 КРРПЖ

- PROSPER – рандомизированное, двойное слепое, плацебо контролируемое исследование III фазы<sup>1,2</sup>

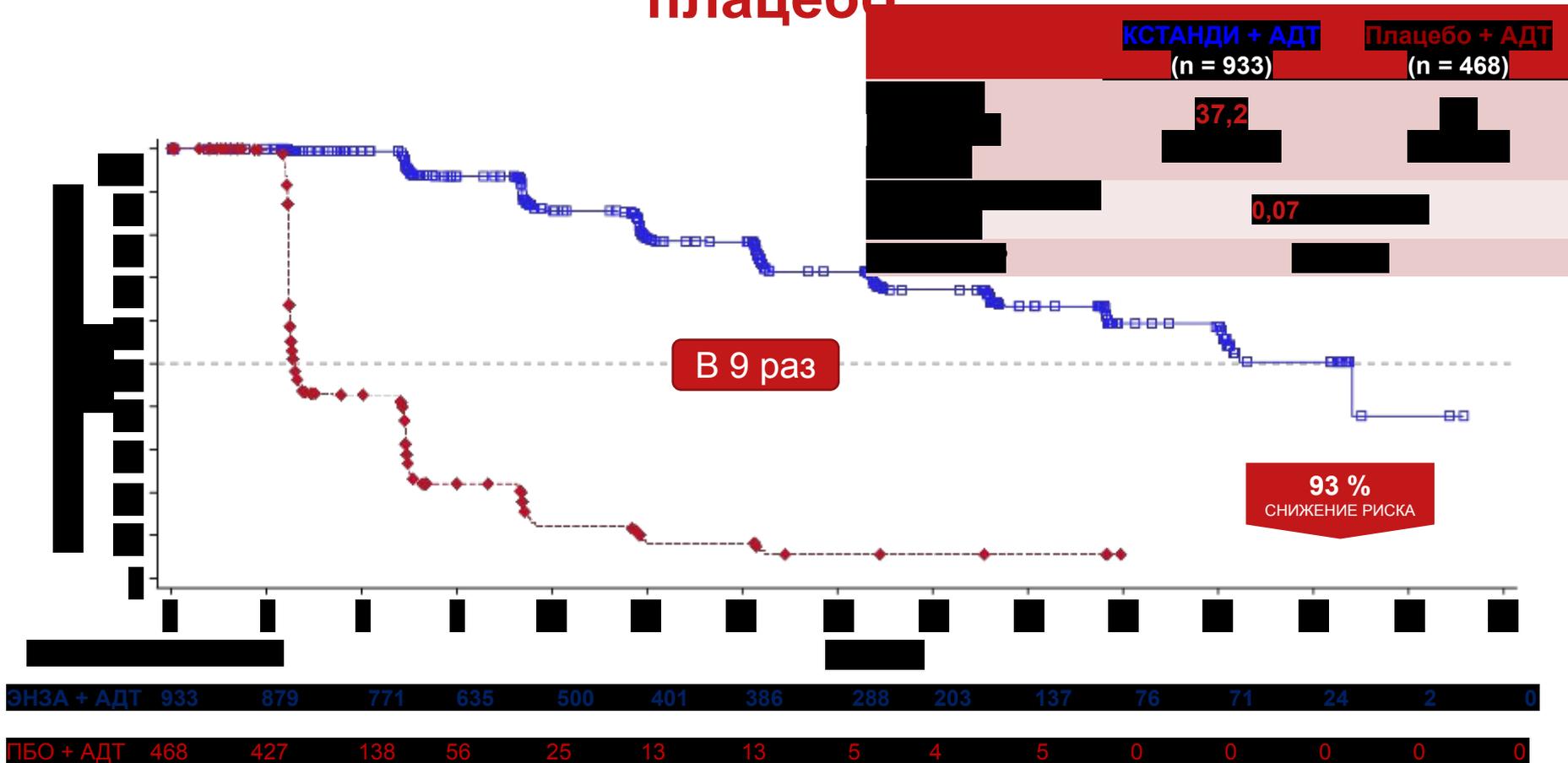


# PROSPER: Энзалутамид обеспечил снижение риска появления метастазов на 71%



- Энзалутамид обеспечил увеличение медианы ВБМ примерно **на 22 месяца** по сравнению с плацебо

# PROSPER: Энзалутамид снижал риск ПСА-прогрессирования на 93% по сравнению с плацебо

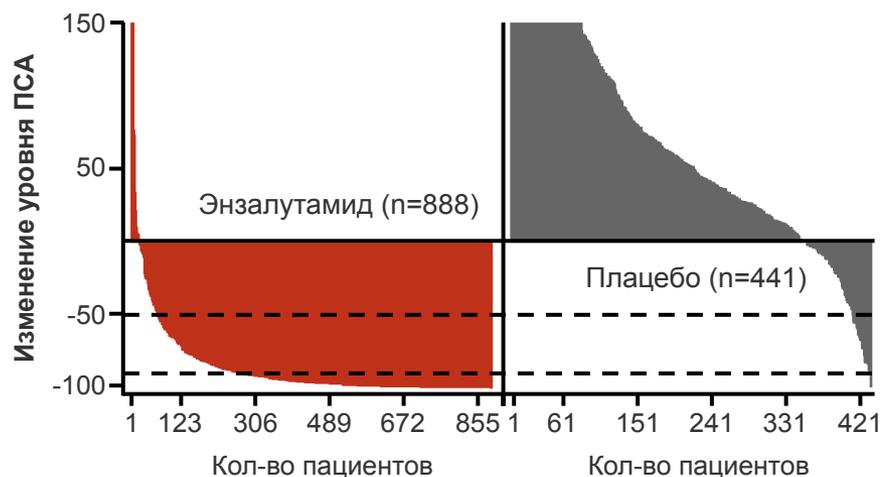


- Кстанди обеспечил увеличение медианы времени до прогрессирования по уровню ПСА примерно **на 33 месяца** по сравнению с плацебо
- Снижение риска прогрессии по ПСА составило 93%

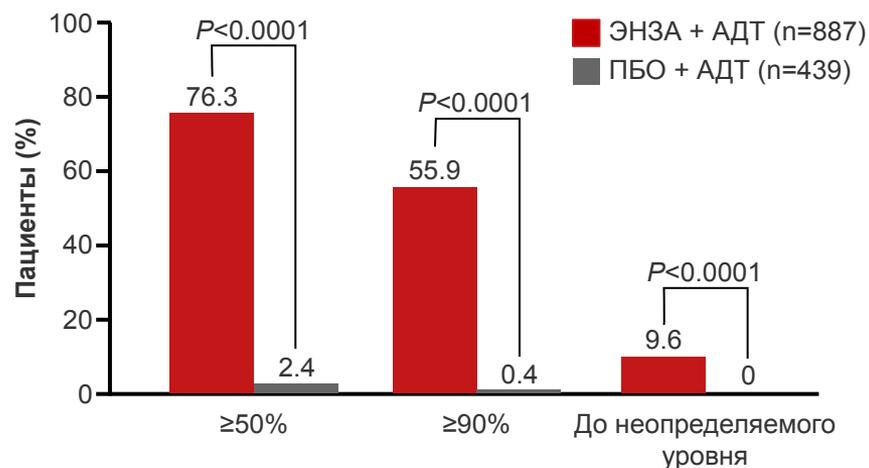
# PROSPER: Частота ответов по ПСА у пациентов с M0 КРРПЖ

