

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ НАРУШЕНИЙ МОЧЕИСПУСКАНИЯ У МУЖЧИН

В конце апреля 2024 года в рамках XX Юбилейного конгресса «Мужское здоровье» состоялся сателлитный симпозиум компании «Астеллас» с очень личным названием «История моего папы».

Участники мероприятия, ведущие российские представители трех специальностей — уролог, психиатр и терапевт, обсудили междисциплинарный подход к лечению пациента с симптомами нижних мочевых путей.

Модератором симпозиума выступил президент МОО «Мужское и репродуктивное здоровье», директор МНОЦ МГУ им. М.В. Ломоносова, заведующий кафедрой урологии и андрологии ФФМ МГУ им. М.В. Ломоносова, заслуженный деятель науки РФ, академик РАН, д.м.н., профессор **Арманс Альбертович Камалов**.

Трогательный мини-фильм про уролога и его папу, который стал урологическим пациентом, заставил каждого присутствующего в зале специалиста вспомнить о своих родителях. Несмотря на наличие сына или дочери врача, родители тоже могут быть нашими пациентами и также нуждаться в нашем внимании и помощи.

Интимность урологических проблем накладывает отпечаток на психологическое состояние и душевное равновесие пациентов, их социализацию и адаптацию среди окружающих. Поэтому первый доклад был посвящен обсуждению урологических пациентов и их психологических особенностей. Профессор кафедры психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии РУДН, д.м.н. **Юрий Павлович Сиволап** рассказал о наиболее распространенном психическом расстройстве, которым страдает не менее 3,5% людей по всему миру, — депрессии.

Депрессия возникает хотя бы раз в жизни у каждого седьмого человека, причем у женщин в два раза чаще, чем у мужчин. Среди пациентов, обращающихся за врачебной помощью с депрессией, на 7–8 женщин приходится один мужчина.

Барьерами к посещению врача у мужчин являются нежелание оказаться беспомощным в вопросах своего здоровья, самолечение, стеснение и надежда, что излечение придет самостоятельно. Однако следует помнить, что депрессия часто сопровождается тревогой и нарушениями сна, снижает приверженность к терапии сопутствующих болезней и затрудняет выздоровление. В клинике любого профиля депрессия встречается чаще, чем в общей популяции.

Симптомы нижних мочевых путей (СНМП) встречаются у 40% пожилых мужчин, ноктурия встречается, по разным данным, у 78% мужчин.

Эти симптомы не только нарушают социальное, профессиональное и семейное положение пациента, но и способствуют появлению и усугублению депрессии. Факторы, приводящие к депрессии при СНМП, — нарушения сна в связи с ноктурией, физические страдания, ухудшение отношений с окружающими, чувство стыда, переживание собственной неполноценности и психологический дистресс.

Таким образом, СНМП в значительной степени снижают качество жизни, причем далеко не все пациенты обращаются за медицинской помощью.

Юрий Павлович напомнил, что СНМП, включая ноктурию, ассоциированы с повышенной летальностью; депрессия повышает риск преждевременной смерти не только в связи с суицидом, но и по другим медицинским причинам; сочетание СНМП и депрессии увеличивает вероятность преждевременных смертей. Профессор привел пример исследования о корреляции длительно существующих СНМП с риском повышенной смерти — более 2 эпизодов ноктурии были связаны с повышением риска смертности на 27%, более 3 мочеиспусканий за ночь были связаны с таким же риском на 72%.

Именно поэтому пациент с СНМП нуждается не только в помощи уролога, но и других специалистов, в частности психиатра.

Тема междисциплинарности проблемы была поддержана ученым секретарем МНОЦ МГУ им. М.В. Ломоносова, руководителем отдела возраст-ассоциированных заболеваний МНОЦ МГУ им. М.В. Ломоносова, д.м.н. **Яной Артуровной Орловой**, которая напомнила, что на фоне роста продолжительности жизни населения на планете распространенность хронических заболеваний увеличивается. Если в 1800 году ожидаемая продолжительность жизни составляла около 25 лет, то в XXI веке она уже составила 70+ в странах «зеленого пояса», к которым относится и Россия, а в некоторых достигла 80+ (Канада, Австралия, Япония).

В большом количестве исследований было показано, что после 40 лет у многих людей увеличивается количество хронических болезней и формируется состояние коморбидности. В первую очередь, это сердечно-сосудистые и онкологические заболевания. Согласно статистическим данным, 89% российских мужчин в возрасте 40–69 лет имеют высокий и очень высокий риск фатальных сердечно-сосудистых событий в предстоящие 10 лет.

