

# Тенденции назначения препаратов при ДГПЖ. Результаты опроса урологов РФ



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

*С 01.02.24 по 30.03.24 командой Уровеб проводился опрос российских урологов по тенденциям назначений препаратов в лечении ДГПЖ. Опрос проводился методом онлайн-анкетирования, что позволило охватить широкий спектр специалистов. В анкете были включены вопросы о предпочтениях в назначении различных групп препаратов, а также о факторах, влияющих на выбор того или иного лекарства.*

## Общие данные об участниках опроса

Всего было опрошено 298 урологов из различных регионов Российской Федерации.

В опросе приняли участие урологи различного возраста и опыта, что позволяет получить более полное представление о текущих тенденциях в назначении препаратов при ДГПЖ. Возрастной диапазон участников охватывал как молодых специалистов, так и опытных врачей:

- Возраст до 35 лет: 24,5% участников
- Возраст 35-50 лет: 34,9% участников
- Возраст старше 50 лет: 40,6% участников

Урологи, участвовавшие в опросе, указали тип лечебного учреждения, в котором они работают основное время:

- Поликлиника 32,6%
- Стационар 34,6%
- Частный/коммерческий центр 32,6%

Эти данные свидетельствуют о широком охвате и репрезентативности результатов опроса, что позволяет использовать их для формирования общих тенденций в лечении ДГПЖ в Российской Федерации.

На урологический прием пациенты попадают преимущественно самостоятельно с жалобами (92,6%), обращаются после выписки из стационара (33,9%), по настоянию родственников или коллег (37,9% и 45%). Информацию из интернета как причину обращения указали 27,5% участников опроса (рис. 1).



Рис. 1. Как пациенты с СНМП (мужчины) попадают к Вам на прием?

## Результаты опроса

В ходе опроса урологов был задан вопрос **об использовании шкалы IPSS (International Prostate Symptom Score)** для конкретизации жалоб пациентов и выбора лечения. На диаграмме представлено распределение ответов урологов на вопрос об использовании IPSS:

1. **Широкое применение IPSS.** Большинство урологов (36,9%) ответили, что они всегда используют шкалу IPSS в своей практике. Это подчеркивает важность стандартизированного подхода к оценке симптомов ДГПЖ. ■

2. **Частичное применение.** Часть урологов (32,6%) используют IPSS в более половине случаев, 23,9% урологов – очень редко, менее, чем в 10% случаев, что может зависеть от специфики пациента или клинической ситуации.

3. **Отказ от использования.** Небольшая доля урологов (например, 10%) не применяют IPSS. Целью опроса не было уточнение причин использования или неиспользования тех или иных диагностических методов, однако полученная информация является достаточно интересной из-за того, что анкета IPSS входит во все клинические рекомендации мировых и отечественных урологических сообществ. Возможно, выбравшие этот пункт участники опроса применяют альтернативные методы оценки мочеиспускания или у них имеется недостаток информации о преимуществах этой шкалы. В целом, диаграмма показывает, что шкала IPSS является важным инструментом в практике российских урологов, способствуя более точной диагностике и выбору оптимального лечения для пациентов с ДГПЖ (рис. 2).

298 ответов

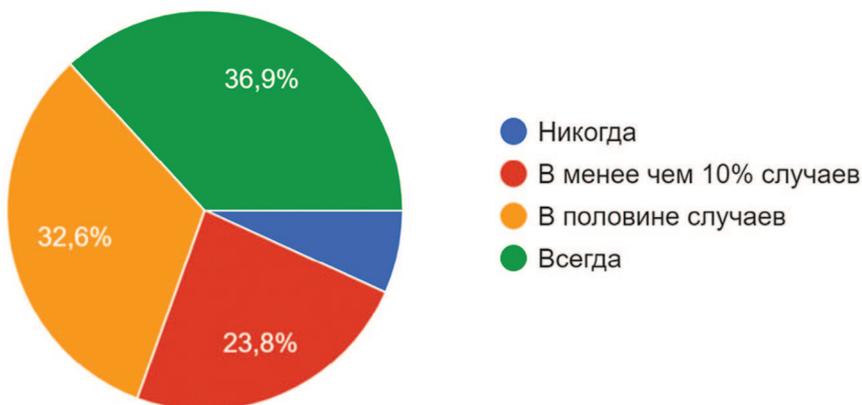


Рис. 2. Используете ли Вы IPSS для конкретизации жалоб и выбора лечения?