- Прием энзалутамида обеспечивает улучшение ПСА-ответа по сравнению с плацебо:
  - $\geq 50\%$  снижение ПСА: Кстанди 76.3% против плацебо 2.4% ( $p < 0.0001$ )
  - $\geq 90\%$  снижение ПСА: Кстанди 55.9% против плацебо 0.4% ( $p < 0.0001$ )

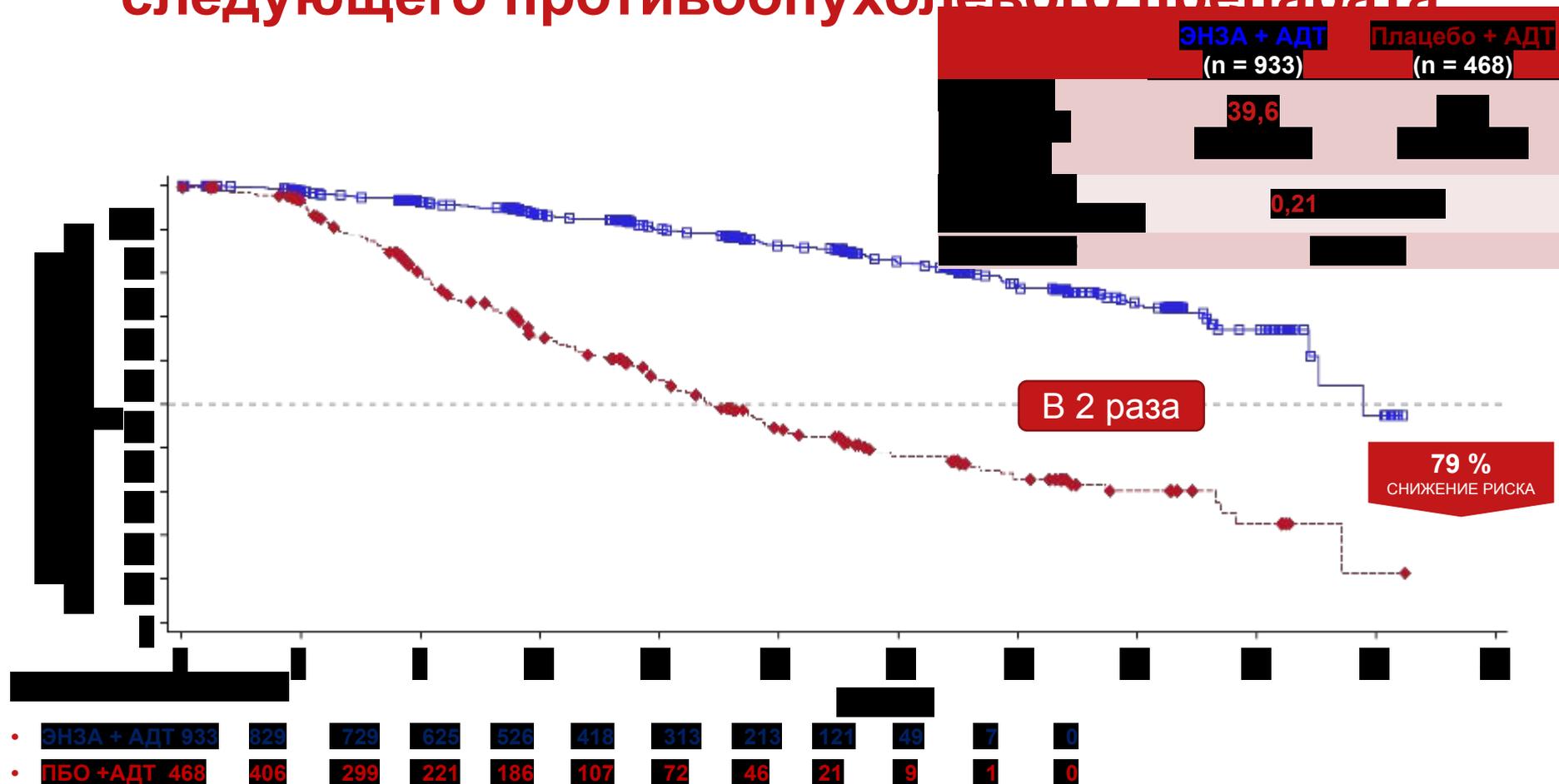
### Динамика уровней ПСА



### Частота ПСА-ответов



# PROSPER: Время до первого применения следующего противоопухолевого препарата



- Кстанди обеспечил увеличение медианы времени до первого применения следующего противоопухолевого препарата примерно на 22 месяца по сравнению с плацебо
- Снижение риска применения следующего противоопухолевого препарата составило 79%