Яна Артуровна акцентировала внимание на общих механизмах развития СНМП и сердечно-сосудистых заболеваний. Пожилой возраст, гипертония, гиперлипидемия, сахарный диабет приводят к эндотелиальной дисфункции и, как

следствие, к ишемии и хроническому воспалению. Таким образом, большинство возраст-ассоциированных заболеваний имеют ряд общих патогенетических механизмов. Пожилые пациенты с СНМП могут обращаться к врачам различных специальностей.

Распространенность нарушений мочеиспускания среди пациентов, наблюдающихся у кардиолога, составила 73,3% по сравнению с 57,0% среди респондентов, не лечившихся у кардиологов. Это связано с тем, что кардиологи всегда акцентируют внимание на мочеиспускании пациентов, ноктурии, отеках и тем самым оказывают вовлеченными в проблемы СНМП у своих пациентов. Только треть кардиологических пациентов, у которых были выявлены СНМП, ранее обращались за лечением по их поводу.

«В РФ все пациенты в возрасте 40 лет и старше, обратившиеся к врачу любой специальности, должны рассматриваться как полиморбидные», — выразила убеждение Яна Артуровна и предложила рассмотреть клинический случай о том, как лечить полиморбидного пациента, чтобы не получилось «одно лечим, другое калечим».

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

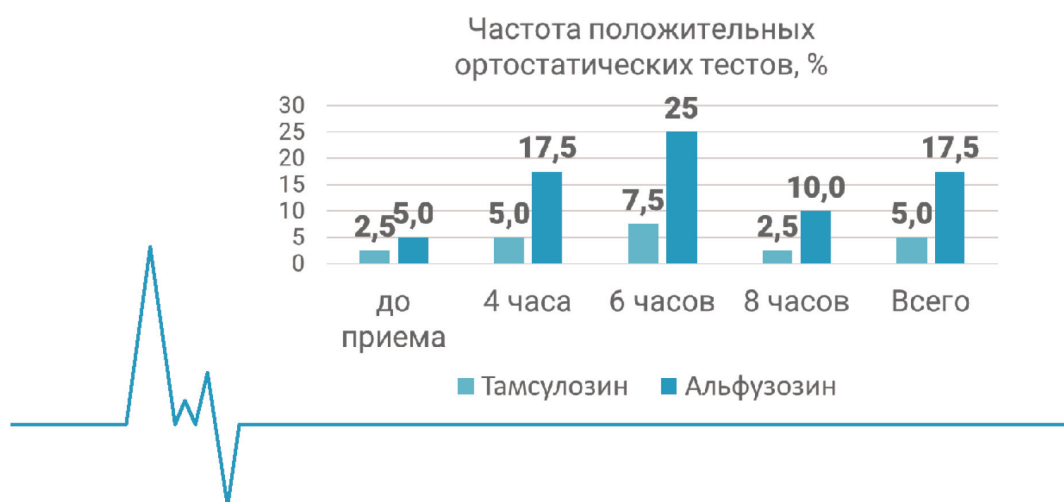
Вниманию участников был представлен пациент 67 лет с диагнозом: гипертоническая болезнь 2-й стадии, 2 ст., риск высокий. Атеросклероз сонных артерий (АСБ до 30%). Ожирение 1 ст. Дислипидемия. Правосторонний гонартроз. СНМП.

На основании суточного мониторинга артериального давления у пациента было зафиксировано повышение АД в ночное время, на фоне чего пациент вставал мочиться ночью до 6 раз.

По признанию эксперта, возникает соблазн использовать изначально неселективный альфа-адреноблокатор для одновременного снижения артериального давления и уменьшения СНМП, но исследование ALLHAT, проведенное в период с 1994 по 2002 год, опровергло такую возможность. По его результатам оказалось, что лечение доксазозином приводит к увеличению комбинированного риска на 25% (коронарная смерть, нефатальный инфаркт миокарда, реваскуляризация, госпитализация по поводу стенокардии). У принимающих этот препарат пациентов в 2 раза чаще отмечались случаи сердечной недостаточности, на 20% увеличивался относительный риск инсульта, на 15% — случаи реваскуляризации и стенокардии. Поэтому исследование группы пациентов с применением доксазозина было досрочно закрыто.