При выборе альфа-1-адреноблокаторов для лечения пациентов с ДГПЖ подавляющее число врачей руководствуются личным опытом (81,2%), мнением авторитетного врача (47,3%), мнением других коллег (19,8%) и фактором того, что уже принимает пациент (35,9%) (рис. 3).

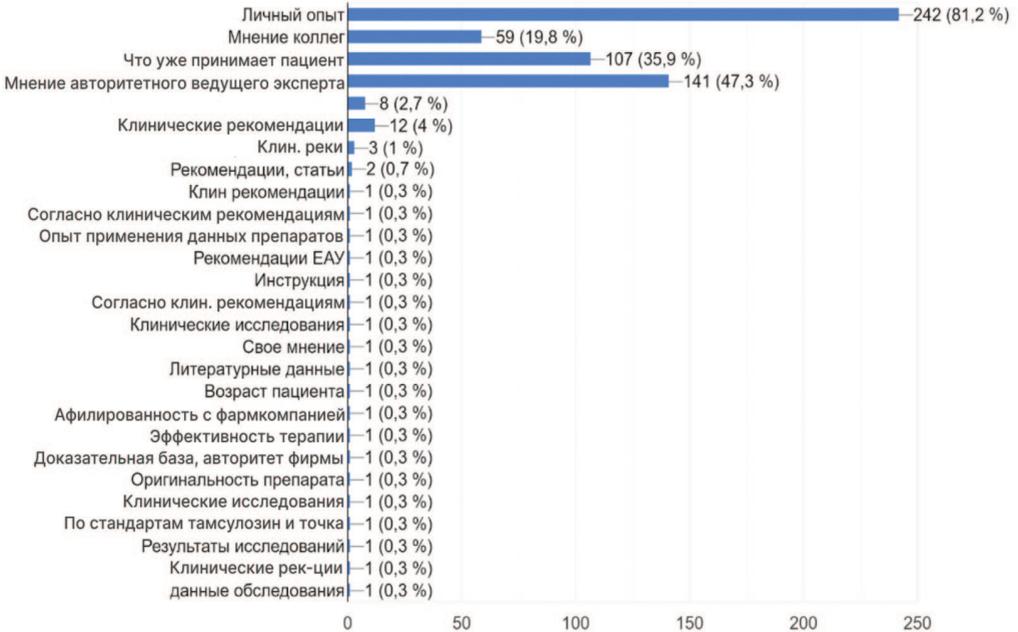


Рис. 3. Какие факторы со стороны врача влияют на выбор альфа-1-адреноблокатора?

Со стороны пациента выбор того или иного альфа-1-адреноблокатора зависит от того, какой препарат уже принимает пациент (57%), возраст (43%), сопутствующие заболевания (63,8%) и материальное положение (37,8%) (рис. 4). ■

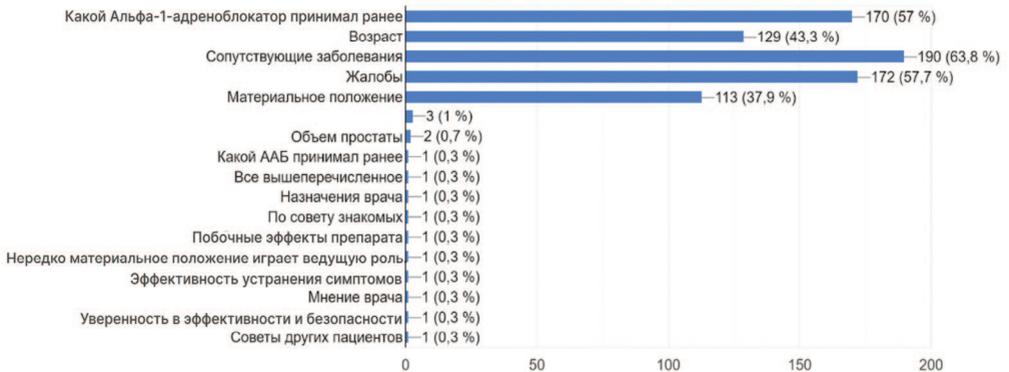


Рис. 4. Какие факторы со стороны пациента влияют на выбор альфа-1-адреноблокатора?