# Обновление рекомендаций NCCN 2019 и AUA 2018 по лечению M0 КРРПЖ

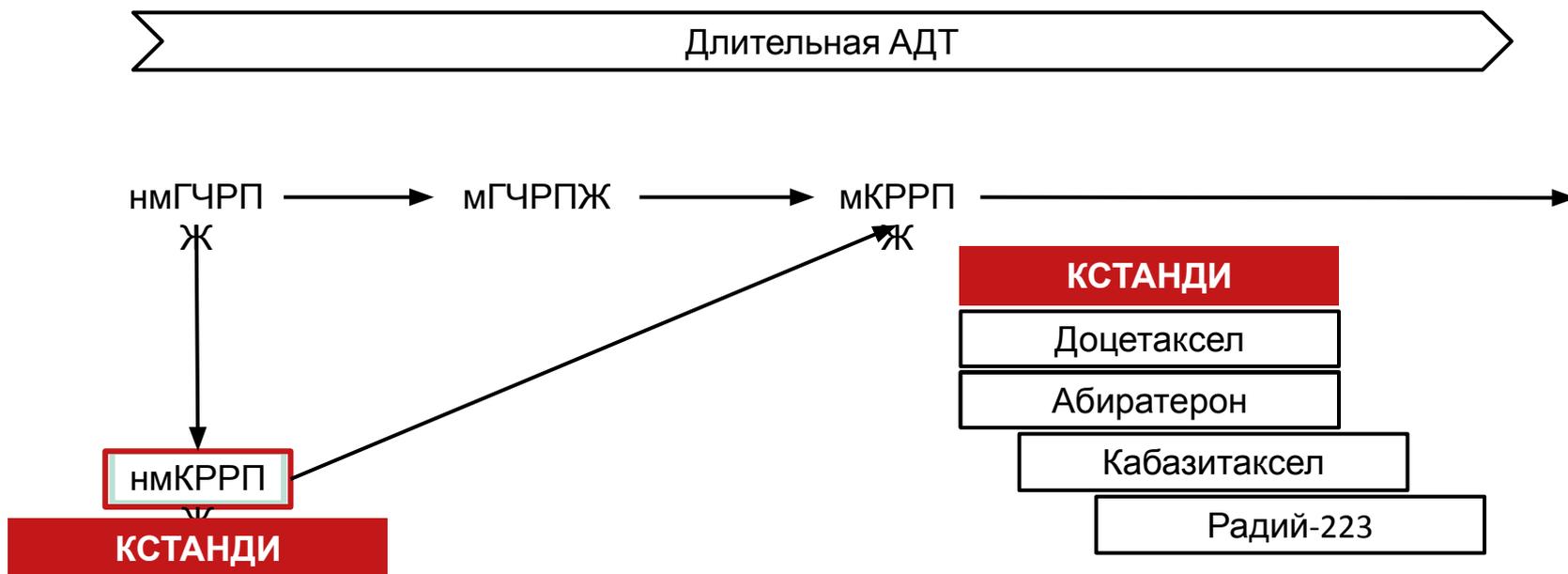


## Системная терапия при M0 КРРПЖ



1. Необходимо использовать апалутамид или энзалутамид вместе с продолжающейся АДТ у пациентов с M0 КРРПЖ с высоким риском развития метастазов (**Стандарт; Уровень доказательности A**)
2. Можно рекомендовать наблюдение вместе с продолжающейся АДТ у пациентов с M0 КРРПЖ с высоким риском развития метастазов при нежелании или невозможности получать стандартную терапию (**Рекомендация; Уровень доказательности C**)
3. Можно предложить терапию абиратероном плюс преднизолон для отобранных пациентов с M0 КРРПЖ с высоким риском развития метастазов при нежелании или невозможности получать стандартную терапию и наблюдение (**Опция; Уровень доказательности C**)
4. Системная ХТ или иммунотерапия не должна назначаться вне клинических исследований у пациентов с M0 КРРПЖ (**Рекомендация; Уровень доказательности C**)

# Энзалутамид — одобрен для лечения пациентов с КРРПЖ, независимо от наличия метастазов<sup>1</sup>



\*- по данным [www.grls.rosminzdrav.ru](http://www.grls.rosminzdrav.ru) по состоянию на 1.10.2019 г.

АДТ — андрогендепривационная терапия; КРРПЖ — кастрационно-резистентный рак предстательной железы; ГЧРПЖ — гормон-чувствительный рак предстательной железы; мКРРПЖ — метастатический КРРПЖ; нмГЧРПЖ — метастатический ГЧРПЖ; нмКРРПЖ — неметастатический КРРПЖ; нмГЧРПЖ — неметастатический ГЧРПЖ.

1. Инструкция по применению лекарственного препарата Кстанди® (ЛП-003605 от 04.05.2016). С инструкцией можно ознакомиться на [www.grls.rosminzdrav.ru](http://www.grls.rosminzdrav.ru).



**Выбор первой линии терапии у больных  
метастатическим кастрационно-  
резистентным РПЖ**

# Выбор 1-й линии терапии при мКРРПЖ – общая выживаемость

	Энзалутамид <sup>1</sup>	Абиратерон <sup>2,3</sup>	Доцетаксел <sup>4</sup>
Исследование	PREVAIL	COU-AA-302	TAX-327
Висцеральные метастазы	Да	Нет	Да
Необходимость в стероидах	Нет	Да	Да
Медиана ОВ (мес)	35,3	34,7	19,2
Медиана ОВ (мес) на плацебо	31,3	30,3	16,3
Отличие от плацебо (мес)	4,0	4,4	2,9
Отношение риска (95% ДИ)	0.77 (0.67, 0.88)	0.81 (0.70, 0.93)	0.79 (0.67, 0.93)
Снижение риска смерти	<b>23%</b>	<b>19%</b>	<b>21%</b>

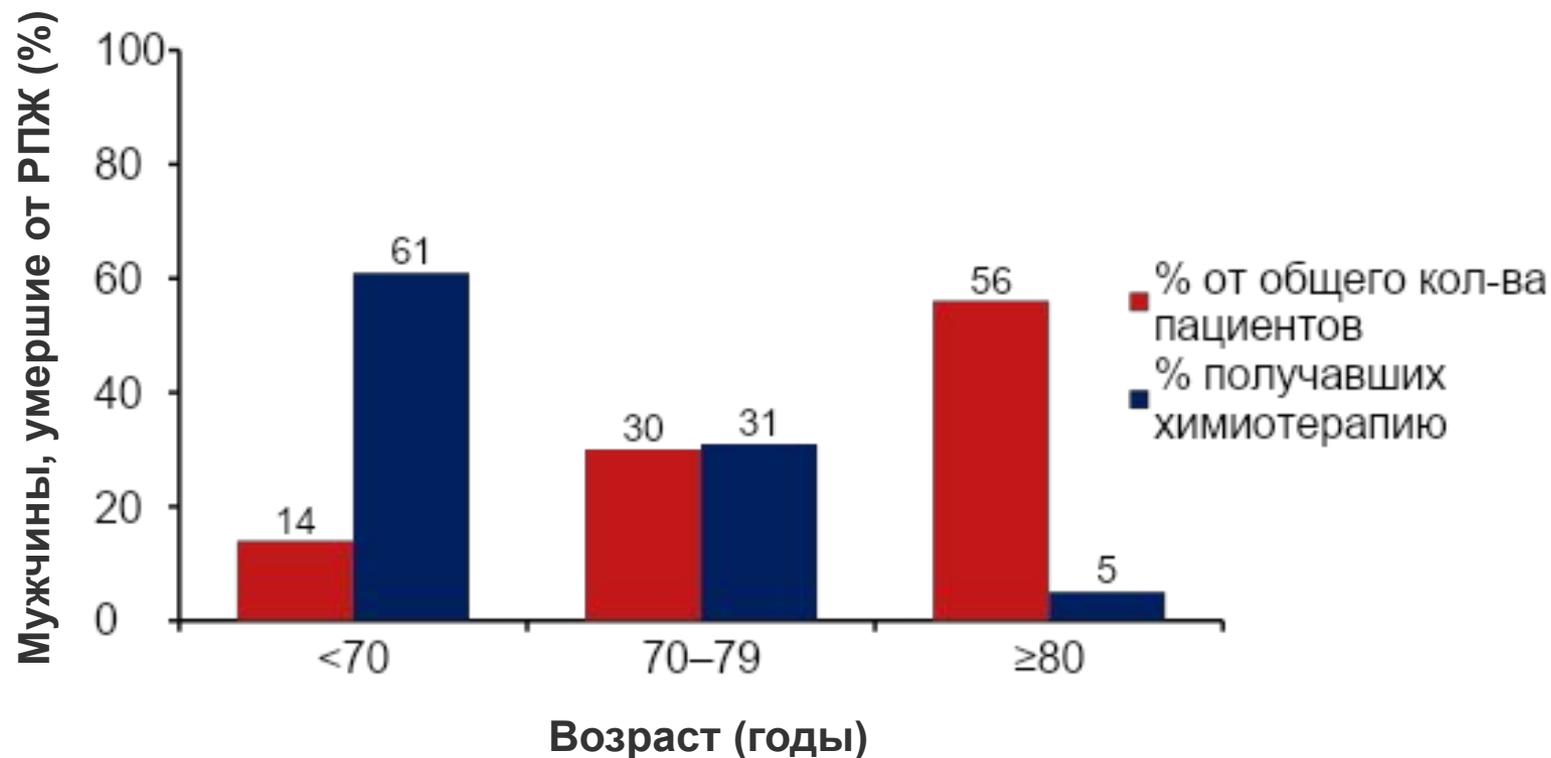
1. Beer TM, et al. N Engl J Med 2014;371:424–33; 2. Ryan et al. Lancet Oncol. 2015;16: 152-160; 3. Ryan et al. N Engl J Med 2013;368:138-48; 4. Tannock et al. N Engl J Med 2004;351:1502-12.

