



**MOVEMBER**, або **Вусатий листопад** — всесвітня інформаційна кампанія, що була заснована в Австралії, суть якої базується на висвітленні проблем чоловічого здоров'я, пропаганді скринінгу раку простати та раннього виявлення інших злоякісних пухлин чоловічої статеві системи. Основний заклик кампанії — годі соромитись та приховувати чоловічі інтимні проблеми.

## ***Чому листопад все ж таки “вусатий”?***

Ідея полягає в тому, що активісти всього світу перестають голити вуса, таким чином привертаючи увагу до себе та проблем чоловічого здоров'я: інформують про медичні організації, які займаються допомогою таким пацієнтам, підтримують чоловіків, які борються з раком простати, яєчок та іншими “чоловічими” захворюваннями. Зазвичай пацієнти приховують або ігнорують перші симптоми хвороби сечостатевої системи через сором, незнання або неможливість звернутися за допомогою. Щорічно від раку простати вмирають тисячі людей, кожний 8-й чоловік страждає від раку передміхурової залози, а у віці старше 80-ти років в кожного другого пацієнта наявна та чи інша форма раку простати. Дана патологія займає 2-ге місце в структурі онкологічних захворювань серед чоловіків, поступаючись місцем лише раку легенів. Саме тому, активісти та волонтери збирають і поширюють найактуальнішу інформацію щодо факторів ризику, перших симптомів, сучасної діагностики та методів лікування раку простати.

## ***У всьому винні гени: міф чи реальність?***

Останні дослідження показали, що рак простати тісно пов'язаний з мутацією гену BRCA2. Вчені-генетики знайшли зв'язок між наявністю в кровних родичів чоловіка раку яєчників, молочної і підшлункової залоз та підвищеним ризиком виникнення раку передміхурової залози. Дослідження IMPACT, до якого були включені 3000 чоловіків з 20-ти країн світу, які щорічно проходили тестування на рівень ПСА та біопсію, показало, що чоловіки, які мають мутацію, в два рази частіше хворіють на рак простати. Окрім того, в пацієнтів з даною мутацією рак виникає в молодому віці та протікає більш агресивно, а середня виживаність становить 2 роки, в той час як хворі без мутації проживають в середньому 12 років.

До підвищеного ризику виникнення раку простати також відносять чоловіків, які мають шкідливі звички, адже табакокуріння, наркотичні речовини і алкоголь є сильними мутагенними речовинами; та пацієнтів старше 60-ти років. Інші теорії виникнення раку передміхурової залози не знайшли прямого підтвердження, до них відносять:

- хронічне запалення;
- травмування;
- надмірне вживання тваринних жирів, м'яса та незбалансоване харчування;
- вірусна теорія.

### ***Раннє виявлення раку передміхурової залози.***

Раніше рівень ПСА (простат специфічного антигену) використовували лише для контролю динаміки наявного раку передміхурової залози, але 1993 року в США аналіз на рівень ПСА став інструментом у проведенні популяційного скринінгу раку простати. В рандомізованих клінічних дослідженнях приймали участь більше 700 тисяч чоловіків у віці від 40 до 80 років, які не мали жодного симптому захворювання передміхурової залози. Щорічно учасники дослідження проходили тестування на рівень ПСА в крові та біопсію простати. Після того, як спостереження досягло 18-ти років, вчені зробили висновки, що захворюваність на рак простати зросла за рахунок раннього виявлення ( на 1й та 2й стадіях), але смертність залишалася однаковою в усіх групах.

До сьогоднішнього дня тривають суперечки між лікарями з приводу проведення скринінгу раку простати шляхом визначення рівня ПСА, адже підвищений рівень даного маркера свідчить як про агресивну пухлину, яка потребує негайного лікування, так і про враження, що ніколи не буде прогресувати.

*Отже, кому потрібно визначення рівня ПСА та які додаткові інструменти доступні лікарю-урологу щоб запідозрити та встановити діагноз раку передміхурової залози?*

Потребують тестування на рівень ПСА:

1. Пацієнти старше 60-ти років — щорічно.
2. Чоловіки після 40, в сімейному анамнезі яких були випадки раку простати серед чоловіків і раку молочної залози та яєчників серед жінок — щорічно.
3. Пацієнти будь-якого віку з наявними симптомами порушення функції передміхурової залози. До таких симптомів відносять:

- ознаки обструкції сечовивідних шляхів (ослаблення і уривчастість струменя сечі, відчуття неповного спорожнення сечового міхура, почастишання сечовипускання, імперативні позиви до сечовипускання, стресове нетримання сечі)

- ознаки росту пухлини (гематурія, гемоспермія, нетримання сечі, еректильна дисфункція, біль в надлобковій ділянці та промежині)

- ознаки метастазування ( біль в кістках та попереку без видимих причин, лімфостаз нижніх кінцівок, анемія та кахексія невстановленого генезу).