Альфа-адреноблокаторы разделяются на селективные и неселективные. Неселективные адреноблокаторы, которые блокируют α_1 -, α_2 - и α -альфа-адренорецепторы (альфузозин, доксазозин, теразозин), вызывают значительное количество нежелательных явлений со стороны сердечно-сосудистой системы. Селективные альфа-адреноблокаторы, которые действуют на подтипы рецепторов α_1 и α_2 (тамсулозин и силодозин), вызывают меньшее число таких нежелательных явлений и минимально влияют на гемодинамику.

Тамсулозин ОКАС дает меньше положительных ортостатических тестов в сравнении с альфузозином



В свою очередь, при использовании тамсулозина выяснилось, что его назначение не оказывало клинически значимого эффекта на фармакодинамику нифедипина, эналаприла или атенолола. Также не отмечалось клинически значимых межгрупповых различий в показателях

АД, частоте пульса, ЭКГ, показателях холтеровского мониторирования и побочных эффектах. Сочетанное применение тамсулозина с тремя антигипертензивными препаратами имело благоприятный профиль безопасности [Lowe FC, Clin Ther, 1997].

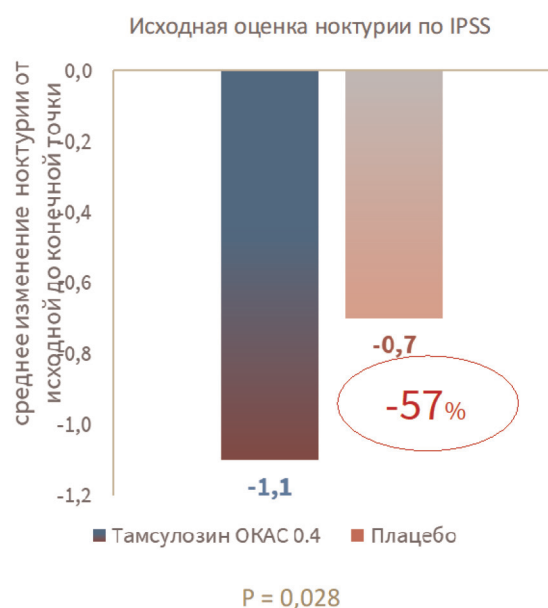
Что может сделать кардиолог, терапевт, ВОП, гериатр до консультации уролога?

Только треть кардиологических пациентов, у которых были выявлены СНМП, обращались за лечением по поводу СНМП к урологу. Поэтому важно выявить симптомы нижних мочевыводящих путей, используя следующий алгоритм:

- заполнение опросника IPSS,
- УЗИ с определением остаточной мочи,
- консультация уролога,
- назначение препарата Омник Окас для лечения дизурических расстройств при ДГПЖ.

Почему Омник ОКАС? Омник ОКАС имеет оптимальную фармакокинетику, отсутствие пиков и резкого падения концентрации. При сравнении тамсулозина в форме ОКАС с обычным тамсулозином оказалось, что форма ОКАС имеет преимущества в виде контролируемого высвобождения препарата, которое обуславливает гораздо меньше побочных эффектов. Он обуславливает гораздо меньше положительных ортостатических тестов в сравнении с обычным альфа-адреноблокатором альфузозином медленного высвобождения.

ОМНИК ОКАС уменьшает ноктурию на 57%



Для данного конкретного пациента важно, что Омник ОКАС уменьшает выраженность ноктурии на 57%.

Учитывая вышесказанное, рекомендации пациенту N. 67 лет, заключались в следующем:

- физическая активность 150–300 минут в неделю,
- диета с пониженным содержанием животных жиров,
- олмесартан + амлодипин 20/10 мг утром,
- питавастатин 2 мг утром,
- Омник Окас 0,4 мг 1 раз в день.

Яна Артуровна отметила, что лечение полиморбидных пациентов пожилого и старческого возраста требует особого подхода. Для снижения риска

полипрагмазии все врачи, консультирующие пациента, должны знать о препаратах, которые принимает пациент, и понимать цели лечения.

Заведующий отделением урологии ОСП «Российский геронтологический научно-клинический центр» ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, врач высшей квалификации, профессор, д.м.н. **Григорий Георгиевич Кривобородов** привел данные большого популяционного исследования EPIC (19 165 участников) по распространенности нарушений мочеиспускания у пациентов старше 40 лет и результаты распространенности СНМП как среди мужчин (62,5%), так и среди женщин (66,6%). Хотя бы один из симптомов отметили 64,3% опрошенных. Поскольку с симптомами накопления, опорожнения, ноктурией и постмикционными симптомами сталкиваются практически в равной мере и мужчины, и женщины, доброкачественная гиперплазия предстательной железы не всегда может быть основной причиной возникновения нарушений.