# Рекомендации RUSSCO 2018 - мКРРПЖ



# Не все пациенты получают химиотерапию

- Популяционное исследование по применению химиотерапии у мужчин с КРРПЖ
- С увеличением возраста частота применения химиотерапии значительно снижается
- При этом увеличивается смертность от РПЖ



# Доцетаксел: средняя частота трудно контролируемых осложнений

Нежелательное явление (НЯ)	Доцетаксел 1 раз / 3 нед (N=332), %	Доцетаксел 1 раз / 1 нед (N=330), %	Митоксантрон 1 раз / 3 нед (N=335), %
Анемия 3-4 ст.	5	5	2
Тромбоцитопения 3-4 ст.	1	0	1
Нейтропения 3-4 ст.	32	2	22
Фебрильная нейтропения	3	0	2
Снижение ФВЛЖ*	10	8	22
Усталость	53	49	35
Алопеция	65	50	13
Тошнота, рвота	42	41	38
Диарея	32	34	10
Изменения ногтей	30	37	7
Сенсорная нейропатия	30	24	7
Стоматит	20	17	8
≥1 серьезного НЯ	26	29	20

\*ФВЛЖ – функция выброса левого желудочка. Tannock IF, et al. N Engl J Med. 2004;351:1502-1512.

# Выбор экспертов: 1 линия терапии КРРПЖ

ADVANCED PROSTATE CANCER  
CONSENSUS CONFERENCE: APCCC  
ST.GALLEN/SWITZERLAND  
9-11 MARCH 2017



## Бессимптомный



## Симптомный



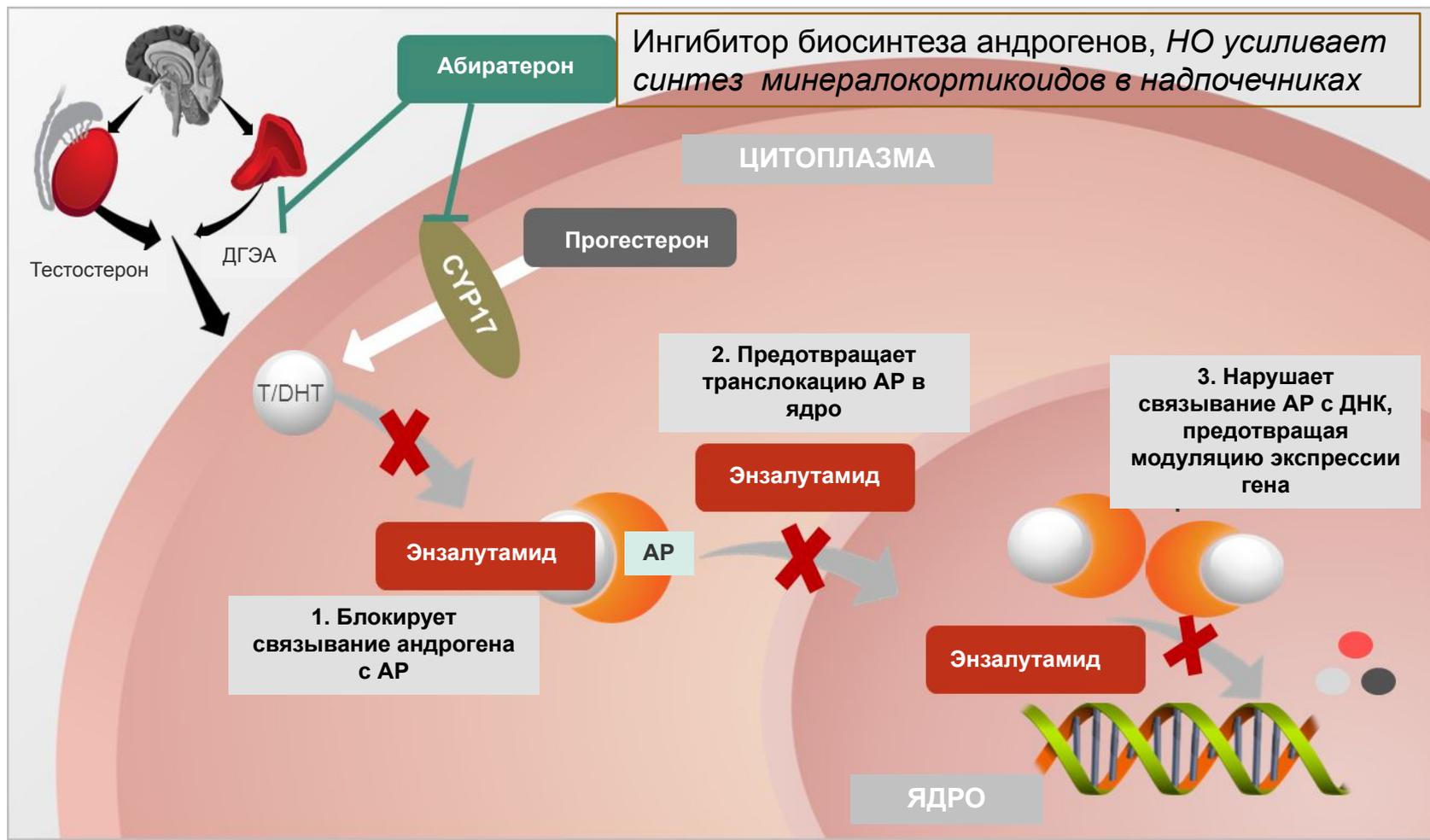
