

Часто СИМПТОМЫ ГМП У МУЖЧИН ОСТАЮТСЯ НЕДООЦЕНЁННЫМИ, проводимая терапия оказывается недостаточной, а результаты лечения – неудовлетворительными^{1,2}



По данным эпидемиологических исследований, распространённость СНМП увеличивается с возрастом, а среди мужчин особенно **увеличивается распространённость симптомов наполнения**³.

Средний возраст появления симптомов ДГПЖ — 60 лет. У 30% мужчин старше 65 лет обнаруживают развёрнутую клиническую картину заболевания. Однако **увеличение простаты не всегда сочетается с клиническими проявлениями**⁴.

СНМП к 60 годам в какой-либо степени проявляются у **60% мужчин**⁴.

При обследовании мужчин европеоидной расы симптомы нижних мочевыводящих путей (от средних до значительных проявлений) были выявлены у 13% пациентов 40–49 лет, а у пациентов старше 70 лет — в 28% случаев^{4,5}.



Симптомы, возникающие на фоне ДГПЖ, могут иметь различные причины¹

Это может быть и обструкция, связанная с давлением увеличенной железы на шейку мочевого пузыря и мочеиспускательный канал, и изменение стенки мочевого пузыря на фоне длительно существующей инфравезикальной обструкции или процесса старения¹.

Поэтому у пациентов с ДГПЖ очень часто наблюдаются как симптомы опорожнения, так и симптомы наполнения².



Ургентность, учащённое мочеиспускание, в том числе в ночное время, в клинике принято определять как синдром «гиперактивного мочевого пузыря» (ГМП). Распространённым заблуждением в медицинском сообществе является соотнесение СНМП с заболеванием предстательной железы (ДГПЖ). Часто симптомы ГМП остаются недооценёнными, проводимая терапия оказывается недостаточной, а результаты лечения – неудовлетворительными¹



Высокая распространённость **ГМП у пациентов с ДГПЖ** продемонстрирована во многих исследованиях. В крупном международном популяционном исследовании было показано, что среди мужчин симптомы наполнения преобладают над симптомами опорожнения (51,3%, 25,7% соответственно)⁵



Согласно оценке эпидемиологии ГМП у мужчин старше 40 лет, **самыми беспокоящими симптомами** нижних мочевыводящих путей являлись **ургентность, недержание мочи и ноктурия**. При этом симптомы ГМП у мужчин оказывают значительное влияние на ежедневную активность и качество жизни, включая работоспособность, социальные и семейные взаимоотношения и качество сна. Симптомы ГМП также негативно влияют на самочувствие и могут быть ассоциированы с тревогой и депрессией⁶



Пациентам с обструктивными симптомами ДГПЖ при отсутствии задержки мочи лекарственную терапию рекомендуется начинать с **уроселективных α1-адреноблокаторов**. При возникновении симптомов наполнения у пациентов, принимающих α1-блокаторы, рекомендуется добавление уроселективных **м-холинолитиков (солифенацин) или мирабегрона**²

1. EAU 2019. Доступно на <http://uroweb.org/guideline/treatment-of-non-neurogenicmale-luts/>

2. Касян Г.Р., Кривобородов Г.Г., Гаджиева З.К. Резолюция по итогам экспертного совета по проблемам дифференцированного подхода к терапии СНМП. Урология. 2019. № 4. С. 6–8.

3. Martin S.A., Haren M.T., Marshall V.R., Lange K., Wittert G.A. World J. Urol. 2011; 29(2): 179–184. doi : 10.1007 / s00345-010-0605-8.