При назначении альфа-1-адреноблокатора 97% участников опроса ответили, что учитывают сопутствующие заболевания пациента, 3% ответивших не учитывают этот фактор. Неоднократно на многочисленных профессиональных урологических мероприятиях, вебинарах, разборах клинических случаев спикеры обращают внимание на необходимость сбора полного анамнеза пациента, так как альфа-адреноблокаторы могут взаимодействовать с имеющимися заболеваниями и сопутствующей терапией, что может привести к нежелательным побочным эффектам и снижению эффективности лечения. Необходимо помнить о гипотензии, особенно в ортостазе, которую могут вызвать неселективные альфа-адреноблокаторы, что представляет особую опасность для пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Резкое снижение артериального давления может привести к развитию ишемии миокарда или нарушению мозгового кровообращения, особенно у пожилых пациентов. Есть особенности взаимодействия селективных и неселективных альфа-адреноблокаторов с другими препаратами, назначаемыми по поводу сопутствующих заболеваний, поэтому индивидуальная оценка состояния здоровья пациента и анализ его анамнеза необходимы для минимизации рисков и обеспечения безопасности при использовании альфа-адреноблокаторов в терапии симптомов нижних мочевых путей, обусловленных доброкачественной гиперплазией предстательной железы. Как видно из опроса, подавляющее большинство урологов принимают во внимание анамнез заболевания и жизни пациента (рис. 5).

298 ответов

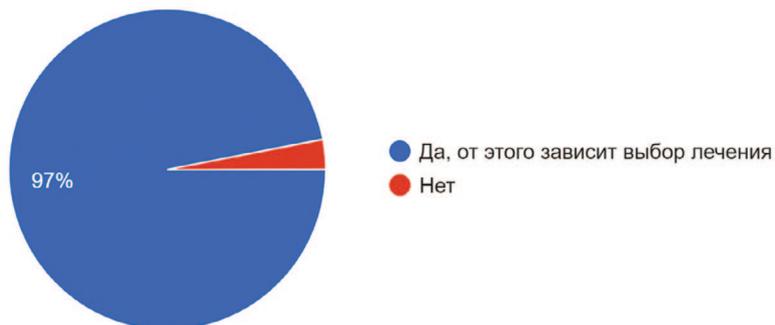


Рис. 5. При назначении альфа-1-адреноблокаторов Вы спрашиваете пациента о сопутствующих заболеваниях?

Каждая группа препаратов обладает характерными побочными эффектами, которые важно учитывать при выборе терапии.

*Неселективные альфа-адреноблокаторы* блокируют как  $\alpha_1$ -, так и  $\alpha_2$ -адренорецепторы, что определяет их широкий спектр действия и побочных эффектов:

- Ортостатическая гипотензия – один из наиболее частых и значительных побочных эффектов, обусловленный системным снижением сосудистого тонуса. Это особенно важно для пациентов пожилого возраста и пациентов с сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями.

- Рефлекторная тахикардия – возникает в ответ на снижение артериального давления. Тахикардия может усугублять состояние пациентов с ишемической болезнью сердца или хронической сердечной недостаточностью.

- Головокружение и обмороки – эти симптомы связаны с ортостатической гипотензией и могут ухудшать качество жизни пациентов, увеличивая риск падений и травм.

- Заложенность носа – блокада  $\alpha$ -адренорецепторов в слизистой оболочке носа может приводить к вазодилатации и повышению проницаемости сосудов, что вызывает заложенность носа.