Не было  
доцетаксела



После  
доцетаксела

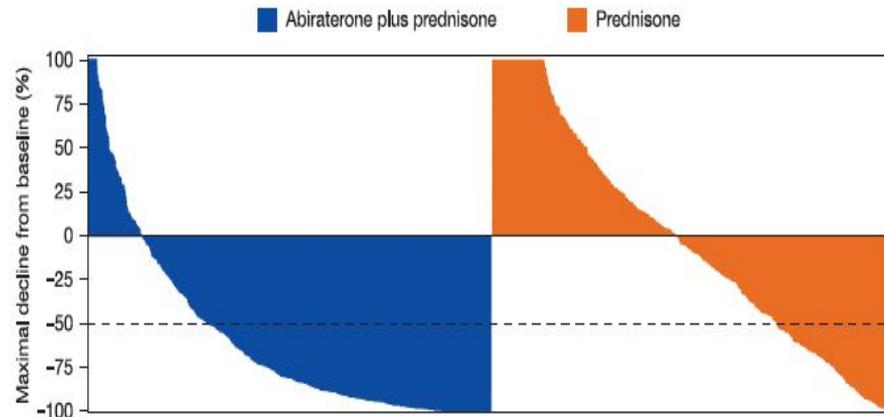


# И энзалутамид, и абиратерон ингибируют передачу сигналов с AR, но различными путями

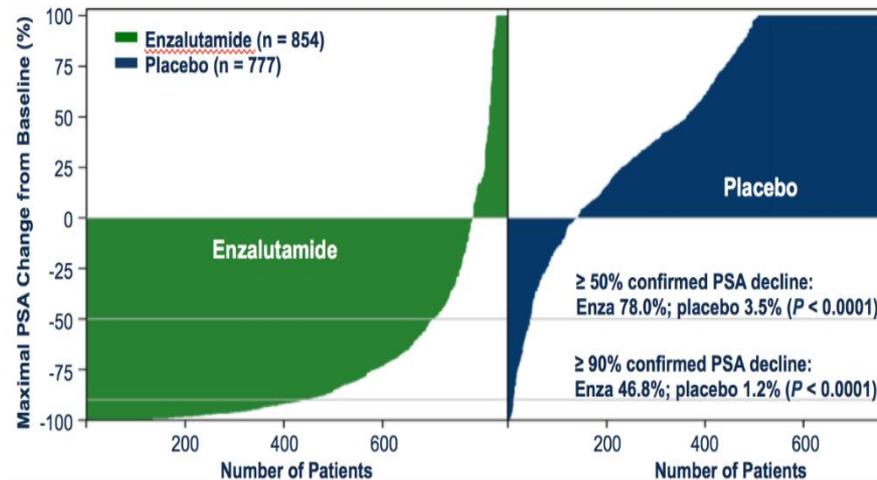


# Результаты современных исследований подтверждают роль AR-зависимого механизма в ~90 % случаев ранней стадии КРРПЖ

Абиратерон (COU-AA-302)<sup>1</sup>

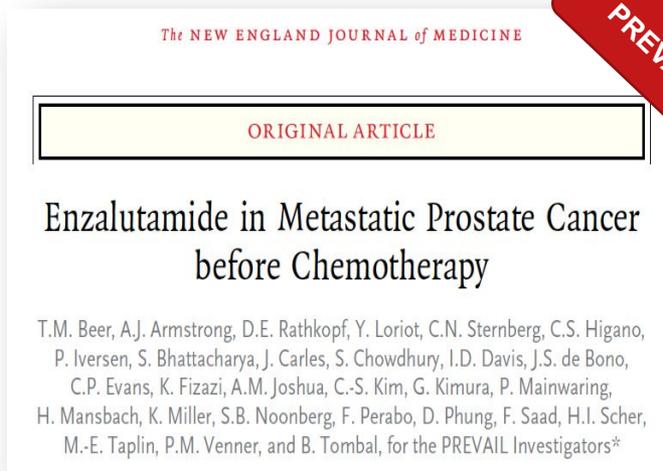


Энзалутамид (PREVAIL)<sup>2</sup>



# Кстанди (энзалутамид) в 1-й линии терапии пациентов с мКРРПЖ

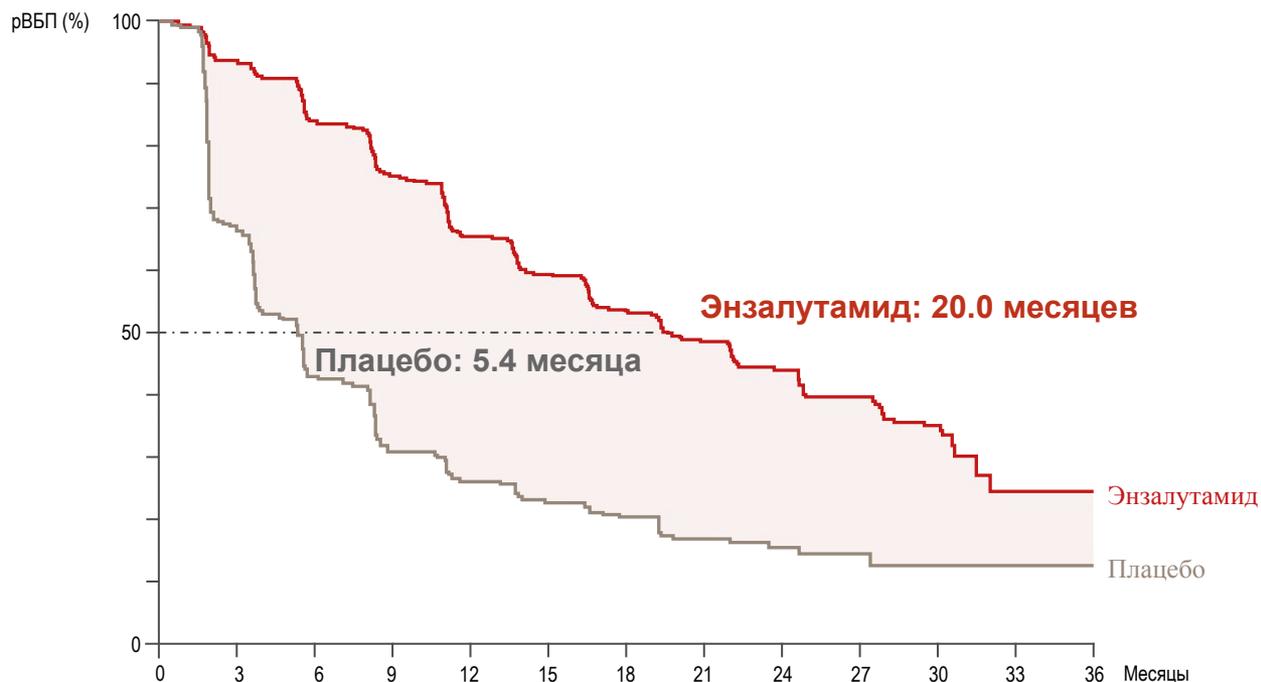
- Исследование последовательности: сравнение нового подхода с немедленным назначением энзалутамида при установлении кастрационной резистентности и старого подхода в виде ожидания и последующей химиотерапии



Название исследования		ОР для ОВ (95 % ДИ; р-значение)
PREVAIL <sup>1</sup>	Энзалутамид в сравнении с плацебо (до ДОЦ)	0,77 (0,67–0,88; p=0,0002)

**Снижение риска смерти на 23%**

# PREVAIL (1-я линия): Кстанди снижает риск рентгенографического прогрессирования или смертельного исхода на 68 % по сравнению с плацебо