Середній нормальний рівень ПСА (простат специфічного антигену) становить 2,5 нг/мл. Показник варіюється в залежності від віку. Рівень ПСА 2,5-10,0 нг/мл говорить про доброякісну гіперплазію . Якщо показник виходить за межі 10,0 нг/мл, ми починаємо говорити про наявність раку простати та використовувати інші методи для підтвердження діагнозу.

**Стандартна схема обстеження хворого з підозрою на рак простати включає:**

1. **Пальцеве ректальне дослідження.**
2. Тест на **рівень ПСА.**
3. Трансректальне **ультразвукове дослідження.**
4. **Біопсія простати** (Золотий стандарт діагностики онкологічних захворювань).

В разі, якщо в пацієнта запідозрено поширений рак передміхурової залози та наявні симптоми метастазування (біль в кістках, лімфостаз, анемія, кахексія), до обстеження додається **сцинтиграфія** та **КТ** сканування всього тіла.

□□□□□□□□□□□□□□□□ **Спостереження : за і проти.**

Після встановлення діагнозу перед клініцистами постає інше питання : з чого починати лікування? В останні роки, науковці у сфері онкології радять надавати перевагу прицільному та активному спостереженню за пацієнтом з раннім раком простати низького ризику (локалізована низькоагресивна пухлина невеликого розміру без метастазування) та невеликим рівнем ПСА. Під поняттям “прицільне” мається на увазі спостереження новоутворення в динаміці шляхом декількох повторних біопсій та аналізів на рівень ПСА через певні проміжки часу. Прицільне спостереження проводять з метою уточнення природи пухлини, адже деякі новоутворення простати не здатні до прогресії. Також даний вид лікування використовують тоді, коли результати біопсії є сумнівними.

“Активне спостереження” — це вид лікування клінічно незначущого раку простати, при якому проводяться регулярні аналізи крові на ПСА, пальцеві ректальні дослідження простати, оцінка симптомів, ТРУЗД (трансректальне ультразвукове дослідження) простати, а при підозрі на появу прогресії раку, переходять до більш активних лікувальних дій – хірургічного, або променевого.

Окрім того, що дані види терапії показані лише пацієнтам з маленькими не агресивними пухлинами, що не метастазували, активне та прицільне спостереження використовують для пацієнтів, що утримуються від інших видів лікування, або не підлягають їм.

Пацієнти з середнім та високим ризиком (високоагресивні пухлини середніх та великих розмірів, що проростають в сусідні органи і метастазують) підлягають більш агресивним та радикальним методам лікування, таким як:

- хірургічне (радикальна простатектомія)
- променеве (дистанційна променева терапія, брахітерапія)
- імунна, таргетна терапія (PARP-інгібітори показали блискучі результати в лікуванні метастатичного раку передміхурової залози)

Використання радикальних методів лікування, а також терапія імунними і таргетними препаратами у пацієнтів з низьким ризиком та ранніми низькоагресивними пухлинами не

мають прямо доведених переваг.

Американські вчені провели рандомізоване клінічне дослідження, куди включили 6446 чоловіків з **низькоагресивними** пухлинами **1** та **2А** стадії і рівнем **ПСА нижче 10нг/мл**, в ході якого пацієнти перебували на активному спостереженні та регулярно обстежувалися. Згідно з висновками, що були опубліковані, на

**10-му році**

спостережень у

**48,3%**

відмічалось

**прогресування**

;

**41,1%**

досягли повної/часткової

**регресії**

;

**1,4%**

досліджуваних з'явилися

**метастази**

;

**1,0%**

з них

**померли**

від прогресування раку простати і

**23,5% померли від інших хвороб**

.

В той же час, вчені з Чикаго довели, що ефективність активного спостереження прямо пропорційно залежить від готовності хворого до регулярного контролю за пухлиною та вчасного проходження всіх обстежень. Згідно з їх висновками, лише **15%** чоловіків дотримуються контролю за новоутворенням через 18 місяців після початку лікування.

**Виходячи з цих даних, приймати рішення про проведення прицільного/активного спостереження, або більш радикальних методів лікування має лікар після детального аналізу кожного випадку та з урахуванням індивідуальних особливостей кожного окремого пацієнта.**