- Ретроградная эякуляция – у некоторых пациентов возможно нарушение нормальной эякуляции, при которой семенная жидкость забрасывается в мочевой пузырь.

#### *Селективные альфа-адреноблокаторы*

Селективные альфа-адреноблокаторы преимущественно действуют на  $\alpha_1$ -адренорецепторы, что позволяет снизить частоту и тяжесть некоторых побочных эффектов, характерных для неселективных препаратов. Тем не менее, они также имеют ряд специфических побочных явлений:

- Слабая ортостатическая гипотензия – хотя этот эффект выражен в гораздо меньшей степени по сравнению с неселективными альфа-адреноблокаторами, он все же может проявляться у отдельных пациентов, особенно в начальный период лечения.

- Эякуляторная дисфункция – при использовании селективных  $\alpha_1A$ -адреноблокаторов (таких как тамсулозин, силодозин) отмечается частое развитие ретроградной эякуляции, что связано с их специфическим воздействием на гладкую мускулатуру предстательной железы и семявыносящих протоков.

- Головная боль и головокружение – связаны с воздействием на центральные  $\alpha_1$ -адренорецепторы и снижением артериального давления, хотя их выраженность обычно меньше, чем при использовании неселективных препаратов. ■

Как видно из результатов опроса при назначении альфа-1-адреноблокаторов урологи больше всего опасаются влияния на сердечно-сосудистую систему, а именно снижения артериального давления (93%), нарушений эякуляции (47%), аллергических реакций (27,2%) (рис. 6). Причины, по которым врач прекратит или ограничит назначение альфа-1-адреноблокатора отражены на рисунке 7.

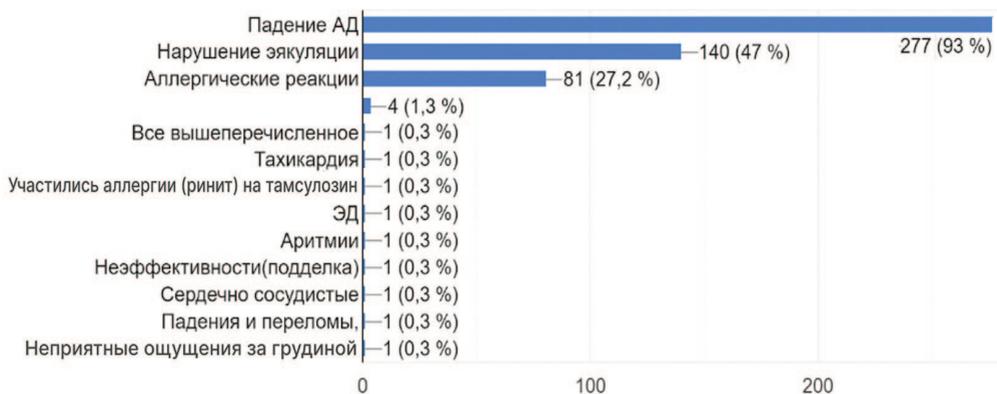


Рис. 6. Каких побочных эффектов альфа-1-адреноблокаторов Вы опасаетесь?

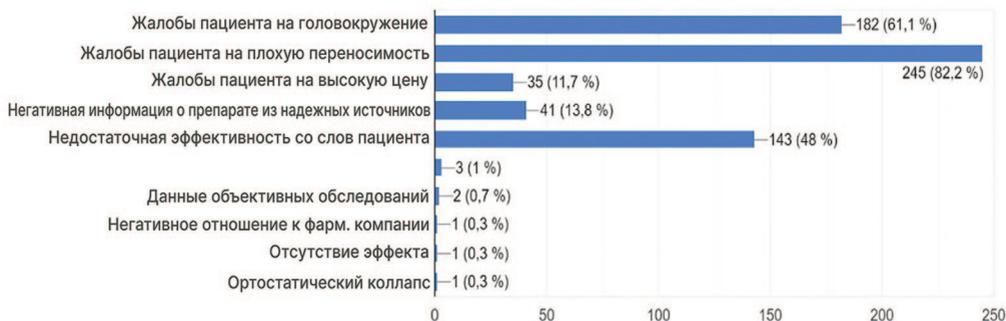


Рис. 7. В каком случае Вы прекратите или резко ограничите назначение конкретного бренда альфа-1-адреноблокатора?