**68 %**  
СНИЖЕНИЕ РИСКА

ОР=0,32 (95 % ДИ: 0,28–0,36)  
p<0,0001

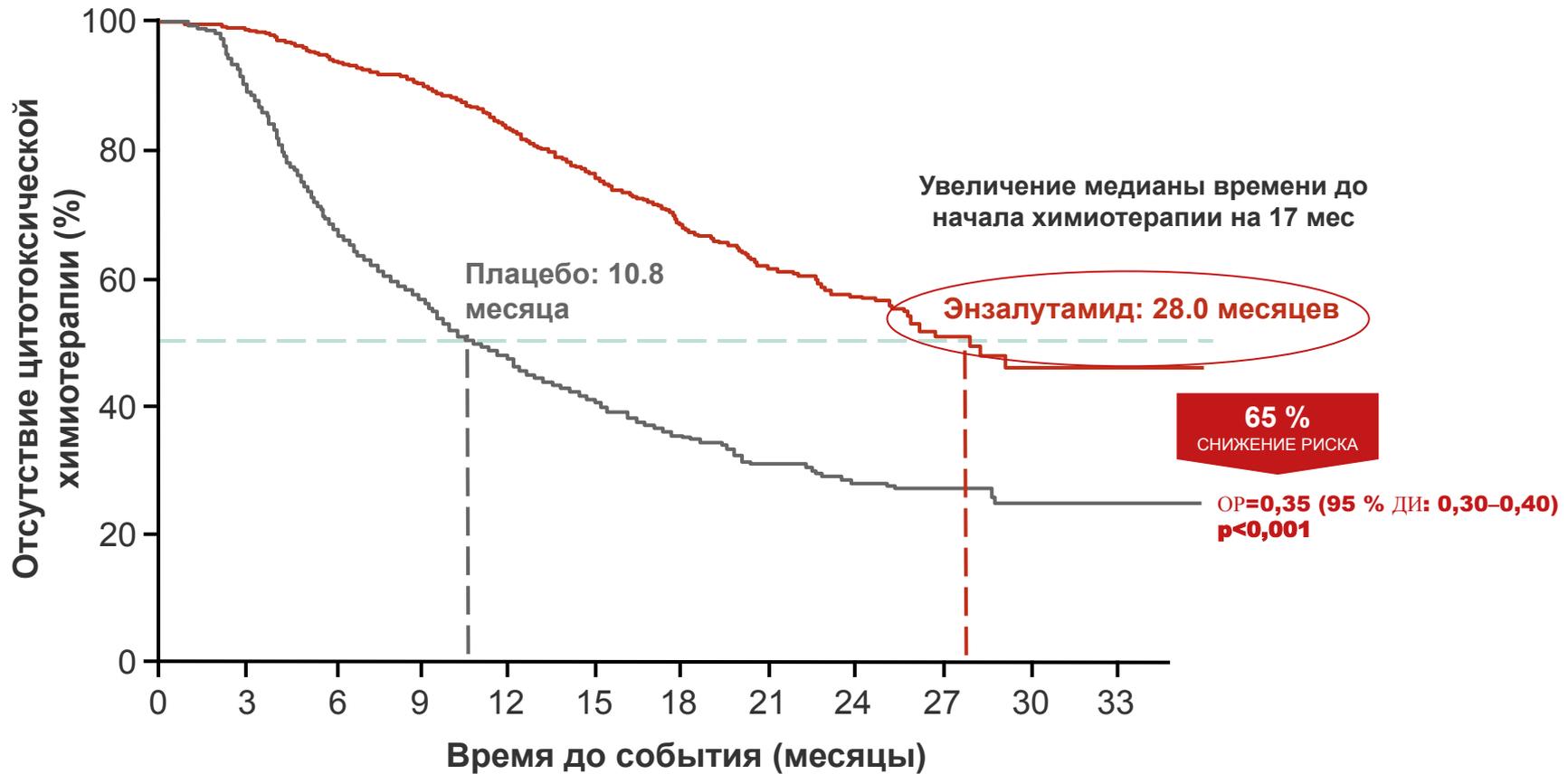
Расширенный анализ													
Энзалутамид, n	872	784	666	572	472	398	326	231	155	93	53	7	0
Плацебо, n	845	463	239	150	105	83	60	31	18	9	3	0	0

Дата анализа: 15 января 2014 г.

ДИ=доверительный интервал; ОР=отношение рисков; рВБП=выживаемость без рентгенографического прогрессирования.

Beer TM, et al. *Eur Urol* 2017;71:151–4.

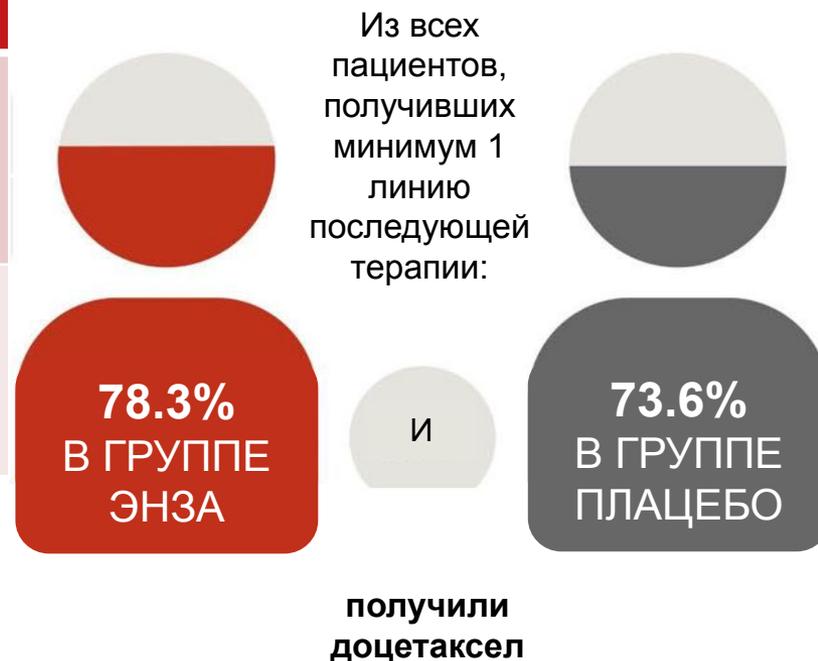
# PREVAIL (1-я линия): Кстанди снижает риск начала химиотерапии на 65 % по сравнению с плацебо



Энзалутамид, n	872	854	799	751	665	576	389	252	158	79	21	2
Плацебо, n	845	734	518	415	324	257	165	103	64	25	9	0

# Применение Кстанди в 1-й линии терапии не исключает возможность применения доцетаксела в последующем

	Энзалута мид (n=872)	Плацебо (n=845)
Пациенты, получившие $\geq 1$ последующей линии терапии, n (%)	457 (52.4)	685 (81.1)
Из них, в качестве следующей линии получили доцетаксел, n (%)	358 (78.3)	504 (73.6)



# Применение Кстанди в 1-й линии терапии мКРРПЖ, исследование PREVAIL (безопасность)

НЯ	Энзалутамид (n=871)		Плацебо (n=844)	
	Все степени тяжести (%)	3–4 степень тяжести (%)	Все степени тяжести (%)	3–4 степень тяжести (%)
Утомляемость	36	2	26	2
Боль в спине	27	3	22	3
Запор	22	<1	17	<1
Артралгия	20	1	16	1
Приливы	18	<1	8	0
Нарушения со стороны сердца	10	3	8	2
Острая почечная недостаточность	4	1	5	1
Ишемическое/геморрагическое цереброваскулярное явление	1	1	1	<1
Повышение активности АЛТ	1	<1	1	<1
Судорожный припадок	<1 <sup>†</sup>	<1	<1 <sup>†</sup>	0