Докладчик отметил, что этиология СНМП недостаточно изучена, однако связь нарушений с возрастом очевидна.

Григорий Георгиевич сделал акцент на тактике осторожного ожидания в отношении пациентов с СНМП, основанной на Европейских клинических рекомендациях по лечению нарушений мочеиспускания у мужчин (2024 год), где были приведены следующие факты: 85% мужчин с легкими СНМП остаются стабильными на протяжении 12 месяцев наблюдения; будет выполнено оперативное вмешательство в течение 5 лет наблюдения 36% мужчин с умеренными СНМП; 64% остаются стабильными; основными предикторами оперативного лечения являются ухудшение СНМП и появление остаточной мочи. Таким образом, нарушения мочеиспускания являются скорее терапевтической проблемой, а не хирургической.

Еще одним важным и часто недооцененным со стороны пациента моментом является изменение образа жизни пациента. Исследования показали, что диеты, вызывающие снижение избыточного веса, могут уменьшить выраженность СНМП, причем большая потеря веса коррелирует с более значительными улучшениями. Мужчины, которые физически активны, подвергаются меньшему риску ноктурии, наиболее распространенного и неприятного из СНМП. Метаанализ 11 опубликованных исследований с участием более 43 000 мужчин показал, что умеренная и энергичная физическая активность снижает риск СНМП на 25% по сравнению с малоподвижным образом жизни, причем более значимые эффекты наблюдаются при высоких уровнях активности.

Профессор привел цитату из руководства по ведению пациентов с неосложненными симптомами ДГПЖ для врачей общей практики, которое было создано во Франции в 2015 году: «Обращение

к урологу оправдано, когда СНМП могут быть не связаны с ДГПЖ (особенно когда преобладают urgentные позывы), при подозреваемой тяжелой обструкции (объем остаточной мочи > 100 мл), при возникновении осложнений».

Докладчик уверен, что врач общей практики или гериатр вполне могут провести диагностику СНМП, используя анкету IPSS и физикальное обследование. При объеме остаточной мочи менее 100 мл по данным УЗИ врач любой специальности может назначить уроселективный альфа-адрено-блокатор. По словам эксперта, Омник ОКАС идеально подходит для стартовой терапии. Омник ОКАС существенно уменьшает выраженность симптомов опорожнения и улучшает качество жизни, снижает ноктурию на 57%. Фармакокинетика формы ОКАС не зависит от приема пищи.

Алгоритм наблюдения при медикаментозной терапии СНМП у мужчин с ДГПЖ достаточно прост. Результаты применения препаратов различных групп следует оценивать в интервале от 4 до 6 недель. Улучшение симптомов и отсутствие побочных эффектов является основанием для продолжения лечения с планированием визитов через 6 месяцев и затем ежегодно. Процедуры визитов включают: уточнение жалоб, IPSS, проведение урофлоуметрии и измерений остаточной мочи.

Завершая выступление, докладчик процитировал текст консенсуса главных специалистов Минздрава России: «Важно рекомендовать

не только урологам, но и гериатрам, терапевтам, врачам общей практики, неврологам, гинекологам принимать активное участие в выявлении пожилых больных с различными расстройствами мочеиспускания на основе предложенного опросника «Нарушения мочеиспускания» и маршрутизировать пациентов по результатам».

Все специалисты пришли к выводу, что до визита к урологу врач любой специальности может провести минимальное обследование и назначить безопасное и эффективное лечение высокоселективным препаратом Омник Окас. Он имеет оптимальную фармакокинетику, отсутствие пиков и резкого падения концентрации препарата. Кардиологи и врачи других специальностей могут быть уверены в эффективности назначения Омника Окас пациентам с СНМП до визита к урологу. Нельзя игнорировать эпизоды депрессии у пациентов с СНМП, так же как и любые другие заболевания, они не должны оставаться без внимания и без лечения. Антидепрессанты – это также же важные препараты для пациентов с СНМП, как и препараты для коррекции жизненных функций.

Только слаженная работа врачей всех уровней и всех специальностей может сделать жизнь пациентов с СНМП продолжительной и качественной.

Шадеркина В.А.,
уролог, научный редактор Uroweb.ru