Несмотря на проведенное в 1996-1998 гг. исследование ALLNAT – масштабное рандомизированное исследование, посвященное лечению пациентов с гипертонической болезнью и тестированию новых антигипертензивных препаратов и широкое освещение его результатов, многие урологи продолжают использовать неселективные альфа-1-адреноблокаторы для коррекции артериальной гиперто-

нии, что противоречит клиническим рекомендациям (рис. 8). Напомним, что в исследовании ALLHAT принимали участие плацебо и 4 препарата разных классов — амлодипин, лизиноприл, хлорталидон и доксазозин. В целом было установлено, что новые препараты не имеют существенных преимуществ перед старыми и намного более дешевыми, а доксазозин имеет существенные недостатки (его испытание было прекращено досрочно ввиду высокой смертности и заболеваемости). В настоящее время клинические рекомендации склоняются к использованию селективных альфа-адреноблокаторов, таких как тамсулозин, для лечения пациентов с ДГПЖ, особенно в сочетании с артериальной гипертензией. Это связано с более благоприятным профилем безопасности и меньшей вероятностью развития ортостатической гипотензии и других нежелательных эффектов.

298 ответов



Рис. 8. Пациент с СНМП страдает АГ, это повлияет на выбор альфа-1-адреноблокатора?

Некоторые исследования показывают, что альфа-1-адреноблокаторы могут иметь положительное влияние на эректильную функцию, особенно у пациентов, у которых эректильная дисфункция ассоциирована с симптомами нижних мочевых путей (СНМП), связанными с ДГПЖ. Улучшение уродинамических параметров и снижение симптомов обструкции может способствовать улучшению общего состояния пациента, что косвенно влияет на сексуальную функцию. Ситуация с наличием у пациента с ДГПЖ эректильной дисфункции демонстрирует, что большая часть урологов (54%) не выберет другой альфа-1-адреноблокатор из-за эректильной дисфункции у пациента (рис. 9).

Часть вопросов в анкетировании касалась непосредственно организации выписки рецептов на препараты. Так, 18,1% урологов всегда выписывают препараты только ■

298 ответов

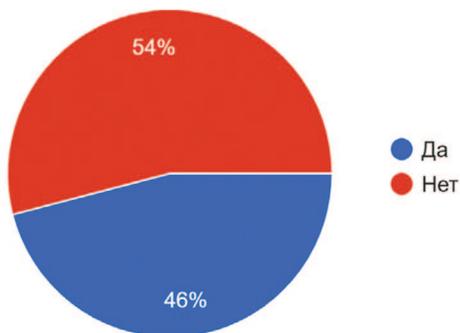


Рис. 9. Пациент с СНМП страдает ЭД, это повлияет на выбор альфа-1-адреноблокатора?

по международному непатентованному названию (МНН), 21,5% – в 50% случаев, в 13,8% – в 30% случаев. Рекомендуют только бренды – 18,8% урологов (рис. 10). В ряде клинических ситуаций врачи все же назначают пациентам с СНМП/ДГПЖ генерики, в пользу которых говорит низкая стоимость, хорошее качество, известные бренды (рис. 11).

298 ответов

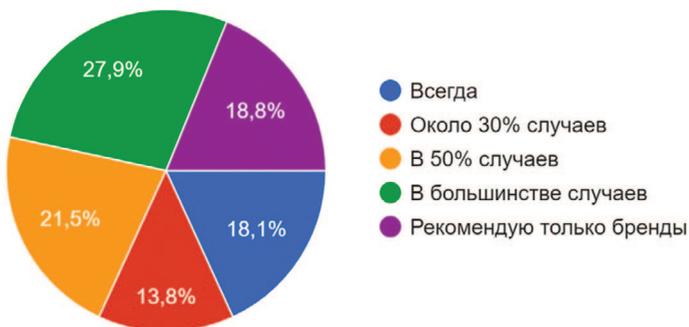


Рис. 10. Как часто Вы назначаете препараты по МНН?