Наиболее часто встречающиеся НЯ\*

НЯ, представляющие особый интерес

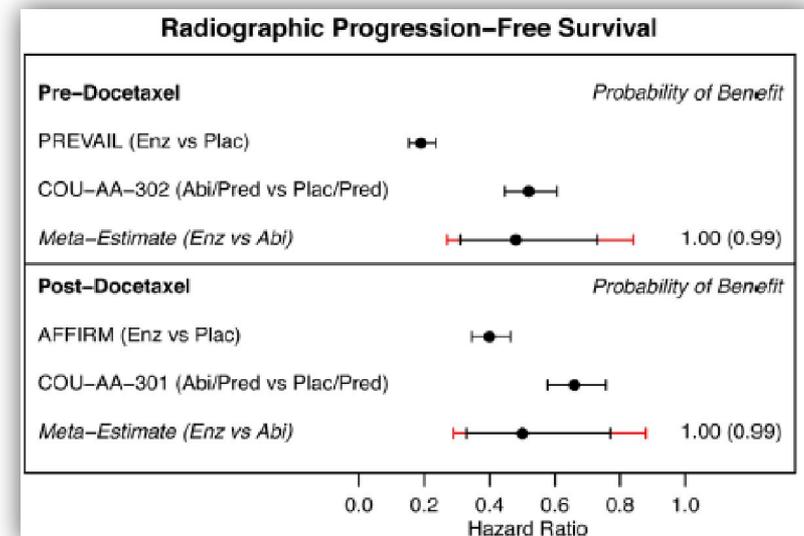
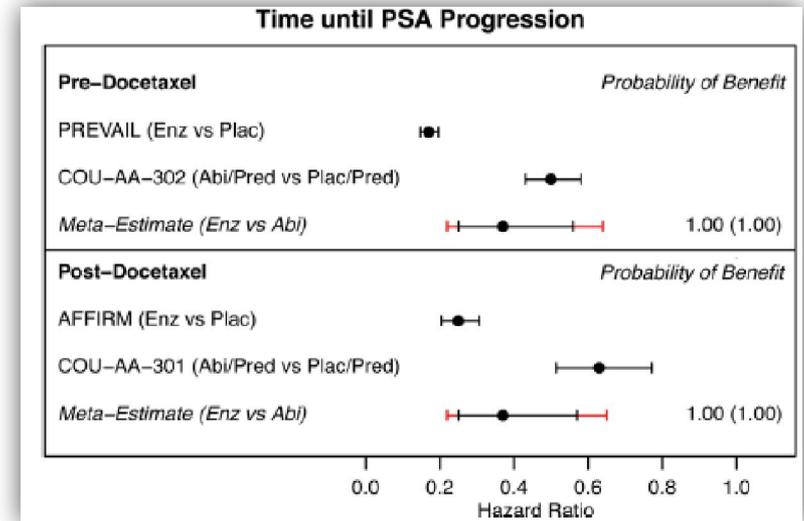
\*У ≥20 % пациентов, получавших лечение энзалутамидом, и на ≥2 % больше, чем при применении плацебо; <sup>†</sup>1 судорожный припадок развился после даты завершения сбора данных.

НЯ=нежелательное явление; АЛТ=аланинаминотрансфераза

Beer TM, et al. *N Engl J Med* 2014;371:424–33.

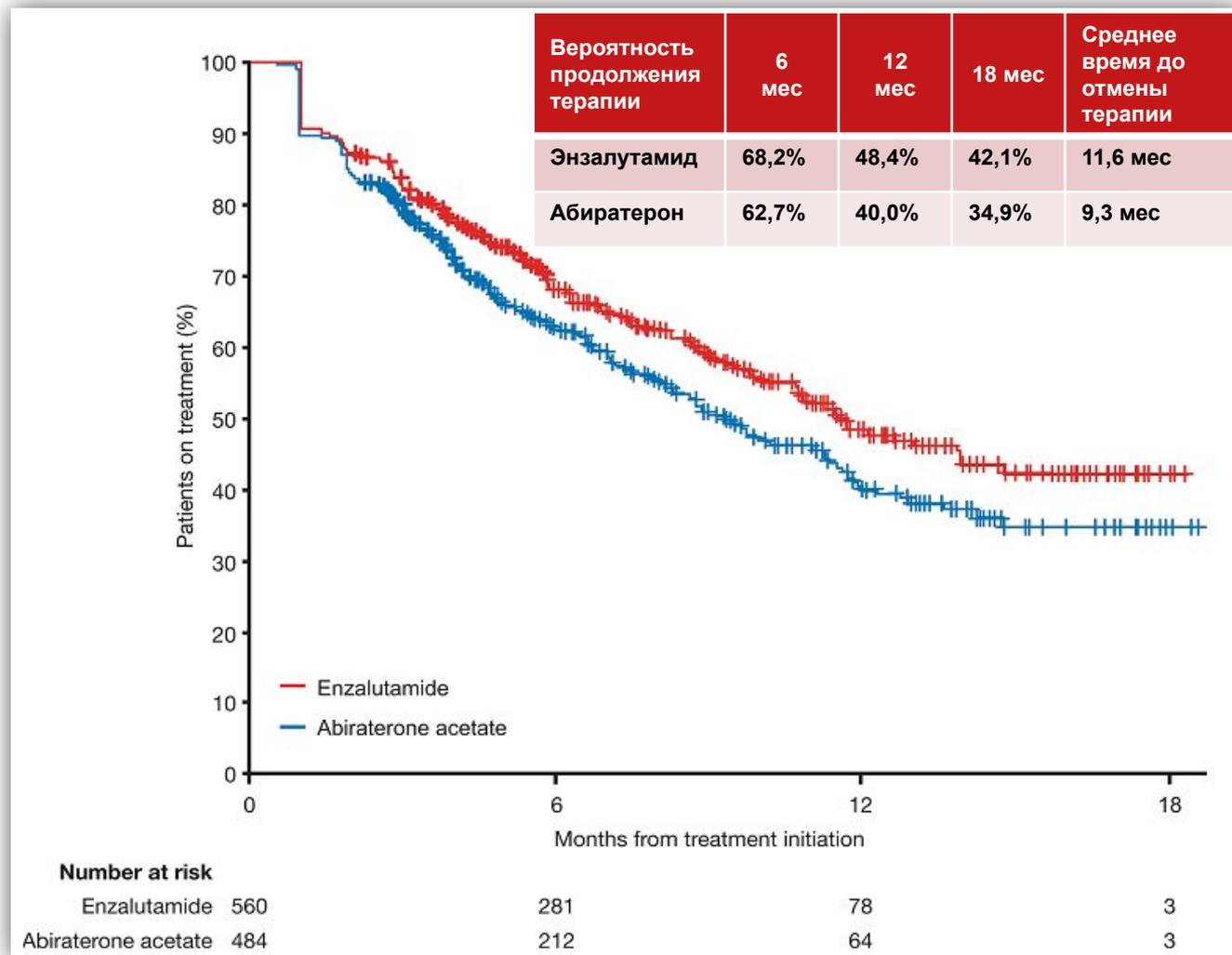
# Энзалутамид vs абиратерон – не прямое сравнение эффективности

- Энзалутамид и абиратерон сопоставимы по общей выживаемости
- Энзалутамид превосходит абиратерон с преднизолоном при КРРПЖ и доцетаксел-резистентном КРРПЖ в отношении:
  - рентгенологической БПВ
  - времени до ПСА-прогрессии
  - частоты ответа по ПСА



# Ожидаемая длительность терапии энзалутамидом и абиратероном в рутинной практике (1-я линия)

- Ретроспективное исследование, сравнивающее длительность лечения, затраты системы здравоохранения и стоимость терапии пациентов с мКРРПЖ энзалутамидом или абиратероном в 1-й линии в США



# Абиратерон + преднизон: дополнительные требования

## • Мониторинг

- Вследствие фармакодинамических эффектов, связанных с механизмом действия, прием абиратерона может вызывать гипертензию, гипокалиемию, задержку жидкости, гепатотоксичность и нарушение функции печени<sup>1</sup>
- Необходим мониторинг параметров, связанных с данными НЯ<sup>1</sup>

НЯ	Причина	Необходимый мониторинг при приеме абиратерона
Гипертензия	• Повышенные уровни минералокортикоидов из-за блокады CYP17	Артериальное давление – минимум раз в месяц
Гипокалиемия		Уровень К в плазме – минимум раз в месяц
Задержка жидкости		Симптомы задержки жидкости – минимум раз в месяц
Гепатотоксичность и нарушение функции печени	• Подавление печеночного метаболизма	Уровни билирубина и трансаминаз в плазме – до начала лечения, каждые 2 недели первые 3 месяца и затем ежемесячно

**Энзалутамид: нет необходимости в специальном мониторинге<sup>2</sup>**

## • Необходимость применения натошак

- Прием вместе с пищей значительно увеличивает абсорбцию абиратерона и не должен использоваться<sup>1</sup>

**Энзалутамид: может применяться независимо от приема пищи<sup>2</sup>**

НЯ=нежелательное явление; CYP17A1=cytochrome P450 17 $\alpha$ -hydroxylase/17,20-lyase.