4. Guess H.A. Urol. Clin. North. Am. 1995. Vol. 22. P. 247–261.

5. Irwin D., et al. European Urology. 2006; 50: 1306–1315.

6. Milsom I.P. BJU International. 2001; 87: 760–766.

URO_2020_0008_RU_Apr_2020_postscriptum



АО «Астеллас Фарма»

109147, Россия, Москва, ул. Марксистская, д. 16
Тел. +7 (495) 737-07-56

Данные опросника IPSS позволяют подобрать оптимальную схему медикаментозной терапии, согласно наиболее беспокоящим симптомам¹

Шкала IPSS (International Prostate Symptom Score) позволяет оценить выраженность симптомов и наиболее беспокоящие симптомы у пациентов с нарушением мочеиспускания¹

В зависимости от симптоматики шкала позволяет подобрать персонализированную терапию для пациента¹

Эпидемиологические исследования подтверждают высокую распространённость сочетания симптомов опорожнения и наполнения у мужчин, что может потребовать **дополнительного назначения к α 1-адреноблокаторам селективных антагонистов мускариновых рецепторов и агонистов β 3-адренорецепторов²**

У пациентов с изолированными обструктивными симптомами (затруднённое начало мочеиспускания, прерывистое мочеиспускание, слабая струя мочи, разбрызгивание струи мочи, необходимость в натуживании при мочеиспускании, капельное выделение мочи в конце мочеиспускания) рекомендовано назначение уроселективных α 1-адреноблокаторов²

Для снижения числа побочных явлений следует отдавать предпочтение таблеткам с контролируемым высвобождением препарата²



При наличии у пациента **смешанных симптомов с преобладанием ургентности и/или ургентного недержания мочи** рекомендуется назначать комбинированную терапию **альфа1-адреноблокаторами и селективными антагонистами мускариновых рецепторов²**

При наличии у пациента **смешанных симптомов с преобладанием поллакиурии и/или ноктурии** рекомендуется назначать комбинированную терапию **альфа1-адреноблокаторами и агонистами β 3-адренорецепторов²**

Пациентам с СНМП и преобладанием **симптомов наполнения** при неэффективности монотерапии рекомендовано назначение комбинированной терапии **селективными антагонистами мускариновых рецепторов и агонистами β 3-адренорецепторов²**

Скачать опросник IPSS

1. Пушкарь Д.Ю. Московская урологическая практика. 2019, 816 с.

2. Касян Г.Р., Кривобородов Г.Г., Гаджиева З.К. Резолюция по итогам экспертного совета по проблемам дифференцированного подхода к терапии СНМП. Урология. 2019. № 4. С. 6–8.

URO_2020_0008_RU_Apr_2020_postscriptum



АО «Астеллас Фарма»