Что касается назначения конкретных препаратов, то пациентам с СНМП 50-60 лет и 70+ лет 66,4% и 66,8% урологов назначат тамсулозин (рис. 12, 13). Причиной для смены альфа-1-адреноблокатора могут быть недостаточная эффективность (75,5%), побочные эффекты (77%), высокая стоимость (12,1%) (рис. 14).

Интересным является способ выписки препарата – выписывают рецепт по установленной форме почти 30% врачей, распечатывают рекомендации из электронной карты 57,4%, пишут на бумажке название 43% врачей (рис. 15).

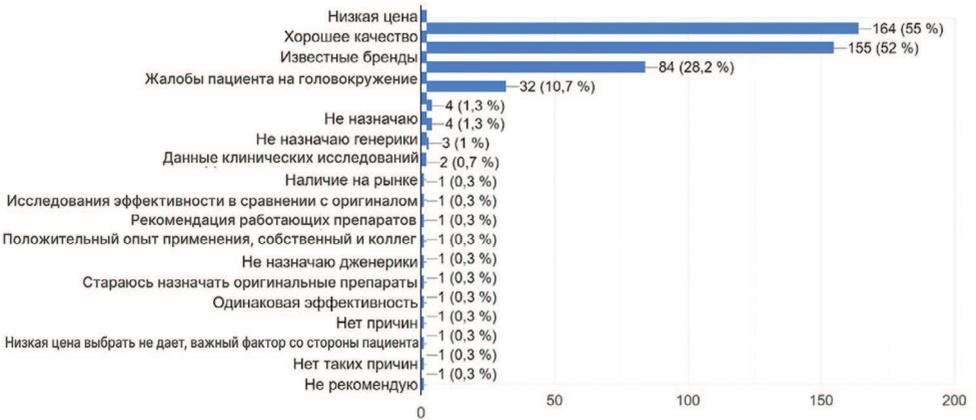


Рис. 11. Причина назначения дженериков пациентам, которые покупают препараты за свои деньги

298 ответов

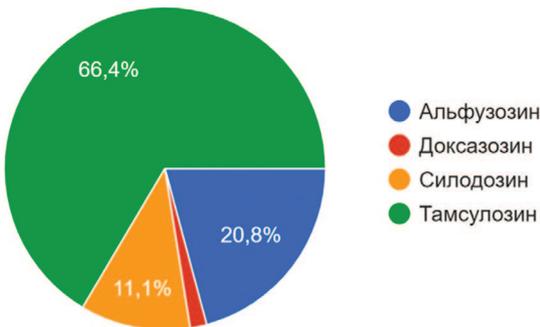


Рис. 12. Пациент с СНМП 50-60 лет – какой альфа-1-адреноблокатор назначите?

298 ответов

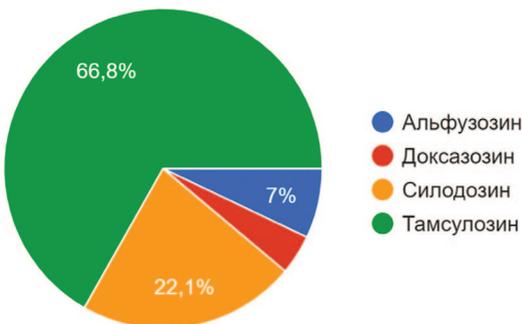


Рис. 13. Пациент с СНМП 70+ лет – какой альфа-1-адреноблокатор назначите?