1. Зитига (абиратерон). Инструкция по медицинскому применению 2015

2. Кстанди (энзалутамид). Инструкция по медицинскому применению 2016.

# Сопутствующие заболевания у пациентов с КРРПЖ, препятствующие назначению стероидов



+ Стероиды

Потенциальное ухудшение  
**Гипергликемии**



+ Стероиды

Потенциальное ухудшение  
**Гипертензии**



+ Стероиды

Потенциальное ухудшение  
**Гиперлипидемии**

# Выбор тактики в 1-й линии при КРРПЖ: индивидуальный профиль токсичности

	Энзалутамид <sup>1</sup>	Абиратерон <sup>2,3</sup>	Доцетаксел <sup>4</sup>
<b>Исследование</b>	PREVAIL	COU-AA-302	TAX-327
<b>Любые НЯ, %</b>	97%	100%	НД
<b>НЯ 3-4 степени</b>	43%	54%	69%
<b>Отмена из-за НЯ</b>	6%	13%	11%
<b>Специфические НЯ</b>	<p>Слабость (36%)</p> <p>Боль в спине (27%)</p> <p>Диарея (16%)</p> <p>Гипертензия (13%)</p> <p>Отеки (11%)</p> <p>Нарушения со стороны ССС (10%)</p> <p>Повышение АЛТ (1%)</p> <p>Судороги (&lt;1%)</p>	<p>Слабость (39%)</p> <p>Боль в спине (32%)</p> <p>Отеки, задержка жидкости (31%)</p> <p>Гипертензия (24%)</p> <p>Нарушения со стороны ССС (23%)</p> <p>Диарея (22%)</p> <p>Повышение АЛТ (13%)</p> <p>Гипокалиемия (19%)</p>	<p>Слабость (53%)</p> <p>Тошнота, рвота (42%)</p> <p>Диарея (32%)</p> <p>Нейтропения 3-4 ст. (32%)</p> <p>Сенсорная нейропатия (30%)</p> <p>Отеки (19%)</p> <p>Анемия 3-4 ст. (5%)</p> <p>Фебрильная нейтропения (3%)</p>

НЯ=нежелательное явление, АЛТ=аланин-амино трансфераза; ССС=сердечно-сосудистая система

1. Beer TM, et al. N Engl J Med 2014;371:424–33; 2. Ryan et al. Lancet Oncol. 2015;16: 152-160; 3. Ryan et al. N Engl J Med 2013;368:138-48; 4. Tannock et al. N Engl J Med 2004;351:1502-12.

# Последовательность терапии при мКРРПЖ – нерешенный вопрос

Рекомендации EAU 2019 по последовательности терапии у пациентов с мКРРПЖ

В настоящее время **отсутствуют международные рекомендации**, основанные на принципах доказательной медицины, по определению **лучшей последовательности терапии** у пациентов с мКРРПЖ, как до использования доцетаксела, так и после его применения

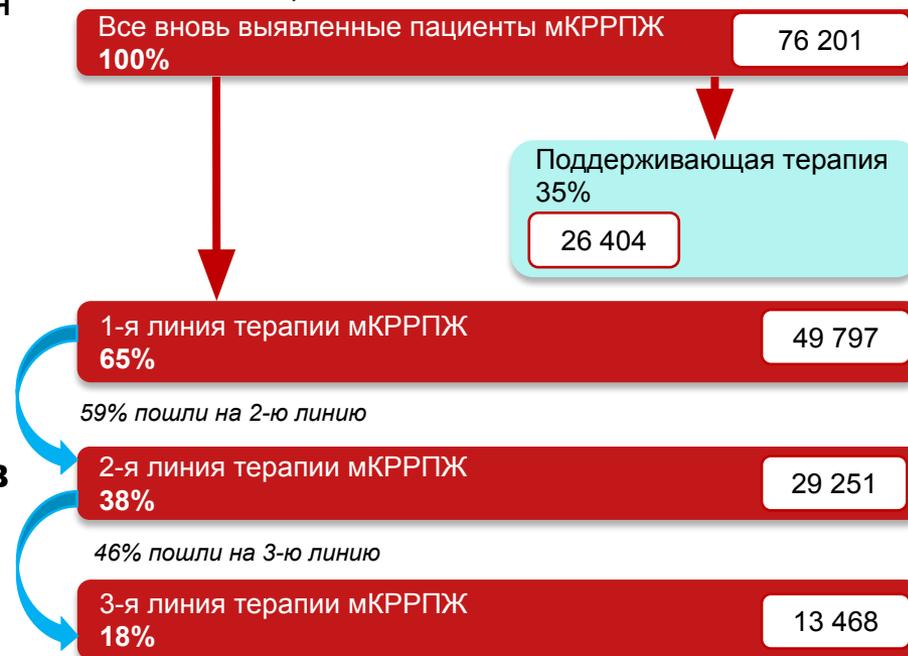
Обзор	УД
Невозможно сделать достоверных рекомендаций по выбору наиболее эффективного препарата для 1-й линии (н., гормональные препараты, химиотерапия или радий-223), т.к. не существует четких факторов предсказания ответа	3
Рекомендации	СР
Используйте препараты, увеличивающие выживаемость пациентов с мКРРПЖ Выбор терапии 1-й линии должен быть основан на соматическом статусе, симптомах, сопутствующих заболеваниях, локализации и степени распространённости заболевания, предпочтениях пациента и виде лечения, который был использован для терапии впервые выявленного метастатического РПЖ (алфавитный порядок: абиратерон, доцетаксел, энзалутамид, радий-223, сипулицел-Т).	<b>Высокая</b>

# Последовательность при мКРРПЖ в рутинной практике

- Вопрос оптимальной последовательности терапии в рутинной практике актуален для малого кол-ва пациентов с мКРРПЖ

- ✓ Не более 60% пациентов, получавших 1-ю линию терапии, переходят на 2-ю линию
- ✓ Не более 50% пациентов, получавших 1-ю и 2-ю линии терапии, переходят на 3-ю линию
- ✓ 3 и более линии терапии могут получить **не более 20% пациентов с мКРРПЖ**

Кол-во пациентов с мКРРПЖ, получающих специальное лечение в 9 странах ЕС за 2013 год



Важным является не вариант последовательности, а возможность получения пациентом жизнеспасающего лечения

# Выводы

- Андрогеновый рецептор остается главной мишенью при КРРПЖ, даже при прогрессировании на препаратах абиратерон и/или энзалутамид
- Энзалутамид является стандартом терапии у больных **неметастатическим КРРПЖ**
- Выбор 1-й линии лекарственной терапии при метастатическом КРРПЖ (ХТ или ГТ) зависит от **характеристик заболевания и пациента, а также виде лечения, использованного при впервые выявленном мРПЖ**
- Энзалутамид имеет преимущество перед абиратероном при назначении в 1-й линии мКРРПЖ за счет **лучшего ответа по ПСА, меньшей частоты побочных эффектов со стороны сердечно-сосудистой системы и печени, отсутствия необходимости приема стероидов и специального мониторинга**
- Необходим алгоритм выбора последовательности терапии КРРПЖ



**Спасибо за внимание!**