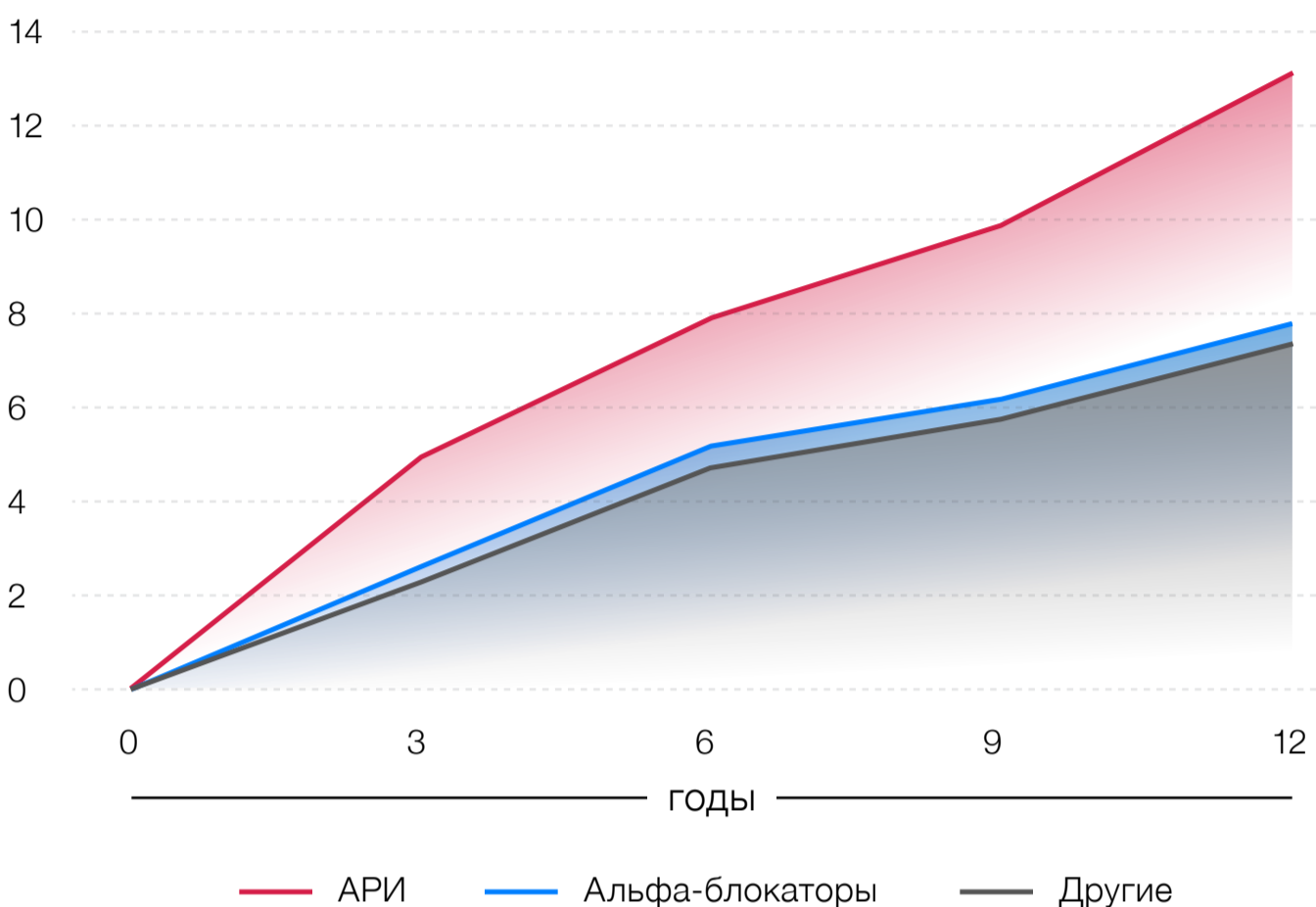
109147, Россия, Москва, ул. Марксистская, д. 16
Тел. +7 (495) 737-07-56

Вы получили это письмо, т. к. подписаны на рассылку. Чтобы отказаться от этой рассылки, перейдите по [ссылке](#).
Информация предназначена для медицинских работников. Для получения дополнительной информации о том, как мы защищаем Ваши персональные данные и как Вы можете реализовать своё право на защиту данных, ознакомьтесь с Уведомлением о конфиденциальности [здесь](#).

НЕ НАВРЕДИ

Использование 5-АРИ ассоциировано с отсроченной диагностикой и ухудшением прогностических показателей рака простаты: результаты метаанализа с участием 80 875 пациентов

Смертность от рака простаты, %



Авторами публикации проведено популяционное когортное исследование. Проанализированы истории болезни 80 875 больных раком простаты 1–4 стадии, диагностированным с 1 января 2001 года по 31 декабря 2015 года.

Пациенты наблюдались до смерти или до 31 декабря 2017 года

Анализ данных проводился с марта по май 2018 года

Согласно данным исследования, использование **5-АРИ приводило к более поздней диагностике и ухудшению прогноза у больных с раком простаты¹.**

По результатам научной работы авторы пришли к следующим выводам¹:



Преддиагностическое использование 5-АРИ ассоциировалось с отсроченной диагностикой и ухудшением прогностических показателей у мужчин с раком простаты

Необходимо повышение осведомлённости о 5-АРИ-индуцированном подавлении ПСА

Необходимо соблюдение чётких критериев для раннего выявления рака простаты

Практикующие врачи должны быть проинформированы о необходимости оптимального наблюдения за мужчинами, которые используют 5-АРИ

1. Reith R., Sarkar, et al. JAMA InterMed. Doi: 10.1001/jamaintermed.2019.0280.

URO_2020_0008_RU_Apr_2020_postscriptum



АО «Астеллас Фарма»

109147, Россия, Москва, ул. Марксистская, д. 16
Тел. +7 (495) 737-07-56