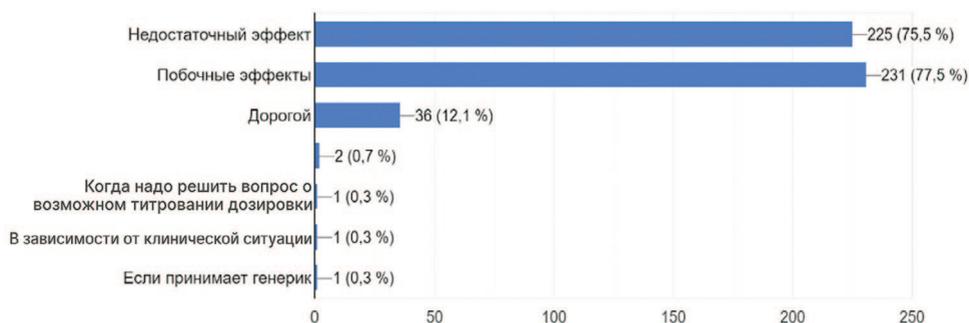


Рис. 14. В каких случаях Вы меняете альфа-1-адреноблокатор

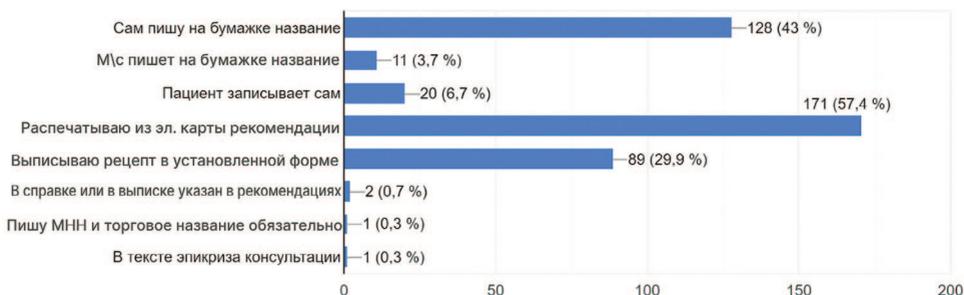


Рис. 15. Как Вы рекомендуете препарат пациенту

## Обсуждение

Назначение альфа-1-адреноблокаторов в урологической практике требует строго следования клиническим рекомендациям, направленным на обеспечение эффективности лечения и минимизацию риска побочных эффектов.

Согласно результатам опроса, урологи, в основном, придерживаются ряда требований при выборе тактики ведения пациентов с СНМП/ДГПЖ.

Большинство урологов перед началом терапии собирают полный медицинский анамнез пациента, включая наличие сопутствующих заболеваний, таких как артериальная гипертензия, сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) и другие состояния, которые могут влиять на выбор препарата.



Около 70-80% урологов проводят объективную оценку тяжести симптомов ДГПЖ, используя международные шкалы, такие как Международный простатический симптоматический индекс (IPSS), однако остаются специалисты по разным причинам не использующие этот инструмент в диагностике ДГПЖ. В данном опросе не проводилось изучение применения шкалы IPSS с целью контроля симптомов в ходе лечения, что тоже было очень интересно.

Подавляющее количество урологов отдают предпочтение селективным альфа-1-адреноблокаторам (например, тамсулозину), так как они обеспечивают эффективное снижение симптомов СНМП/ДГПЖ с меньшим риском системных побочных эффектов, таких как ортостатическая гипотензия.

Остаются врачи, которые при сопутствующей артериальной гипертензии рекомендуют прием неселективных альфа-1-блокаторов с целью одновременного воздействия на СНМП и на артериальную гипертензию. Со стороны побочных эффектов урологи особое внимание уделяют гипотензии, ретроградной эякуляции. Смена одного альфа-1-адреноблокатора на другой может произойти только из-за выраженных побочных явлений, недостаточной эффективности препарата или его высокой стоимости для пациента.

## Выводы

Необходимо продолжить информирование урологов о проводимых исследованиях применения альфа-1-адреноблокаторов при СНМП/ДГПЖ и их результатах. Обратит внимание урологов не целесообразность применения неселективных альфа-1-адреноблокаторов для лечения пациентов с СНМП/ДГПЖ и артериальной гипертензией.

Наиболее часто назначаемым альфа-1-адреноблокатором у пациентов всех возрастов и с любой сопутствующей патологией является тамсулозин, который зарекомендовал себя как препарат с хорошей эффективностью и высокой степенью безопасности. ■

*Подготовила Шадеркина В.А.,  
научный редактор Uroweb.ru, Москва*